

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES MÉCANISMES SOUS-JACENTS À L'UTILISATION DE STRATÉGIES D'ÉVITEMENT ET
D'EXPOSITION CHEZ LES PERSONNES QUI SOUFFRENT D'UN TROUBLE PANIQUE CHRONIQUE

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

CAMILLE BLOUIN

SEPTEMBRE 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral 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.04-2020). 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 remercier mes directeurs de recherche, les professeurs Claude Bélanger et Michel Perreault, de m'avoir offert l'opportunité d'entreprendre cette démarche doctorale. Dans un domaine contingenté où votre expertise y est grandement sollicitée, vous avez choisi d'investir votre temps et votre énergie en moi et j'en suis, tous les jours, extrêmement reconnaissante. Je m'engage d'ailleurs à faire honneur, tout au long de ma carrière, à la confiance que vous m'avez accordée. Je me suis sentie choyée de vous avoir eu à mes côtés durant ce parcours. Vous avez rendu possible et avez pavé le chemin me menant jusqu'au rêve qui m'habite depuis que je suis toute petite, celui d'être psychologue.

Votre implication dans mon développement professionnel a été précieuse et sincèrement appréciée. Vous avez été disponibles, humains, à l'écoute, flexibles et avez su trouver le parfait équilibre entre un encadrement sécurisant et une liberté qui m'a permis d'être autonome et créative. Vous êtes non seulement des modèles sur le plan professionnel, mais êtes aussi des êtres humains que j'estime beaucoup. Votre passion, vos valeurs, votre humour et votre bienveillance ont fait de mon doctorat un processus agréable, motivant et enrichissant.

Je tiens à remercier sincèrement les participants que j'ai eu la chance de rencontrer dans le cadre de cette recherche. J'ai échangé avec des personnes sensibles, ouvertes, généreuses et incroyablement résilientes. Les mots me manquent pour vous témoigner toute la gratitude et l'admiration que j'ai à votre égard. Vous avez choisi de sortir de votre zone de confort pour partager votre histoire à une parfaite inconnue, dans le but de faire avancer la science et d'aider éventuellement d'autres personnes à aller mieux. Prendre part à cette démarche, malgré l'inconfort que cela ait pu vous faire vivre, est tout aussi touchant que courageux. C'est grâce à des personnes comme vous que les traitements en santé mentale évoluent, deviennent plus efficaces et contribuent au rétablissement d'un plus grand nombre de patients. Un immense merci à Rebeka Lussier qui s'est impliquée dans cette étude, l'a réfléchi et améliorée avec moi. Ta présence a été un vent de fraîcheur dans un processus qui peut être long et solitaire.

Je tiens à remercier mes parents qui m'ont soutenue tout au long de ce cheminement académique, qui ont cru en moi et qui m'ont reflété l'image d'une personne capable d'atteindre tous ses objectifs. Vous m'avez appris à voir grand et à long terme, à ne pas avoir peur de semer longtemps pour récolter davantage ensuite. Vous m'avez poussée à réfléchir et m'avez partagé, chacun à votre façon, votre

fascination pour l'humain et son évolution. Merci à ma sœur Florence qui a été un pilier constant à travers ce processus (et tout le reste aussi). Savoir que nous serons toujours là l'une pour l'autre pour surmonter les défis que la vie met sur notre chemin vaut tout l'or du monde. Merci Jade S. et Sylvie pour votre précieuse aide, autant sur certains aspects techniques que sur le plan personnel, et à Normand, de t'être investi pendant plusieurs années charnières à cultiver ma curiosité et à ouvrir mes horizons. Je tiens aussi à souligner l'implication de ma belle-famille qui m'offre un important support dans de nombreuses sphères de ma vie. Merci à ma grand-maman Lise pour tes enseignements, ton support et ton amour inconditionnel depuis toujours. Tu m'as transmis ta passion du milieu académique, ta rigueur, mais surtout ta fougue et ta passion qui me poussent à vivre les choses intensément, et jusqu'au bout. Michel Beauchemin, en plus d'être un psychologue que j'admire et qui m'apprend beaucoup, tu es un humain d'exception; ta sagesse, ta bienveillance et ton accompagnement sont extrêmement précieux à mes yeux.

Merci Jérémie d'avoir marché les années les plus difficiles de ce parcours à mes côtés. Ta compréhension, ton aide et ta présence rassurante ont rendu le tout plus doux, équilibré et agréable. Je pèse très consciemment le poids de ta précieuse contribution. Je pense aussi à mes proches et amis de (très) longue date Flavie, William, Sophie, Jean-Philippe, Louis-Philippe, Jade, Charlotte, Jasmin, Jessica, Lucas, Roxanne, Julien T., Gabrielle, Maude, Cloée, Stephie et Nath qui ont traversé les dernières années à mes côtés. Vous avez fait preuve d'une grande compréhension dans les moments où j'étais moins disponible et avez été des leviers dans l'atteinte de mes objectifs. Je suis consciente de la chance que j'ai de cultiver avec vous, depuis tant d'années, des relations aussi saines et épanouissantes.

Finalement, merci à Josua d'avoir vu, reconnu et souligné mes forces lors des périodes où j'avais moi-même de la difficulté à le faire. Merci de créer avec moi une vie où tout est possible, un quotidien de projets stimulants qui aboutissent, et de rêves à n'en plus finir. Merci de m'offrir des bases solides sur lesquelles je peux construire, me déposer, et devenir la meilleure version de moi-même. Merci d'être le repère tranquille que j'ai toujours espéré.

DÉDICACE

À toutes ces personnes qui se sentent prisonnières de leur
propre tête.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
DÉDICACE	iii
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	viii
RÉSUMÉ.....	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCTION	xi
CHAPITRE 1 INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
1.1 Description du trouble panique et prévalence	1
1.2 Développement du trouble panique.....	2
1.3 Chronicisation du trouble panique	4
1.4 Facteurs de maintien du trouble panique.....	5
1.4.1 Composante comportementale dans le maintien du TP.....	5
1.4.2 Composante cognitive dans le maintien du TP	7
1.4.3 Composante sociale dans le maintien du TP	9
1.4.4 Composante émotionnelle dans le maintien du TP	11
1.4.5 Bénéfices secondaires liés au maintien du TP	12
1.4.6 Facteurs liés au traitement dans le maintien du TP	15
1.4.6.1 Difficultés d'accès au traitement	15
1.4.6.2 Freins à l'adhésion au traitement	16
1.4.6.3 Facteurs favorisant l'abandon du traitement	16
1.4.6.4 Lien entre les attentes et l'efficacité du traitement	18
1.5 Résumé des principaux facteurs de maintien du trouble panique	20
1.6 Éthique	22
CHAPITRE 2 ARTICLE : ÉVITEMENT ET EXPOSITION : PERSPECTIVE DE PERSONNES AUX PRISES AVEC UN TROUBLE PANIQUE	24
2.1 Introduction.....	27
2.1.1 L'évitement en contexte de trouble panique.....	27
2.1.2 L'impact de l'exposition sur le trouble panique	28
2.1.3 L'impact des cognitions sur le trouble panique.....	29
2.1.4 L'angle de la perspective subjective pour mieux comprendre le TP	30

2.2	But et objectif de la recherche.....	30
2.3	Méthodologie.....	31
2.3.1	Participants.....	31
2.3.2	Collecte de données.....	34
2.3.3	Analyse des données.....	34
2.4	Résultats.....	35
2.4.1	La perspective des participants sur l'évitement.....	35
2.4.1.1	Une stratégie observée comme nuisible à long terme.....	35
2.4.1.2	Une méthode contre laquelle ils disent avoir été mis en garde.....	36
2.4.1.3	Une méthode perçue comme appropriée pour gérer les symptômes.....	36
2.4.1.4	Une façon de respecter ses limites.....	37
2.4.1.5	Un facteur de maintien du trouble panique.....	37
2.4.2	Le processus cognitif sous-jacent à l'utilisation de stratégies d'évitement ou d'exposition... 38	
2.4.2.1	Les cognitions favorisant l'évitement.....	38
2.4.2.1.1	La perception d'être incapable de tolérer l'intensité des symptômes.....	38
2.4.2.1.2	L'anticipation de sensations négatives.....	39
2.4.2.1.3	Le rapport coûts/bénéfices lié à l'exposition perçu comme insatisfaisant.....	39
2.4.2.1.4	Les attentes élevées en lien avec l'exposition et le découragement associé.....	39
2.4.2.1.5	La perception d'être impuissant face aux symptômes.....	40
2.4.2.1.6	L'absence de remise en question.....	40
2.4.2.1.7	La perception positive de l'accommodation des proches.....	41
2.4.2.2	Les cognitions favorisant l'exposition.....	41
2.4.2.2.1	La volonté d'avoir un fonctionnement le plus normal possible au quotidien.....	41
2.4.2.2.2	Le désir d'apporter un changement concret dans leur vie.....	42
2.4.2.2.3	La perception d'être soutenu et encouragé.....	42
2.4.2.2.4	La croyance que l'exposition est une stratégie efficace.....	42
2.4.2.2.5	Les attentes réalistes quant à l'impact de l'exposition sur le TP.....	43
2.4.2.2.6	Les effets positifs perçus sur les symptômes du TP.....	43
2.4.2.2.7	Une perception de soi améliorée suite à l'exposition.....	43
2.5	Discussion.....	43
2.6	Références.....	48
CHAPITRE 3 DISCUSSION.....		55
3.1	Synthèse des principaux résultats.....	55
3.2	Limites de l'étude.....	61
3.2.1	Biais de désirabilité sociale.....	61
3.2.2	Enjeux liés aux critères d'inclusion.....	63
3.2.3	Biais liés à l'échantillon.....	65
3.2.4	Surreprésentation des femmes au sein de l'échantillon.....	66
3.2.5	Limites liées à la méthode de collecte de données.....	67
3.3	Pistes de recherches futures.....	68
3.4	Contribution aux écrits scientifiques sur le trouble panique et l'évitement.....	71
3.5	Considérations cliniques.....	71

CONCLUSION 73

ANNEXE A Certificat d’approbation éthique 74

ANNEXE B Formulaire de consentement 75

ANNEXE C Offre à la participation 80

ANNEXE D Questionnaire 81

ANNEXE E Canevas d’entretien 84

BIBLIOGRAPHIE 86

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1	33
-------------------	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

APA : American Psychiatric Association

AP : Attaque(s) de panique

DSM-5-TR : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision

GABA : Acide gamma-aminobutyrique

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TP: Trouble panique

RÉSUMÉ

Les personnes souffrant d'un trouble panique sont connues pour leur utilisation de stratégies d'évitement. Celles-ci servent à prévenir l'émergence de symptômes anxieux et à fuir les situations qui les génèrent. De nombreux écrits scientifiques établissent un lien entre leur usage et le maintien du trouble. L'objectif de cette étude est de mieux comprendre la perspective de cette clientèle sur l'évitement et l'exposition aux symptômes ainsi que sur le processus cognitif pour choisir l'une ou l'autre de ces stratégies. Des entrevues semi-dirigées ont été effectuées auprès de huit adultes souffrant d'un trouble panique. Leur contenu a été analysé selon la méthode de thématization en continu de Paillé et Mucchielli (2016). Cette étude permet d'identifier dans la perspective des participants sept principales cognitions qui favoriseraient chez eux l'utilisation de stratégies d'évitement. Ces dernières font référence notamment à a) la perception d'être incapable de tolérer l'intensité des symptômes, b) l'anticipation des sensations négatives, c) le rapport coût/bénéfice lié à l'exposition perçu comme insatisfaisant, d) les attentes élevées en lien avec l'exposition et le découragement associé, e) la perception d'être impuissant face aux symptômes, f) l'absence de remise en question ainsi que g) la perception positive de l'accommodation des proches. Les résultats mettent aussi en lumière sept principales cognitions qui les pousseraient à s'exposer à leurs symptômes anxieux : a) la volonté d'avoir un fonctionnement le plus normal possible au quotidien, b) le désir d'apporter un changement concret dans leur vie, c) la perception d'être soutenu et encouragé, d) la croyance que l'exposition est une stratégie efficace, e) les attentes réalistes quant à l'impact de l'exposition sur le TP, f) les effets positifs perçus sur les symptômes du TP ainsi que g) une perception de soi améliorée suite à l'exposition. Cette étude contribue à l'avancement des connaissances sur la chronicisation du trouble panique ainsi que sur les mécanismes cognitifs sous-jacents à l'utilisation de stratégies d'évitement et d'exposition chez les personnes qui en souffrent. Elle permet aussi d'identifier des pistes de recherches futures et d'alimenter les réflexions cliniques des professionnels qui interviennent auprès de cette clientèle.

Mots clés : Trouble panique, facteurs de maintien, évitement, exposition, cognitions

ABSTRACT

Individuals suffering from panic disorder are known for using avoidance strategies, which prevent the emergence of anxious symptoms and allow them to escape situations that generate them. Previous research established a link between the use of avoidance strategies and the persistence of the disorder. The aim of this study is to better understand the perspective of this population on avoidance and exposure to their symptoms, as well as the cognitive process for choosing one of these strategies. Semi-structured interviews were conducted with eight adults suffering from panic disorder. Interviews were analyzed using the continuous thematization method of Paillé and Mucchielli (2016). We identify seven main cognitions that, according to the participants, would favor the use of avoidance strategies, including a) the perceived inability to tolerate the intensity of their symptoms, b) the anticipation of negative sensations, c) the cost/benefit ratio related to exposure deemed unsatisfactory, d) the discouragement related to overly high expectations, e) the perception of being helpless regarding the symptoms, f) the absence of questioning their habits, and g) the positive perception regarding the accommodation of loved ones. We also identify seven main cognitions that would push them to expose themselves to their symptoms: a) the desire to function as normally as possible on a daily basis, b) the desire for a concrete change in their life, c) the perception of being supported and encouraged, d) the belief that exposure is an effective strategy, e) realistic expectations about the impact of exposure, f) positive effects perceived on their anxious symptoms, and g) improved self-perception following exposure. This study contributes to the scientific understanding of the chronicity of panic disorder and the underlying mechanisms associated with avoidance and exposure strategies. It also identifies avenues for future researches and contributes to the clinical reflection on chronic panic disorder to help professionals who work with this population.

Keywords: Panic disorder, maintaining factors, avoidance, exposure, cognitions

INTRODUCTION

Plusieurs écrits scientifiques mettent en lumière la propension à la chronicisation du trouble panique (TP). En effet, de nombreuses personnes qui en souffrent voient leur problématique persister dans le temps et demeurent à risque de rechutes. De nombreux facteurs ont été identifiés dans les écrits scientifiques comme pouvant contribuer au maintien du TP. Conformément aux différents modèles cognitifs de compréhension du TP, les cognitions auraient un rôle important à jouer dans le développement et le maintien de ce trouble. Toutefois, la majorité des recherches portant sur ses facteurs de maintien ont une méthodologie quantitative et peu de chercheurs ont étudié comment le discours interne de cette population pouvait influencer la chronicisation du TP.

Comme l'évitement est connu pour être un élément clé qui dans le maintien des troubles anxieux, notamment du trouble panique, il importe de mieux comprendre ce qui pousse les personnes avec un TP en faire l'utilisation ou, au contraire, à s'exposer aux situations anxiogènes. L'objectif de cette étude exploratoire est de documenter ce qui, dans le discours interne de cette population, favoriserait l'utilisation de stratégies d'évitement ou d'exposition pour mieux comprendre les cognitions qui peuvent interférer avec le traitement et contribuer au maintien de cette problématique. Pour ce faire, une approche qualitative a été privilégiée. En effet, l'analyse thématique en continu de Paillé et Mucchielli a permis d'analyser les témoignages de huit adultes qui rencontrent fréquemment le dilemme d'éviter ou de s'exposer à leurs symptômes liés à la panique pour cibler les cognitions sous-jacentes à cette prises de décision.

Le Chapitre 1 de cet essai pose le cadre théorique et introduit les concepts clés à cette démarche de recherche. Le Chapitre 2 détaille la méthodologie utilisée, les principaux résultats de la recherche ainsi qu'une brève discussion entourant ceux-ci. Ce chapitre est présenté dans un format d'article scientifique; celui-ci a d'ailleurs été soumis à la Revue québécoise de psychologie. Le Chapitre 3 présente une discussion plus approfondie des résultats de l'étude, de ses limites ainsi que de ses contributions cliniques et aux écrits scientifique sur le TP. Finalement, la conclusion propose des pistes pour améliorer les services et les interventions destinés aux personnes qui souffrent d'un trouble panique chronique.

CHAPITRE 1

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1.1 Description du trouble panique et prévalence

Les troubles anxieux sont les problèmes de santé mentale présentant le plus haut taux de prévalence. En effet, ils touchent près de 275 millions de personnes à travers le monde (Ritchie et Roser, 2018). Plus spécifiquement au Canada, environ 1,8 million de Canadiens en seraient touchés (Canadian Mental Health Association, 2019). Le trouble panique (TP), classé sous la catégorie des troubles anxieux, a fait son apparition dans la troisième version du DSM, en 1980 (DSM-III, American Psychiatric Association, 1980).

Selon une étude épidémiologique effectuée auprès de 142 949 personnes à travers le monde, 13,2 % d'entre elles auraient déjà souffert d'une attaque de panique (De Jonge et al., 2016). Toutefois, seulement une minorité développerait un trouble panique. En effet, le TP toucherait 1,7 % de la population mondiale (De Jonge et al., 2016). Plus spécifiquement, au Canada, la prévalence du trouble sur 12 mois serait de 1,6 %, alors que la prévalence à vie s'élèverait à 3,7 % (Agence de santé publique du Canada, 2006).

Le TP se caractérise par l'émergence inattendue et récurrente d'attaques de panique (AP). Celles-ci sont décrites comme des montées brusques de symptômes physiques qui atteignent leur acmé en quelques minutes (American Psychiatric Association, 2022). Elles surviennent accompagnées d'au moins quatre des sensations suivantes : a) palpitations, battements de cœur irréguliers, ou tachycardie, b) transpiration, c) tremblements ou spasmes musculaires, d) sensation de souffle coupé ou impression d'étouffement, e) sensation d'étranglement, f) douleur ou gêne thoracique, g) nausée ou gêne abdominale, h) sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement, i) frissons ou bouffées de chaleur, j) paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements dans les extrémités), k) déréalisation (sentiments d'irréalité), ou l) dépersonnalisation (être détaché de soi), peur de perdre le contrôle de soi ou de « devenir fou », ou m) peur de mourir.

Pour qu'un diagnostic de TP soit émis, les symptômes associés aux attaques de panique doivent être suivis, pendant au moins un mois a) d'une crainte persistante face à l'occurrence d'attaques de panique ou de leurs conséquences (p. ex., perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, devenir fou, etc.) ou b) d'un changement de comportement significatif et inadapté en lien avec ces AP (p. ex., comportements d'évitement vis-à-vis les symptômes, tels que l'évitement d'exercices ou de situations non familières). Ces

symptômes ne doivent par ailleurs pas être dus aux effets physiologiques d'une substance ou être expliqués par un autre problème médical comme une hyperthyroïdie ou une affection cardiopulmonaire. Finalement, ces difficultés ne doivent pas être mieux expliquées par un autre trouble psychiatrique (American Psychiatric Association, 2022).

Dans les dernières années, 14 principaux modèles ont été conceptualisés pour expliquer le TP. Ces modélisations proviennent de cadres théoriques divers, et elles fournissent des explications pertinentes à la compréhension de cette problématique. Elles apportent des informations pertinentes et des perspectives intéressantes pour mieux comprendre ce qui contribue au développement, à l'aggravation et au maintien du TP. Les deux modèles biologiques les plus connus pour comprendre le TP seraient : la fausse alarme de suffocation de Klein (1993) et l'hypothèse neuro-anatomique du trouble panique (Gorman et al., 2000). Parmi les six principaux modèles psychologiques du TP, cinq sont d'orientation cognitive ou comportementale : le modèle cognitif de Clark (1986), le modèle cognitif intégré de Casey et coll. (2004), le modèle cognitif tripartite de Sandin et coll. (2015), le modèle de l'attente de Reiss (1991) et le modèle psychophysiologique d'Ehlers et Margraf (1989). Celui de Busch (1991) s'inscrit dans une approche psychanalytique. Parmi les modèles intégratifs, on retrouve le modèle des triples vulnérabilités de Barlow (2000), le modèle de vulnérabilité cognitive intégrée de Schmidt et Woolaway-Bickel (2006), le modèle unifié de vulnérabilité de McGinn et coll. (2015), le modèle causal de Fava et Morton (2009), le modèle causal basé sur les preuves de Pilecki et coll. (2011) ainsi que le modèle intégré de Busch et coll. (2010).

1.2 Développement du trouble panique

Le trouble panique se développe généralement au début de l'âge adulte (American Psychiatric Association, 2022). Plusieurs facteurs génétiques, biologiques, sociodémographiques, environnementaux, cognitifs, comportementaux, liés à l'histoire personnelle et à la personnalité sont identifiés comme étant associés à son émergence (Goulet et al., 2013). Par ailleurs, une recension des écrits réalisée par Shimada-Sugimoto et ses collègues (2015) conclut que l'anxiété aurait un taux d'héritabilité se situant entre 30 et 50 %. Ainsi, une vulnérabilité biologique à l'anxiété pourrait favoriser l'émergence des symptômes de panique (Goulet et al., 2013). Un dérèglement de certains neurotransmetteurs, tels que la dopamine, la sérotonine, la noradrénaline et l'acide gamma-aminobutyrique (GABA) pourrait avoir un rôle à jouer dans le développement de troubles anxieux, notamment du TP (Gendreau et Ravacley, 2006; Martin et al., 2009). La sérotonine aurait une influence sur l'humeur, les impulsions, le sommeil, la température corporelle, la douleur et l'agressivité. La noradrénaline, quant à elle, contribuerait à réguler les comportements de lutte

et de fuite, le sommeil, l'humeur, le rythme cardiaque ainsi que la tension artérielle. Le GABA agirait sur l'activité psychomotrice ainsi que sur le sommeil. Des vulnérabilités physiologiques, notamment des dysfonctions glandulaires, cardiaques ou pulmonaires ainsi que des affections au cerveau pourraient aussi contribuer au développement du TP (Rector et al., 2016).

Sur le plan sociodémographique, certaines caractéristiques rendraient plus vulnérable au développement d'un TP. En effet, une étude effectuée sur plus de 43 000 Américains a démontré que la tranche de la population la plus vulnérable à l'anxiété est composée de femmes de race blanche (Blanco et al., 2014). Les conflits interpersonnels, la fin d'une relation significative et la perte de soutien social contribueraient à l'émergence des symptômes de panique (Batinic et al., 2009; Savoia et Bernik, 2004). Par exemple, dans l'année précédant le développement d'un TP, 92,7 % des participants rencontrés par Scocco et coll. (2007) auraient vécu une transition de rôle, 85,5 % des difficultés sur le plan interpersonnel, 74,5 % un conflit de rôle et 38,2 % la perte d'un proche. Moitra et coll. (2011) estiment que les symptômes associés à ce type d'évènements prédisposant au TP augmenteraient graduellement dans les 12 semaines suivant leur occurrence.

Batinic et coll. (2009) ont par ailleurs mesuré un niveau de soutien social significativement plus bas chez les personnes aux prises avec un TP par rapport à un groupe contrôle. Savoia et Bernik (2004), qui ont aussi observé ce phénomène, concluent que ce serait davantage la manière de les gérer, que les évènements en soi qui affecterait la symptomatologie. D'autres facteurs comme la maladie, l'anxiété de séparation à l'enfance, des antécédents familiaux de TP ainsi que des traits de personnalité dépendante ou évitante prédisposeraient à la problématique (Batinic et al., 2009; Battaglia et al., 1995; Bienvenu et al., 2009).

Conformément aux modèles cognitifs et comportementaux du trouble panique, l'interprétation erronée des sensations physiques jouerait un rôle important dans le développement des symptômes anxieux (Schmidt et al., 2006; Techman et al., 2010; Woud et al., 2014). Les personnes qui interprètent certaines sensations corporelles normales – par exemple la respiration rapide ou les battements cardiaques accélérés – comme étant des signes imminents de danger, seraient plus susceptibles de craindre ces sensations physiques et de faire des efforts pour les éviter (Schmidt et al., 2006; Techman et al., 2010; Woud et al., 2014). Cette hypervigilance fragiliserait la personne au développement d'un TP. En effet, ce cercle vicieux fait référence au concept de sensibilité à l'anxiété et sera élaboré davantage dans la section

1.5.2 qui détaille ce mécanisme. Ce dernier contribue non seulement au développement, mais aussi au maintien du TP à travers le temps . De plus, les personnes susceptibles de développer un trouble panique auraient souvent une tendance à surestimer les risques et à sous-estimer leur capacité à faire face aux situations stressantes (Gallagher et al., 2013). Cette perception d'impuissance ou de perte de contrôle contribuerait à une escalade d'anxiété, menant parfois à l'émergence d'attaques de panique. Ces craintes et interprétations erronées favoriseraient l'évitement. Certaines personnes organiseraient leur vie, activités et déplacements pour s'assurer d'éviter le ressenti de symptômes liés à la panique. L'évitement comportemental serait dans cette perspective un facteur clé qui prédirait le développement d'un trouble anxieux, notamment d'un trouble panique (Lang et Petermann, 2010; Muotri et Bernik, 2014; Porter et Chambless, 2015; Ramage-Morin, 2004).

1.3 Chronicisation du trouble panique

Les maladies chroniques, affections physiques ou psychologiques de longue durée, seraient responsables de 63 % des décès dans le monde (Organisation mondiale de la santé, 2018). Dans un contexte de santé mentale, une problématique chronique est décrite comme une maladie qui évolue longtemps, voire toute la vie, avec ou sans phase aiguë ou de rémission, entraînant une altération plus ou moins accentuée des fonctions psychiques (Juillet, 2000).

Les troubles anxieux, notamment le trouble panique, sont connus pour leur tendance à se chroniciser (Andersch et Hetta; 2003; Bandelow et Michaelis, 2015; Fournier, 2006; Lessard, 2012). Goulet et coll. (2013), experts sur le sujet, estiment que le TP est une problématique qui évolue généralement avec un cours chronique et fluctuant. Divers facteurs de risques, d'aggravation et de maintien du TP ainsi que des difficultés d'accès aux services et à des traitements adaptés sont susceptibles de contribuer à sa chronicité (Chartier-Otis et al., 2010; Goulet et al., 2013; Ngô, 2018; Perreault et al., 2013)

Une étude longitudinale de Yonkers et coll. (2003) a suivi l'évolution de 558 participants souffrant d'un TP. Elle a démontré que 27,5 % d'entre eux en souffraient toujours au suivi, huit ans plus tard. Une seconde étude menée sur des patients souffrant de TP pendant 11 ans a démontré que seulement 33 % de ceux qui en souffraient initialement auraient atteint une rémission complète (Swoboda et al., 2003). Andersch et Hetta (2003) ont quant à eux suivi pendant 15 ans une cohorte de 55 personnes ayant reçu un diagnostic de TP. Ils ont conclu que seulement 18 % de ces patients présentaient une rémission complète.

Dans le même esprit, Oussi et Bouvet (2021) estiment que 25 % de cette clientèle serait résistante aux traitements et que les rechutes au sein de cette population demeureraient fréquentes. À ce propos, sur une période de trois ans, 12 % des personnes ayant présenté une rémission complète d'un TP rechuteraient (Nay et al., 2013). Comment expliquer qu'autant d'individus développent un TP qui éventuellement se chronicise, considérant qu'il existe plusieurs traitements ayant démontré leur efficacité pour traiter cette problématique?

1.4 Facteurs de maintien du trouble panique

1.4.1 Composante comportementale dans le maintien du TP

Les personnes qui souffrent d'un TP auraient tendance à émettre des comportements qui pourraient contribuer à maintenir leur trouble. Une revue des écrits scientifiques effectuée par Porter et Chambless (2015) détermine que l'évitement de lieux, de situations ou de contextes jugés anxiogènes serait le meilleur prédicteur du maintien du niveau d'anxiété ainsi que des symptômes associés au trouble panique sur une base longitudinale.

De plus, les personnes qui présentent un TP seraient susceptibles d'avoir recours à des comportements sécurisants (Helbig-Lang et al., 2014). Ce type de comportement constitue une forme d'évitement. Ils ont en effet comme objectif d'éviter de ressentir l'anxiété, en tentant de la prévenir ou de la calmer (Helbig-Lang et al., 2014). Les experts recommandent d'ailleurs d'éviter d'en faire l'utilisation, car ils contribueraient au maintien du TP à travers le temps (Goulet et al., 2013; Ngô, 2018).

Helbig-Lang et Petermann (2010) ont recensé plusieurs types de comportements sécurisants et les classent en deux catégories, les comportements préventifs et restauratifs. Ces comportements viseraient respectivement à prévenir et à contrôler les symptômes anxieux. Les auteurs font référence à diverses manifestations de comportements sécurisant, notamment à : a) se faire accompagner par autrui dans diverses tâches et déplacements, b) repérer les sorties de secours dans les lieux non familiers, c) se préparer de façon excessive avant de s'exposer à une situation anxiogène ainsi que d) faire de nombreuses vérifications avant de quitter la maison afin de calmer son anxiété. Certaines personnes vont aussi apporter leur médication avec eux dans le but de se sécuriser et d'ainsi mieux prévenir ou contrôler leurs symptômes anxieux. D'autres vont utiliser des techniques de relaxation, prier, ou alors tenter par diverses façons de se distraire pour éviter de ressentir de l'inconfort en contexte d'anxiété (Helbig-Lang et Petermann, 2010).

Un autre type de comportement d'évitement utilisé par certaines personnes aux prises avec un TP serait de réduire l'activité physique, en raison des sensations physiques inconfortables et perçues comme menaçantes qu'elle peut générer (Muotri et Bernik, 2014). En effet, celles-ci peuvent s'apparenter aux symptômes associés aux attaques de panique comme la transpiration, l'agitation, l'augmentation du rythme cardiaque, l'hyperventilation, etc. (Helbig-Lang et Petermann, 2010). Toutefois, l'activité physique est reconnue comme une méthode efficace pour contribuer à la réduction des symptômes liés au TP (Locke et al., 2015; Martisen, 2008). Ainsi, l'évitement de l'activité physique pourrait hypothéquer l'exposition et ainsi nuire au processus de rétablissement, ce qui contribuerait au maintien du trouble.

L'évitement peut aussi prendre la forme d'un congé médical prescrit. En effet, un arrêt de travail entraîne généralement une baisse de la fréquence d'exposition à divers stimuli pouvant être anxiogènes. Le congé de maladie peut, surtout lorsqu'il est prolongé, favoriser l'inactivité, une perte de structure, l'isolement, des difficultés financières, l'augmentation du niveau d'anxiété ainsi qu'une diminution des occasions favorisant la réalisation de soi (Bilsker et al., 2006; Consortium for Organizational Mental Healthcare, 2016). Des lignes directrices d'intervention pour les médecins recommandent pour cette raison de rester vigilants concernant les congés de maladie prolongés pouvant s'avérer néfastes sur les plans physique, social et psychologique (Consortium for Organizational Mental Healthcare, 2016).

Les personnes aux prises avec un TP seraient moins susceptibles de demeurer actives sur le marché du travail que celles n'ayant jamais souffert de cette problématique (Ramage-Morin, 2004). En effet, 11 % de cette clientèle se considérerait incapable de travailler de façon permanente. Toutefois, cette posture prive de nombreuses occasions de s'exposer qui favoriseraient le rétablissement ainsi que plusieurs avantages sur la santé mentale (Cameron et Plamondon, 2019; Ramage-Morin, 2004). En effet, être actif professionnellement permettrait a) de favoriser les contacts sociaux, b) d'obtenir de la reconnaissance pour ses contributions, c) de cultiver un sentiment d'inclusion et d'appartenance, d) d'avoir une structure et une routine de vie conformes au rythme normal de la société ainsi que e) d'entretenir une identité professionnelle (Cameron et Plamondon, 2019).

Ainsi, les arrêts de travail prolongés pourraient contribuer à la chronicisation du TP. Le retour au travail serait perçu par certains experts comme la pierre angulaire du rétablissement chez les personnes qui rencontrent des difficultés de santé mentale (Consortium for Organizational Mental Healthcare, 2016). Contrairement aux idées préconçues, le rétablissement de la capacité fonctionnelle au travail ne serait pas

conditionnel à la rémission des symptômes. En effet, la reprise des activités interagirait positivement sur les capacités professionnelles et psychologiques (Consortium for Organizational Mental Healthcare, 2016).

Une autre façon utilisée pour éviter les symptômes anxieux serait la consommation de tabac, de drogues, ou d'alcool (Ramage-Morin, 2004; Robinson et al., 2009). En effet, certaines personnes avec un trouble anxieux auraient tendance à utiliser ces substances pour s'auto-médicamenter et ainsi tenter de diminuer leur anxiété (Robinson et al., 2009). Toutefois, des chercheurs étudiant le lien entre la consommation d'alcool et les attaques de panique ont démontré qu'être sous l'effet de cette substance lors d'une attaque de panique aggravait significativement les symptômes associés (Terra et al., 2004). Bien qu'elle puisse parfois apaiser temporairement le stress, la consommation de substance s'avère être une stratégie délétère à long terme pour gérer les symptômes anxieux, notamment car elle est susceptible de contribuer au maintien du TP en renforçant l'évitement (Terra et al., 2004).

1.4.2 Composante cognitive dans le maintien du TP

De nombreuses études ont démontré le rôle important des facteurs cognitifs dans le maintien du trouble panique (Teachman et al., 2007). Une des caractéristiques partagées par plusieurs personnes qui en sont atteintes est la sensibilité à l'anxiété (Richards et al., 2001). La sensibilité à l'anxiété est caractérisée par la propension à éprouver de la peur en réponse à des sensations physiques associées aux symptômes anxieux (Bouvard et al., 2003). Les personnes avec un TP qui présentent une grande sensibilité à l'anxiété auraient une aversion envers ces symptômes et en feraient généralement une interprétation négative (White et al., 2006).

L'émergence de sensations physiques s'apparentant aux symptômes anxieux viendrait rapidement et intensément alarmer la personne qui fait preuve de sensibilité à l'anxiété. Devant ces signaux interprétés comme dangereux, le stress augmenterait et engendrerait une amplification des symptômes physiques. Cela contribuerait à un cercle vicieux au sein duquel l'interprétation négative des symptômes physiques contribue à leur aggravation, pouvant d'ailleurs mener à des attaques de panique (Schmidt et al., 2006; Techman et al., 2010; Woud et al., 2014). En effet, une étude effectuée auprès de 404 participants a conclu que la sensibilité à l'anxiété prédirait l'émergence d'attaques de panique (Schmidt et al., 2006). La sensibilité à l'anxiété serait aussi associée à une plus grande probabilité de souffrir de divers symptômes liés à la panique (Schmidt et al., 2006). Le cercle vicieux détaillé ci-haut pourrait expliquer en partie la chronicisation du trouble panique à travers le temps.

Une importante sensibilité à l'anxiété prédirait d'ailleurs des biais d'interprétation vis-à-vis les stimuli intéroceptifs chez les personnes atteintes d'un TP (Richards et al., 2001). En effet, comparée aux sujets du groupe contrôle, cette clientèle aurait tendance à interpréter plus négativement les stimuli internes et externes pouvant être associés aux attaques de panique (Richards et al., 2001). Techman et coll. (2010) se sont penchés sur l'impact d'un traitement ciblant les biais cognitifs d'interprétation chez les personnes ayant reçu un diagnostic de TP. Lorsque les biais étaient diminués, ils observaient aussi une baisse de la sévérité des symptômes, de la fréquence des attaques de panique, de la détresse ainsi que des comportements d'évitement, connus pour contribuer au maintien du TP (Porter et Chambless, 2015). Ces résultats suggèrent que les biais cognitifs pourraient aggraver et contribuer au maintien des symptômes du TP (Woud et al., 2014).

En plus d'interpréter de nombreux stimuli avec un biais négatif, les personnes qui souffrent d'un TP sont aussi plus susceptibles de présenter des biais cognitifs liés à l'attention (Ashwin et al., 2012; Mogg et al., 2012; Reinecke et al., 2011). En effet, les biais attentionnels sont caractérisés comme une propension à mobiliser davantage de ressources attentionnelles envers certains types de stimuli (Heeren et al., 2012). Chez les personnes atteintes d'un TP, l'attention serait plus naturellement dirigée vers les stimuli phobogènes en comparaison aux stimuli neutres (Ashwin et al., 2012; Mogg et al., 2012; Reinecke et al., 2011). Reinecke et coll. (2011) ont par exemple observé que les participants avec un TP dirigeraient davantage leur attention vers les expressions faciales et verbales jugées négatives. Ils auraient aussi tendance à identifier davantage la tristesse que ne le feraient les participants du groupe contrôle.

Ces résultats concordent avec ceux de Ashwin et coll. (2012) qui concluent à une tendance similaire au sein de cette population qui détecterait mieux les expressions de colère que celles liées aux émotions positives. Les personnes avec un TP auraient aussi plus tendance à choisir des mots liés à la panique ou à connotation négative pour se décrire (Reinecke et al., 2011). Des biais attentionnels seraient observés non seulement chez cette clientèle, mais aussi chez leurs enfants (Mogg et al., 2012). En effet, on observerait chez ces jeunes un biais attentionnel envers les signaux de menace pour la santé, qu'ils soient sous forme de mots ou d'images, ce qui serait d'ailleurs associé à une augmentation des inquiétudes rapportées. Les personnes aux prises avec un TP auraient moins tendance à utiliser des stratégies cognitives adaptées pour gérer les évènements stressants (Savoia et Bernik, 2004). En effet, elles seraient moins susceptibles de faire l'usage de techniques de résolution de problèmes adéquates (Savoia et Bernik, 2004). La présence d'un TP serait d'ailleurs associée à une tendance à s'inquiéter excessivement (Wachleski et al., 2008).

De plus, bien que l'intolérance à l'incertitude soit une caractéristique généralement associée au trouble d'anxiété généralisée, la clientèle aux prises avec un TP en serait aussi concernée. Carleton et coll. (2013) concluent qu'il y aurait un lien significatif entre le niveau d'intolérance à l'incertitude et l'intensité des symptômes paniques. D'ailleurs, l'intolérance à l'incertitude chez une population avec un TP serait associée à l'évitement, stratégie impliquée dans la chronicisation du trouble (Carleton et al., 2013; Gorka et al., 2013).

1.4.3 Composante sociale dans le maintien du TP

Les personnes aux prises avec un TP auraient tendance à mobiliser des efforts dans le but de limiter l'émergence d'attaques de panique (American Psychiatric Association, 2022). Cela encouragerait certains à éviter des contextes sociaux qui pourraient générer des symptômes anxieux, ce qui est susceptible de favoriser l'isolement. D'ailleurs, des participants souffrant d'un TP, rencontrés dans le cadre d'une étude de Johnson et coll. (2009), rapportent « une expérience d'isolement sévère ». La crainte de dévoiler leurs difficultés et de se voir stigmatisés contribuerait à ce phénomène. À cet effet, Batinic et Trajkovic (2008) auraient observé chez cette clientèle un niveau plus faible de soutien social, notamment sur le plan des relations familiales et de l'intégration dans la communauté.

Plusieurs études démontrent que l'isolement social aurait des conséquences négatives importantes sur le bien-être, au point d'être associé à des idées dépressives et mortifères ainsi qu'à des passages à l'acte suicidaire (Matthews et al., 2015; Stickley et Koyanagi; 2016). Huang et coll. (2010) ont de la même façon établi un lien significatif entre un faible réseau de soutien social, la sévérité des symptômes paniques et les idéations suicidaires chez des personnes avec un TP. Une revue systématique des écrits scientifiques a d'ailleurs conclu que moins elles se sentiraient soutenues par leur environnement, plus leur symptomatologie anxieuse serait grave (Palardy et al., 2018).

Sur le plan interpersonnel, plusieurs recherches ont établi une corrélation positive entre les comportements d'accommodation et la sévérité des symptômes anxieux (Lebowitz et al., 2015; Norman et al., 2015; Thompson-Hollands et al., 2014). Ce type de comportement fait référence aux diverses accommodations que fait l'entourage dans le but de prévenir ou diminuer les difficultés d'une personne qui leur est chère (Boeding et al., 2013). Il est fréquent d'observer que les proches puissent s'accommoder aux difficultés des personnes en souffrance. Thompson-Hollands et coll. (2014) ont conclu que 97 % des mères et 88 % des pères d'enfants anxieux feraient de cette façon l'usage de comportements

d'accommodation; ils auraient rapporté quatre comportements de ce type en moyenne dans les deux semaines précédant leur participation à l'étude (Thompson-Hollands et al., 2014). Dans une perspective bienveillante, les proches pourraient, par exemple, faire des tâches à la place de la personne avec un TP, prendre en charge certaines de ses responsabilités ou éviter, eux aussi, des contextes jugés anxiogènes pour s'adapter à leur mode de vie. Toutefois, bien qu'ils soient généralement bien intentionnés, ces comportements peuvent avoir des effets délétères sur la problématique. À court terme, les comportements d'accommodation peuvent s'avérer efficaces pour apaiser la détresse (Thompson-Hollands et al., 2014). À plus long terme, ils risquent de favoriser l'évitement, stratégie connue pour contribuer au maintien des symptômes anxieux et du TP (Fava et al., 2001; Iverach, et al., 2017; Okajima et al., 2009, Spinhoven, et al., 2017).

De plus, l'accommodation de la part des proches est susceptible d'interférer négativement avec le traitement (Lebowitz et al., 2015; Thompson-Hollands et al., 2014). Tel que mentionné ci-haut, l'accommodation peut devenir un vecteur d'évitement, stratégie qui est aux antipodes de ce qui est prescrit par les protocoles de traitement pour le TP qui visent plutôt l'exposition aux symptômes anxieux (Goulet et al., 2013). Pour cette raison, plusieurs protocoles de traitements pour les troubles anxieux ciblent spécifiquement une réduction de l'accommodation de la part de l'entourage (Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, 2022; Lebowitz et al., 2015).

En raison des enjeux relationnels présents au sein de la relation de couple, les comportements d'accommodation pourraient aussi contribuer à l'établissement d'une dynamique conjugale nuisible chez les couples dont l'un des partenaires est aux prises avec un TP (Bélanger et al., 2008; Bélanger et al., 2017). En effet, la personne en souffrant peut bénéficier de l'aide que lui apporte son partenaire, en faisant, par exemple, des tâches pour elle ou en l'accompagnant dans certains contextes pour la sécuriser. Le partenaire pourrait, en retour, développer un sentiment de valorisation en lien avec son rôle de donneur de soin. Ainsi, consciemment ou non, il est possible qu'il perçoive des avantages dans le fait que sa conjointe soit, par exemple, plus fréquemment à la maison ou dans une posture de dépendance par rapport à lui. Dans cette dynamique, chacun des partenaires pourrait jouer un rôle cohérent avec ses besoins et sa personnalité tout en favorisant un contexte pouvant être nuisible au rétablissement (Palardy, 2021). Ce type de relation pourrait effectivement favoriser l'évitement chez la personne avec un TP, ce qui risquerait de contribuer au maintien et à l'aggravation de ses symptômes (Bélanger et al., 2008, 2017; Byrne et Clark, 2004; Fava et al., 2001; Porter et Chambless, 2015).

1.4.4 Composante émotionnelle dans le maintien du TP

Plusieurs études démontrent un lien entre les habiletés de régulation émotionnelle et les troubles anxieux (Cisler et Olatunji, 2012; Olatunji, et al, 2007; Pruitt, 2010). La régulation émotionnelle fait référence au processus par lequel un individu gère les émotions qu'il ressent (Gross, 1998). Cela peut notamment concerner le moment où il juge opportun de les vivre, ainsi que la manière qu'il considère adéquate de les exprimer ou de les exprimer. Devant l'intensité ou le caractère inconfortable de certaines émotions, des stratégies d'évitement inadaptées sont parfois utilisées. En effet, certaines stratégies de régulation émotionnelles peuvent avoir un impact sur les problématiques anxieuses, notamment lorsqu'elles sont utilisées de façon trop rigide ou excessive (Bosquet et Egeland, 2006; Eifert et Heffner, 2003; Levitt et al.; 2004; Strauss et al., 2019). Une étude de Bosquet et Egeland (2006) démontre en outre que des difficultés de régulation émotionnelle à l'enfance prédiraient l'anxiété à l'âge adulte.

Eifert et Heffner (2003) ont étudié la dysrégulation des états internes chez des personnes qui présentent une grande sensibilité à l'anxiété, caractéristique fréquemment observée chez une clientèle avec un TP (Schmidt et al., 2006). Les chercheurs ont, dans cet objectif, exposé 60 personnes à de l'air enrichi de 10 % de CO₂ pendant 10 minutes. Ce type d'exposition génère graduellement une impression de manquer d'air, qui est similaire à l'un des symptômes physiques ressentis lors d'une attaque de panique. La manière de se réguler dans un tel contexte permet donc de collecter de l'information sur l'impact des différentes stratégies de régulation des sensations physiques pouvant être utilisées en cas d'attaques de panique. Les participants entraînés à observer leur état interne en adoptant une posture d'acceptation présentaient moins d'évitement, de peur, de symptômes cognitifs et de pensées catastrophiques durant l'expérimentation que ceux qui étaient encouragés à tenter de contrôler, dans une perspective d'évitement, ces sensations de manque d'air.

Levitt et coll. (2004) ont fait une expérience similaire sur une population ayant reçu un diagnostic de trouble panique. L'étude visait à comparer les effets de diverses stratégies de régulation de leurs états internes sur leurs symptômes. Les 60 participants étaient, de la même façon, exposés à de l'air enrichi de 5,5 % de CO₂ pendant 15 minutes. Ils étaient attitrés aléatoirement à a) un enregistrement audio visant l'acceptation de leur état, b) un enregistrement encourageant la suppression des sensations ou c) un narratif neutre. Les résultats de cette étude ont démontré que les participants pour lesquels l'acceptation était favorisée rapportaient significativement moins d'anxiété et d'évitement que le groupe avec un narratif neutre. Ils étaient aussi plus nombreux à accepter d'être volontaires pour reproduire l'expérience

une seconde fois. Le groupe ayant utilisé la stratégie de suppression des sensations rapportait, au contraire, un plus haut niveau d'anxiété. Cela suggère que la posture avec laquelle les états internes sont régulés aurait une influence sur l'intensité des symptômes et sur la propension à l'évitement, stratégie connue pour contribuer au maintien du TP (Fava et al., 2001; Porter et Chambless; 2015; Strauss et al., 2019).

Ainsi, bien que ce soit une stratégie délétère, les personnes avec un TP pourraient avoir tendance à utiliser des stratégies d'évitement pour gérer certaines émotions et sensations internes jugées inconfortables (Levitt et al., 2004; Strauss et al., 2019). Des chercheurs ayant administré une psychothérapie d'approche cognitivo-comportementale à cette clientèle ont observé une diminution de l'utilisation de stratégies d'évitement émotionnel suite au traitement. Ce changement serait en outre corrélé à une baisse des symptômes liés au TP, ce qui suggère que la régulation émotionnelle pourrait influencer l'évolution du trouble et ainsi sa chronicisation (Strauss et al., 2019).

1.4.5 Bénéfices secondaires liés au maintien du TP

Plusieurs études démontrent que des bénéfices secondaires à la maladie pourraient nuire à l'efficacité des traitements et avoir, de façon générale, un rôle à jouer dans le maintien des troubles de santé mentale (Jones et al., 2002; Sanderson et Bruce, 2007; Shmagin et Pearlmutter, 1977; Van Egmond et al., 2002). Les bénéfices secondaires sont définis comme étant des avantages conscients ou inconscients, directs ou indirects, qu'un individu peut tirer d'une pathologie physique ou mentale (Bioy et Fouques, 2009). Ils sont perçus comme une forme d'avantage collatéral à la maladie. Sanderson et Bruce (2007) ont interviewé à ce sujet plusieurs thérapeutes qui se spécialisent dans le traitement du trouble panique et les ont questionnés sur ce qui, selon eux, interférerait négativement avec le rétablissement. Les bénéfices secondaires ont été identifiés comme faisant partie des principaux facteurs nuisant à l'efficacité thérapeutique chez cette clientèle.

Freud (1917) aurait été le premier auteur à documenter le phénomène des bénéfices secondaires en lien avec les troubles mentaux. Il explique qu'il y aurait, dans la manifestation du ou des symptôme(s), une tendance à rechercher le plaisir et à éviter le déplaisir (Freud, 1917). Edwin L. Thorndike (1911) aurait par ailleurs été le premier scientifique à établir les fondements théoriques du concept de bénéfice secondaire tel que les experts d'approche cognitivo-comportementale le conçoivent aujourd'hui. Sa « loi de l'effet » explique qu'un résultat satisfaisant renforcera un comportement donné tandis qu'un résultat insatisfaisant aura l'effet inverse (Thorndike, 1911). Skinner (1953) se serait inspiré de ces travaux pour

élaborer le concept de conditionnement opérant. En effet, ses théories se basent sur la prémisse selon laquelle les comportements sont régis par leurs conséquences, positives ou négatives, et que ces dernières influencent à leur tour la probabilité que ces mêmes comportements se reproduisent. Dans cette perspective, deux types de renforcements pourraient être impliqués dans le maintien d'un comportement : les renforcements positifs, qui se caractérisent par le gain de quelque chose de satisfaisant, et les renforcements négatifs qui font référence à un avantage lié à la perte de quelque chose de désagréable (Powell et al., 2016; Skinner, 1953). Skinner (1953) avance aussi que l'augmentation ou la diminution de la fréquence d'apparition d'un comportement ne serait pas toujours volontaire et consciente.

Conformément à cette théorie, si certains comportements contribuant à maintenir le trouble panique étaient suivis de conséquences positives, celles-ci pourraient renforcer le comportement et augmenter sa fréquence d'apparition. L'évitement des symptômes anxieux en serait un exemple. En effet, les comportements d'évitement sont généralement suivis d'un sentiment de soulagement à court terme, ce qui pourrait augmenter la fréquence à laquelle ils sont utilisés et ainsi contribuer à maintenir le TP (Fava et al., 2001; Kessler et al., 2006; Porter et Chambless, 2015; Ramnerö et Ost, 2007; Yonkers et al., 2003).

Jones et coll. (2002) sont parmi les premiers à s'être intéressés à l'impact des bénéfices secondaires sur le maintien d'une problématique de santé mentale. En effet, ils ont étudié les effets des dédommagements financiers liés à l'invalidité sur le maintien des symptômes post-traumatiques chez les anciens combattants. Les auteurs concluent que l'obtention de ces montants pourrait contribuer à consolider les symptômes de détresse et nuire au processus de traitement. Dans son article explorant les liens entre les symptômes et les bénéfices secondaires, Davidhizar (1994) insiste à cet égard sur le fait que prendre un rôle de malade pourrait permettre d'obtenir des avantages non négligeables. Pour en bénéficier, certains pourraient, consciemment ou non, mettre leurs symptômes de l'avant ou les amplifier.

Dans la même ligne d'idées, Ferster (1973) argumente que les troubles de santé mentale peuvent entraîner des conséquences perçues positivement. Chez certains, le fait d'être considéré comme une « personne malade » peut procurer une certaine reconnaissance, les proches devenant plus attentionnés et compréhensifs à leur égard (Fishbain, 1994; Solano, 2005). Le fait de se présenter comme étant souffrant peut aussi servir d'excuse pour justifier des comportements pouvant être jugés négativement par autrui (Fishbain, 1994).

Fishbain (1994) fait d'ailleurs référence aux congés de maladie qui peuvent prendre l'aspect de bénéfices secondaires. En effet, ils pourraient permettre d'éviter des tâches déplaisantes ou un contexte jugé stressant, de disposer de plus de temps libre ou d'être payé sans avoir à travailler. Les personnes ne se sentant pas appréciées au travail ou étant en conflit avec leurs collègues pourraient aussi percevoir des bénéfices en lien avec un arrêt de travail (Shmagin et Pearlmutter, 1977; Solano, 2005). Le fait de rapporter une symptomatologie floride pourrait aussi permettre d'obtenir des avantages légaux, comme le fait de retarder un procès, ou d'éviter certaines responsabilités associées.

Devant la mise en lumière de ces difficultés, les proches pourraient être tentés de se mobiliser pour être davantage présents et disponibles pour la personne présentant des difficultés. Celle-ci serait alors susceptible de recevoir plus d'attention de la part de son entourage en raison des difficultés exprimées, ce qui, en soi, pourrait constituer un renforcement positif au comportement émis (Fishbain, 1994; Shmagin et Pearlmutter, 1977; Solano, 2005). En effet, une étude de Shmagin et Pearlmutter (1977) conclut que les personnes reconnues pour souffrir d'un trouble de santé mentale profiteraient généralement d'une attention plus soutenue de la part de leurs proches lorsqu'ils présenteraient une symptomatologie importante. Les auteurs citent, à titre d'exemple, les propos d'un patient : « Une bonne chose en étant à l'hôpital est que ma femme ne peut plus m'ignorer » (p. 64). Ce témoignage met en lumière le type de bénéfices pouvant être perçus.

Les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale seraient plus susceptibles de se plaindre et de tenir des propos dévalorisants envers elles-mêmes (Shmagin et Pearlmutter, 1977). Leurs proches pourraient ainsi prendre l'habitude de davantage les rassurer. Cette gratification immédiate pourrait renforcer leurs comportements de plaintes et donc, l'attention portée à leur problème ainsi que la place qu'ils occupent dans leur fonctionnement (Shmagin et Pearlmutter, 1977). Une étude de Romano et coll. (2000) effectuée auprès de couples dont l'un des partenaires présente des douleurs musculosquelettiques chroniques conclut que le nombre de plaintes verbales et non verbales émises serait associé positivement à l'attention reçue de la part du partenaire. Les plaintes non verbales faisaient référence, entre autres, à se tenir, se masser ou s'étirer une partie du corps en démontrant de la douleur, à utiliser des expressions sonores ou faciales liées à la souffrance, à faire des mouvements raides, lents ou restreints ainsi qu'à utiliser un support physique pour se déplacer. Selon les auteurs, la recherche d'attention motiverait 14 % des plaintes verbales et 31 % des plaintes non verbales. Cette étude met en lumière la manière avec laquelle les

bénéfices collatéraux à la maladie peuvent avoir un impact sur la chronicisation d'une problématique, dans ce cas-ci en renforçant les comportements de plaintes qui contribuent au maintien des difficultés.

1.4.6 Facteurs liés au traitement dans le maintien du TP

Les personnes avec un TP qui ne reçoivent pas un traitement adéquat sont plus susceptibles de voir leur trouble se chroniciser (Goulet et al., 2013). Ainsi, les difficultés d'accès, d'adhésion et de maintien en traitement sont susceptibles de contribuer à la chronicisation de la problématique à travers le temps. D'ailleurs, plusieurs personnes aux prises avec un trouble anxieux ne recevraient pas de traitements appropriés (Bandelow et Michaelis, 2015). En effet, au Canada, seulement 11 % de cette clientèle serait traitée (Ohayon et al., 2000). Une autre étude effectuée auprès de 539 participants avec un trouble anxieux a démontré que 47,3 % ne recevraient aucune forme d'aide (Weisberg, 2007). Ces données pourraient en partie être expliquées par les difficultés d'accès au traitement ainsi que par les enjeux liés à l'adhésion et au maintien dans les services qui seront détaillées ci-dessous.

1.4.6.1 Difficultés d'accès au traitement

Perreault et coll. (2013) ont étudié les obstacles liés à l'accès au traitement auxquels se butent les personnes aux prises avec un trouble anxieux. Les délais d'attente trop importants, les difficultés éprouvées pour joindre un professionnel par téléphone ainsi que la distance avec les lieux de services sont les principaux défis rapportés. Chez une population souffrant d'un TP, le principal enjeu lié à l'accès au traitement serait d'ordre financier (Chartier-Otis et al., 2010). En effet, les services offerts seraient souvent trop dispendieux et les couvertures des compagnies d'assurances insuffisantes. Craske et coll. (2005) ont estimé que 40 % des personnes avec un TP seraient ainsi découragées par le coût des services et plus d'un tiers d'entre elles souligneraient ne pas posséder de couverture d'assurance leur permettant de se faire traiter. Ces enjeux financiers privent bon nombre de personnes souffrantes d'avoir accès à un traitement adéquat, ce qui contribue indirectement à maintenir leur problématique à travers le temps.

Une barrière supplémentaire à l'accès aux traitements pour le TP serait le manque d'information quant à l'endroit où trouver des services adaptés (Chartier-Otis 2010; Craske et al., 2005). Craske et coll. (2005) estiment que jusqu'à 43 % des personnes aux prises avec un TP ne sauraient pas où aller pour trouver de l'aide. Toutefois, même dans les cas où elles savent à quel endroit se référer et qu'elles peuvent financièrement se le permettre, il arriverait fréquemment qu'elles se butent à un manque de places disponibles ou à des listes d'attente très longues, voire fermées (Chartier-Otis et al., 2010; Craske et al.,

2005). Plus de la moitié d'entre elles expriment ne pas avoir été en mesure d'obtenir des soins dans des délais raisonnables, ce qui contribue nécessairement à expliquer la chronicisation de la problématique chez certains (Chartier-Otis et al., 2010).

1.4.6.2 Freins à l'adhésion au traitement

Des difficultés associées à l'adhésion au traitement suggéreraient que certaines personnes avec un TP ne reçoivent pas les soins appropriés pour leur problématique, ce qui les vulnérabiliserait à ce qu'elle persiste (Ciuca et al., 2018; Domhardt et al., 2020; Stech et al., 2020). Parmi un groupe de personnes ayant réussi à avoir accès à un traitement pour le TP, plus d'un tiers d'entre elles ne se seraient pas présentées à la première rencontre (Perreault et al., 2009). Dans l'objectif de mieux comprendre les barrières liées à l'adhésion au traitement, elles ont été questionnées sur les motifs liés à leur absentéisme. Plusieurs ont exprimé que l'anticipation, le caractère non familier de la démarche, les craintes liées au déplacement ainsi qu'au lieu de rencontre (une clinique psychiatrique) se sont avérés être des sources d'inquiétudes majeures.

Certains symptômes spécifiques au TP seraient susceptibles d'influencer à la baisse l'adhésion au traitement (American Psychiatric Association, 2022; Perreault et al., 2009). En effet, cette clientèle aurait tendance à adapter ses comportements pour éviter l'émergence d'attaques de panique, notamment en fuyant les contextes non familiers (American Psychiatric Association, 2022). Or, l'adhésion à un nouveau traitement, avec des professionnels et des pairs jamais côtoyés auparavant, dans un lieu qu'ils ne connaissent pas, peut s'avérer être un réel défi pour cette clientèle (Perreault et al., 2009; Perreault, et al., 2014).

Dans l'évaluation des obstacles à l'adhésion au traitement, d'autres barrières psychologiques s'ajouteraient, comme un manque d'information sur leur problématique, une réticence à parler de leurs symptômes à autrui ainsi qu'une peur d'être victimes de préjugés ou de discrimination (Johnson et al., 2009). En effet, les attitudes stigmatisantes vis-à-vis les problèmes de santé mentale affecteraient négativement leur disposition à aller vers des services dont ils pourraient bénéficier.

1.4.6.3 Facteurs favorisant l'abandon du traitement

Parmi les personnes qui accèdent à des soins pour le TP, plusieurs abandonneraient avant la fin du traitement (Bélanger et al., 2016; Perreault et al., 2009; White et al., 2010). Une étude de White et coll.

(2010) démontre que parmi 360 patients ayant entrepris une démarche de traitement, 19 % y auraient mis fin prématurément.

Keefe et coll. (2020) déterminent que des abus à l'enfance, l'inactivité professionnelle ainsi que des limites sur le plan psychosocial augmentaient aussi les risques d'abandon d'une thérapie. Bélanger et coll. (2016) ont documenté les principaux motifs d'abandon rapportés par des personnes traitées pour un TP : des conflits d'horaire, une insatisfaction envers le traitement ainsi que des enjeux liés à leur contexte conjugal (Bélanger et al., 2016). De plus, les abandons seraient plus nombreux après les séances ciblant l'exposition aux sensations physiques et aux situations jugées anxiogènes (Huppert et al., 2014; Perreault et al., 2009). Cela suggère que certains symptômes inhérents au TP, notamment l'évitement et l'interprétation négative des symptômes physiques, pourraient favoriser l'abandon du traitement et ainsi contribuer à expliquer sa chronicisation (American Psychiatric Association, 2022; Kessler et al., 2006; Richards et al., 2001, Schmidt et al., 2006; White et al., 2006).

L'insatisfaction liée aux services reçus serait aussi un facteur favorisant l'abandon du traitement en santé mentale, notamment chez une clientèle avec un TP (Bados et al., 2007; Bentley et al., 2021; Carter et al., 1995). Une recherche effectuée auprès de 231 participants avec un TP a démontré que 38 % d'entre eux jugent avoir eu des besoins non répondus en contexte de soins (Craske et al., 2005). Les personnes présentant des difficultés psychologiques graves, une dépression comorbide, des difficultés liées au fonctionnement, des inquiétudes ainsi que des comportements d'évitement seraient plus susceptibles de se dire insatisfaites des traitements reçus (Chartier-Otis et al., 2010; Craske et al., 2005). Un plus long délai entre les premiers symptômes et la prise en charge ainsi que l'absence d'indemnités financières pour couvrir les frais associés seraient liés à une plus grande insatisfaction (Chartier-Otis et al., 2010; Craske et al., 2005). Ainsi, plus les patients seraient insatisfaits face au traitement reçu, plus ils seraient susceptibles de l'abandonner (Bados et al., 2007; Bentley et al., 2021; Carter et al., 1995). Dans cette perspective, il serait essentiel de cibler certains facteurs vulnérabilisant à l'insatisfaction et de demeurer à l'écoute de leurs besoins et préférences individuelles pour favoriser leur satisfaction liée au traitement. Cela pourrait contribuer à freiner les abandons et ainsi à prévenir la chronicisation du TP (Bados et al., 2007; Bentley et al., 2021; Carter et al., 1995; Fava et al., 2001).

1.4.6.4 Lien entre les attentes et l'efficacité du traitement

Plusieurs traitements ont été développés pour intervenir auprès de personnes souffrant d'un TP. Sur le plan psychologique, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) serait l'approche privilégiée (Katzman et al., 2014). En effet, plusieurs études et méta-analyses identifient la TCC comme un traitement particulièrement efficace pour intervenir sur cette problématique (Foldes-Busque et al., 2007; Lim et al., 2018; Marchand et al., 2009; Sánchez-Meca et al., 2010). La TCC vise la modification des pensées et des comportements nuisibles pour les remplacer par des réactions plus adaptées (Goulet et al., 2013; Katzman et al., 2014; Lim et al., 2018). Elle peut se faire individuellement ou en groupe, en présentiel ou à distance, avec un professionnel ou à l'aide d'un guide d'auto-traitement, et se déroulerait généralement sur une période de 12 à 18 séances (Foldes-Busque et al., 2009; Goulet et al., 2013; Marchand et al., 2009; Perreault et al., 2015).

Les techniques utilisées pour intervenir sur le TP sont principalement la rééducation respiratoire, la relaxation, la restructuration cognitive, l'exposition aux sensations physiques de la panique (ou exposition aux stimuli intéroceptifs), l'exposition aux situations phobogènes ainsi que les interventions ciblant l'hygiène de vie (Foldes-Busque et al., 2009; Goulet et al., 2013; Lim et al., 2018; Siev et Chambless, 2007). Selon une étude de Sánchez-Meca et coll. (2010), les exercices de relaxation, de respiration et d'exposition seraient les principaux ingrédients actifs de la TCC pour le TP. Des devoirs à faire à la maison ainsi qu'un suivi post-traitement auraient aussi un rôle à jouer dans l'efficacité du traitement et le maintien des acquis (Sánchez-Meca et al., 2010). De plus, l'absence de comorbidité, une prise en charge rapide et un soutien positif de l'entourage prédiraient de meilleurs résultats (Sánchez-Meca et al., 2010).

Les attentes des patients envers un traitement influenceraient l'efficacité de celui-ci et donc, l'évolution de la pathologie et sa propension à devenir chronique (Brown, 2015; Cormier, 2013; Katerelos et al., 2015; Lurie et al., 2016; Nestoriuc et al., 2016; Perreault et al., 2014; Van der Oest et al., 2021; Wu et al., 2020). Une méta-analyse regroupant 8 016 patients répartis dans 46 études ayant mesuré leurs attentes en début de traitement conclut à un lien significatif entre les attentes optimistes et les résultats obtenus. En effet, plusieurs recherches mettent en lumière le rôle positif des attentes ayant un caractère réaliste et optimiste sur l'efficacité d'un traitement (Constantino et al., 2011; Husain et Lee, 2015; Keefe et al., 2021; Wu et al., 2020). Des études se penchant spécifiquement sur les symptômes anxieux et paniques établissent un lien entre les attentes et l'efficacité du traitement (Porter et Chambless, 2015; Wu et al., 2020). Ce phénomène serait, entre autres, expliqué par une plus grande implication dans le traitement, notamment par

l'utilisation plus fréquente de stratégies d'exposition, connues pour diminuer les symptômes anxieux (Carl et al., 2019; Finn et al., 2009; Hoyer et al., 2009; Opris et al., 2012; Wu et al. 2020).

Depuis les années 1990, la manière d'envisager le traitement en santé mentale a beaucoup évolué. Le concept de rétablissement élaboré par William Anthony (1993) a contribué à moduler les attentes liées aux traitements. À cet égard, Anthony (1993) propose de délaisser la posture visant une guérison complète et finale des symptômes pour plutôt cibler le rétablissement. Cette approche aurait comme objectif de favoriser le fonctionnement et l'épanouissement d'un patient malgré que certaines difficultés associées à la maladie peuvent persister. En effet, l'idée est qu'une personne peut continuer de présenter certaines vulnérabilités, tout en développant des stratégies adaptées pour diminuer sa souffrance et l'intensité de ses symptômes. Les attentes deviennent ainsi plus réalistes et les objectifs, plus atteignables (Anthony, 1993; Drucker, 1954).

Le concept de rétablissement viserait entre autres à accompagner le patient dans une optique de : a) trouver un sens à sa vie malgré les difficultés, b) passer outre les effets catastrophiques de la maladie, c) se libérer du stigma associé, d) se rétablir des effets iatrogènes du traitement, e) gérer le manque d'opportunités d'autodétermination ainsi que f) faire le deuil de rêves ou d'objectifs devenus potentiellement inatteignables (Anthony, 1993). Cette démarche viserait à faire évoluer positivement l'attitude, les valeurs, les sentiments, les capacités et le rôle des personnes impliquées dans un processus de traitement. Le rétablissement favoriserait une vie satisfaisante et utile, où l'espoir pourrait subsister malgré les limites imposées par la maladie (Anthony, 1993).

Le concept de rétablissement encourage le patient à miser sur des sources de satisfaction dans sa vie ainsi qu'à se concentrer sur sa santé, ses forces et son bien-être malgré la présence ou non de symptômes ou de problèmes continus ou récurrents (Shepherd, Boardman et Slade, 2008). Cette approche viserait à redonner aux patients un contrôle sur eux-mêmes et sur leur vie. Cette perspective redonnerait de l'espoir et favoriserait la résilience (Shepherd et al., 2008).

Bien que plusieurs traitements aient démontré leur efficacité pour traiter le TP, la vulnérabilité génétique à l'anxiété demeure un facteur de risque non négligeable et le risque de récurrences touchant les personnes ayant souffert d'un TP demeure important (Andersch et Hetta, 2003; Goulet et al., 2013; Nay et al., 2013; Oussi et Bouvet, 2021; Shimada-Sugimoto et al., 2015; Swoboda et al., 2003; Yonkers et al., 2004). Viser à mener une vie gratifiante malgré les défis rencontrés serait une approche plus réaliste dans une

perspective à long terme (Anthony, 1993). Comme les attentes irréalistes envers les impacts des soins reçus sont connues pour être associées à des moins bons résultats et donc au maintien de la problématique (Katerelos et al., 2015), la posture du rétablissement pourrait favoriser l'entretien d'attentes plus réalistes envers le traitement, ce qui pourrait être un facteur qui contribuerait à l'efficacité de celui-ci (Constantino et al., 2011; Katerelos et al., 2015; Keefe et al., 2021; Wu et al., 2020).

1.5 Résumé des principaux facteurs de maintien du trouble panique

Bien que plusieurs traitements efficaces existent pour traiter le trouble panique, la problématique se chronicise chez plusieurs (Andersch et Hetta, 2003; Nay et al., 2013; Swoboda et al., 2003; Yonkers et al., 2003). L'introduction de cet essai recense les principaux facteurs documentés dans les écrits scientifiques comme ayant un rôle à jouer dans le maintien du TP et la chronicisation des symptômes. En effet, sur le plan comportemental, l'évitement de certains lieux, contextes ou situations jugés anxiogènes ainsi que l'usage de comportements sécurisants pourraient contribuer au maintien du TP (Lang et Petermann, 2010; Muotri et Bernik, 2014; Porter et Chambless, 2015; Ramage-Morin, 2004). Sur le plan cognitif, la sensibilité à l'anxiété, les biais cognitifs, les difficultés de résolution de problèmes ainsi que l'intolérance à l'incertitude auraient un rôle à jouer dans la chronicisation du trouble (Carleton et al., 2013; Carleton et al., 2014; Gorka et al., 2013; Savoia et Bernik, 2004; Schmidt et al., 2006; Teachman et al., 2007; Woud et al., 2014). Des difficultés de régulation des émotions et des sensations internes associées pourraient aussi exercer un impact négatif sur la symptomatologie du TP (Levitt et al., 2004; Schmidt et al., 2006; Strauss et al., 2019). Sur le plan social, le manque de soutien, la tendance à l'isolement et l'accommodation des proches pourraient s'avérer nuisibles (Batinic et al., 2009; Bélanger et al., 2008; Huang et al., 2010; Johnson et al., 2009; Kolek et al., 2019; Lebowitz et al., 2015; Palardy et al., 2018; Savoia et Bernik, 2004; Thompson-Hollands et al., 2014). Les bénéfices secondaires à la maladie, observés sur les plans psychologique, social, financier et légal, sont aussi connus pour contribuer au maintien des troubles de santé mentale, notamment du TP (Jones et al., 2002; Sanderson et Bruce, 2007; Van Egmond et al., 2002). Finalement, des enjeux liés à l'accès, à l'adhésion et au maintien du traitement ainsi que les attentes par rapport aux impacts de celui-ci contribueraient aussi à la chronicisation du TP chez certains (Bélanger et al., 2016; Chartier-Otis et al., 2010; Craske et al., 2005; Huppert et al., 2014; Perreault et al., 2009; Perreault et al., 2013; Perreault et al., 2014; White et al., 2010).

Un élément central et commun à la majorité des facteurs de maintien du TP énumérés ci-haut est la composante d'évitement. Qu'il prenne une forme comportementale, cognitive, sociale, émotionnelle ou

qu'il affecte le processus de traitement, l'évitement jouerait un rôle clé dans le maintien du TP (Fava et al., 2001; Porter et Chambless, 2015; Spira et al., 2004). En effet, la tendance à utiliser des stratégies d'évitement chez cette clientèle serait associée à une moins bonne qualité de vie et prédirait l'intensité des symptômes liés au TP ainsi que le nombre d'attaques de panique rapportées (Ramnerö et Ost, 2007).

L'évitement comportemental est le plus facilement identifiable grâce à son aspect concret et observable (p. ex., éviter de prendre les transports en commun, d'aller dans les magasins grandes surfaces, de s'éloigner de chez soi). L'évitement peut toutefois prendre des formes plus subtiles, notamment sur le plan cognitif. En effet, plusieurs biais cognitifs ont comme fonction de prévenir ou d'éviter des sensations internes désagréables. Une étude de Warren et coll. (1989) a d'ailleurs démontré un lien entre les biais cognitifs et la propension à l'évitement chez les personnes souffrant d'un trouble anxieux. L'intolérance à l'incertitude serait aussi associée à plus d'évitement chez une clientèle avec un TP (Carleton et al., 2013; Gorka et al., 2013).

Sur le plan social, l'isolement peut être une stratégie d'évitement du stress et de l'inconfort associée aux relations interpersonnelles (Johnson et al., 2009). L'acomodation des proches, qui ont l'impression d'aider et qui réalisent des tâches anxiogènes à la place de la personne avec un TP, encourage parfois à éviter de s'exposer aux symptômes anxieux. Cette forme d'évitement indirect risque aussi de contribuer au maintien de la problématique (Goulet et al., 2013).

Il y aurait aussi une composante d'évitement dans les stratégies de régulation émotionnelle utilisées chez certaines personnes souffrant d'un TP. En effet, tel que mentionné précédemment, plusieurs d'entre elles présenteraient une importante sensibilité à l'anxiété et donc, une forte intolérance aux sensations physiques qui accompagnent généralement les émotions jugées désagréables, notamment l'anxiété (Richards et al., 2001; Schmidt et al., 2006). Certains vont donc se mobiliser pour faire de l'évitement émotionnel, stratégie qui est toutefois connue comme nuisible, car contribuant au maintien des difficultés (Eifert et Heffner, 2003).

Les bénéfices secondaires peuvent interagir avec la problématique de façon similaire en apportant des avantages qui soulagent dans l'immédiat, mais qui nuisent à plus long terme en favorisant l'évitement (Jones et al., 2002; Sanderson et Bruce; 2007; Shmagin et Pearlmutter, 1977; Van Egmond et al., 2002). Par exemple, une personne dont les symptômes anxieux et paniques seraient exacerbés par une relation conflictuelle avec une patronne pourrait se sentir apaisée par un arrêt de travail qui lui permettrait d'éviter

de la côtoyer. Elle aurait ainsi un bénéfice secondaire à « rester malade » pour prolonger son congé qui l'épargnerait d'être confrontée à une situation professionnelle anxiogène. Ce type de stratégie d'évitement, qu'elle soit consciente ou non, est inadaptée et risquerait de contribuer au maintien du TP (Goulet et al., 2013).

La composante d'évitement dans certains enjeux liés au traitement pourrait aussi contribuer à expliquer le maintien du TP à travers le temps. En effet, les personnes qui ne reçoivent pas de traitement approprié sont, en général, plus susceptibles de voir leurs symptômes perdurer (Ciuca et al., 2018; Domhardt et al., 2020; Stech et al., 2020). Or, les personnes souffrant d'un TP présentent certaines caractéristiques inhérentes à leur problématique, comme la tendance à faire de l'évitement, pouvant nuire à l'adhésion et au maintien en traitement (American Psychiatric Association, 2022; Kessler et al., 2006; Richards et al., 2001, Schmidt et al., 2006; White et al., 2006). Ainsi, l'évitement serait donc une composante clé pour comprendre le maintien du TP à travers le temps. À l'inverse, l'exposition aux symptômes paniques et à l'inconfort associé serait un des principaux ingrédients actifs dans un processus de rétablissement (Goulet et al., 2013; Sanchez-Meca et al., 2010; Wu et al. 2020).

L'objectif de la présente recherche consiste à documenter la perspective des personnes aux prises avec un TP vis-à-vis l'évitement ainsi que les cognitions qui les encouragent à éviter ou au contraire à s'exposer à leurs symptômes anxieux pour mieux comprendre la chronicisation du trouble. Plus précisément, il s'agira de documenter les mécanismes cognitifs sous-jacents à la décision d'utiliser l'une ou l'autre de ces stratégies dans le but de mieux comprendre ce qui contribue à maintenir le TP et ainsi améliorer les traitements et services destinés à cette population.

1.6 Éthique

Ce projet de recherche a été approuvé par le comité éthique de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Il rencontre les critères éthiques de la recherche sur les êtres humains tels que définis par les trois grands organismes subventionnaires canadiens : le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG) ainsi que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (Groupe en éthique de la recherche, 2018). Tous les participants de l'étude ont eu l'information nécessaire pour donner leur consentement libre et éclairé. Aucune forme de pression ou de contrainte n'a été émise pour encourager la participation. Les personnes ayant mené cette recherche

n'étaient pas en position d'autorité vis-à-vis les participants et elles n'étaient pas responsables de leur prise en charge thérapeutique.

CHAPITRE 2

ARTICLE : ÉVITEMENT ET EXPOSITION : PERSPECTIVE DE PERSONNES AUX PRISES AVEC UN TROUBLE PANIQUE¹

Trouble panique : évitement et exposition

AVOIDANCE AND EXPOSURE: PERSPECTIVE OF PEOPLE SUFFERING OF PANIC DISORDER

Panic Disorder: Avoidance and Exposure

Camille BLOUIN (1), Claude BÉLANGER (2) et Michel PERREAULT (3)

1. Doctorante

Département de psychologie
Université du Québec à Montréal
C. P. 8888, succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3P8
Blouin.camille@courrier.uqam.ca
514 663-0290

2. Professeur titulaire

Département de psychologie
Université du Québec à Montréal
C. P. 8888, succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3P8
belanger.claude@uqam.ca
514 895-7696

3. Professeur agrégé

Département de psychiatrie
Université McGill
Centre de recherche de l'hôpital Douglas
6875, boul. LaSalle
Montréal (Québec) H4H 1R3
michel.perreault@douglas.mcgill.ca
514 761-6131 (2823)

¹ Article soumis à la *Revue québécoise de psychologie* le 29 septembre 2022. Statut : en révision.

Résumé

Plusieurs personnes souffrant d'un trouble panique demeurent insatisfaites des améliorations perçues suite aux traitements reçus. L'objectif de cette étude est de documenter leur perspective quant à l'évitement et à l'exposition pour mieux comprendre comment cela influence leur rétablissement. Huit personnes ont participé à des entrevues semi-dirigées analysées selon la méthode de thématization en continu de Paillé et Mucchielli (2016). Les résultats mettent en lumière 14 principales cognitions qui influenceraient leur propension à s'exposer ou non aux situations anxiogènes. Cette étude contribue à la compréhension du trouble, permet d'orienter les interventions cliniques et offre des pistes pour la recherche future.

Mots-clés : trouble panique, évitement, exposition, cognitions, perspective des patients, rétablissement

¹ Dans le but d'alléger le texte et de préserver l'anonymat des participants, le masculin générique est utilisé.

Avoidance and Exposure: Perspective of People Suffering of Panic Disorder

Abstract

Many people with panic disorder remain dissatisfied with the perceived treatment's outcomes. The goal of this study is to document their perspective on avoidance and exposure to better understand how it influences their recovery. Eight participants took part in semi-directed interviews that were analyzed using the thematization method of Paillé and Mucchielli (2016). We identify 14 main cognitions that influence their propensity to expose themselves to anxiety-provoking situations or to avoid them. This study contributes to the understanding of panic disorder, suggests clinical recommendations and identifies avenues for future research.

Keywords: panic disorder, avoidance, exposure, cognitions, patients' perspective, recovery

2.1 Introduction

Le trouble panique (TP) implique des montées brusques, intenses, récurrentes et inattendues de symptômes physiques appelées attaques de panique (AP) (American Psychiatric Association, 2022). Ces attaques de panique se caractérisent par des symptômes physiques envahissants qui peuvent prendre la forme de palpitations cardiaques, de tremblements, de nausées, de sensations d'étouffement, de vertiges ou d'étranglement ainsi que d'une peur de mourir, de perdre le contrôle ou de « devenir fou ».

Selon une étude épidémiologique internationale, 13,2 % de la population aurait déjà souffert d'une attaque de panique, alors que seulement 1,7 % répondrait aux critères diagnostiques du TP (De Jonge et al., 2016). Cet écart entre l'occurrence relativement fréquente des AP et le développement d'un TP chez une minorité de personnes s'expliquerait, entre autres, par les stratégies d'évitement utilisées pour fuir les symptômes associés. En effet, tel qu'indiqué dans le DSM-5-TR, on observerait chez plusieurs personnes aux prises avec un TP des changements de comportement significatifs et inadaptés dans le but d'éviter des situations jugées susceptibles d'entraîner une attaque de panique (American Psychiatric Association, 2022).

2.1.1 L'évitement en contexte de trouble panique

Une étude effectuée auprès de 239 personnes ayant reçu un diagnostic de TP a démontré que 98 % d'entre elles éviteraient les contextes qu'elles jugent anxiogènes (White et al., 2006). À cet effet, les stratégies d'évitement visant à prévenir ou à fuir les symptômes liés à la panique peuvent prendre différentes formes (Taillefer, 2016). La plus courante et la plus facilement observable est l'évitement comportemental, qui réfère à l'évitement de lieux, d'activités, de situations ou de tâches qui pourraient générer des symptômes anxieux ou des attaques de panique (Anxiété Canada, 2018; American Psychiatric Association, 2022; Muotri et Bernik, 2014). Plusieurs personnes souffrant d'un TP éviteraient les situations non familières dû au risque de se sentir paniquées devant l'inconnu ou l'imprévu. D'autres éviteraient, par exemple, de faire de l'exercice physique, activité susceptible de provoquer des sensations similaires aux attaques de panique (American Psychiatric Association, 2022).

Les stratégies d'évitement expérientiel, quant à elles, ont pour but de limiter les sensations internes jugées désagréables, comme les pensées, images, souvenirs, émotions ou sensations qui pourraient générer des symptômes anxieux, voire des attaques de panique (Hayes et al., 2012; Moran, 2020). Selon White et al. (2006), 80 % des personnes ayant un TP ferait de l'évitement expérientiel. Diverses

méthodes peuvent alors être utilisées, comme la fuite, la suractivité, la réassurance, les compulsions, les vérifications, le déni, la dissociation ou la distraction, notamment par la présence d'autrui ainsi que par la consommation d'alcool, de drogue, de jeux vidéo ou d'émissions télévisées (Bond et al., 2011; Dionne et al., 2013).

Un autre type de stratégies d'évitement, basé sur des comportements sécurisants, peut aussi être mis en place dans le but de prévenir l'émergence de symptômes liés à la panique. Elles servent à sécuriser les personnes qui anticipent une attaque de panique dans une situation donnée. Les personnes souffrant d'un TP pourraient, par exemple, se déplacer avec une tierce personne ou munies d'objets jugés sécurisants (p. ex., un cellulaire pour demander de l'aider ou des médicaments pour aider à retrouver rapidement un état de calme).

Plusieurs études démontrent que l'évitement aurait un rôle à jouer dans le maintien et même l'aggravation des symptômes anxieux (Batelaan et al., 2010; Beesdo-Baum et al., 2012; Ehlers, 1995; Fava et al., 2001; Gauthier-Duchesne et al., 2017; Iverach et al., 2017; Okajima et al., 2009, Spinhoven et al., 2017). En effet, cette stratégie contribuerait à solidifier les croyances irréalistes associées aux troubles anxieux (Marchand et al., 2018). Lorsqu'une personne évite une situation anticipée, cela l'empêcherait de mettre à l'épreuve ses craintes, souvent disproportionnées par rapport à la menace réelle, et de les confronter à la réalité. L'évitement limiterait ainsi le développement de cognitions plus adaptées et réalistes connues pour contribuer au rétablissement en contexte de troubles anxieux (Goulet, 2013). À l'inverse, l'exposition aux situations anxiogènes s'avérerait être une méthode efficace pour favoriser le rétablissement (Carl et al., 2019; Finn et al., 2009; Hoyer et al., 2009; Opris et al., 2012; Wu et al., 2020).

2.1.2 L'impact de l'exposition sur le trouble panique

Plusieurs études démontrent l'efficacité des techniques d'exposition aux situations qui génèrent de l'anxiété pour diminuer les symptômes associés (Carl et al., 2019; Finn et al., 2009; Hoyer et al., 2009; Opris et al., 2012; Wu et al., 2020). Ce type de stratégie permettrait de corriger les croyances irrationnelles et les associations dysfonctionnelles entre le stimulus et la perception de danger (Goulet et al., 2013; Marchand et al., 2018). L'exposition permettrait, entre autres, d'établir de nouveaux liens sur le plan cognitif entre les situations anxiogènes, les sensations qu'elle génèrent et leur niveau de dangerosité réel, ce qui favoriserait le rétablissement du TP (Goulet et al., 2013; Marchand et al., 2018).

Bien que l'exposition soit une stratégie dont l'efficacité ait été démontrée, plusieurs personnes qui souffrent d'un TP demeurent réticentes à en faire l'utilisation en raison des sensations inconfortables qu'elle génère à court terme (Marchand et al., 2018). En effet, ces dernières auraient tendance à faire une lecture particulière des sensations pouvant être liées à la panique et les interpréteraient négativement (American Psychiatric Association, 2022). Elles anticiperaient ainsi l'émergence d'attaques de panique et présenteraient une préoccupation à l'égard des symptômes ainsi que de leurs conséquences, souvent perçues comme délétères ou même dangereuses.

2.1.3 L'impact des cognitions sur le trouble panique

Plusieurs facteurs cognitifs joueraient un rôle dans le développement et le maintien du trouble panique (Richards et al., 2001; Teachman et al., 2007; White et al., 2006). En effet, de nombreuses personnes aux prises avec un TP présenteraient une importante sensibilité à l'anxiété et percevraient négativement les stimuli internes et externes pouvant s'apparenter aux sensations de panique (Bouvard et al., 2003; Richards et al., 2001; White et al., 2006). Cette perspective est susceptible de contribuer à un cercle vicieux au sein duquel l'interprétation négative des symptômes physiques entraînerait leur aggravation, ce qui augmenterait en retour, non seulement les probabilités de souffrir d'attaques de panique, mais aussi de recevoir un diagnostic de trouble panique (Richards et al., 2001; Schmidt et al., 2006; Teachman et al., 2010; Woud et al., 2014).

Les personnes souffrant d'un TP seraient aussi plus susceptibles de présenter des biais cognitifs liés à l'attention (Ashwin et al., 2012; Mogg et al., 2012; Reinecke et al., 2011). En effet, l'attention des personnes atteintes d'un TP serait plus naturellement dirigée vers les stimuli phobogènes en comparaison aux stimuli neutres (Ashwin et al., 2012; Mogg et al., 2012; Reinecke et al., 2011). Reinecke et al. (2011) ont par exemple observé que les participants aux prises avec un TP dirigeraient davantage leur attention vers les expressions faciales ou verbales jugées négatives et identifieraient plus facilement la tristesse que ne le feraient les participants d'un groupe contrôle. Ils choisiraient aussi plus de mots liés à la panique ou à connotation négative pour se décrire (Reinecke et al., 2011).

De plus, les personnes aux prises avec un TP utiliseraient plus de stratégies inadaptées pour gérer les événements stressants et seraient moins susceptibles de faire l'usage de techniques de résolution de problèmes adéquates (Savoia & Bernik, 2004). Selon une enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Bédard et al., 2004), les personnes ayant un TP auraient deux à trois fois plus tendance à se

blâmer et à souhaiter que leurs problèmes disparaissent que celles qui en ayant jamais souffert. Bref, les cognitions entretenues sont susceptibles de contribuer au maintien des difficultés des personnes souffrant d'un TP, d'où l'importance de s'intéresser à leur discours interne, notamment pour mieux comprendre l'évolution de ce trouble qui est connu pour persister dans le temps (Yonkers et al., 2003).

2.1.4 L'angle de la perspective subjective pour mieux comprendre le TP

Depuis les dernières années, les experts en sciences sociales et humaines visent à impliquer davantage les acteurs ayant eux-mêmes fait l'expérience des problématiques étudiées (Anadon, 2007). Cette mouvance rejoint le concept de patient-expert qui se base sur l'idée que les personnes qui souffrent d'une maladie en acquièrent un savoir expérientiel unique (Boudier et al., 2012). Ainsi, les acteurs sensibilisés à ce qui se passe réellement sur le terrain joueraient un rôle de plus en plus actif dans la compréhension de diverses problématiques (Mougeot et al., 2018). Ainsi, l'exploration de l'expérience subjective constitue un angle prometteur pour avoir accès à des informations nouvelles, riches et nuancées.

Bien que les écrits scientifiques documentent la pertinence de cette approche, peu de chercheurs l'ont choisie pour approfondir les connaissances scientifiques sur le trouble panique (Anthony, 1993; Shepherd et al., 2008). En effet, la perspective des personnes en souffrant a principalement été étudiée en lien avec l'objectif de mieux comprendre leur point de vue à l'égard des services reçus ou attendus (Chartier-Otis, 2011; Perreault et al., 2014; Perreault et al., 2015).

2.2 But et objectif de la recherche

Malgré qu'il soit bien établi que l'évitement nuise au rétablissement et qu'au contraire l'exposition soit efficace pour diminuer les symptômes anxieux, plusieurs personnes souffrant d'un TP restent résistantes à adapter leurs comportements en ce sens (Batelaan et al., 2010; Beesdo-Baum, et al., 2012; Carl et al., 2019; Ehlers, 1995; Fava et al., 2001; Finn et al., 2009; Gauthier-Duchesne et al., 2017; Hoyer et al., 2009; Iverach, et al., 2017; Okajima et al., 2009; Opris et al., 2012; Spinhoven et al., 2017; Wu et al., 2020). En effet, l'exposition serait souvent crainte, évitée et associée à de nombreux abandons de traitement chez les personnes souffrant d'un TP (Perreault et al., 2004). Comme le choix d'éviter ou de s'exposer aux symptômes liés à la panique a un impact important sur le rétablissement du TP, il importe de mieux comprendre les mécanismes qui influencent cette décision. Étudier le discours interne devrait permettre

de mieux comprendre les perspectives sur ces deux stratégies et potentiellement d'identifier certaines cognitions pouvant nuire au traitement et contribuant au maintien de la problématique.

Ainsi, l'objectif principal de cette étude exploratoire est de documenter la perspective des personnes ayant un TP quant à l'évitement et à l'exposition pour mieux comprendre comment leur discours interne peut interférer avec leur rétablissement. Cette étude a pour but de mettre en lumière les cognitions favorisant l'utilisation de stratégies d'évitement ou d'exposition afin de mieux comprendre les processus sous-jacents à la méthode utilisée. Cette recherche vise aussi à participer à l'avancement des connaissances sur le rétablissement du TP sous un angle nouveau, soit celui de la perspective des personnes qui en souffrent.

2.3 Méthodologie

2.3.1 Participants

Un total de huit personnes ont été rencontrées dans le cadre d'entrevues semi-dirigées. Pour répondre aux critères d'inclusion de l'étude, ces participants devaient être âgés de 18 ans et plus et avoir reçu un diagnostic de TP par un psychologue ou un médecin. Les participants devaient être atteints d'un TP depuis au moins deux ans et avoir fait au moins deux tentatives de traitements n'ayant pas entraîné les effets escomptés. Ce seuil temporel et ces tentatives insatisfaisantes avaient comme objectif de cibler des personnes chez qui le trouble persiste dans le temps, malgré les traitements reçus, pour étudier les perspectives pouvant interférer avec le rétablissement.

Les personnes rapportant avoir reçu d'autre(s) diagnostic(s), comorbide(s) au TP, par un psychologue ou un médecin, devaient considérer leur TP comme étant le plus envahissant au cours des trois derniers mois. L'objectif de ce critère d'inclusion était de recruter des participants pour qui le TP était perçu comme le trouble primaire. Se baser sur leur perspective à cet effet était cohérent avec l'angle de l'étude où l'expérience subjective est mise à l'avant-plan. Cette capacité à discriminer le trouble le plus envahissant pouvait aussi suggérer une meilleure habileté à départager les symptômes liés au TP des autres comorbidités. Les critères d'exclusion visaient à éviter le recrutement de personnes à risque d'être psychologiquement affectées par leur participation à l'étude, notamment celles présentant des symptômes dépressifs sévères ou un risque suicidaire.

Les participants ont été recrutés à l'aide d'une invitation publiée sur les réseaux sociaux et partagée dans des groupes *Facebook* destinés aux utilisateurs de cette plateforme qui souffrent de troubles anxieux. Les personnes intéressées à participer étaient invitées à remplir un questionnaire ayant pour objectif de s'assurer qu'elles répondaient aux critères d'inclusion de l'étude ainsi que pour collecter diverses informations sociodémographiques et liées à leur vécu du TP. Conformément à la nature qualitative et exploratoire de l'étude, le questionnaire a aussi pu mettre en lumière que les participants recrutés présentaient des caractéristiques diversifiées en termes d'âge, de traitements reçus et de comorbidité(s) et qu'ils étaient ainsi susceptibles de représenter un éventail de perspectives relatives au TP.

Au total, sept femmes et un homme âgés entre 18 et 45 ans ont été rencontrés. Ceux-ci avaient reçu un diagnostic de TP depuis en moyenne 13 ans. Tel qu'anticipé et conformément aux critères diagnostiques du trouble panique, les participants rencontrés ont rapporté de façon unanime ressentir de la détresse en lien avec leur TP. Cette détresse se caractériserait par des symptômes physiques et psychologiques décrits comme extrêmement envahissants et contraignants. Tous ont rapporté les anticiper et les vivre difficilement au quotidien. La majorité d'entre eux ont rapporté que les sentiments d'hypervigilance face aux symptômes sont fréquents et épuisants. Plusieurs ont mentionné être devenus très alertes aux signaux précurseurs pouvant annoncer leur émergence et agir pour les prévenir. Les huit participants ont rapporté faire de l'évitement à différents degrés pour gérer les symptômes associés au TP. Tous les participants ont rapporté au moins une comorbidité dont un trouble de l'adaptation, un trouble d'anxiété généralisée, une phobie spécifique, un trouble de stress post-traumatique ou un trouble de personnalité limite. De plus, cinq des huit participants avaient aussi reçu un diagnostic d'agoraphobie. Le Tableau 1 présente diverses caractéristiques socio-démographique et cliniques des participants recrutés.

TABLEAU 1

Caractéristiques des participants

Tableau 2.1

Identifiant	Sexe rapporté	Statut civil	Nombre d'années depuis le diagnostic de trouble panique	Diagnostic(s) comorbide(s) rapporté(s) par le participant	Méthodes rapportées pour gérer le TP
Participant 1	H	Célibataire	21	Agoraphobie	- Psychothérapie individuelle - Thérapie de groupe (groupe de soutien pour trouble anxieux, 2x)
Participant 2	F	Conjoint de fait	13	- Trouble de l'adaptation	- Médication (au besoin) - Psychothérapie individuelle - Vitamines/suppléments alimentaires (Oméga 3 JOY) - Pratiques alternatives (yoga)
Participant 3	F	Célibataire	9	- Trouble d'anxiété généralisée	- Psychothérapie individuelle - Techniques de relaxation - Médication - Vitamines/suppléments alimentaires
Participant 4	F	Célibataire	2	- Agoraphobie	- Médication (au besoin) - Techniques de relaxation
Participant 5	F	Célibataire	7	- Agoraphobie	- Médication - Psychothérapie individuelle - Suivi psychosocial - Pratiques alternatives (yoga) - Activités physiques
Participant 6	F	Conjoint de fait	8	- Phobie spécifique (vomir)	- Médication (au besoin) - Psychothérapie individuelle - Pratiques alternatives (yoga, méditation, écriture) - Méditation - Activités physiques
Participant 7	F	Divorcée	16	- Agoraphobie - Trouble de stress post-traumatique	- Médication - Psychothérapie individuelle
Participant 8	F	Célibataire	30	- Agoraphobie - Trouble de la personnalité limite	-Médication -Thérapie de groupe -Centre d'hébergement

2.3.2 Collecte de données

Les participants ont participé à des entrevues individuelles semi-dirigées d'une durée de 60 à 90 minutes. Cinq d'entre eux ont été rencontrés en personne et les autres, pour des raisons liées à leur situation géographique ou à d'autres contraintes telle la pandémie de la COVID-19, par visioconférence. Tous les participants ont été informés à l'avance des objectifs de l'étude, de son déroulement et des thèmes qui y seraient abordés. Tous ont donné leur consentement libre et éclairé et ont complété le formulaire requis à cet égard. Ce projet de recherche a été approuvé par le comité éthique de l'Université du Québec à Montréal (UQAM).

Conformément à l'objectif d'explorer la perspective des participants, la méthode d'entrevue semi-dirigée a été privilégiée (Paillé & Mucchielli, 2016). En effet, cette méthode est indiquée pour les études qui visent à avoir accès aux perceptions d'une population donnée (Institut national de santé publique, 2011). Elle serait la plus utilisée en recherche qualitative, permettant de guider l'entrevue et de répondre à des questionnements spécifiques, tout en offrant la flexibilité, tant pour les participants que pour l'interviewer, d'approfondir les éléments jugés pertinents (Holloway & Wheeler, 2010). Contrairement aux entrevues dirigées où la démarche est davantage orientée et structurée, un protocole semi-dirigé et des questions ouvertes permettent aux participants d'élaborer plus librement en limitant l'influence de l'intervieweur. Cela favoriserait une collecte de données plus représentative du vécu réel (Paillé & Mucchielli, 2016). Les participants ont été questionnés sur 1) leur expérience du TP et les perspectives associées, 2) leur manière de gérer leurs symptômes, 3) ce qu'ils évitent et ce à quoi ils s'exposent au quotidien et les raisons sous-jacentes et 4) ce qui contribue, selon eux, au maintien de leur TP. Avec l'accord des participants, les entrevues ont été enregistrées en format audio et conservées sur un support informatique sécurisé, où la confidentialité peut être assurée.

2.3.3 Analyse des données

Les données ont été analysées selon la méthode d'analyse thématique en continu de Paillé & Mucchielli (2016). En premier lieu, les enregistrements audios des entrevues ont été transcrits sur un support informatique sécurisé et anonymisé. Plusieurs lectures de ces verbatim ont ensuite été effectuées par la chercheuse principale, permettant la familiarisation avec leur contenu, l'acquisition d'une vue d'ensemble du matériel recueilli et l'anticipation d'éventuelles difficultés. Les verbatim ont été divisés en unités de sens, un conglomérat de mots qui, lorsque regroupés, réfèrent à une même idée. Puis, un thème a été

attribué à chacune des unités de sens formées. Conformément à la démarche de thématization en continu (Paillé & Mucchielli, 2016), l'entièreté du discours des participants a été ainsi analysée et classifiée.

L'ensemble des thèmes attribués aux unités de sens ont ensuite été fusionnés, subdivisés, regroupés et hiérarchisés. Ce processus a permis d'organiser le matériel recueilli de façon plus globale et intégrée, toujours en respectant l'idée initiale rattachée à chaque unité de sens. Tous les thèmes ont ensuite été respectivement attribués à une rubrique, outil classificatoire qui permet de les regrouper et les organiser sous des catégories plus générales, appartenant à une idée commune. L'analyse a été effectuée selon la méthode ascendante, voulant que la démarche débute le plus près possible des propos des participants pour ensuite être élargie à des thèmes et des rubriques plus englobants. Cela a permis de mettre l'accent sur la dénomination plutôt que sur la classification, et de favoriser la rigueur et la valeur heuristique de l'analyse.

Une démarche réflexive impliquant les chercheurs de l'étude a permis des remises en question et des confrontations constructives qui ont pu faire évoluer la compréhension des témoignages recueillis (Leclerc et al., 2007). Les rencontres ont permis de valider le choix des thèmes et rubriques retenus pour les analyses. La chercheuse principale a tenu un journal de bord tout au long du processus de recherche. Cet outil a permis de conserver l'accès à des éléments pertinents, complémentaires aux verbatim, observés lors des entrevues. Il a contribué à l'interprétation des résultats en mettant en lumière le climat d'échange, les attitudes, les réactions non verbales ainsi que certains passages marquants en raison de leur charge émotionnelle, de leur caractère répétitif ou de l'insistance des participants sur ces points.

2.4 Résultats

La première section des résultats présente les diverses perspectives des participants quant à l'évitement en lien avec leur TP. La deuxième section détaillera le processus sous-jacent au choix de s'exposer ou non en mettant en lumière 1) les cognitions favorisant l'évitement ainsi que 2) les cognitions favorisant l'exposition.

2.4.1 La perspective des participants sur l'évitement

2.4.1.1 Une stratégie observée comme nuisible à long terme

La grande majorité des participants manifeste de l'ambivalence quant à l'utilisation de stratégies d'évitement. Bien que plusieurs mentionnent se sentir mieux dans l'immédiat lorsqu'ils en font l'usage,

ces derniers remarqueraient cependant des effets négatifs et délétères à long terme. Un participant explique par exemple : « À long terme, c'est pas bénéfique. Sur le coup, ça fait du bien, mais ça va empirer l'anxiété au bout du compte ». Certains participants rapportent que plus ils évitent les situations qui les rendent inconfortables, plus ces dernières deviennent anxiogènes. Un d'entre eux précise : « J'peux pas passer plus de deux jours chez moi, c'est dangereux, (...) sinon je retombe dans la peur de sortir dehors (...) Et là, faut que je recommence, faut que j'aïlle juste sur le trottoir, t'sais par p'tits bouts ». Sachant cela, quelques participants mentionnent explicitement faire des efforts conscients pour limiter l'évitement : « J'essaye le plus possible de pas faire d'évitement. J'essaye le plus possible de pas fuir ce que j'ai à faire, mais des fois, j'le fais. Des fois, je fuis » explique l'un d'entre eux.

Toutefois, seulement les stratégies d'évitement comportemental observables et concrètes (p. ex., l'évitement de certains lieux, tâches ou activités) sont soulevées comme étant nuisibles par les participants. À l'inverse, les stratégies d'évitement expérientiel visant à limiter les sensations internes désagréables ne semblent pas être perçues comme problématiques et ne sont pas décrites comme tel. En effet, les participants ne rapportent pas d'exemple où des stratégies d'évitement expérientiel auraient été perçues comme délétères.

2.4.1.2 Une méthode contre laquelle ils disent avoir été mis en garde

Plusieurs participants disent avoir été sensibilisés aux impacts négatifs de l'évitement par un professionnel de la santé. En effet, certains précisent avoir appris, en contexte de traitement pour le TP, que l'évitement peut contribuer à maintenir leurs symptômes. Un participant qui évite parfois de sortir de chez lui à cause de ses symptômes souligne :

« La psychiatre m'expliquait ça hier, t'sais mettons, j'suis bien le temps que j'fais mes trucs [pour éviter mes symptômes anxieux], mais ça me donne pas, ça m'apporte pas de l'estime, ça m'apporte pas rien qui peut augmenter [ma capacité à] sortir ».

2.4.1.3 Une méthode perçue comme appropriée pour gérer les symptômes

Bien que sept des huit participants aient suivi une thérapie ciblant leur TP, les propos tenus par deux d'entre eux démontrent qu'ils perçoivent l'évitement comportemental comme tout à fait approprié pour gérer leurs symptômes anxieux. Lorsque questionné sur les stratégies jugées efficaces pour diminuer ses

symptômes au quotidien, l'un d'eux répond : « Je contourne la situation ». Sur ce même sujet, un autre explique :

« [Le truc], c'est l'évitement, d'éviter les situations qui vont causer de pas être bien [...] je sais que demain c'est [jour de] paye pour ben du monde; je sais que c'est pas le temps d'aller faire mon épicerie [...] J'arrange mes horaires en fonction d'éviter le plus de situations possibles ».

Seule une minorité de participants affirme percevoir l'évitement comportemental comme une stratégie judicieuse pour gérer leurs symptômes liés au TP. Toutefois, tous les participants démontrent ne pas être sensibilisés aux diverses formes que peut prendre l'évitement. En effet, plusieurs rapportent faire l'usage d'évitement expérientiel et présentent la stratégie comme tout à fait adaptée. Questionné sur sa manière de réagir lorsqu'il est confronté à une situation anxiogène, un participant répond : « J'écoute d'la musique, [...] pis souvent ça m'aide, pis quand j'vois que ça marche pas, souvent c'est [ma blonde que] j'appelle ». Contrairement aux stratégies comportementales, aucun participant n'élabore sur les potentiels effets négatifs de l'évitement expérientiel.

2.4.1.4 Une façon de respecter ses limites

Quelques participants font référence à l'évitement comme étant une méthode utilisée pour se respecter soi-même. En effet, certains disent percevoir le choix de ne pas s'infliger des sensations négatives liées à l'exposition comme une façon de ne pas transgresser leurs limites. Un participant explique interpréter ses symptômes liés à la panique comme un signal de son corps lui indiquant une frontière à ne pas franchir pour prendre soin de lui : « C'est comme si mon corps essayait d'imposer ses limites. Des fois, je l'écoute pas toujours, pis t'sais si j'mets vraiment pas assez mes limites [...] c'est comme si mon corps me disait : 'T'aurais pas dû le faire' ».

2.4.1.5 Un facteur de maintien du trouble panique

Lorsqu'ils sont questionnés sur ce qui peut contribuer à maintenir leur TP à travers les années, seulement deux participants évoquent l'évitement. Un participant qui rapporte aller beaucoup mieux aujourd'hui partage la réflexion suivante : « T'sais si je m'étais arrêté au fait que j'fais de l'anxiété, pis prendre un Ativan quand j'fais de l'anxiété, j'pas mal sûr qu'aujourd'hui je ferais partie de cette catégorie-là de gens qui sont handicapés, qui sont pas capables de travailler ». Il explique ensuite être heureux d'avoir choisi de s'exposer à ses symptômes et estime qu'une tendance à céder à l'évitement aurait pu aggraver son

état au point de ne plus être capable de fonctionner au quotidien. Cependant, bien qu'une grande majorité des participants rapporte percevoir l'évitement comme nuisible, seulement deux d'entre eux disent explicitement l'associer au maintien de leur TP.

2.4.2 Le processus cognitif sous-jacent à l'utilisation de stratégies d'évitement ou d'exposition

Bien que la majorité des participants affirme connaître l'impact positif que l'exposition puisse avoir sur leur rétablissement, choisir de s'exposer malgré l'inconfort anticipé semble être un réel défi. Plusieurs participants rapportent de l'ambivalence et des cognitions parfois contradictoires lorsqu'ils sont confrontés à la décision de s'exposer à leurs symptômes ou de les éviter. Quatorze cognitions susceptibles d'influencer leur choix ont été identifiées au cours des analyses thématiques. Elles seront présentées ici selon qu'elles favorisent l'évitement ou l'exposition aux situations anxiogènes.

2.4.2.1 Les cognitions favorisant l'évitement

2.4.2.1.1 La perception d'être incapable de tolérer l'intensité des symptômes

Selon certains participants, l'intensité des symptômes physiques et psychologiques associés au TP les pousserait parfois vers l'évitement. Certains d'entre eux rapportent une symptomatologie handicapante au point d'avoir de la difficulté à répondre à leurs besoins de base. Un participant qui dit connaître les effets bénéfiques de l'exposition se dit tout de même limité par l'intensité de ses symptômes : « Juste sortir de chez nous, c'est dur. [...] Genre aujourd'hui, comment je me sens, je ne sortirais même pas de chez nous ». Quelques-uns confient s'être sentis tellement envahis par la détresse, qu'ils auraient souhaité mourir. Dépassé par l'intensité des symptômes ressentis, l'un d'entre eux dévoile avoir dit à sa mère : « Un jour, tu vas me retrouver pendu dans le garde-robe ». Devant la souffrance rapportée comme insoutenable, un participant explique avoir pensé : « J'vais prendre mon char et rentrer dans un mur de béton ».

Selon quelques participants, lorsque les symptômes sont d'une telle intensité, ils ne verraient parfois pas d'autres options que d'éviter les situations anxiogènes et de s'isoler. Ayant déjà l'impression que leur état est insupportable, ils disent ne pas avoir l'énergie de s'infliger plus d'inconfort en s'adonnant, par exemple, à des protocoles d'exposition. À cet effet, quelques-uns précisent s'être rendus au maximum de ce qu'ils se sentaient capables de tolérer, ce qui les pousseraient parfois à choisir l'évitement.

2.4.2.1.2 L'anticipation de sensations négatives

Plusieurs participants disent anticiper les sensations négatives qu'ils pourraient ressentir dans certaines situations anxiogènes. Pour certains, l'anticipation augmenterait l'anxiété, ce qui favoriserait l'évitement. Un d'entre eux mentionne: « Juste à l'idée [de m'exposer], j'suis pas confortable ». Suite à une attaque de panique subie dans une épicerie, un participant avoue mettre son cadran la nuit pour aller faire ses courses, car il anticiperait que cela se reproduise. Il se sentirait ainsi moins observé et moins en danger, puisque le magasin serait alors désert : « J'fais une sieste dans l'après-midi le samedi pis j'vais la faire dans la nuit du samedi au dimanche. Y'a pas personne [...] j'évite dans le fond ».

2.4.2.1.3 Le rapport coûts/bénéfices lié à l'exposition perçu comme insatisfaisant

Les difficultés associées à l'exposition sont décrites par les participants comme très envahissantes et celles-ci persisteraient, selon plusieurs, au-delà de la période d'exposition. Quelques-uns rapportent percevoir un contrecoup désagréable, non seulement pendant, mais aussi après les sessions d'exposition. L'un d'eux affirme : « [Lorsque] l'anxiété devient à des niveaux incontrôlables, [...] c'est des semaines et des mois que ça prend avant de redescendre ». Un autre abonde dans le même sens : « C'est long remonter la pente, fac asteur j'essaye vraiment d'éviter [de m'exposer] ».

En conséquence, chez quelques participants, les effets positifs que peut entraîner l'exposition sont perçus comme insuffisants – du moins à court terme – pour justifier et contrebalancer ses impacts négatifs. Un participant affirme être insatisfait des résultats obtenus après plusieurs années à fournir des efforts qu'il perçoit comme soutenus : « Une exposition de deux ans qui donne pas plus de résultats que ça... ». Bien que la majorité exprime percevoir l'exposition comme une stratégie bénéfique, certains finissent tout de même par observer un rapport coûts/bénéfices insuffisant à s'exposer, ce qui les pousseraient à choisir l'évitement.

2.4.2.1.4 Les attentes élevées en lien avec l'exposition et le découragement associé

Les propos de certains participants témoignent d'attentes élevées face à la désensibilisation que devrait entraîner l'exposition. Certains disent s'attendre à une rémission complète et durable ainsi qu'à une absence de rechutes. Ils expliquent avoir remis en question l'efficacité de la démarche lorsqu'ils n'ont pas vu d'améliorations significatives ou quand certaines difficultés ont refait surface. Un d'entre eux exprime : « Du moment où ça allait mieux, j'ai toujours eu des rechutes (...) fak j'me dis pourquoi [s'exposer]? Ça va aller mieux, pis après je vais faire une autre rechute, ça sert à quoi? ». Un participant confie être démotivé

à s'exposer, car, malgré ses efforts, il aurait l'impression que des événements le ramènent rapidement à la case départ : « Ça me ramène quasiment à zéro. J'ai peur de sortir, j'ai peur de voir des gens, j'ai peur de toute. Ça recommence ». Un autre participant qui semble désillusionné quant à l'efficacité de la technique partage : « Ça fait deux ans que je travaille au même endroit, pis y'a des fois pour aller travailler, j'ai encore de la misère [...] je devrais même pu y penser ». D'autres avouent être découragés des rechutes fréquentes et des symptômes anxieux qui persisteraient malgré l'utilisation de stratégies d'exposition. Ainsi, les améliorations observées ne répondraient pas toujours aux attentes et entraîneraient, le cas échéant, un sentiment de découragement qui favoriserait l'évitement.

2.4.2.1.5 La perception d'être impuissant face aux symptômes

Tous les participants soulignent avoir mobilisé beaucoup de temps et d'énergie vers des tentatives pour aller mieux. Certains disent se sentir impuissants face à leurs symptômes et épuisés des efforts continuels à déployer pour aller mieux :

« On dirait que j'ai lâché prise sur l'exposition. J'ai comme pu le goût de me battre. Ça fait tellement longtemps que je vis avec ça. Oui, y'a des fois où je vais me forcer, mais on dirait que j'y vois pu l'intérêt. (...) À quoi bon? On dirait que c'est un éternel recommencement. (...) On dirait que j'y crois pu. (...) J'me dis que j'vais vivre comme ça toute ma vie. (...) C'est un long combat ».

Ainsi, l'énergie déployée pour s'exposer semble vaine pour certains, ce qui les démotiverait et encouragerait le recours à des stratégies d'évitement.

2.4.2.1.6 L'absence de remise en question

La majorité des participants illustre, par des questionnements rapportés sur le sujet, que le choix d'éviter ou de s'exposer viendrait parfois d'une action raisonnée, c'est-à-dire qui découle d'un processus décisionnel conscient. À d'autres moments, cette décision tiendrait davantage d'habitudes acquises à travers les années qui ne seraient pas toujours remises en question. Par exemple, lorsqu'il est questionné sur son célibat, un participant qui rapporte subir des attaques de panique dans les situations non familières affirme être « habitué de vivre seul et désintéressé à rencontrer une partenaire de vie ». Toutefois, lorsque la question est approfondie et réfléchie davantage, il dit prendre conscience que ce serait plutôt la crainte des symptômes qui pourraient être générés par des nouvelles rencontres qui teinterait sa perspective : « Ouan j'pense c'est plus ça que du désintérêt, mais pour l'instant ça va... (rires) ». Son mode de vie bien

ancré et l'absence de remise en question sur le sujet auraient poussé ce participant à éviter ce type de contexte non familier, perçu comme susceptible de générer de l'inconfort, non pas par choix volontaire et conscient, mais plutôt dû à une absence de remise en question concernant son interprétation de sa situation.

2.4.2.1.7 La perception positive de l'accommodation des proches

Des participants rapportent avoir besoin de soutien de la part de leurs proches pour être fonctionnels et pour affronter certaines situations jugées susceptibles de déclencher une attaque de panique. Un d'entre eux explique : « Si je sais que j'vais pas me sentir bien, j'vais m'arranger pour que ça soit fait par quelqu'un d'autre ». Doté de bonnes intentions, l'entourage en viendrait parfois à accommoder la personne souffrant d'un TP dans certaines situations qu'elle se sentirait incapable d'affronter seule. Un participant explique : « Si j'dis à maman que j'me sens pas bien, elle va revirer de bord (...) Elle va dire 'Ok j'me dépêche pis on s'en va' ».

La moitié des participants avoue, qu'à l'occasion, leurs proches modifieraient leurs plans pour les accommoder. Cela serait apprécié et perçu positivement: « Si j'y dis 'Je sais qu'on avait prévu aller à telle place, mais j'ai beaucoup trop d'anxiété aujourd'hui, viens chez nous à la place', elle va faire 'Il y a pas de trouble, je comprends' ». Un autre raconte s'éloigner volontairement des personnes qui, au lieu de s'accommoder à ses besoins, le poussent à s'exposer aux situations qu'il juge anxiogènes : « Si t'essayes trop de m'sortir de ma zone de confort, j'feel pas fac je m'éloigne [de toi]. T'sais les amitiés c'est ben dur dans ce temps-là ». Ce type de raisonnement est susceptible de favoriser non seulement l'évitement comportemental, lorsque les proches assument certaines responsabilités, mais aussi l'évitement expérientiel où certains symptômes internes pourraient être évités grâce à la présence et au soutien d'autrui.

2.4.2.2 Les cognitions favorisant l'exposition

2.4.2.2.1 La volonté d'avoir un fonctionnement le plus normal possible au quotidien

Tous les participants nomment que leur ambition de fonctionner le plus normalement possible au quotidien les pousse à s'exposer à des situations qui génèrent des symptômes anxieux. Ils font principalement référence aux tâches et situations nécessaires pour répondre à leurs besoins de base comme aller à l'épicerie, à la pharmacie ou à leurs rendez-vous avec des professionnels de la santé. Malgré les craintes associées, gagner sa vie serait aussi l'une des motivations à s'exposer à leurs symptômes

anxieux. En effet, sept des huit participants rencontrés seraient actifs professionnellement malgré les difficultés rencontrées. Bien que la présence de leurs proches puisse être perçue comme un baume sur leur anxiété dans certains contextes, plusieurs admettent avoir tout de même le souci d'en dépendre le moins possible.

2.4.2.2.2 Le désir d'apporter un changement concret dans leur vie

Plusieurs participants disent s'exposer volontairement à des situations anxiogènes lorsqu'ils espèrent un changement concret dans leur vie. Ils font principalement référence à l'obtention d'un nouveau travail ou à la rencontre d'un(e) partenaire amoureux(se). Un d'entre eux avoue avoir souvent annulé des rendez-vous planifiés avec de potentielles partenaires parce qu'il craignait l'émergence de symptômes liés à la panique. Toutefois, devant un ultimatum posé par l'une d'entre elles qui refusait d'entretenir une relation strictement virtuelle, il se serait motivé à s'y rendre malgré l'anxiété en tentant de se raisonner : « Faut que je me donne un coup de pied dans le cul pis faut que j'y aille ». Il serait d'ailleurs très heureux de s'y être exposé, car cette dernière serait devenue sa conjointe, avec qui il partage encore sa vie aujourd'hui.

2.4.2.2.3 La perception d'être soutenu et encouragé

Tous soulignent se sentir soutenus par certains proches qui les encourageraient directement ou indirectement à sortir de leur zone de confort et à s'exposer à diverses situations anxiogènes. Un participant précise : « Souvent, c'est à cause de [ma blonde que je vais m'exposer] parce qu'elle va me pousser ». Un autre rapporte une dynamique similaire au sein de son couple : « Ma blonde me disait : 'Vas-y tout seul' [...] parce qu'elle sait qu'il faut que je sorte de ma zone de confort aussi pour m'en sortir ».

2.4.2.2.4 La croyance que l'exposition est une stratégie efficace

Les participants qui rapportent être optimistes vis-à-vis l'efficacité de l'exposition semblent plus susceptibles de la mettre en pratique. En effet, certains participants mentionnent avoir été convaincus de l'importance des protocoles d'exposition pour favoriser leur rétablissement par des professionnels de la santé avec qui ils avaient un bon lien de confiance. Un participant énonce : « J'ai besoin d'une thérapie proactive [...] me mettre en action pour arrêter d'éviter, [...], c'est à force d'y aller que ça diminue la peur t'sais ». Des participants identifient le lien thérapeutique avec les professionnels de la santé rencontrés ainsi que les informations qui leur ont été transmises concernant les bienfaits de l'exposition comme étant des facteurs qui favorisent leur motivation à en faire l'utilisation.

2.4.2.2.5 Les attentes réalistes quant à l'impact de l'exposition sur le TP

Bien que certains participants ayant déjà entretenu de hautes attentes face à l'exposition se disent découragés au moment de l'entrevue, ceux qui démontrent être sensibilisés à ce qu'il est réaliste d'espérer semblent être davantage ouverts et motivés à affronter les situations qui génèrent de l'inconfort. Un participant qui se serait appliqué à cultiver des attentes plus réalistes face à l'exposition explique avoir observé un impact positif sur son trouble. Il mentionne que plutôt que de s'attendre à ce que ses symptômes disparaissent, il aurait tenté d'accueillir les sensations plutôt que d'y résister en se répétant qu'elles risquaient fortement de se reproduire et qu'il était capable de les tolérer. Il décrit des attaques de panique où les sensations physiques étaient accrues et lors desquelles il arrêta ce qu'il était en train de faire pour « laisser son corps trembler et évacuer le trop plein ». Il explique que cette posture l'aurait aidé à diminuer sa crainte face aux symptômes et l'occurrence de ses attaques de panique.

2.4.2.2.6 Les effets positifs perçus sur les symptômes du TP

La plupart des participants mentionnent qu'affronter leurs symptômes et les contextes pouvant les générer entraînerait, à plus long terme, une baisse de leur niveau d'anxiété. Un d'entre eux témoigne : « S'il y a quelque chose qui me stresse, j'essaie de l'affronter, pis on dirait que ça m'aide ». En effet, plusieurs disent percevoir de réelles améliorations suite à l'utilisation répétée de stratégies d'exposition, ce qui les encourageait à en faire davantage l'usage.

2.4.2.2.7 Une perception de soi améliorée suite à l'exposition

Quelques participants rapportent une perception d'eux-mêmes améliorée suite à l'exposition à des situations jugées anxiogènes. Ils font référence à des sentiments de fierté et d'accomplissement. Un d'entre eux, pour qui les tâches académiques seraient perçues comme susceptibles de générer des attaques de panique, affirme : « Pour moi, chaque petite affaire est un accomplissement! [...] J'ai fait un cours en 'live' et après ça j'étais tellement fier de moi! ». Ces émotions agréables ressenties et une image de soi plus positive encourageraient à reproduire l'expérience et à affronter des contextes généralement évités.

2.5 Discussion

Cette recherche menée auprès de personnes aux prises avec un TP a pour objectif de documenter leurs perspectives quant à l'évitement et à l'exposition pour mieux comprendre comment ces dernières peuvent

influencer leur rétablissement. À l'instar des propos des participants, plusieurs études documentent les effets délétères des stratégies d'évitement sur les symptômes anxieux (Beesdo-Baum, et al., 2012; Iverach et al., 2017; Okajima et al., 2009; Spinhoven et al., 2017). Conformément aux travaux de Beesdo-Baum et al. (2012), plusieurs participants de la présente étude expliquent que l'accès aux soins en santé mentale leur a permis de s'exposer davantage et disent en percevoir les bienfaits. Cela est cohérent avec les conclusions de plusieurs études qui démontrent l'efficacité des techniques d'exposition pour diminuer la détresse dans une perspective à long terme (Carl et al., 2019; Finn et al., 2009; Hoyer et al., 2009; Opris et al., 2012; Wu et al., 2020).

Les résultats mettent en lumière l'impression, chez certains participants, que l'exposition puisse être nuisible à leur rétablissement, notamment dû au grand sentiment de détresse ressenti lorsqu'ils affrontent les situations anxiogènes. Ils semblent associer l'inconfort ressenti dans l'immédiat et le potentiel de cette méthode à les aider à se rétablir. Ce raisonnement est une piste intéressante pour expliquer pourquoi certains peuvent être réticents à s'engager dans des protocoles d'exposition. Dans cette perspective, l'évitement des situations anxiogènes serait perçu comme une façon de prendre soin d'eux-mêmes et de respecter leurs limites. Cette posture délétère où l'évitement est perçu comme une forme de *self-care* met en lumière l'importance de s'intéresser à la perspective des patients en contexte de soins. En effet, cette manière de concevoir l'exposition peut favoriser la résistance face à cette méthode et ainsi la propension à adhérer au traitement. Cela appuie l'idée que tenir compte de l'expérience subjective peut aider à dénouer des impasses thérapeutiques (Boudier et al., 2012; Mougéot et al., 2018).

Conformément aux écrits scientifiques sur le sujet, les résultats de cette étude démontrent que la majorité des participants reconnaît les impacts nuisibles de l'évitement, surtout lorsque les comportements associés sont tangibles et observables, comme dans l'évitement comportemental (Beesdo-Baum et al., 2012; Iverach et al., 2017; Okajima et al., 2009; Spinhoven et al., 2017). Toutefois, l'exploration de la perspective des participants a pu mettre en lumière une méconnaissance des différentes formes que peut prendre l'évitement, notamment sa dimension expérientielle. En effet, plusieurs participants détaillent des circonstances lors desquelles ils ont fait de l'évitement expérientiel en contexte d'exposition, entre autres par l'utilisation de techniques de relaxation, la présence d'un proche ou la distraction par la musique, en interprétant, à tort, que ces stratégies étaient adaptées. Elle est plutôt susceptible de mener à une phase de neutralisation des symptômes qui rendrait moins efficaces, voire complètement inefficaces, les exercices d'exposition (Goulet et al., 2013; Marchand et al., 2018). Bien que sept des huit participants

aient reçu un traitement psychologique pour leur TP, les résultats mettent en lumière qu'indépendamment du type de traitements reçus, aucun participant ne se montre sensibilisé à cette forme d'évitement interne qui serait plus subtile, difficile à repérer, mais tout aussi néfaste. Ainsi, à la lumière des témoignages collectés, le fait de s'être engagé dans une démarche de traitement pour le TP ne semble pas avoir su sensibiliser les participants aux impacts délétères de l'évitement expérientiel.

Contrairement à ce qui est perçu par les participants, l'évitement expérientiel est dommageable et risque de court-circuiter les bienfaits de l'exposition (Goulet et al., 2013; Marchand et al., 2018). Cela pourrait contribuer à expliquer les sentiments de découragement, d'impuissance et d'insatisfaction rapportés par plusieurs participants de l'étude. Certains expriment percevoir un rapport coûts/bénéfices lié à l'exposition comme insatisfaisant, trop peu convaincant pour les motiver à affronter leurs symptômes. Tel qu'il l'a été illustré dans leur discours, de nombreuses conditions doivent être réunies pour que les arguments encourageant l'exposition l'emportent sur ceux favorisant l'évitement. Cette dernière demeure perçue comme l'option la plus facile, accessible et confortable à court terme. Considérant, l'effort, la motivation et le courage nécessaires pour choisir de s'exposer, il serait primordial que les personnes souffrant d'un TP aient facilement accès à de l'information de qualité pour s'exposer adéquatement, notamment en les sensibilisant aux impacts négatifs de l'évitement expérientiel en contexte d'exposition.

Des études futures pourraient se pencher sur la manière avec laquelle les professionnels vulgarisent le protocole d'exposition aux personnes aux prises avec un TP. Il serait intéressant de mesurer l'impact de diverses méthodes de transmission des connaissances pour déterminer celles qui sont le plus efficaces pour motiver et sensibiliser cette population aux conditions qui doivent être réunies pour maximiser l'efficacité des stratégies d'exposition. La présente étude se démarque, entre autres, par le fait qu'elle illustre diverses formes que peut prendre l'évitement expérientiel. Ces exemples concrets pourraient être utilisés en clinique et dans des guides d'autosoins pour sensibiliser les personnes aux prises avec un TP à la pluralité de mécanismes pouvant être utilisés pour faire de l'évitement. Les résultats de l'étude mettent aussi en lumière la pertinence que des recherches futures approfondissent la compréhension du lien entre l'évitement expérientiel, la propension à s'exposer et le rétablissement du TP. Cet angle pourrait être intéressant pour mieux comprendre pourquoi certaines personnes ayant un TP ne se rétablissent pas aussi efficacement que d'autres et sont considérées comme résistantes au traitement. Dans cette perspective, le Questionnaire d'évitement expérientiel multidimensionnel (Gamez et al., 2011) pourrait être un outil

pertinent à utiliser pour explorer quantitativement la relation entre l'évitement expérientiel, l'efficacité d'un protocole d'exposition et le rétablissement du TP.

La présente étude comporte certaines limites, notamment un biais de d'auto-sélection dans le contexte d'un échantillon de convenance. Le fait que les participants se soient portés volontaires pour y participer pourrait influencer leurs caractéristiques, le contenu de leur discours interne et en conséquence, les résultats obtenus (Dufour & Larivière, 2012). De plus, un des critères d'inclusion de l'étude stipule que les participants devaient avoir fait au moins deux tentatives de traitement pour leur TP. Cela implique qu'ils sont susceptibles d'avoir été en contact avec divers professionnels et qu'ils ont possiblement déjà acquis une vision et des concepts teintant leur interprétation de leurs difficultés. Comme il s'agit d'une recherche exploratoire, ses résultats ne devraient toutefois pas être généralisés à l'ensemble des personnes souffrant d'un TP. Cette recherche a plutôt comme objectif de comprendre l'expérience subjective des participants de façon plus approfondie, détaillée et nuancée.

Une autre limite de l'étude concerne le critère d'inclusion selon lequel les participants devaient considérer leur trouble panique comme étant leur diagnostic primaire. Ce critère était mesuré à partir de leur perspective subjective. Pour mesurer plus rigoureusement ce critère, il aurait été pertinent de réaliser des entrevues semi-structurées à l'aide de l'ADIS-5 (Brown & Barlow, 2014), un outil qui permet d'identifier la problématique principale chez une personne qui souffre de plus d'un trouble anxieux. D'ailleurs, comme le TP est connu pour être fréquemment comorbide à d'autres troubles anxieux, la passation de l'ADIS-5 serait d'autant plus pertinente (American Psychiatric Association, 2022).

Les données ont été colligées en contexte d'entrevues individuelles semi-dirigées. Pour favoriser la rigueur de l'étude, il aurait été intéressant de diversifier les outils de cueillette pour procéder à une triangulation des données (Berger et al., 2010). Par exemple, des observations sur le terrain ou l'analyse de journaux de bord qui auraient été remplis quotidiennement par les participants auraient pu fournir des informations complémentaires à celles recueillies. Il aurait été pertinent de demander aux participants de détailler, par écrit, leur processus réflexif lorsqu'ils sont confrontés à une situation anxiogène, notamment les cognitions sous-jacentes à la décision de s'y exposer ou non. Il aurait aussi été enrichissant de les accompagner lorsqu'ils s'exposent, pour pouvoir explorer avec eux ce qui se passe cognitivement dans ces situations précises. Il serait en conséquence possible de mieux documenter les coûts et les bénéfices qu'ils perçoivent lorsqu'ils doivent rapidement adopter l'une ou l'autre de ces stratégies. De plus, le processus

de thématisation a été effectué uniquement par la chercheuse principale de l'étude; aucun accord inter-juges n'a donc été atteint. Il aurait été pertinent, si les ressources disponibles l'avaient permis, qu'il soit effectué par plus d'une personne pour comparer les démarches et conclusions et ainsi contribuer à la fiabilité des résultats (Drucker-Godard et al., 1999).

En conclusion, cette étude contribue à l'avancement des connaissances scientifiques sur le trouble panique en mettant en lumière certains mécanismes cognitifs sous-jacents au choix d'éviter ou de s'exposer aux symptômes liés au TP. L'exploration de l'expérience subjective et des perspectives des personnes qui expérimentent eux-mêmes cette problématique permet de l'aborder sous un angle innovateur et de révéler des éléments encore peu explorés dans les écrits scientifiques. Tel que discuté ci-dessus, les résultats pourront permettre d'inspirer et d'orienter de futures recherches pour approfondir certaines pistes de réflexion soulevées qui gagneraient notamment à être étudiées auprès d'un plus large échantillon.

Les résultats de cette étude permettent aussi d'informer, de faire réfléchir et ainsi d'outiller les professionnels et cliniciens qui interviennent auprès de personnes aux prises avec un TP. Ils offrent des pistes de réflexion pour mieux comprendre ce qui peut, dans le discours interne, contribuer à la résistance au traitement chez certains patients et ainsi mieux les accompagner dans leur rétablissement. Par exemple, entretiendraient-ils des attentes irréalistes envers l'exposition, ce qui pourrait les décourager et affecter leur propension à y adhérer? Se percevraient-ils comme impuissants face à leur symptômes? En mettant en lumière des éléments du discours interne pouvant favoriser l'évitement, cette recherche peut aider les cliniciens à mieux reconnaître certaines cognitions susceptibles d'interférer avec la démarche de traitement. Celles-ci pourront ainsi être adressées et restructurées pour tenter d'améliorer la motivation et la propension à s'exposer et, ainsi, l'efficacité du traitement. De plus, les professionnels pourraient s'inspirer des cognitions identifiées comme favorisant l'exposition pour orienter le plan de traitement. Par exemple, les résultats mettent en lumière qu'entretenir des attentes réalistes quant à l'impact de l'exposition et se sentir soutenu dans cette démarche favoriseraient l'adhésion à ce type de méthode. Dans cette perspective, il pourrait être judicieux de travailler la gestion des attentes et d'inclure les proches dans certaines étapes de la démarche pour favoriser l'efficacité du traitement. Ces résultats devraient aussi contribuer à nourrir des réflexions cliniques quant à la mise en place de services adaptés pour les patients perçus comme résistants au traitement, notamment ceux pour qui la nature du discours interne pourrait nuire à leur implication envers les stratégies d'exposition proposées.

Finalement, cette recherche contribue à sensibiliser les professionnels œuvrant auprès de cette population à l'importance de prendre en considération les particularités du discours interne de leurs patients dans leurs interventions et dans le plan de traitement. Cette posture devrait aider à favoriser l'implication thérapeutique des personnes aux prises avec un TP, l'application adéquate des protocoles d'exposition ainsi que l'efficacité du traitement.¹

2.6 Références

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed., text rev.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Anadon, M. (2007). *La recherche participative : Multiples regards*. Canada : Les Presses de l'Université du Québec.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.

<https://doi.org/10.1037/h0095655>

Anxiété Canada. (2018). *Évitement*. <https://www.anxietycanada.com/fr/articles/evitement/>

Ashwin, C., Holas, P., Broadhurst, S., Kokoszka, A., Georgiou, G. A. & Fox, E. (2012). Enhanced anger superiority effect in generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(2), 329-336. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.11.010>

Batelaan, N. M., de Graaf, R., Spijker, J., Smit, J. H., van Balkom, A. J., Vollebergh, W. A., & Beekman, A. T. (2010). The course of panic attacks in individuals with panic disorder and subthreshold panic disorder: a population-based study. *Journal of affective disorders*, 121(1-2), 30–38.

Beesdo-Baum, K., Jenjahn, E., Höfler, M., Lucken, U., Becker, E. S. & Hoyer, J. (2012). Avoidance, safety behaviour, and reassurance seeking in generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 29(11), 948-957.

Berger, E., Crescentini, A., Galeandro, C., & Crohas, G. M. (2010). La triangulation au service de la recherche en éducation. Exemples de recherches dans l'école obligatoire. Actes du congrès de l'Actualité

¹ Remerciements : Les auteurs souhaitent remercier les personnes souffrant d'un trouble panique ayant participé à cette étude.

de la recherche en éducation et en formation (AREF), 1-8. Bioy, A. et Fouques, D. (2009). *Manuel de psychologie du soin (2^e éd.)*. Éditions Bréal : France.

Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and related disorders interview schedule for DSM-5 (ADIS-5)-adult and lifetime version: Clinician manual*. Oxford University Press.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R.A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.

Boudier, F., Bensebaa, F. & Jablanczy, A. (2012). L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations*, 39, 13-25. <https://doi.org/10.3917/inno.039.0013>

Bouvard, M., Ayxeres-Vighetto, A., Dupont, H., Aupetit, J. et Portalier, S. (2003). Index de la sensibilité à l'anxiété révisé (anxiety sensibility index revised) : validation préliminaire de la version française. *L'Encéphale*, 29(2), 157-164.

Carl, E., Stein, A. T., Levihn-Coon, A., Pogue, J. R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., Asmundson, G., Carlbring, P., & Powers, M. B. (2019). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 61, 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.08.003>

Chartier-Otis, Mariko (2011). *Utilisation de l'Internet et formation de pairs aidants pour surmonter les obstacles au traitement des troubles anxieux* [Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/4144/1/D2135.pdf>

De Jonge, P., Roest, A. M., Lim, C. C., Florescu, S. E., Bromet, E. J., Stein, D. J., ... & Scott, K. M. (2016). Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depression and Anxiety*, 33(12), 1155-1177. <https://doi.org/10.1002/da.22572>

Dionne, F., Ngô, T.-L. & Blais, M.-C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 111–130. <https://doi.org/10.7202/1023992ar>

Drucker-Godard C., Ehlinger S. & Grenier C. (1999). Validité et fiabilité de la recherche. Dans Thiétart, R. (dir.), *Méthodes de recherche en management* (4^e éd., p. 297-331). Dunod.

Dufour, C. & Larivière, V. (2012). *Principales techniques d'échantillonnage probabilistes et non-probabilistes*. [notes de cours]. Département de Bibliothéconomie, Université de Montréal.
https://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1J3BCT9WW-NJP6NT-8VW/sci6060_fiche_echant.pdf

Ehlers A. (1995). A 1-year prospective study of panic attacks: clinical course and factors associated with maintenance. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 164–172. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.104.1.164>

Bédard, M., Connolly, D. et Gravel, R. (2004, 9 septembre). *Enquête sur les collectivités canadiennes, santé mentale et bien-être, 2002*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/82-617-X>

Fava, G.A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., Ruini, C., Mangelli, L. & Belluardo, P. (2001). Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. *Psychological Medicine*, 31(5), 891–898. <https://doi.org/10.1017/S0033291701003592>

Finn, A. N., Sawyer, C. R., & Schrodt, P. (2009). Examining the effect of exposure therapy on public speaking state anxiety. *Communication Education*, 58(1), 92–109.
<https://doi.org/10.1080/03634520802450549>

Gamez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C. & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ). *Psychological Assessment*.

Gauthier-Duchesne, A., Hébert, M. & Daspe, M. (2017). Culpabilité chez les enfants victimes d'agression sexuelle: le rôle médiateur des stratégies d'évitement sur l'anxiété et l'estime de soi. *Criminologie*, 50(1), 181–201. <https://doi.org/10.7202/1039801ar>

Goulet, J. (2013). *Psychothérapie cognitive-comportementale du trouble panique et de l'agoraphobie*. TCC Montréal. <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2014/02/manuel-dinformation-trouble-panique-et-agoraphobie.pdf>

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd Ed.)*. Guilford Press.

Holloway, I. & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare (3rd Ed.)*. Wiley-Blackwell.

Hoyer, J., Beesdo, K., Gloster, A. T., Runge, J., Höfler, M., & Becker, E. S. (2009). Worry exposure versus applied relaxation in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 106-115. <https://doi.org/10.1159/000201936>

Institut de la statistique du Québec. (2002). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action*. https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01670FR_Enquete_sante2009H00F06.pdf

Institut national de santé publique. (2011). *Guide d'organisation d'entretiens semi-dirigés avec des informateurs clés*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1315_guideorgaentretienssemidiriginformcles2eed.pdf

Iverach, L., Rapee, R. M., Wong, Q., & Lowe, R. (2017). Maintenance of Social Anxiety in Stuttering: A Cognitive-Behavioral Model. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26(2), 540–556. https://doi.org/10.1044/2016_AJSLP-16-0033

Leclerc, M., Moreau, A. C. & Leclerc-Morin, M. (2007). Modèle de réussite d'une communauté d'apprentissage professionnelle : La dynamique causale comme outil de dialogue et d'analyse. *Éducation et francophonie*, 35(2), 153-171 <https://doi.org/10.7202/1077653ar>

Marchand, A., Letarte, A. & Seidah, A. (2018). *La peur d'avoir peur. Guide de traitement du trouble panique et de l'agoraphobie (4^e éd.)*. Le Livre de Poche.

Mogg, K., Wilson, K. A., Hayward, C., Cunning, D. & Bradley, B. P. (2012). Attentional biases for threat in at-risk daughters and mothers with lifetime panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 852. <https://doi.org/10.1037/a0028052>

Moran, D. (2020). *The Inflexahex Model in ACT: Acceptance vs. Experiential Avoidance*. Psychotherapy Academy. <https://psychotherapyacademy.org/acceptance-and-commitment-therapy-the-essentials/the-inflexahex-model-in-act-acceptance-vs-experiential-avoidance/>

Mougeot, F., Robelet, M., Rambaud, C., Occelli, P., Buchet-Poyau, K., Touzet, S. & Michel, P. (2018). L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Santé Publique*, 30, 73-81.

<https://doi.org/10.3917/spub.181.0073>

Muotri, R. W., & Bernik, M. A. (2014). Panic disorder and exercise avoidance. *Revista brasileira de psiquiatria*, 36(1), 68–75. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1012>

Okajima, I. Kanai, Y., Chen, J. & Sakano, Y. (2009). Effects of safety behaviour on the maintenance of anxiety and negative belief social anxiety disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(1), 71-81. <https://doi.org/10.1177/0020764008092191>

Opris, D., Pinteá, S., García-Palacios, A., Botella, C., Szamosközi, Ş., & David, D. (2012). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a quantitative meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 29(2), 85-93. <https://doi.org/10.1002/da.20910>

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd.). Paris : Armand Colin.

Perreault, M., Bélanger, C., Marchand, A., Séguin, C., White, N.-D., Katerelos, D., (2004). *Adhésion au traitement cognitivo-comportemental pour le trouble panique avec agoraphobie : cheminement et perspective de la clientèle* [communication orale]. Colloque Les meilleures pratiques en santé mentale, Montréal, Québec.

Perreault, M., Julien, D., White, N. D., Bélanger, C., Marchand, A., Katerelos, T., & Milton, D. (2014). Treatment modality preferences and adherence to group treatment for panic disorder with agoraphobia. *The Psychiatric Quarterly*, 85(2), 121–132. <https://doi.org/10.1007/s11126-013-9275-1>

Perreault, M., Bouchard, S., Lapalme, M., Laverdure, A., Audet, D., Cusson, J. C., ... & Bélanger, C. (2015). Perspective de pairs aidants sur leur expérience d'animation d'un programme d'autotraitement du trouble panique. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 35-51. <https://doi.org/10.7202/1032381ar>

Reinecke, A., Cooper, M., Favaron, E., Massey-Chase, R. & Harmer, C. (2011). Attentional bias in untreated panic disorder. *Psychiatry Research*, 185(3), 387-393. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.020>

Richards, J. C., Austin, D. W. & Alvarenga, M. E. (2001). Interpretation of ambiguous interoceptive stimuli in panic disorder and nonclinical panic. *Cognitive Therapy and Research*, 25(3), 235-246.

<https://doi.org/10.1023/A:1010783427196>

Savoia, M. G. & Bernik, M. (2004). Adverse life events and coping skills in panic disorder. *Revista do Hospital das Clinicas*, 59(6), 337–340. <https://doi.org/10.1590/s0041-87812004000600005>

Schmidt, N. B., Zvolensky, M. J. & Maner, J. K. (2006). Anxiety sensitivity: Prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. *Journal of Psychiatric Research*, 40(8), 691-699.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.07.009>

Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*. Sainsbury Centre for mental health. [https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-](https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/Making%20recovery%20a%20reality%20policy%20paper.pdf)

[09/Making%20recovery%20a%20reality%20policy%20paper.pdf](https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/Making%20recovery%20a%20reality%20policy%20paper.pdf)

Spinhoven, P., Van Hemert, A. M, & Penninx, B. W. J. H. (2017). Experiential Avoidance and Bordering Psychological Constructs as Predictors of the Onset, Relapse and Maintenance of Anxiety Disorders: One or Many? *Cognitive Therapy and Research*, 41(6), 867-880. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9856-7>

Taillefer, A. (2016). *Guide de pratique pour l'activation comportementale en format groupe*. TCC Montréal. [https://tccmontreal.files.wordpress.com/2016/10/guide-activation-comportementale-iusmm-](https://tccmontreal.files.wordpress.com/2016/10/guide-activation-comportementale-iusmm-page-prc3a9sentation1.pdf)

Teachman, B. A., Smith-Janik, S. B. & Saporito, J. (2007). Information processing biases and panic disorder: Relationships among cognitive and symptom measures. *Behaviour research and therapy*, 45(8), 1791-1811. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.009>

Teachman, B. A., Marker, C. D. & Clerkin, E. M. (2010). Catastrophic misinterpretations as a predictor of symptom change during treatment for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 964–973. <https://doi.org/10.1037/a0021067>

Yonkers, K. A, Bruce, S. E., Dyck, I. R & Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness – Course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: Findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and Anxiety*, 17(3), 173-179. <https://doi.org/10.1002/da.10106>

White, K. S., Brown, T. A., Somers, T. J., & Barlow, D. H. (2006). Avoidance behavior in panic disorder: the moderating influence of perceived control. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 147–157.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.07.009>

Woud, M. L., Zhang, X. C., Becker, E. S., McNally, R. J. & Margraf, J. (2014). Don't panic: Interpretation bias is predictive of new onsets of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*(1), 83-87.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.11.008>

Wu, M. S., Caporino, N. E., Peris, T. S., Pérez, J., Thamrin, H., Albano, A. M., Kendall, P. C., Walkup, J. T., Birmaher, B., Compton, S. N., & Piacentini, J. (2020). The Impact of Treatment Expectations on Exposure Process and Treatment Outcome in Childhood Anxiety Disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *48*(1), 79–89.

CHAPITRE 3

DISCUSSION

3.1 Synthèse des principaux résultats

L'objectif principal de cette étude qualitative était de mieux comprendre comment les personnes aux prises avec un TP perçoivent l'évitement ainsi que les cognitions qui les pousse à en faire l'usage ou, au contraire, à s'exposer à leurs symptômes anxieux. Les résultats démontrent que les perceptions des participants rencontrés se positionnent sur un continuum allant de « l'évitement est nuisible et contribue au maintien de mes symptômes » à « l'évitement est une stratégie tout à fait adaptée pour gérer mes difficultés ». En effet, leur perspective quant à l'évitement et leur niveau de connaissances vis-à-vis ses effets sont très variées. Parmi ceux qui rapportent être conscients du caractère délétère de telles stratégies, certains l'auraient appris en contexte de traitement, alors que d'autres en auraient directement observé les effets dans leur vie. Tous confient vivre de l'ambivalence entre leur motivation à s'exposer pour favoriser leur rétablissement et leur réticence à le faire dû à l'inconfort associé.

Cette étude permet d'identifier sept principales catégories de cognitions qui favoriseraient, selon les participants, l'utilisation de stratégies d'évitement. Ils rapportent a) la perception d'être incapable de tolérer l'intensité des symptômes, b) l'anticipation des sensations négatives, c) le rapport coût/bénéfice lié à l'exposition perçu comme insatisfaisant, d) les attentes élevées en lien avec l'exposition et le découragement associé, e) la perception d'être impuissant face aux symptômes, f) l'absence de remise en question ainsi que g) la perception positive de l'accommodation des proches.

À l'inverse, sept principales catégories de cognitions issues du discours interne des participants sont identifiées comme favorisant l'exposition à leurs symptômes anxieux : a) la volonté d'avoir un fonctionnement le plus normal possible au quotidien, b) le désir d'apporter un changement concret dans leur vie, c) la perception d'être soutenu et encouragé, d) la croyance que l'exposition est une stratégie efficace, e) les attentes réalistes quant à l'impact de l'exposition sur le TP, f) les effets positifs perçus sur les symptômes du TP ainsi que g) une perception de soi améliorée suite à l'exposition.

Un concept important qui émerge de façon récurrente du discours des participants est celui de la « zone de confort ». En effet, bien qu'ils n'aient pas été explicitement questionnés sur le sujet, tous font référence à un continuum « confort – inconfort » associé à leur propension à éviter leurs symptômes ou à s'y exposer.

Il semblerait plus précisément y avoir, chez ces participants, une frontière très clairement établie entre ce qui est jugé confortable, et ce qui ne l'est pas. En effet, ils se distinguent entre eux par la tendance chez certains à vouloir rester dans leur zone de confort, alors que d'autres disent faire activement des efforts pour en sortir, dans l'espoir de la voir éventuellement s'élargir. Il y aurait, chez quelques-uns d'entre eux, un clivage important et rigide entre ce qu'ils considèrent comme confortable ou non, les symptômes liés à l'inconfort étant souvent perçus comme menaçants, voire dangereux. Cela pourrait entre autres être expliqué par une plus grande sensibilité à l'anxiété chez ceux-ci, qui est caractéristique des personnes qui souffrent d'un TP (Richards et al., 2001). En effet, cette sensibilité se caractérise par un seuil très bas de tolérance à l'inconfort et une interprétation négative des symptômes qui y sont associés (Bouvard et al., 2003; Techman et al., 2010; White et al., 2006; Woud et al., 2014).

Ainsi, plusieurs participants semblent s'être organisés une zone de confort qui neutraliserait certains de leurs symptômes anxieux, au sein de laquelle ils fonctionneraient, selon eux, de façon relativement normale. Pour certains, cette zone se structurerait autour d'une personne, d'un lieu, d'une substance ou de tout autre élément jugé sécurisant. En effet, plusieurs ont nommé leur conjoint, leur domicile, leur quartier ou l'accès à leur médication comme des éléments vers lesquels ils se précipiteraient pour se sentir sécurisés lorsqu'ils sont confrontés à une situation générant de l'inconfort. Cette zone de confort est décrite par les participants comme devant être accessible en tout temps, facilement et rapidement, à défaut de quoi le niveau d'anxiété augmenterait, et le risque de souffrir d'une attaque de panique serait perçu comme accru. Tel qu'introduit dans l'article ci-dessus, cette zone de confort servirait notamment à faire de l'évitement d'expériences internes désagréables, phénomène appelé évitement expérientiel.

Ce constat offre un angle nouveau pour comprendre les symptômes liés au TP. En effet, les participants affirment unanimement éviter certains contextes à partir desquels il pourrait être difficile de retrouver leur zone de confort. Ce réflexe est similaire à celui observé chez les personnes souffrant d'agoraphobie qui vivraient une anxiété liée à la difficulté à s'échapper d'un endroit ou à trouver du secours si nécessaire (American Psychiatric Association, 2022). Toutefois, les craintes des participants de l'étude diffèrent des symptômes liés à l'agoraphobie par le fait que ce n'est pas la fuite de la source anxiogénique en soi qui serait recherchée, mais plutôt le retour vers une personne, un objet ou un contexte très clairement définis, au contact desquels ils se sentiraient aptes à retrouver un sentiment de sécurité. Ce mécanisme serait un frein à l'exposition et pourrait contribuer à la chronicisation du TP.

Bien que de nombreuses études concluent à l'importance de s'exposer aux symptômes anxieux pour les réduire, certains participants de la présente étude disent demeurer insatisfaits des améliorations observées en ce sens (Carl et al., 2019; Finn et al., 2009; Hoyer et al., 2009; Opris et al., 2012; Wu et al., 2020). Plusieurs mentionnent se sentir impuissants face à leurs symptômes et découragés vis-à-vis leurs tentatives d'exposition qu'ils jugent peu efficaces. Plusieurs participants rapportent effectivement percevoir un rapport coût/bénéfice insuffisant à l'exposition et choisiraient donc plus fréquemment l'évitement pour gérer leurs symptômes anxieux. Selon eux, l'insatisfaction qu'ils ressentent par rapport à cette stratégie influencerait à la baisse leur adhérence au traitement, notamment leur propension et leur motivation à s'exposer aux situations anxiogènes. Ce phénomène pourrait contribuer à expliquer la chronicisation de leur TP (Huppert et al., 2014; Perreault et al., 2009). Cela amène à se questionner de façon plus approfondie sur ce qui pourrait expliquer cette insatisfaction : est-ce réellement l'inefficacité de l'exposition, ou est-ce qu'il pourrait y avoir des raisons alternatives qui expliqueraient qu'ils y perçoivent des résultats insuffisants?

L'entretien d'attentes irréalistes vis-à-vis le processus d'exposition pourrait être une hypothèse pour expliquer cette insatisfaction. En effet, plusieurs chercheurs observent que la nature des attentes envers un traitement influencerait son efficacité (Brown, 2015; Constantino et al., 2011; Cormier, 2013; Husain et Lee, 2015; Katerelos et al., 2015; Keefe et al., 2021; Lurie et al., 2016; Nestoriuc et al., 2016; Perreault et al., 2014; Porter et Chambless, 2015; Van der Oest et al., 2021; Wu et al., 2020). Dans cette perspective, il serait justifié de postuler que des attentes plus réalistes liées aux impacts du traitement, notamment d'un protocole d'exposition, où l'examen du rapport coût-bénéfices ferait partie de l'équation, pourrait s'avérer un *modus operandi* intéressant à explorer auprès de personnes souffrant d'un TP. En effet, il serait pertinent que cette voie du milieu puisse faire l'objet de recherches futures. Cet angle serait dès lors susceptible de changer la perspective avec laquelle leur insatisfaction vis-à-vis les bienfaits de l'exposition pourrait être comprise et adressée. Cette suggestion s'inscrit en outre dans la perspective suggérée par plusieurs experts qui recommandent aux professionnels en santé mentale de travailler la modulation des attentes de leur clientèle dans le but de maximiser l'efficacité d'un traitement (Husain et Lee, 2015; Nestoriuc et al., 2016; Wu et al., 2020).

Il serait donc en définitive important de mettre en place des services et des interventions visant à sensibiliser les patients sur ce qu'il est réaliste d'espérer comme changement en lien avec l'exposition (Husain et Lee, 2015; Wu et al., 2020). En effet, un manque de connaissances sur le sujet pourrait interférer

négativement avec l'adhésion, le maintien et l'efficacité d'un traitement donné (Lurie et al., 2016; Nestoriuc et al., 2016; Van der Oest et al., 2021; Wu et al., 2020). Ainsi, les cliniciens pourraient aider les personnes aux prises avec un TP à moduler leurs attentes, pour les placer dans une perspective qui ne soit pas trop négative (« l'exposition est incommode et inutile ») ou trop positive (« l'exposition me permettra facilement de me débarrasser de mon anxiété »), pour adopter un point de vue plus réaliste. Ce changement de perception pourrait améliorer la propension à s'exposer, avec comme conséquence une augmentation de l'efficacité du traitement comportemental basé sur l'exposition aux stimuli phobogènes (Wu et al., 2020). Ce type d'intervention axé sur le recentrage des attentes pourrait aussi être utile pour les proches des personnes aux prises avec un TP. En effet, de nombreux participants rencontrés dans le contexte de cette étude ont nommé que certains de leurs proches suivent de près, voire même s'impliquent activement dans leur processus de rétablissement. Dans cette perspective, les proches sont susceptibles, eux aussi, d'entretenir des attentes irréalistes envers le traitement et conséquemment, à vivre des déceptions liées à ses impacts et potentiellement teinter la perspective de la personne qui souffre d'un TP (Rexhaj et al., 2017).

De plus, le manque de connaissance des proches quant à l'impact potentiel de leur implication sur le TP pourrait les encourager à adopter, souvent involontairement, des comportements contre-productifs qui nuisent au rétablissement (Bélanger et al., 2008; Byrne et al., 2004; Palardy, 2021). En effet, plusieurs participants ont fait référence à des moments où leur entourage a été accommodant pour limiter l'émergence de leurs symptômes anxieux, notamment en changeant les plans établis ou en faisant certaines tâches à leur place. Un participant a expliqué que lorsqu'il accompagne sa mère pour faire des courses et qu'il se sent anxieux, il lui demande de le ramener rapidement à la maison. Selon lui, sa mère obtempère dans le but de le soutenir dans ses difficultés, ce qui lui permettrait d'éviter plus facilement les symptômes paniques et les situations qui les génèrent. Un mécanisme similaire a pu être observé dans le récit d'un autre participant qui a expliqué que ses amis sont compréhensifs et qu'ils n'hésitent pas à changer les plans s'il mentionne être anxieux. Malgré que ce type de comportements d'accommodation de la part de l'entourage provienne généralement d'une intention bienveillante, cette forme d'aide risque de contribuer à maintenir la personne avec un TP dans sa zone de confort, en encourageant l'évitement (Bélanger et al., 2008; Byrne et al., 2004; Fava et al., 2001; Iverach, et al., 2017; Okajima et al., 2009; Palardy, 2021; Spinhoven, et al., 2017). Ainsi, ces comportements d'accommodation qui sont perçus positivement par la majorité des participants de l'étude sont susceptibles de contribuer à la chronicisation du TP.

Compte tenu de l'implication accrue de l'entourage dans le rétablissement, il serait important d'outiller les patients et leurs proches afin que la présence de ces derniers soit un facteur positif et qu'elle ne favorise pas, au contraire, les comportements d'évitement. Cela est cohérent avec d'autres études qui démontrent un lien entre ce type d'accommodation chez les proches, l'utilisation de stratégies d'évitement chez la personne atteinte, et la chronicisation du TP (Bélangier et al., 2008; Byrne et al., 2004; Fava et al., 2001; Iverach, et al., 2017; Okajima et al., 2009; Palardy, 2021; Spinhoven, et al., 2017).

Ces constats s'inscrivent dans un contexte plus général où la population est de plus en plus sensibilisée aux difficultés de santé mentale, et l'entourage joue un rôle de soutien de plus en plus important dans le rétablissement (Morin, 2012; Rexhaj et al., 2017). Cette implication accrue pourrait, entre autres, être due aux diverses méthodes utilisées dans les dernières années pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes souffrant de ce type de problématique (Lambooy et Saïas, 2013). En effet, de nombreuses campagnes de sensibilisation comme *Bell Cause pour la cause* (Bell, 2022), *Elephant in the room* (Rogers, 2015; Société pour les troubles de l'humeur du Canada, 2022) et *Avant de craquer* (Réseau Avant de Craquer, 2022) s'impliquent pour contrer la stigmatisation. Ces initiatives ont permis à la population de mieux comprendre ces difficultés ayant longtemps été perçues négativement, et ce type de prise de conscience favorise généralement l'empathie et une implication accrue des proches dans le processus de rétablissement (Hecht et al., 2022).

Les proches qui jouaient auparavant un rôle plus informel dans les soins sont maintenant davantage perçus comme des alliés de l'équipe traitante (Beaudet et Allard, 2020; Bonin et al., 2014; Reupert et al., 2015; Rexhaj et al., 2017). D'ailleurs, en réponse au besoin de soutien grandissant des personnes atteintes de difficultés psychologiques, le concept de proche aidant en santé mentale a émergé au cours des dernières décennies (Beaudet et Allard, 2020). Ce concept décrit une personne qui apporte du soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente de nature généralement physique ou psychologique (Gouvernement du Québec, 2022). Les proches aidants peuvent jouer un rôle important dans le rétablissement de personnes atteintes de troubles mentaux lorsqu'ils sont bien outillés pour les accompagner à travers ce processus. Cela met en lumière l'importance d'orienter les services pour favoriser l'adoption d'une posture qui maximise le soutien qu'ils peuvent apporter aux personnes souffrant d'un TP (Ducharme, 2022).

D'autres auteurs se penchent sur le rôle des proches aidant en s'intéressant spécifiquement à cette dynamique en contexte conjugal (Bélanger et al., 2008; Byrne et al., 2004). Une revue systématique des écrits scientifiques documente l'impact des interventions ciblant le couple en contexte de traitement pour un TP (Byrne et al., 2004). Les auteurs concluent qu'une implication adéquate du partenaire augmenterait l'exposition aux situations jugées anxiogènes et la propension à choisir des stratégies adaptées pour faire face aux difficultés associées à ces situations. Le maintien des gains thérapeutiques serait par ailleurs amélioré et les symptômes associés au TP seraient diminués lorsque le partenaire est bien outillé pour accompagner le patient. Montford et ses collègues (2016) suggèrent d'ailleurs que les conjoints qui prennent un rôle d'aidant soient reconnus, aient accès à des renseignements fiables et à un réseau de soutien pour les appuyer dans ce rôle qui peut être complexe et exigeant. Ainsi, bien que l'accommodation des proches soit un facteur pouvant favoriser l'évitement et nuire au rétablissement, une implication bien encadrée peut devenir un facteur clé pour le mieux-être des personnes aux prises avec un TP.

Les résultats de la présente étude mettent en lumière d'autres facteurs susceptibles de contribuer au maintien du TP, notamment la perception chez certains participants que l'exposition puisse être nuisible au bien-être. Ces derniers expliquent en effet interpréter l'inconfort accompagnant l'exposition comme un signal les informant qu'ils utiliseraient une stratégie inappropriée. Effectivement, bien que ce malaise soit temporaire, l'exposition peut donner l'impression, à court terme, d'aggraver leurs symptômes. Sans avoir reçu une psychoéducation bien ciblée et avoir acquis les connaissances nécessaires, il peut être difficile d'imaginer qu'une stratégie qui génère autant d'inconfort dans l'immédiat puisse, en réalité, favoriser le rétablissement à long terme.

Dans cette perspective, la popularité grandissante du mouvement de *self-care* pourrait à la limite contribuer à décourager les personnes souffrant d'un TP d'utiliser des stratégies d'exposition (IRi, 2018). Le *self-care* est décrit comme l'ensemble des choix qu'une personne peut faire pour prendre soin d'elle-même et favoriser son bien-être au quotidien (IRi, 2018). Ce mouvement encourage les gens à s'engager dans des activités génératrices d'un mieux-être immédiat. Bien que cette perspective puisse être bénéfique dans certaines situations, une personne anxieuse pourrait interpréter que l'évitement est une manière adaptée de prendre soin de soi et de gérer ses symptômes, si l'évitement soulage à court terme. Par exemple, une personne pourrait percevoir le choix d'éviter de faire une tâche ou de se rendre dans un contexte jugé anxiogène comme une manière efficace et adaptée de réguler son anxiété. C'est d'ailleurs dans cette perspective que certains participants de l'étude ont expliqué choisir l'évitement, au détriment

de l'exposition. En effet, quelques-uns d'entre eux ont expliqué éviter de se rendre dans certains lieux ou contextes jugés inconfortables (familiaux, sociaux et professionnels) dans le but de prendre soin d'eux-mêmes en ne s'infligeant pas d'émotions ou de sensations désagréables.

Plusieurs participants disent à cet effet estimer que l'exposition nuise parfois à leur bien-être, en raison de la souffrance qu'elle peut générer. Tel que rapporté plus haut, certains participants ont dit, dans une perspective de prendre soin d'eux-mêmes, avoir priorisé des comportements d'évitement susceptibles de contribuer au maintien du TP (Fava et al., 2001; Iverach, et al., 2017; Okajima et al., 2009, Spinhoven, et al., 2017). Il serait d'ailleurs intéressant d'explorer le lien entre la montée en popularité du mouvement de *self-care* et la suggestion thérapeutique visant à utiliser des stratégies d'exposition qui entraînent, à court terme, des sensations diamétralement opposées à ce que ce mouvement promeut au chapitre du bien-être personnel (IRi, 2018).

3.2 Limites de l'étude

Tel que mentionné au deuxième chapitre, la présente étude comporte des limites associées à l'échantillonnage ainsi qu'aux méthodes de collecte et d'analyse de données (Berger et al., 2010; Drucker-Godard et al., 1999; Dufour et Larivière, 2012). Cette section aura comme objectif d'approfondir ces réflexions et de présenter d'une part les principales limites de l'étude et d'autre part de documenter leur impact sur ses résultats et sur la manière de les interpréter.

3.2.1 Biais de désirabilité sociale

Considérant le contexte dans lequel a été effectuée la collecte de données, soit des entrevues semi-dirigées, un biais de désirabilité sociale pourrait avoir interféré avec les résultats (Greene et Hogan, 2005). En effet, la désirabilité sociale se définit comme une tendance à répondre d'une manière perçue comme socialement acceptable afin de montrer une image positive de soi-même, malgré que celle-ci ne soit pas entièrement représentative de la réalité (Bergen et Labonté, 2019; Spiker, 2019).

Certaines caractéristiques rendraient la clientèle avec un TP plus susceptible de faire preuve de désirabilité sociale. En effet, en raison du fait que leurs symptômes soient parfois perçus comme un signe de faiblesse ou de manque d'efforts, cette population est connue comme pouvant vivre de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation, ce qui pourrait la rendre plus vigilante à ce que les personnes atteintes choisissent ou non de dévoiler à autrui (Kolek et al., 2019; Praško et al., 2011). En effet, la honte ou le risque d'être

jugé pourrait avoir renforcé le désir de bien paraître et ainsi favoriser le biais de désirabilité sociale chez les participants rencontrés. D'ailleurs, le contexte des entrevues était non familier et impliquait un degré d'imprévisibilité, ce qui est susceptible d'avoir augmenté le niveau d'anxiété et ainsi suscité la censure de certains éléments perçus comme étant gênants ou inconfortables à partager.

Le biais de désirabilité sociale aurait pu être davantage pris en considération dans la présente étude, dans le but d'en limiter l'impact. En effet, il aurait pu être intéressant d'en parler en *post mortem* avec les participants pour ouvrir la discussion sur la manière dont ils estiment que ce biais a pu interférer avec leur témoignage. Cela aurait pu mener à des échanges enrichissants sur le sujet et potentiellement à une collecte de données complémentaires qui auraient pu améliorer la validité des résultats.

Une autre manière d'aborder la désirabilité sociale aurait été de procéder à la passation d'un test visant à mesurer ce type de biais chez chacun des participants rencontrés. Le *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale* (Crowne et Marlowe, 1960) est une échelle psychométrique qui comporte 33 items permettant de mesurer le niveau de sensibilité à la désirabilité sociale des participants dans le but d'en contrôler les effets. Cela aurait pu permettre de mieux connaître l'ampleur du biais en fonction du participant, ce qui aurait pu aider à orienter et nuancer l'interprétation des données. Les résultats obtenus à ce test auraient d'ailleurs pu être discutés avec les participants pour potentiellement approfondir notre compréhension de leur témoignage et ainsi favoriser la rigueur de la démarche.

Pour limiter l'impact du biais de désirabilité sociale, l'intervieweur aurait aussi pu aborder explicitement, en début d'entrevue, la posture d'ouverture et de non-jugement adoptée, et mettre de l'avant sa formation académique et clinique reçue en ce sens. De plus, si les ressources liées au projet de recherche l'avaient permis, il aurait pu être bénéfique de réaliser les entrevues en préservant l'anonymat des participants. Selon Spiker (2019), cela favoriserait le dévoilement de soi. Dans le contexte de la présente étude, l'interviewer était aussi responsable du recrutement et de faire signer le formulaire de consentement (sur lequel figurent des informations permettant d'identifier les participants), ce qui rendait impossible la préservation de l'anonymat. Dans un autre contexte, une personne responsable du recrutement aurait pu attribuer un pseudonyme aux participants pour conserver leur anonymat vis-à-vis l'intervieweur qui aurait pu procéder aux entrevues par téléphone sans pouvoir identifier son interlocuteur. Procéder de cette façon et ainsi préserver l'anonymat aurait pu procurer un sentiment de

sécurité aux participants, leur permettant d'être davantage authentiques et transparents tout en limitant la crainte d'être stigmatisés (Spiker, 2019).

3.2.2 Enjeux liés aux critères d'inclusion

Comme les écrits scientifiques concluent à un lien entre les bénéfices secondaires et la chronicisation des troubles de santé mentale, notamment des troubles anxieux, il peut s'avérer étonnant qu'aucun des participants de l'étude n'ait explicitement fait référence à des avantages collatéraux associés à la maladie lors des entrevues (Fishbain, 1994, Jones et al., 2002; Shmagin et Pearlmutter, 1977; Van Egmond et al., 2002). Divers éléments discutés plus haut pourraient contribuer à expliquer ce résultat, notamment la crainte d'être stigmatisé par autrui et la tendance à l'auto-stigmatisation chez cette clientèle d'une part, ainsi que le biais de désirabilité sociale d'autre part (Kolek et al., 2019; Praško et al., 2011). En effet, le fait de confier percevoir des avantages secondaires à une maladie peut s'avérer être une démarche sensible où la peur d'être jugé peut pousser à l'auto-censure. Certains participants auraient aussi pu être susceptibles de craindre de se faire attribuer des mauvaises intentions et d'être accusés d'être manipulateurs ou de vouloir rester malades. Cette hypothèse reste cependant à tester et devrait l'être dans des recherches qualitatives prochaines.

Un autre facteur soulevé par Bioy et Fouques (2009) qui pourrait expliquer ce résultat contre-intuitif est associé au fait que certaines personnes peuvent demeurer inconscientes des bénéfices et des gains secondaires qu'elles retirent de leurs difficultés. En dépit des recherches approfondies effectuées sur le sujet, il y aurait, à notre connaissance, très peu d'auteurs qui se seraient penchés sur la manière de questionner les bénéfices secondaires pour en favoriser la prise de conscience ou le dévoilement. Dans le but de faciliter l'exploration de ce thème lors des entrevues, l'équipe de recherche s'est longuement questionnée sur la manière de formuler les questions relatives à cet enjeu, pour adresser le sujet sans être trop suggestif ou directif. La formulation choisie pour questionner le sujet se voulait empreinte d'empathie, non stigmatisante et visait à normaliser le fait de potentiellement percevoir certains avantages liés aux difficultés vécues : « Je suis très consciente que les troubles anxieux peuvent entraîner une grande souffrance. Toutefois, je me demandais si vous pouvez quand même identifier certains éléments positifs dans votre vie depuis que vous en souffrez. » (Voir Annexe E). Malgré les efforts déployés pour favoriser l'aisance à élaborer sur le sujet, les participants rencontrés n'ont pas rapporté de bénéfices secondaires à leur TP. De plus, le contexte de la collecte de données (entrevues de 60 à 90 minutes) n'était pas idéal

pour créer un lien assez significatif avec les participants pour favoriser le dévoilement d'éléments plus sensibles, tel que percevoir des avantages à leur TP.

Les critères d'inclusion de l'étude pourraient aussi contribuer à expliquer l'absence de données collectées en lien avec les bénéfices secondaires. Comme cette recherche visait entre autres à examiner de façon fine les mécanismes liés à l'utilisation de stratégies d'évitement, les critères d'inclusion ont été établis dans l'objectif de recruter des participants susceptibles d'en faire l'usage. Puisque l'évitement est associé au maintien du TP, les participants recrutés devaient souffrir d'un TP depuis plus de deux ans (Ehlers, 1995; Fava et al., 2001; Spinhoven, et al., 2017). De plus, considérant que l'évitement entrave l'efficacité des traitements pour le TP, les participants devaient avoir effectué au moins deux tentatives de traitement jugées infructueuses. Ces critères d'inclusion ont rempli leur objectif; les participants recrutés, qui souffraient tous d'un TP depuis de nombreuses années, étaient réfractaires aux traitements et faisaient l'utilisation de stratégies d'évitement.

Ces critères risquent toutefois d'avoir eu un impact sur les caractéristiques de l'échantillon et ainsi, sur les témoignages recueillis. En effet, le critère selon lequel les personnes recrutées devaient avoir tenté plusieurs formes de traitement peut avoir nui à l'exploration des bénéfices secondaires en favorisant le recrutement de participants faisant preuve d'une grande motivation à aller mieux et ainsi d'une mobilisation importante dans leur rétablissement. Ce critère a donc potentiellement influencé le recrutement dans un sens qui limite l'exploration de gains collatéraux à la maladie. En effet, les bénéfices secondaires sont observables majoritairement chez les personnes percevant des avantages à rester « malades » et ainsi susceptibles d'être moins mobilisées dans leur rétablissement (Bioy et Fouques, 2009; Davidhizar, 1994; Jones, Palmer et Wessely, 2002; Romano et al., 2000). À l'inverse, ce critère d'inclusion semble avoir favorisé la sélection d'un échantillon qui présente potentiellement moins de bénéfices secondaires que la moyenne des personnes souffrant d'un TP.

Une autre limite liée aux critères d'inclusion concerne les comorbidités fréquemment associées au TP (American Psychiatric Association, 2022; Kolek et al., 2019). Toutes les personnes ayant manifesté un intérêt à participer à l'étude rapportaient au moins un diagnostic comorbide à leur TP. Pour favoriser l'hétérogénéité de l'échantillon et avoir accès à un éventail de réalités pouvant être associées au TP, les chercheurs ont choisi de ne pas exclure les participants présentant un trouble de santé mentale comorbide. Dans le but de limiter les impacts sur l'interprétation des résultats, le TP devait cependant être considéré

par les participants comme étant le trouble principal et comme étant le plus envahissant/dérangeant au cours des trois derniers mois. Cela avait, entre autres, comme objectif de favoriser la sélection de participants plus susceptibles d'être capables de distinguer les symptômes du TP par rapport à leurs autres difficultés. Ceci étant dit, ce choix méthodologique a quand même pu contribuer à augmenter la difficulté à départager les symptômes qui appartiennent au TP de ceux pouvant être en lien avec une comorbidité et avoir teinté les résultats.

3.2.3 Biais liés à l'échantillon

Le recrutement des participants s'est basé sur des critères d'inclusion méticuleusement définis, mais aussi sur l'intérêt de ceux-ci à participer à l'étude. En effet, l'échantillonnage à participation volontaire s'est avéré être un moyen rapide, facile et peu coûteux de procéder au recrutement (Statistique Canada, 2021). Cette méthode représente un avantage pratique, considérant les contraintes budgétaires associées au contexte de cette recherche, mais entraîne aussi certaines limites. Dû au caractère non probabiliste et non aléatoire de la démarche, l'échantillon est potentiellement moins représentatif de l'éventail des enjeux qu'une clientèle aux prises avec un TP chronique puisse rencontrer (Dufour et Larivière, 2012).

Le fait que les participants aient été recrutés sur une base volontaire amène à s'interroger sur la sévérité de leur TP par rapport à la moyenne de cette population. En effet, il est possible que les personnes dont les symptômes sont plus graves et envahissants aient été moins susceptibles de se porter volontaires pour participer à une telle étude, qui implique de rencontrer une interviewer jusqu'alors inconnue, dans un contexte nouveau, et de s'ouvrir à elle sur ses difficultés (Kolek et al., 2019; Praško et al., 2011). Ainsi, il est possible que les personnes recrutées présentent une symptomatologie plus légère et mieux contrôlée, ce qui teinterait leur vécu subjectif, leur témoignage et par voie de conséquence les résultats de l'étude.

À l'inverse, le critère d'inclusion ciblant le recrutement de personnes résistantes à au moins deux tentatives de traitement est susceptible d'avoir orienté l'échantillonnage vers des personnes dont les symptômes liés au TP sont potentiellement plus graves. En effet, il est probable que le maintien de la pathologie malgré l'adhésion à divers traitements s'explique par une symptomatologie plus envahissante que la moyenne des personnes avec un TP (Bokma et al., 2021). Ainsi, plusieurs facteurs liés à l'échantillonnage ont pu influencer les caractéristiques des participants recrutés, et ainsi les résultats obtenus.

Le contexte de recrutement sur les réseaux sociaux risque aussi d'avoir influencé les caractéristiques de l'échantillon. Ces plateformes rejoignent généralement des personnes avec des spécificités qui ne sont pas nécessairement représentatives de l'ensemble de la population. Par exemple, les jeunes adultes sont plus susceptibles d'être actifs sur les réseaux sociaux que ne le sont les personnes plus âgées, dont la présence se ferait plus rare sur de telles plateformes (Schimmele et al. 2021). En effet, en 2018, les médias sociaux étaient utilisés régulièrement par environ 90 % des Canadiens de 15 à 34 ans, 80 % des Canadiens de 35 à 49 ans et 60 % des Canadiens de 50 à 64 ans. Cela est cohérent avec les caractéristiques des participants recrutés, tous âgés de moins de 45 ans. Ainsi, le recrutement sur les réseaux sociaux risque d'avoir influencé les caractéristiques de l'échantillon et ainsi, les résultats de l'étude.

3.2.4 Surreprésentation des femmes au sein de l'échantillon

Le sexe des participants n'est pas un facteur qui a été contrôlé dans une optique d'atteindre une parité au sein de l'échantillon. En effet, sept femmes et un homme ont été recrutés; les femmes demeurent ainsi davantage représentées. Plusieurs écrits scientifiques suggèrent toutefois qu'il existerait des différences entre les hommes et les femmes dans la manière de vivre le TP (Damien et Mendrek, 2017; Pigott, 1999; Schmidt et Koselka, 2000). En général, les femmes rapporteraient une symptomatologie liée à la panique plus intense que les hommes, qui eux, auraient tendance à sous-estimer et sous-rapporter l'ampleur de leurs symptômes (Damien et Mendrek, 2017; Pigott, 1999; Schmidt et Koselka, 2000). Les différences de genre seraient entre autres expliquées par le fait qu'il serait culturellement plus acceptable pour les femmes d'exprimer leur détresse psychologique (Damien et Mendrek, 2017; Schmidt et Koselka, 2000). Les hommes seraient généralement moins à l'aise de le faire dû à une pression de se conformer aux standards de masculinité de la société dans laquelle ils évoluent (Damien et Mendrek, 2017). Les femmes seraient aussi plus susceptibles d'adopter des comportements d'évitement et de développer une agoraphobie comorbide au TP que ne le font les hommes (Pigott, 1999). En conséquence, la surreprésentation des femmes au sein de l'échantillon est susceptible d'avoir influencé la nature des données collectées et donc, les résultats obtenus. D'ailleurs, considérant qu'il n'y avait qu'un seul homme sur les huit participants rencontrés, le sexe n'a pas été précisé lors de la rédaction des résultats, dans le but de préserver l'anonymat. Dans cette perspective, il n'a pas été possible d'élaborer sur les divergences potentiellement liées au sexe dans les propos rapportés par les participants.

3.2.5 Limites liées à la méthode de collecte de données

Le choix de l'entrevue semi-dirigée comme méthode de collecte de données comporte certains avantages, mais aussi des limites. Bien qu'elle offre une flexibilité qui donne l'occasion au participant de s'exprimer plus librement et de façon plus nuancée que ne le permettrait une approche quantitative, elle peut aussi induire de la variabilité dans les réponses (Gaspard, 2019). Le fait de déterminer quand et comment approfondir l'information, orienter vers une prochaine question ou mettre fin à une entrevue représente en ce sens un défi. En effet, la subjectivité de l'intervieweur influence nécessairement le déroulement des entrevues et la nature des données colligées (Baribeau et Royer, 2013). Cette subjectivité pourrait aussi générer certaines variations d'un entretien à l'autre et ainsi influencer la nature des données colligées. Cette posture subjective qui teinte les perceptions de l'interviewer lors des entretiens a été tenue en compte par cette dernière. Elle est demeurée vigilante quant à la manière dont cette subjectivité pouvait influencer ses réactions et réflexions au contact des participants. La subjectivité a aussi été discutée entre les co-chercheurs au moment de l'analyse des résultats afin de voir comment les questions et relances de l'interviewer lors des entretiens ont pu exercer un impact sur les données colligées, notamment la profondeur de l'explicitation de certains thèmes en comparaison avec d'autres qui ont pu être relégués au second plan.

Théoriquement, l'objectif d'une collecte de données serait d'atteindre une saturation des données pour que la démarche prenne fin (Laforest et al., 2011). Cela indiquerait que toutes les informations nécessaires ont été recueillies pour répondre aux objectifs de la recherche, et cela de façon exhaustive. Dans cette perspective, il est postulé que le fait de poursuivre mènerait à la collecte de contenu répétitif (Laforest et al., 2011). Toutefois, la saturation des données n'a pas été atteinte et elle aurait nécessité un investissement non négligeable de ressources supplémentaires.

Une autre manière de bonifier la collecte de données dans le but de mieux répondre aux objectifs de la recherche aurait été d'élaborer un devis mixte. En effet, des méthodes quantitatives auraient pu être utilisées de façon complémentaire aux entrevues pour approfondir la compréhension du phénomène étudié. Par exemple, plusieurs participants de l'étude rapportent utiliser des comportements sécurisants au quotidien pour éviter l'inconfort. Il aurait pu être intéressant d'explorer quantitativement l'ampleur de ce type d'évitement, en passant, par exemple, par un questionnaire comme le *Texas Safety Maneuver Scale*, qui mesure les comportements sécurisants utilisés par les individus souffrant d'un TP (Kamphuis et

Telch, 1998). De la même façon, l'emploi d'un questionnaire standardisé aurait pu mesurer le niveau de désirabilité sociale tel que discuté précédemment.

3.3 Pistes de recherches futures

Conformément aux écrits scientifiques, plusieurs participants ont exprimé des difficultés à réguler leurs émotions, notamment l'anxiété, ce qui contribuerait à expliquer leur choix de faire l'utilisation de stratégies d'évitement comportemental et expérientiel (Levitt et al., 2004; Schmidt et al., 2006; Strauss et al., 2019). La capacité à réguler ses émotions est un processus qui se développerait principalement à l'enfance à travers les soins des parents ou des principales figures d'attachement. Dans cette perspective, il serait intéressant que de futures recherches explorent le lien entre le TP et le style d'attachement développé à l'enfance. En effet, lorsque les figures d'attachement sont inadéquates, des lacunes liées à la régulation des états internes peuvent se développer (Esbjorn et al., 2012; Tereno et al., 2007). Des recherches établissent d'ailleurs un lien entre les difficultés d'autorégulation, un style d'attachement insécurisant et le développement d'un trouble anxieux (Colonnesi et al., 2011; Esbjorn et al., 2012; Freitas et Rahioui, 2017; Manning et al., 2016; Tereno et al., 2007; Toussaint et Bacro, 2021). Ainsi, un lien d'attachement insécurisant pourrait contribuer à expliquer pourquoi certaines personnes développent un TP ou le voient se chroniciser ainsi que les raisons pour lesquelles leur capacité à se sentir sécurisée s'organisait autour d'éléments extérieurs à eux-mêmes. L'étude de cette dynamique pourrait être bénéfique pour mieux comprendre et traiter les personnes souffrant de TP.

Les principales figures d'attachement, côtoyées dans les premières années de vie, sont souvent les principaux modèles d'apprentissage. En effet, Bandura et Walters (1977) suggèrent que le processus d'apprentissage chez l'humain se fait notamment par observation des personnes les plus présentes dans l'environnement immédiat. En effet, un mécanisme d'apprentissage relativement passif peut façonner le comportement d'une personne qui risque de reproduire, sans que ce soit nécessairement volontaire, les comportements avec lesquels elle a été en contact étroit. Ce type d'apprentissage par observation, aussi appelé apprentissage vicariant, pourrait influencer grandement les comportements adoptés par les personnes qui souffrent aujourd'hui d'un TP (Bandura et Walters, 1977; Borsali, 2015). Un enfant n'ayant pas pu observer ses parents utiliser des stratégies de régulation émotionnelle adéquates serait privé, dans une perspective développementale, d'importantes occasions d'apprentissage. Dans la même ligne d'idées, celui qui est confronté au quotidien à des parents faisant l'usage de stratégies inadaptées pour réguler leurs émotions et leur anxiété, pourrait mimer ces habitudes dysfonctionnelles et les voir se cristalliser

avec le temps. Il est envisageable que ce type d'apprentissage mène à des difficultés d'autorégulation que l'on peut d'ailleurs observer chez une clientèle avec un TP. Avec peu d'outils pour se sécuriser et s'apaiser lui-même, cet adulte serait susceptible d'être plus vulnérable face à l'anxiété et aux sensations physiques associées. Cela pourrait le pousser à fuir les situations jugées inconfortables, à augmenter sa sensibilité à l'anxiété et la fréquence d'utilisation des stratégies d'évitement expérientiel et ainsi contribuer à l'émergence, au maintien et à l'aggravation du TP (Richards et al., 2001; Schmidt et al., 2006; White et al., 2006; Woud et al., 2014).

Des stratégies inadaptées de gestion de l'anxiété pourraient être priorisées chez la personne n'ayant pas les ressources nécessaires pour faire face aux sensations perçues comme intolérables ou menaçantes. Elle pourrait dès lors avoir recours à l'évitement, qui génère facilement et rapidement un apaisement à court terme comme il a été discuté, mais qui s'avère être un facteur de maintien des problématiques anxieuses comme le TP. Il serait ainsi intéressant d'explorer davantage le lien entre les habiletés de régulation émotionnelle des parents et le développement d'un TP chez leur enfant. Cela pourrait contribuer à mieux comprendre ce qui prédispose au TP dans l'histoire développementale de la personne, et potentiellement mieux travailler à prévenir l'émergence des manifestations d'anxiété conséquentes.

Conformément à cette perception d'avoir peu de pouvoir pour réguler adéquatement leurs états internes, de nombreux participants interviewés confient avoir des difficultés à agir sur leurs symptômes physiques associés à l'anxiété. Certains se disent trop peu outillés devant l'inconfort ressenti, au point où l'évitement semble parfois être la seule option perçue comme envisageable. Plusieurs participants font explicitement référence tel que discuté plus haut à une zone de confort au sein de laquelle résiderait leur capacité à se réguler et à se sentir sécurisée. Leur sentiment de sécurité serait, pour la plupart, dépendant de facteurs externes qui prennent la forme d'un lieu, d'une personne ou de tout autre élément sécurisant. Considérant cette tendance des participants à se sécuriser à l'aide d'éléments extérieurs à eux-mêmes, il pourrait aussi être intéressant d'étudier plus en profondeur le lien entre le TP et la théorie des locus de contrôle interne et externe. Cette théorie élaborée par Rotter (1954) stipule qu'un lieu de contrôle interne ferait référence à la tendance d'un individu à croire qu'il exerce un contrôle sur son environnement à travers ses actions. À l'inverse, un lieu de contrôle externe découlerait d'une perception que son existence est principalement guidée par des facteurs hors de son contrôle, tel que le destin ou la chance (Rotter, 1966). L'échelle de Rotter est un outil qui permet de mesurer ce construit (Marsh et Richards, 1986).

À l'instar du sentiment d'impuissance rapporté par plusieurs participants de l'étude, il est possible que les personnes qui souffrent d'un TP aient tendance à avoir un lieu de contrôle situé davantage vers le pôle « externe » de ce continuum. Cela pourrait contribuer à expliquer pourquoi certaines personnes auraient plus tendance à choisir l'évitement que l'exposition lorsqu'elles sont confrontées à leurs symptômes anxieux. En effet, la perception que ses choix n'entraînent que très peu d'impacts sur sa vie, et donc que les efforts en lien avec l'exposition seraient vains, pourraient favoriser l'évitement. Une recherche qui mettrait en relation le positionnement sur le continuum du locus de contrôle et l'intensité des symptômes rapportés par une population avec un TP serait susceptible d'offrir un angle nouveau pour comprendre la problématique.

D'ailleurs, le concept d'efficacité personnelle élaboré par Albert Bandura (2019) est complémentaire à la théorie du locus de contrôle pour analyser le sentiment d'impuissance rapporté par les participants de l'étude. L'efficacité personnelle désigne en effet les croyances individuelles en lien avec la capacité perçue à atteindre ses objectifs et à réaliser des performances particulières (Bandura, 2019). Une étude de Gallagher et al. (2013) ayant exploré ce concept chez des personnes souffrant d'un trouble panique conclut que des améliorations quant au sentiment d'efficacité personnelle prédiraient une baisse des symptômes liés au TP. Les auteurs concluent que le sentiment d'efficacité personnelle serait donc un des éléments importants à prendre en considération pour traiter le TP. Cela s'aligne avec les propos rapportés par les participants chez qui le TP se maintient depuis plusieurs années. En effet, le sentiment de ne pas être en mesure d'agir sur leur problématique semble affecter leur motivation et leur propension à s'exposer et à s'impliquer dans le traitement. Cela pourrait suggérer que travailler le développement d'un lieu de contrôle plus équilibré et d'un meilleur sentiment d'efficacité personnelle pourrait jouer un rôle dans le rétablissement du TP.

Conformément à ce que mettent en lumière de nombreux écrits scientifiques sur le sujet (Batinic et al., 2009; Leskin et Sheikh, 2002; Ölmez et al., 2018; Savoia et Bernik, 2004; Scocco et al., 2007), plusieurs participants de l'étude soulignent avoir vécu des événements difficiles par le passé, notamment durant leur enfance, sur lesquels ils ont senti avoir peu de contrôle. Plusieurs se seraient ainsi sentis coincés, avec une impression de manquer de pouvoir sur eux-mêmes et sur leur environnement. Tels que rapportés, ces événements de vie stressants auraient contribué au développement d'un sentiment d'impuissance acquise (Seligman, 1972). Cela est cohérent avec l'idée d'un lieu de contrôle qui se situerait vers le pôle

externe du continuum, où les personnes avec un TP pourraient entretenir la croyance de n'avoir que très peu d'impact sur le cours de leur vie.

Quelques participants font explicitement un lien entre les événements difficiles qu'ils ont vécus et leur difficulté actuelle à tolérer l'inconfort, surtout dans les situations où ils considèrent être coincés et impuissants. Il serait intéressant d'explorer l'hypothèse selon laquelle, suite à ces événements, ils auraient développé une hypervigilance par rapport au fait d'être pris dans un contexte qu'ils considèrent inconfortable ou potentiellement à risque. En effet, ces difficultés pourraient potentiellement mener à l'émergence de symptômes paniques de façon précipitée, et ce, même en l'absence d'un danger réel. L'angle du locus de contrôle et de l'impuissance acquise pourrait ainsi contribuer à enrichir la façon de conceptualiser le TP, ce qui impliquerait potentiellement des avancées dans la manière de le traiter. L'étude de ce lien dans des recherches futures pourrait mener à des conclusions qui contribueraient à bonifier l'offre de traitement pour le TP, notamment pour mieux répondre aux besoins d'une clientèle présentant une problématique chronique.

3.4 Contribution aux écrits scientifiques sur le trouble panique et l'évitement

Cette recherche exploratoire se penche sur le discours interne des personnes pour qui le TP s'est chronicisé. Bien que plusieurs études aient mesuré quantitativement les effets de l'évitement et de l'exposition chez une clientèle anxieuse, cette recherche se distingue par la place qu'elle accorde à la perspective des participants (Carl et al., 2019; Finn et al., 2009; Gauthier-Duchesne et al., 2017; Hoyer et al., 2009; Okajima et al., 2009; Spinhoven et al., 2017; Wu et al., 2020). Plus spécifiquement, elle leur donne la parole pour mieux comprendre les cognitions qui poussent cette population à éviter ou au contraire à s'exposer aux situations anxiogènes, facteur clé dans la compréhension du maintien de la problématique (Carl et al., 2019; Finn et al., 2009; Gauthier-Duchesne et al., 2017; Hoyer et al., 2009; Okajima et al., 2009; Opris et al., 2012; Spinhoven et al., 2017; Wu et al., 2020).

3.5 Considérations cliniques

En plus de sa contribution sur le plan scientifique, cette étude devrait permettre de mieux outiller les professionnels qui interviennent auprès de personnes aux prises avec un TP. En effet, elle permet de mieux comprendre leur réalité et les défis qu'elles rencontrent lorsqu'elles sont confrontées au choix de s'exposer aux symptômes anxieux ou de les éviter. En ayant documenté la perspective de cette clientèle quant à l'évitement et ce qui favorise l'utilisation de telles stratégies, les professionnels risquent d'être

davantage en mesure d'agir pour en limiter l'usage. En identifiant mieux les éléments jouant un rôle clé dans le choix d'éviter ou de s'exposer, ils pourront mettre en place des interventions pour encourager efficacement l'exposition. Cela devrait avoir un impact positif pour limiter la chronicisation du TP ainsi que pour favoriser le rétablissement chez cette clientèle.

CONCLUSION

En conclusion, cette recherche met en lumière l'importance d'informer et de sensibiliser les personnes aux prises avec un TP et leurs proches quant à a) l'importance de l'exposition pour favoriser le rétablissement, b) les dangers de l'évitement expérientiel qui semblent peu connus par la clientèle, c) les attentes irréalistes qui nuiraient à la motivation et à l'efficacité du traitement ainsi que d) l'implication des proches dans le rétablissement, qui doit parfois être balisée pour être aidante. Ainsi, cette étude permet d'orienter les traitements pour une clientèle avec un TP dans le but d'améliorer l'offre de services leur étant destinée. Les résultats offrent aussi des pistes pour réfléchir différemment quant à la chronicisation du TP et pavent le chemin pour orienter des recherches futures. L'exploration du vécu subjectif de ces personnes permet d'étudier le TP dans un angle nouveau, approfondi et nuancé pour mieux documenter le processus sous-jacent à l'utilisation de stratégies d'évitement ou d'exposition.

ANNEXE A

Certificat d'approbation éthique

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	La perception des personnes souffrant de troubles anxieux sur les facteurs contribuant au maintien de leur trouble
Nom de l'étudiant:	Camille BLOUIN
Programme d'études:	Doctorat en psychologie
Direction de recherche:	Claude BÉLANGER
Codirection:	Michel PERREAULT

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique

Présidente du CERPÉ FSH

ANNEXE B

Formulaire de consentement

Titre du projet de recherche

La perception des personnes souffrant de troubles anxieux sur les facteurs contribuant au maintien de leur trouble

Étudiante-chercheuse

Camille Blouin

Doctorat en psychologie

Téléphone 514 663-0290

blouin.camille@courrier.uqam.ca

Direction de recherche

Claude Bélanger, Ph.D

514 987-3000, poste 1777

belanger.claude@uqam.ca

Michel Perreault, Ph.D

514 761-6131, poste 2823

michel.perreault@douglas.mcgill.ca

Préambule

Vous êtes invité à prendre part à ce projet de recherche portant sur les troubles anxieux. Avant d'accepter de participer, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots plus difficiles à comprendre. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Description du projet et de ses objectifs

Ce projet de recherche porte sur les troubles anxieux. Les objectifs sont de mieux comprendre ce qui contribue au maintien des troubles anxieux pour éventuellement améliorer les traitements et les services destinés à cette clientèle. Le projet est effectué dans le cadre de l'essai doctoral de la chercheuse.

Nature et durée de votre participation

Votre participation implique de participer à une entrevue d'une durée d'environ une heure et demie où vous serez questionné sur votre expérience d'un trouble anxieux. L'entrevue aura lieu à l'heure et à l'endroit qui vous conviendront, dans un local privé, sécuritaire et accessible pour vous. Le contenu de l'entrevue sera enregistré à l'aide d'un enregistreur audio et retranscrit à des fins de recherche.

Avantages liés à la participation

Cette recherche vous permettra de réfléchir sur votre expérience des troubles anxieux et d'être accompagné pour le faire. Elle vous offrira la possibilité de vous exprimer sur le sujet en toute liberté et confidentialité. Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine des troubles anxieux et, tel que mentionné ci-dessus, à améliorer les traitements et les services destinés aux personnes en souffrant.

Risques liés à la participation

Il n'y a pas de risque important associé à votre participation à cette recherche. Vous devez cependant être mis au courant que certaines questions pourraient raviver des souvenirs ou des émotions désagréables en lien avec vos troubles anxieux. Vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante sans avoir à vous justifier. Vous pouvez demander une pause au moment où vous en ressentez le besoin. Il est de la responsabilité de l'intervieweuse de suspendre ou de mettre fin à l'entrevue si elle estime que votre bien-être est menacé. Une ressource d'aide appropriée pourra vous être proposée si vous souhaitez discuter ou si vous avez besoin d'un soutien psychologique suite à l'entrevue.

Confidentialité

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont confidentiels et que seuls la chercheuse et les membres de l'équipe de recherche auront accès à votre enregistrement et au contenu de sa transcription. L'entrevue transcrite ne permettra pas de vous identifier, car votre nom sera remplacé par un code numérique. Seule la chercheuse principale (Camille Blouin) connaîtra la correspondance entre votre nom et le numéro qui vous aura été attribué. Il est possible que des citations issues de votre entrevue figurent dans les travaux de recherche. Si le contenu pouvait permettre à quiconque de vous identifier, des détails seront modifiés soigneusement pour préserver votre anonymat.

L'enregistrement audio de l'entrevue et sa transcription seront conservés séparément dans l'ordinateur de travail (doté d'un mot de passe sécurisant l'accès) de la chercheuse principale. Les dossiers informatiques distincts dans lesquels ils seront classés seront protégés par un second mot de passe pour assurer la sécurité

des données et de votre identité. Le questionnaire de recrutement et le formulaire de consentement signé (format papier) seront scannés et déchiquetés. Ces documents électroniques seront aussi conservés dans des dossiers informatiques distincts protégés par des mots de passe.

Le matériel de recherche sera détruit 5 ans après qu'ait été publiée ou présentée la dernière communication scientifique y faisant référence.

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser de participer à cette étude ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision.

Indemnité compensatoire

Une indemnité compensatoire de 20 \$ est prévue pour votre participation à cette étude.

Des questions sur le projet?

Pour toute questions additionnelles sur le projet et sur votre participation vous pouvez communiquer avec les responsables du projet :

Direction de recherche

Claude Bélanger, Ph.D
514 987-3000, poste 1777
belanger.claude@uqam.ca

Michel Perreault, Ph.D
514 761-6131, poste 2823
michel.perreault@douglas.mcgill.ca

Étudiante-chercheuse

Camille Blouin
Doctorat en psychologie
Téléphone 514 663-0290
blouin.camille@courrier.uqam.ca

Des questions sur vos droits? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) 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 avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPE : Julie Sergent par téléphone au 514 987-3000, poste 3642 ou par courriel au cerpe4@uqam.ca.

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Prénom et nom

Signature

Date

Engagement de la chercheuse

Je, soussigné(e) certifie :

- (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;
- (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom et nom

Signature

Date

ANNEXE C

Offre à la participation

Bonjour,

Mon nom est Camille Blouin. Je suis présentement étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal sous la supervision de D^r Claude Bélanger et D^r Michel Perreault.

Mon projet de recherche doctoral porte sur les troubles anxieux, plus spécifiquement sur les facteurs qui contribuent à ce que le trouble persiste dans le temps. Cette recherche a pour but de contribuer à l'avancement des connaissances sur les troubles anxieux et d'améliorer l'efficacité des traitements destinés aux personnes qui en souffrent.

Ainsi, je suis à la recherche de participants qui ont reçu un diagnostic de trouble panique avec ou sans agoraphobie il y a au moins deux ans. Votre participation impliquerait de répondre à un court questionnaire et de faire une entrevue d'une durée approximative de 1 h 00. Veuillez noter que chaque participant aura droit à une compensation financière de 20 \$.

Si vous êtes intéressés à participer à cette recherche, SVP me contacter au blouin.camille@courrier.uqam.ca.

Pour toutes questions relatives à votre participation potentielle, vous pouvez m'écrire à cette même adresse.

Merci pour votre intérêt.

Camille Blouin
Doctorante en psychologie

blouin.camille@courrier.uqam.ca

ANNEXE D
Questionnaire

1. Quel est votre statut civil?

2. Avez-vous reçu un diagnostic de trouble(s) anxieux par un professionnel de la santé?

Oui __

Non __

Si oui, lequel/lesquels et en quelle année?

3. Si vous avez inscrit plus d'un diagnostic à la question 2, s'il-vous-plait, placez-les en ordre de celui qui a été le plus envahissant dans les 3 derniers mois jusqu'à celui qui a été le moins envahissant.

4. Actuellement, êtes-vous en dépression majeure?

Oui __

Non __

5. Nommez toutes les méthodes (scientifiques, alternatives ou autres) que vous avez utilisées dans le but de prendre en charge votre/vos trouble(s) anxieux et combien de fois vous les avez utilisées.

6. Parmi les méthodes mentionnées précédemment, à quand remonte votre première tentative de gestion de votre/vos trouble(s) anxieux?

7. En moyenne, jusqu'à quel point les méthodes pour prendre en charge votre/vos trouble(s) anxieux ont-elles fonctionné. Sur une échelle de 1 (pas du tout efficace) à 10 (extrêmement efficace), à quel point ces méthodes ont-elles fonctionné en général? Entourez le chiffre approprié.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Si vous n'étiez pas entièrement satisfait des résultats à la suite des traitements, pouvez-vous expliquer brièvement pourquoi?

9. Êtes-vous actuellement sur un groupe ou une page Facebook qui regroupe des personnes qui souffrent de trouble anxieux?

Oui __

Non __

10. Souffrez-vous d'autres problèmes de santé physique ou psychologique? Si oui, lesquels?

11. Seriez-vous intéressé à être contacté par M^{me} Blouin pour répondre à des questions qui porteraient sur votre expérience d'un trouble panique? À noter qu'une compensation financière de 20 \$ vous sera offerte.

Oui __

Non __

Si vous avez coché oui, s'il-vous-plaît, inscrivez vos coordonnées ci-dessous pour que l'équipe de recherche puisse vous joindre :

Prénom et nom : _____

Numéro de téléphone : _____

Courriel : _____

Pour plus amples renseignements, veuillez contacter Camille Blouin par téléphone au () ou par courriel au blouin.camille@courrier.uqam.ca.

Merci pour votre intérêt!

ANNEXE E

Canevas d'entretien

1. Comment est-ce que votre trouble panique a commencé?
Sonder pour : 1) élément déclencheur 2) évolution dans le temps 3) la dernière attaque de panique
2. Comment est-ce que votre trouble panique affecte votre vie?
Sonder pour : 1) dimension sociale 2) dimension professionnelle 3) dimension personnelle
4) dimension cognitive 5) gestion du quotidien et des responsabilités
3. Quels sont les changements dans votre vie, depuis que vous avez développé votre trouble panique?
Sonder pour : 1) dimension sociale/amoureuse 2) dimension professionnelle/scolaire 3) dimension personnelle/personnalité 4) dimension cognitive 5) gestion du quotidien et des responsabilités
4. Est-ce qu'il y a des choses que vous ne faites plus parce que vous ressentiez trop d'anxiété ou par peur d'avoir des attaques de panique?
5. Quelles stratégies utilisez-vous pour éviter que se produisent vos attaques de panique?
Sonder pour : 1) dimension sociale 2) dimension professionnelle 3) dimension personnelle
4) dimension cognitive 5) gestion du quotidien et des responsabilités
6. Quelles stratégies utilisez-vous pour gérer vos attaques de panique lorsqu'elles se produisent?
Sonder pour : 1) dimension sociale 2) dimension professionnelle 3) dimension personnelle
4) dimension cognitive 5) gestion du quotidien et des responsabilités
7. Quelles stratégies utilisez-vous pour gérer ou diminuer vos symptômes anxieux en général?
Sonder pour : 1) dimension sociale 2) dimension professionnelle 3) dimension personnelle
4) dimension cognitive 5) gestion du quotidien et des responsabilités
8. Quelles sont les réactions, les conseils ou les comportements de votre entourage qui vous aident à aller mieux?
Sonder pour : 1) patron/collègues 2) amis 3) enfants/parents 4) conjoint(e) 5) professionnels de la santé consultés

9. Quelles sont les réactions, les conseils ou les comportements de votre entourage qui, selon vous, pourraient nuire à votre rétablissement?
Sonder pour : 1) patron/collègues 2) amis 3) enfants/parents 4) conjoint(e) 5) professionnels de la santé consultés
10. Quelle est votre perception des groupes Facebook qui visent le soutien entre personnes ayant un trouble anxieux?
11. Si j'avais une baguette magique et tout l'argent du monde, qu'est-ce qui pourrait vous aider à aller mieux en lien avec votre trouble panique?
12. Si j'avais une baguette magique, quel serait le soutien idéal dont vous auriez besoin dans une perspective de rétablissement?
13. Ça fait X ans que vous avez reçu le diagnostic d'un trouble anxieux; selon vous, qu'est-ce qui pourrait expliquer qu'il persiste à travers les années?
Sonder pour : 1) cognitions 2) comportements 3) émotions 4) relations 5) condition physique 6) traitements/services/thérapeute 7) services 8) autres facteurs internes 9) autres facteurs externes
14. Je suis très consciente que les troubles anxieux peuvent entraîner une grande souffrance. Je me demandais si vous pouvez quand même identifier certains éléments positifs dans votre vie en lien avec le trouble panique?
Sonder pour : 1) dimension sociale 2) dimension interpersonnelle 3) dimension professionnelle 4) dimension personnelle 5) dimension cognitive 6) gestion du quotidien et des responsabilités 7) rendement/performance
15. Avez-vous autre chose à ajouter pour que je comprenne mieux votre expérience du trouble panique ou autre chose dont vous auriez aimé parler avec moi aujourd'hui?
16. Avant que l'on termine, avez-vous des questions ou des commentaires?

Je vous remercie beaucoup pour votre confiance et le temps que vous m'avez accordé aujourd'hui. S'il y a quoi que ce soit, mes coordonnées et ceux de mes directeurs sont sur la copie du formulaire de consentement que je vous ai remise. Vous pouvez nous contacter en tout temps.

BIBLIOGRAPHIE

Agence de santé publique du Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada, 2006* (publication n° HP5-19/2006F-PDF). https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/humain-humain06/pdf/human_face_f.pdf?fbclid=IwAR07ztQ41Sc0w_YTK9MI_i35TxxpUFLaN5kMZ-oZgGFj9dad2Ttn_7Ka1QM

American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Ed.)*.

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq. (5^e éd.)*. Elsevier Masson.

American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed., text rev.)*.

Anadon, M. (2007). *La recherche participative : Multiples regards*. Canada : Les Presses de l'Université du Québec.

Andersch, S. et Hetta, J. (2003). A 15-year follow-up study of patients with panic disorder. *European Psychiatry, 18*(8), 401-408. doi:10.1016/j.eurpsy.2003.03.007

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

Anxiété Canada. (2018). *Évitement*. <https://www.anxietycanada.com/fr/articles/evitement/>

Archer, R. (2014). *What is experiential avoidance?*. Working with ACT. <https://workingwithact.com/2014/03/12/what-is-experiential-avoidance/>

Ashwin, C., Holas, P., Broadhurst, S., Kokoszka, A., Georgiou, G. A. et Fox, E. (2012). Enhanced anger superiority effect in generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(2), 329-336. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.11.010>

Bados, A., Balaguer, G. et Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive–behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of clinical psychology, 63*(6), 585-592. <https://doi.org/10.1002/jclp.20368>

Bandelow, B. et Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience, 17*(3), 327–335. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>

Bandura, A. (2019). Auto-efficacité : comment le sentiment d'efficacité personnelle influence notre qualité de vie. de Boeck supérieur.

Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American psychologist*, 55(11), 1247. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>

Batelaan, N. M., de Graaf, R., Spijker, J., Smit, J. H., van Balkom, A. J., Vollebergh, W. A. et Beekman, A. T. (2010). The course of panic attacks in individuals with panic disorder and subthreshold panic disorder: a population-based study. *Journal of affective disorders*, 121(1-2), 30–38. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.003>

Batinic, B. et Trajkovic, G. (2008). P0064-Assessment of social support in the course of manifestation of panic disorder with agoraphobia. *European Psychiatry*, 23(S2), S210-S211. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.01.354>

Batinić, B., Trajković, G., Duisin, D. et Nikolić-Balkoski, G. (2009). Life events and social support in a 1-year preceding panic disorder. *Psychiatria Danubina*, 21(1), 33-40.

Battaglia, M., Bertella, S., Politi, E., Bernardeschi, L., Perna, G., Gabriele, A. et Bellodi, L. (1995). Age at onset of panic disorder: influence of familial liability to the disease and of childhood separation anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1362-1364. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.9.1362>

Batelaan, N. M., de Graaf, R., Spijker, J., Smit, J. H., van Balkom, A. J., Vollebergh, W. A., et Beekman, A. T. (2010). The course of panic attacks in individuals with panic disorder and subthreshold panic disorder: a population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 121(1-2), 30-38.

Beaudet, C. et Allard, A. (2020). La proche aide au cœur de nos interventions : récit de pratique au service Info-aidant de L'Appui pour les proches aidants d'aînés. *Intervention*, 151, 95-106.

Beesdo-Baum, K., Jenjahn, E., Höfler, M., Lucken, U., Becker, E. S. et Hoyer, J. (2012). Avoidance, safety behaviour, and reassurance seeking in generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 29(11), 948-957. <https://doi.org/10.1002/da.21955>

Bélanger, C., Leduc, A. G., Fredman, S., El-Baalbaki, G. et Baucom, D. H. (2008). Couples et troubles anxieux. *J. Wright, Y. Lussier et S. Sabourin (Éds.), Manuel clinique des psychothérapies de couple*, 507-540.

Bélanger, C., Courchesne, C., Leduc, A. G., Dugal, C., El-Baalbaki, G., Marchand, A., et Perreault, M. (2017). Predictors of dropout from cognitive-behavioral group treatment for panic disorder with agoraphobia: An exploratory study. *Behavior Modification*, 41(1), 113-140. <https://doi.org/10.1177/0145445516656614>

Bentley, K. H., Cohen, Z. D., Kim, T., Bullis, J. R., Nauphal, M., Cassiello-Robbins, C., Sauer-Zavala, S., Sbi, S., Gallagher, M., Farchione, T. et Barlow, D. H. (2021). The nature, timing, and symptom trajectories of dropout from transdiagnostic and single-diagnosis cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 52(6), 1364-1376. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.03.007>

Berger, E., Crescentini, A., Galeandro, C. et Crohas, G. M. (2010). La triangulation au service de la recherche en éducation. Exemples de recherches dans l'école obligatoire. *Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF)*, 1-8.

Bienvendu, O. J., Stein, M. B., Samuels, J. F., Onyike, C. U., Eaton, W. W. et Nestadt, G. (2009). Personality disorder traits as predictors of subsequent first-onset panic disorder or agoraphobia. *Comprehensive psychiatry*, 50(3), 209–214. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.08.006>

Bilsker, D. (2006). Mental health care and the workplace. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 61-62.

Bioy, A., et Fouques, D. (2002). *Manuel de psychologie du soin*. Editions Bréal.

Blanco, C., Rubio, J., Wall, M., Wang, S., Jiu, C. J. et Kendler, K. S. (2014). Risk factors for anxiety disorders: common and specific effects in a national sample. *Depression and anxiety*, 31(9), 756-764. <https://doi.org/10.1002/da.22247>

Boeding, S. E., Paprocki, C. M., Baucom, D. H., Abramowitz, J. S., Wheaton, M. G., Fabricant, L. E. et Fischer, M. S. (2013). Let me check that for you: Symptom accommodation in romantic partners of adults with obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 51(6), 316-322. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.03.002>

Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt, Waltz & Zettle. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.

Bosquet, M. et Egeland, B. (2006). The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and psychopathology*, 18(2), 517-550. <https://doi.org/10.1017/S0954579406060275>

Boudier, F., Bensebaa, F. et Jablanczy, A. (2012). L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations*, (3), 13-25. <https://doi.org/10.3917/inno.039.0013>

Bouvard, M., Ayxeres-Vighetto, A., Dupont, H., Aupetit, J. et Portalier, S. (2003). Index de la sensibilité à l'anxiété révisé (anxiety sensibility index revised): validation préliminaire de la version française. *L'Encéphale (Paris)*, 29(2), 157-164.

Brown, W. A. (2015). Expectation, the placebo effect and the response to treatment. *Rhode Island medical journal*, 98(5), 19.

Busch, F. N., Cooper, A. M., Klerman, G. L., Penzer, R. J., Shapiro, T. et Shear, M. K. (1991). Neurophysiological, cognitive-behavioral, and psychoanalytic approaches to panic disorder: Toward an integration. *Psychoanalytic Inquiry*, 11(3), 316-332. <https://doi.org/10.1080/07351699109533861>

Busch, F. N., Oquendo, M. A., Sullivan, G. M. et Sandberg, L. S. (2010). An integrated model of panic disorder. *Neuropsychanalysis*, 12(1), 67-79. <https://doi.org/10.1080/15294145.2010.10773631>

Byrne, M., Carr, A. et Clark, M. (2004). The efficacy of couples-based interventions for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Family Therapy*, 26(2), 105-125. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2004.00273.x>

Cameron, C. et Plamondon, A., (2019). *La gestion des arrêts de travail pour trouble de santé mentale commun : une affaire d'équipe.* https://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/ciss/laval/Employes_medecins/Activites/Colloque_Alliance/Atelier_3_Gestion_des_arrets_de_travail_vpb.pdf

Canadian Mental Health Association. (2019). *Fast Facts about Mental Illness.* <https://cmha.ca/about-cmha/fast-facts-about-mental-illness>

Carl, E., Stein, A. T., Levihn-Coon, A., Pogue, J. R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., Asmundson, G., Carlbring, P. et Powers, M. B. (2019). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of anxiety disorders*, 61, 27-36. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.08.003>

Carleton, R. N., Fetzner, M. G., Hackl, J. L. et McEvoy, P. (2013). Intolerance of uncertainty as a contributor to fear and avoidance symptoms of panic attacks. *Cognitive behaviour therapy*, 42(4), 328-341. <https://doi.org/10.1080/16506073.2013.792100>

Carleton, R. N., Duranceau, S., Freeston, M. H., Boelen, P. A., McCabe, R. E. et Antony, M. M. (2014). “But it might be a heart attack”: intolerance of uncertainty and panic disorder symptoms. *Journal of anxiety disorders*, 28(5), 463-470. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.04.006>

Carter, M. M., Turovsky, J., Sbrocco, T., Meadows, E. A. et Barlow, D. H. (1995). Patient dropout from a couples' group treatment for panic disorder with agoraphobia. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 626. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.626>

Casey, L. M., Oei, T. P., Newcombe, P. A. et Kenardy, J. (2004). The role of catastrophic misinterpretation of bodily sensations and panic self-efficacy in predicting panic severity. *Journal of anxiety disorders*, 18(3), 325–340. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00257-8](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00257-8)

Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale (2022). *Parler d'anxiété sans stress... pour les parents.* Université de Sherbrooke. https://st-marc.cssdm.gouv.qc.ca/files/Fiche_parents_stress_anxiete.pdf

Chartier-Otis, M., Perreault, M. et Bélanger, C. (2010). Determinants of barriers to treatment for anxiety disorders. *Psychiatric quarterly*, 81(2), 127-138. <https://doi.org/10.1007/s1126-010-9123-5>

Chartier-Otis, Mariko (2011). *Utilisation de l'Internet et formation de pairs aidants pour surmonter les obstacles au traitement des troubles anxieux* [Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/4144/1/D2135.pdf>

Chouinard, M. (2011, 6 janvier). Médecine – Le patient expert. *Le devoir*. <https://www.ledevoir.com/opinion/editoriaux/314114/medecine-le-patient-expert>

Ciquier, G. (2022). *En psychothérapie TCC, l'exposition réduit l'anxiété*. ASADIS. <https://asadis.net/fr/blog/en-psychotherapie-tcc-exposition-reduit-anxiete/>

Cisler, J. M. et Olatunji, B. O. (2012). Emotion Regulation and Anxiety Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 14(3), 182-187. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0262-2>

Ciuca, A. M., Berger, T., Crişan, L. G. et Miclea, M. (2018). Internet-based treatment for panic disorder: A three-arm randomized controlled trial comparing guided (via real-time video sessions) with unguided self-help treatment and a waitlist control. PAXPD study results. *Journal of anxiety disorders*, 56, 43-55. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.03.009>

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour research and therapy*, 24(4), 461-470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)

Consortium for Organizational Mental Healthcare (2016). *Santé Mentale au Travail et Invalidité Professionnelle : Lignes directrices à l'intention des médecins*. <https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/Lignes-directrices-à-lintention-des-médecins.pdf>

Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M. et Smith, J. Z. (2011). Expectations. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 184–192. <https://doi.org/10.1002/jclp.20754>

Craske, M. G., Edlund, M. J., Sullivan, G., Roy-Byrne, P., Sherbourne, C., Bystritsky, A. et Stein, M. B. (2005). Perceived unmet need for mental health treatment and barriers to care among patients with panic disorder. *Psychiatric services*, 56(8), 988-994. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.8.988>

Davidhizar, R. (1994). The pursuit of illness for secondary gain. *The Health Care Manager*, 13(1), 10-15.

De Jonge, P., Roest, A. M., Lim, C. C., Florescu, S. E., Bromet, E. J., Stein, D. J., Harris, M., Nakov, V., Caldas-de-Almeida, J., Levinson, D., Al-Hamzawi, A., Haro, J., Viana, M., Borges, G., O'Neil, S., de Giromalo, G., Demyttenaere, K., Gureje, O., Iwata, N., ... Scott, K. M. (2016). Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depression and anxiety*, 33(12), 1155-1177. <https://doi.org/10.1002/da.22572>

Delhomme, C. (2020, 25 avril). *Comment l'évitement comportemental renforce la peur?* Psylink. <https://www.psy.link/blog/2020/04/25/comment-levitement-comportemental-renforce-la-peur/>

Dionne, Ngô & Blais. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique: une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 111-130. <https://www.erudit.org/en/journals/smq/1900-v1-n1-smq01302/1023992ar/abstract/>

Domhardt, M., Letsch, J., Kybelka, J., Koenigbauer, J., Doebler, P. et Baumeister, H. (2020). Are Internet- and mobile-based interventions effective in adults with diagnosed panic disorder and/or agoraphobia? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 276, 169-182. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.059>

Drucker P. F. (1954). *The practice of management (1^{re} éd.)*. Harper & Row.

Drucker-Godard C., Ehlinger S. et Grenier C., (1999). Validité et fiabilité de la recherche. Dans Thiétart, R. (dir.), *Méthodes de recherche en management (4^e éd. p. 297-331)*. Dunod.

Dufour, C. et Larivière, V. (2012, 27 janvier). *Principales techniques d'échantillonnage probabilistes et non probabilistes*. [notes de cours]. Département de Bibliothéconomie, Université de Montréal. https://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1J3BCT9WW-NJP6NT-8VW/sci6060_fiche_echant.pdf

Ehlers, A. (1995). A 1-year prospective study of panic attacks: clinical course and factors associated with maintenance. *Journal of abnormal psychology*, 104(1), 164. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.104.1.164>

Eifert, G. H. et Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(3-4), 293-312. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2003.11.001>

Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., Ruini, C., Mangelli, L. et Belluardo, P. (2001). Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. *Psychological medicine*, 31(5), 891-898. <https://doi.org/10.1017/S0033291701003592>

Fava, L., et Morton, J. (2009). Causal modeling of panic disorder theories. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 623-637. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.002>

Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American psychologist*, 28(10), 857. <https://doi.org/10.1037/h0035605>

Finn, A. N., Sawyer, C. R. et Schrodt, P. (2009). Examining the effect of exposure therapy on public speaking state anxiety. *Communication Education*, 58(1), 92-109. <https://doi.org/10.1080/03634520802450549>

Fishbain, D. A. (1994). Secondary gain concept: Definition problems and its abuse in medical practice. *APS journal*, 3(4), 264-273. [https://doi.org/10.1016/S1058-9139\(05\)80274-8](https://doi.org/10.1016/S1058-9139(05)80274-8)

Foldes-Busque, G., Marchand, A. et Landry, P. (2007). L'identification et traitement du trouble panique avec ou sans agoraphobie : Mise à jour. *Canadian Family Physician*, 53(10), 1686-1693.

Fournier, F. (2006). Étude du lien entre le fonctionnement social et le fonctionnement familial de personnes présentant un trouble panique avec agoraphobie (TPA). [Mémoire de maîtrise, Université Laval]. Corpus. <http://hdl.handle.net/20.500.11794/18546>

Freud, S. (1917). *Introductory lectures on psychoanalysis*. (Vol. 16). London: Hogarth Press.

Gallagher, M. W., Payne, L. A., White, K. S., Shear, K. M., Woods, S. W., Gorman, J. M., et Barlow, D. H. (2013). Mechanisms of change in cognitive behavioral therapy for panic disorder: the unique effects of self-efficacy and anxiety sensitivity. *Behaviour research and therapy*, 51(11), 767–777. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.09.001>

Gauthier-Duchesne A., Hébert, M. et Daspe, M.E. (2017). Culpabilité chez les enfants victimes d'agression sexuelle : le rôle médiateur des stratégies d'évitement sur l'anxiété et l'estime de soi. *Criminologie*, 50(1), 181–201. <https://doi.org/10.7202/1039801ar>

Gendreau, P. L. et Ravacley, S. (2006). La neurobiologie des troubles anxieux. Dans Turgeon, L. et Gendreau, P. L. (dir.), *Les troubles anxieux chez les enfants* (49-88). Solal.

Gorka, S. M., Nelson, B. D. et Shankman, S. A. (2013). Startle response to unpredictable threat in comorbid panic disorder and alcohol dependence. *Drug and alcohol dependence*, 132(1-2), 216-222. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.003>

Gorman, J. M., Kent, J. M., Sullivan, G. M. et Coplan, J. D. (2000). *Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised*. *The American journal of psychiatry*, 157(4), 493–505. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.493>

Goulet, J. (2013). *Psychothérapie cognitive-comportementale du trouble panique et de l'agoraphobie*. TCC Montréal. <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2014/02/manuel-dinformation-trouble-panique-et-agoraphobie.pdf>

Gouvernement du Québec (2022, 6 décembre). *Personne proche aidante*. https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/personne-proche-aidante?fbclid=IwAR0ku1brrMG7MsSBKt6ZczmgDid5Kq8pZ4K6OihXXwdSe9Tjaak3E_OD_uY

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>

Groupe en éthique de la recherche. (2018). *Piloter l'éthique de la recherche avec des êtres humains*. <http://pre.ethics.gc.ca/fra/index/>

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., et Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.

Heeren, A., Ceschi, G. et Philippot, P. (2012). Biais attentionnels et troubles émotionnels : de l'évaluation au changement clinique. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 17(3), 24-41.

Helbig-Lang, S. et Petermann, F. (2010). Tolerate or eliminate? A systematic review on the effects of safety behavior across anxiety disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(3), 218–233. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01213.x>

Helbig-Lang, S., Richter, J., Lang, T., Gerlach, A. L., Fehm, L., Alpers, G. W. et Wittchen, H. U. (2014). The role of safety behaviors in exposure-based treatment for panic disorder and agoraphobia: Associations to symptom severity, treatment course, and outcome. *Journal of anxiety disorders*, 28(8), 836-844. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.010>

Holloway, I. et Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare (3rd Ed.)*. Wiley-Blackwell.

Hoyer, J., Beesdo, K., Gloster, A. T., Runge, J., Höfler, M. et Becker, E. S. (2009). Worry exposure versus applied relaxation in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 106-115. <https://doi.org/10.1159/000201936>

Huang, M. F., Yen, C. F. et Lung, F. W. (2010). Moderators and mediators among panic, agoraphobia symptoms, and suicidal ideation in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(3), 243-249. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.07.005>

Huppert, J. D., Kivity, Y., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. et Woods, S. W. (2014). Therapist effects and the outcome–alliance correlation in cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour research and therapy*, 52, 26-34. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.11.001>

Husain, A. et Lee, G. C. (2015). Establishing realistic patient expectations following total knee arthroplasty. *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 23(12), 707-713. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-14-00049>

Institut national de santé publique. (2011). *Guide d'organisation d'entretiens semi-dirigés avec des informateurs clés*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1315_guideorgaentretienssemidiriginformcles2_eed.pdf

Institut universitaire de gériatrie de Montréal. (2023). *Programme de formation et de soutien : Devenir aidant, ça s'apprend!*. AvantÂge. <http://centreamantage.ca/ressources/formation-devenir-aidant-ca-sapprend/?fbclid=IwAR1YsvFf3vuy-wng9ZiPUGJvcmck-YTOSYBSSnGh7Na7aJkMwaepCLlndxQ>

Iverach, L., Rapee, R. M., Wong, Q. et Lowe, R. (2017). Maintenance of Social Anxiety in Stuttering: A Cognitive-Behavioral Model. *American journal of speech-language pathology*, 26(2), 540–556. https://doi.org/10.1044/2016_AJSLP-16-0033

Johnson, M., Mills, T. L., Deleon, J. M., Hartzema, A. G. et Haddad, J. (2009). Lives in isolation: stories and struggles of low-income African American women with panic disorder. *CNS neuroscience & therapeutics*, 15(3), 210–219. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2009.00079.x>

Jones, E., Palmer, I. et Wessely, S. (2002). War pensions (1900–1945): changing models of psychological understanding. *The British Journal of Psychiatry*, 180(4), 374-379. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.4.374>

Katerelos, T. E., Bélanger, C., Payette, M. C., El-Baalbaki, G., Marchand, A. et Perreault, M. (2015). The role of expectations in treatment outcome and symptom development in anxiety disorders. In *A Fresh Look at Anxiety Disorders*. IntechOpen.

Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K. et Van Ameringen, M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-83. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

Keefe, J. R., Chambless, D. L., Barber, J. P. et Milrod, B. L. (2020). Predictors and moderators of treatment dropout in cognitive-behavioral and psychodynamic therapies for panic disorder. *Psychotherapy research*, 31(4), 432-442. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1784487>

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K. et Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 63(4), 415-424. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.415>

Klein, D. F. (1993). False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: an integrative hypothesis. *Archives of general psychiatry*, 50(4), 306-317. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820160076009>

Kolek, A. P. J., Ociskova, M., Holubova, M., Vanek, J., Grambal, A. et Slepecky, M. (2019). Severity of panic disorder, adverse events in childhood, dissociation, self-stigma and comorbid personality disorders Part 2: therapeutic effectiveness of a combined cognitive behavioural therapy and pharmacotherapy in treatment-resistant inpatients. *Neuroendocrinol Lett*, 40, 271-83.

Lebowitz, E. R., Scharfstein, L. et Jones, J. (2015). Child-report of family accommodation in pediatric anxiety disorders: Comparison and integration with mother-report. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(4), 501-511. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0491-1>

Leclerc, M., Moreau, A. C. et Leclerc-Morin, M. (2007). Modèle de réussite d'une communauté d'apprentissage professionnelle : La dynamique causale comme outil de dialogue et d'analyse. *Éducation et francophonie*, 35(2), 153-171 <https://doi.org/10.7202/1077653ar>

Lessard, M. J. (2012). *Interventions psychologiques brèves du trouble panique chez les individus qui se présentent au service d'urgence pour des douleurs thoraciques non cardiaques : efficacité et recension des écrits* [thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/5050/1/D2340.pdf>

Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M. et Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior therapy*, 35(4), 747-766. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80018-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80018-2)

Lim, J. A., Lee, Y. I., Jang, J. H. et Choi, S. H. (2018). Investigating effective treatment factors in brief cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Medicine*, 97(38). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012422>

Locke, A. B., Kirst, N. et Shultz, C. G. (2015). Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *American family physician*, 91(9), 617-624.

Lurie, J. D., Henderson, E. R., McDonough, C. M., Berven, S. H., Scherer, E. A., Tosteson, T. D., Tosteson, A., Hu, S. et Weinstein, J. N. (2016). The effect of expectations on treatment outcome for lumbar intervertebral disc herniation. *Spine*, 41(9), 803. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000001333>

Marchand, A., Roberge, P., Primiano, S. et Germain, V. (2009). A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: a two-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1139-1147. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.019>

Marchand, A., Letarte, A. et Seidah, A. (2018). *La peur d'avoir peur : Guide de traitement du trouble panique et de l'agoraphobie (4^e éd.)*. Le Livre de Poche.

Margraf, J. et Ehlers, A. (1989). Etiological models of panic: Psychophysiological and cognitive aspects. Dans R. Baker (Ed.), *Panic disorder: Theory, research and therapy* (205–231). John Wiley & Sons.

Martin, E. I., Ressler, K. J., Binder, E. et Nemeroff, C. B. (2009). The neurobiology of anxiety disorders: brain imaging, genetics, and psychoneuroendocrinology. *Psychiatric Clinics*, 32(3), 549-575. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.05.004>

Martinsen, E. W. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic journal of psychiatry*, 62(47), 25-29. <https://doi.org/10.1080/08039480802315640>

Matthews, T., Danese, A., Wertz, J., Ambler, A., Kelly, M., Diver, A., Caspi, A., Moffitt, T. et Arseneault, L. (2015). Social isolation and mental health at primary and secondary school entry: a longitudinal cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(3), 225-232. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.008>

McGinn, L. K., Nooner, K. B., Cohen, J. et Leaberry, K. D. (2015). The role of early experience and cognitive vulnerability: Presenting a unified model of the etiology of panic. *Cognitive Therapy and Research*, 39(4), 508-519. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9673-9>

Mogg, K., Wilson, K. A., Hayward, C., Cunning, D. et Bradley, B. P. (2012). Attentional biases for threat in at-risk daughters and mothers with lifetime panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 852. <https://doi.org/10.1037/a0028052>

Moitra, E., Dyck, I., Beard, C., Bjornsson, A. S., Sibrava, N. J., Weisberg, R. B. et Keller, M. B. (2011). Impact of stressful life events on the course of panic disorder in adults. *Journal of affective disorders*, 134(1-3), 373-376. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.029>

Montford, K. S., Duggleby, W., Cumming, C., Thomas, R., Nekolaichuk, C., Ghosh, S. et Tonkin, K. (2016). « Tout ce que je peux faire, c'est l'aider » : Expérience de transition des conjoints de patientes atteintes du cancer du sein. *Revue canadienne de nursing oncologique*, 26(4), 318-324. <https://doi.org/10.5737/23688076264318324>

Moran, D. (2022, 8 décembre). *The Inflexahex Model in ACT: Acceptance vs. Experiential Avoidance*. Psychotherapy Academy. <https://psychotherapyacademy.org/acceptance-and-commitment-therapy-the-essentials/the-inflexahex-model-in-act-acceptance-vs-experiential-avoidance/>

Mougeot, F., Robelet, M., Rambaud, C., Occelli, P., Buchet-Poyau, K., Touzet, S. et Michel, P. (2018). L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Santé Publique*, 30, 73-81. <https://doi.org/10.3917/spub.181.0073>

Muotri, R. W. et Bernik, M. A. (2014). Panic disorder and exercise avoidance. *Revista brasileira de psiquiatria*, 36(1), 68-75. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1012>

Nay, W., Brown, R. et Roberson-Nay, R. (2013). Longitudinal course of panic disorder with and without agoraphobia using the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Psychiatry Research*, 208(1), 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.006>

Nestoriuc, Y., Von Blanckenburg, P., Schuricht, F., Barsky, A. J., Hadji, P., Albert, U. S. et Rief, W. (2016). Is it best to expect the worst? Influence of patients' side-effect expectations on endocrine treatment outcome in a 2-year prospective clinical cohort study. *Annals of Oncology*, 27(10), 1909-1915. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw266>

Ngo, T. (2018). *GASMA : Les troubles anxieux*. Université de Montréal. <https://www.psychopap.com/wp-content/uploads/2020/05/gasmaanxiété.pdf>

Norman, K. R., Silverman, W. K. et Lebowitz, E. R. (2015). Family accommodation of child and adolescent anxiety: Mechanisms, assessment, and treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 28(3), 131-140. <https://doi.org/10.1111/jcap.12116>

Ohayon, M. M., Shapiro, C. M. et Kennedy, S. H. (2000). Differentiating DSM-IV anxiety and depressive disorders in the general population: comorbidity and treatment consequences. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 166-172. <https://doi.org/10.1177/070674370004500207>

Okajima, I., Kanai, Y., Chen, J. et Sakano, Y. (2009). Effects of safety behaviour on the maintenance of anxiety and negative belief social anxiety disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(1), 71-81. <https://doi.org/10.1177/0020764008092191>

Olatunji, B. O., Forsyth, J. P. et Feldner, M. T. (2007). Implications of emotion regulation for the shift from normative fear-relevant learning to anxiety-related psychopathology. *American Psychologist*, 62(3), 257–259. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.257>

Opris, D., Pinteá, S., García-Palacios, A., Botella, C., Szamosközi, Ş. et David, D. (2012). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a quantitative meta-analysis. *Depression and anxiety*, 29(2), 85-93. <https://doi.org/10.1002/da.20910>

Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Thèmes de santé : Maladies chroniques*. http://www.who.int/topics/chronic_diseases/

Oussi, A. et Bouvet, C. (2021, October). Les modèles théoriques actuels du trouble panique : examen conceptuel et implications cliniques. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.09.004>

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd.). Armand Colin.

Palardy, V., El-Baalbaki, G., Fredette, C., Rizkallah, E. et Guay, S. (2018). Social Support and Symptom Severity Among Patients With Obsessive-Compulsive Disorder or Panic Disorder With Agoraphobia: A Systematic Review. *Europe's journal of psychology*, 14(1), 254–286. <https://doi.org/10.5964/ejop.v14i1.1252>

Palardy, V. (2021). *Le soutien social et conjugal chez des individus qui ont un trouble panique ou un trouble obsessionnel-compulsif : Une étude à devis quantitatif et qualitatif*. [Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/14720/1/D3957.pdf>

Perreault, M., Chartier-Otis, M., Bélanger, C., Marchand, A., Zacchia, C. et Bouchard, S. (2009). Trouble panique avec agoraphobie et trouble d'anxiété sociale : recours aux pairs-aidants et accès au traitement. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 187-198. <https://doi.org/10.7202/029767ar>

Perreault, M., Lafortune, D., Laverdure, A., Chartier-Otis, M., Bélanger, C., Marchand, A., et Milton, D. (2013). Barriers to treatment access reported by people with anxiety disorders. *Canadian Journal of psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 58(5), 300-305. <https://doi.org/10.1177/070674371305800508>

Perreault, M., Julien, D., White, N. D., Bélanger, C., Marchand, A., Katerelos, T. et Milton, D. (2014). Treatment modality preferences and adherence to group treatment for panic disorder with agoraphobia. *The Psychiatric quarterly*, 85(2), 121–132. <https://doi.org/10.1007/s11126-013-9275-1>

Perreault, M., Bouchard, S., Lapalme, M., Laverdure, A., Audet, D., Cusson, J. C., Zacchia, C., Milton, D., Tion, M. S., Chartier-Otis, M., Marchand, A. et Bélanger, C. (2015). Perspective de pairs aidants sur leur expérience d'animation d'un programme d'autotraitement du trouble panique. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 35-51. <https://doi.org/10.7202/1032381ar>

Pilecki, B., Arentoft, A. et McKay, D. (2011). An evidence-based causal model of panic disorder. *Journal of anxiety disorders*, 25(3), 381-388. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.10.013>

Porter, E. et Chambless, D. L. (2015). A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. *Clinical Psychology Review*, 42, 179-192. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.004>

Powell, R. A., Honey, P. L. et Symbaluk, D. G. (2016). *Psychologie de l'apprentissage*. Chenelière Éducation.

Pruitt, L. D. (2010). *New directions in the psychopathology of generalized anxiety disorder: An investigation of the role of emotion regulation in the development and maintenance of chronic worry and anxiety*. [Dissertation de doctorat, University of Nevada]. Scholar Works. https://scholarworks.unr.edu/bitstream/handle/11714/4341/Pruitt_unr_0139D_10465.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ramage-Morin, P. L. (2004). Trouble panique et comportements d'adaptation. *Rapports sur la Santé: Suppléments*, 15(82-003), 37-72.

Ramnerö, J. et Ost, L. G. (2007). Panic and avoidance in panic disorder with agoraphobia: clinical relevance of change in different aspects of the disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 38(1), 29-39. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.01.002>

Rector, N. A., Bourdeau, D., Kitchen, K. et Joseph-Massiah, L. (2016). *Anxiety disorders: An information guide*. Centre for Addiction and Mental Health.

Reinecke, A., Cooper, M., Favaron, E., Massey-Chase, R. et Harmer, C. (2011). Attentional bias in untreated panic disorder. *Psychiatry Research*, 185(3), 387-393. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.020>

Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical psychology review*, 11(2), 141-153. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90092-9](https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90092-9)

Rexhaj, S., Leclerc, C., Bonsack, C., et Favrod, J. (2017). Approche pour cibler le soutien auprès des proches aidants de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères. *Annales Médico-psychologiques*, 175(9), 781-787. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.03.017>

Richards, J. C., Austin, D. W. et Alvarenga, M. E. (2001). Interpretation of ambiguous interoceptive stimuli in panic disorder and nonclinical panic. *Cognitive Therapy and Research*, 25(3), 235-246. <https://doi.org/10.1023/A:1010783427196>

Ritchie, H. et Roser, M. (2018). Mental Health. Our World in Data, 1-2. <https://ourworldindata.org/mental-health>

Robinson, J., Sareen, J., Cox, B. J. et Bolton, J. (2009). Self-medication of anxiety disorders with alcohol and drugs: Results from a nationally representative sample. *Journal of anxiety disorders*, 23(1), 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.03.013>

Romano, J. M., Jensen, M. P., Turner, J. A., Good, A. B. et Hops, H. (2000). Chronic pain patient-partner interactions: Further support for a behavioral model of chronic pain. *Behavior Therapy*, 31(3), 415-440. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80023-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80023-4)

Rondier, M. (2003). A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (333), 475-476. Éditions De Boeck Université.

Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Marín-Martínez, F. et Gómez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 30(1), 37-50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.011>

Sanderson, W. C. et Bruce, T. J. (2007). Causes and management of treatment-resistant panic disorder and agoraphobia: A survey of expert therapists. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 26-35. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.04.020>

Sandin, B., Sánchez-Arribas, C., Chorot, P. et Valiente, R. M. (2015). Anxiety sensitivity, catastrophic misinterpretations and panic self-efficacy in the prediction of panic disorder severity: Towards a tripartite cognitive model of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 67, 30-40. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.005>

Savoia, M. G. et Bernik, M. (2004). Adverse life events and coping skills in panic disorder. *Revista do Hospital das Clinicas*, 59(6), 337-340. <https://doi.org/10.1590/s0041-87812004000600005>

Schmidt, N. B., Zvolensky, M. J. et Maner, J. K. (2006). Anxiety sensitivity: Prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. *Journal of psychiatric research*, 40(8), 691-699. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.07.009>

Schmidt, N. B. et Woolaway-Bickel, K. (2006). Cognitive vulnerability to panic disorder. Dans *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (217-244). Routledge.

Scocco, P., Barbieri, I. et Frank, E. (2007). Interpersonal problem areas and onset of panic disorder. *Psychopathology*, 40(1), 8-13. <https://doi.org/10.1159/000096384>

Seligman, M. E. (1972). Learned helplessness. *Annual review of medicine*, 23(1), 407-412.

Shepherd, G., Boardman, J. et Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*. Sainsbury Centre for mental health. <https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/Making%20recovery%20a%20reality%20policy%20paper.pdf>

Shimada-Sugimoto, M., Otowa, T. et Hettema, J. M. (2015). Genetics of anxiety disorders: Genetic epidemiological and molecular studies in humans. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 69, 388-401. <https://doi.org/10.1111/pcn.12291>

Shmagin, B. G. et Pearlmutter, D. R. (1977). The pursuit of unhappiness: The secondary gains of depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, 15(2), 63–65. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.1977.tb00892.x>

Siev, J. et Chambless, D. L. (2007). Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(4), 513–522. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.4.513>

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.

Solano, C. (2005). *Se complaire dans la maladie ou les bénéfices secondaires*. e-santé.be. <https://www.e-sante.be/se-complaire-dans-maladie-ou-benefices-secondaires/actualite/1208>

Spinhoven, P., Van Hemert, A. M, Brenda et Penninx, B. W. J. H. (2017). Experiential Avoidance and Bordering Psychological Constructs as Predictors of the Onset, Relapse and Maintenance of Anxiety Disorders: One or Many? *Cognitive Therapy and Research*, 41(6), 867-880. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9856-7>

Stech, E. P., Lim, J., Upton, E. L. et Newby, J. M. (2020). Internet-delivered cognitive behavioral therapy for panic disorder with or without agoraphobia: a systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(4), 270-293. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1628808>

Stickley, A. et Koyanagi, A. (2016). Loneliness, common mental disorders and suicidal behavior: Findings from a general population survey. *Journal of affective disorders*, 197, 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.054>

Strauss, A. Y., Kivity, Y. et Huppert, J. D. (2019). Emotion regulation strategies in cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Behavior therapy*, 50(3), 659-671. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.10.005>

Swoboda, H., Amering, M., Windhaber, J. et Katschnig, H. (2003). The long-term course of panic disorder— an 11 year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 223-232. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00183-4](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00183-4)

Taillefer, A. (2016). *Guide de pratique pour l'activation comportementale en format groupe*. TCC Montréal. <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2016/10/guide-activation-comportementale-iusmm-page-prc3a9sentation1.pdf>

Teachman, B. A., Smith-Janik, S. B. et Saporito, J. (2007). Information processing biases and panic disorder: Relationships among cognitive and symptom measures. *Behaviour research and therapy*, 45(8), 1791-1811. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.009>

Teachman, B. A., Marker, C. D. et Clerkin, E. M. (2010). Catastrophic misinterpretations as a predictor of symptom change during treatment for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 964–973. <https://doi.org/10.1037/a0021067>

Terra, M. B., Figueira, I. et Barros, H. M. T. (2004). Impact of alcohol intoxication and withdrawal syndrome on social phobia and panic disorder in alcoholic inpatients. *Revista do Hospital das Clínicas*, 59, 187-192. <https://doi.org/10.1590/S0041-87812004000400006>

Thompson-Hollands, J., Kerns, C. E., Pincus, D. B. et Comer, J. S. (2014). Parental accommodation of child anxiety and related symptoms: Range, impact, and correlates. *Journal of anxiety disorders*, 28(8), 765-773. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.007>

Thorndike, E. (1911). *Animal intelligence: experimental studies*. Macmillan Company.

Van der Oest, M. J., Hoogendam, L., Wouters, R. M., Vermeulen, G. M., Slijper, H. P., Selles, R. W., Vranceanu, A., Porsius, J. et Hand-Wrist Study Group. (2021). Associations between positive treatment outcome expectations, illness understanding, and outcomes: a cohort study on non-operative treatment of first carpometacarpal osteoarthritis. *Disability and Rehabilitation*, 44(19), 5487-5494, <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1936661>

Van Egmond, J. et Kummeling, I. (2002). A blind spot for secondary gain affecting therapy outcomes. *European Psychiatry*, 17(1), 46-54. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(02\)00622-3](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(02)00622-3)

Yonkers, K. A, Bruce, S. E., Dyck, I. R et Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness – Course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: Findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and Anxiety*, 17(3), 173-179. <https://doi.org/10.1002/da.10106>

Wachleski, C., Salum, G. A., Blaya, C., Kipper, L., Paludo, A., Salgado, A. P. et Manfro, G. G. (2008). Harm avoidance and self-directedness as essential features of panic disorder patients. *Comprehensive psychiatry*, 49(5), 476-481. <https://doi.org/10.1002/da.10106>

Weisberg, R. B., Dyck, I., Culpepper, L. et Keller, M. B. (2007). Psychiatric treatment in primary care patients with anxiety disorders: a comparison of care received from primary care providers and psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 276-282. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.2.276>

White, K. S., Brown, T. A., Somers, T. J. et Barlow, D. H. (2006). Avoidance behavior in panic disorder: the moderating influence of perceived control. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 147–157. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.07.009>

White, K. S., Allen, L. B., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. et Woods, S. W. (2010). Attrition in a multicenter clinical trial for panic disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(9), 665-671. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181ef3627>

Woud, M. L., Zhang, X. C., Becker, E. S., McNally, R. J. et Margraf, J. (2014). Don't panic: Interpretation bias is predictive of new onsets of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(1), 83-87. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.11.008>

Wu, M. S., Caporino, N. E., Peris, T. S., Pérez, J., Thamrin, H., Albano, A. M., Kendall, P., Walkuo, J. T., Birmaher, B., Compton, S. N. et Piacentini, J. (2020). The impact of treatment expectations on exposure process and treatment outcome in childhood anxiety disorders. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 48(1), 79-89. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00574-x>

Corrections effectuées sur l'essai

Vous trouvez ci-bas les corrections qui ont été effectuées sur l'essai suite à la rétroaction des quatre membres du jury de l'essai. Dans le contexte d'une demande de « corrections mineures après soutenance », les corrections ont été validées par les professeurs Claude Bélanger et Michel Perreault, directeurs de recherche.

De plus, veuillez prendre note qu'entre le dépôt initial de l'essai sur la plateforme de l'UQAM et la réception de la correction des réviseurs, nous avons reçu les demandes de corrections de la Revue québécoise de psychologie (RQP) à laquelle nous avons soumis l'article (chapitre 2 de l'essai). Nous avons intégré dans les corrections les commentaires des réviseurs de la RQP et ceux des réviseurs de l'essai; plusieurs d'entre eux faisaient références aux mêmes lacunes et les améliorations ont été effectuées en ce sens.

Vous trouvez ci-dessous tout d'abord la lettre à l'éditeur qui a été soumise à la RQP et qui détaille les corrections effectuées, suivie d'un descriptif des corrections effectuées sur l'essai qui ont été approuvées par les directeurs de recherche.

Lettre à l'éditeur

#483 ÉVITEMENT ET EXPOSITION : PERSPECTIVE DE PERSONNES AUX PRISES AVEC UN TROUBLE PANIQUE

Tout d'abord, nous aimerions remercier les réviseurs pour leurs commentaires pertinents, leur expertise, de même que pour le temps qu'ils ont accordé à la révision de cet article. Nous avons effectué une révision exhaustive de l'article en tenant compte et en intégrant leurs commentaires et suggestions. Pour faciliter la relecture, les changements effectués en lien avec les commentaires du réviseur #1 ont été surlignés en jaune et ceux du réviseur 2 ont été surlignés en gris.

Nous avons retravaillé l'article dans son ensemble, au-delà des extraits ciblés par les réviseurs, pour que l'article soit globalement arrimé avec les améliorations suggérées. Par exemple, le réviseur #1 mentionnait que le texte avait un style d'écriture « jeune » et trop vulgarisé. Nous avons retravaillé l'article complet en ce sens. De plus, le réviseur #2 avait apporté l'idée que les cognitions liées au TP soient davantage mises de l'avant. En plus d'ajouter un paragraphe sur ce thème dans le cadre théorique, nous avons pris cet angle, plus précis et mieux positionné, pour orienter la présentation des résultats. En effet, dans la version de l'article initialement soumise nous utilisions le terme « facteurs qui favorisent l'évitement/exposition », nous l'avons remplacé par « cognitions qui favorisent l'évitement/exposition » ce qui est plus spécifique et davantage aligné avec ce qui est mis en lumière dans les résultats de l'étude. Par exemple, au lieu de présenter « le soutien et les encouragements des proches » comme un des facteurs qui favorise l'exposition, nous l'avons formulé ainsi : « la perception d'être soutenu et encouragé ». Ces modifications améliorent selon nous la qualité de l'article et mettent en lumière ce qui la rend unique.

Nous espérons que les changements détaillés ci-dessous correspondent aux attentes des réviseurs et de l'éditeur.

Réviseur #1

« L'article pourrait être intéressant, mais le problème est qu'il existe une faiblesse dès les premières lignes qui subsiste tout au long du texte. En gros, l'impression qu'il en reste est juste que l'article est écrit par des personnes enthousiastes, sûrement « jeunes », qui ne prennent pas le temps de recul nécessaire à l'écriture. (...) En gros, l'article est un cours que l'on va donner aux premières ou deuxième années de Psychologie dans l'introduction théorique mais même dans les résultats... » (...) En fait, le but d'une psychothérapie pour un TP est de réduire les sensations et les évitements... encore une fois l'alcoolodépendants est « guéri » quand il ne consomme plus excessivement et sans contrôle (ou plus du tout)... le TP est « guéri » quand ses évitements n'existent plus, même si parfois il ressent encore des symptômes...

Nous avons retravaillé le contenu et la structure du texte pour en limiter l'aspect descriptif, répétitif ou parfois inutilement vulgarisé, tel que souligné. Nous avons éliminé certains détails pouvant être superflus et mal adaptés au public cible de la revue, susceptible d'avoir des connaissances de base sur les troubles anxieux. Nous avons porté un regard plus spécifique et critique sur ce qui était pertinent de détailler, ce qui nous a permis d'approfondir certains éléments et d'éliminer les informations moins pertinentes.

Plus spécifiquement, nous avons synthétisé l'introduction en enlevant certains éléments descriptifs liés aux critères diagnostics du TP et de l'agoraphobie, et avons mis plutôt mis l'emphase sur les cognitions propres aux personnes qui souffrent d'un TP. Ce changement de perspective nous semble maintenant plus conforme avec l'objectif de l'étude.

Voir l'introduction (extraits surlignés en jaune)

« Ici les auteurs ne font que décrire les critères diagnostiques des AP et l'évitement nécessaire à pouvoir dire qu'un patient souffre d'attaque de panique, mais ils le font en supposant que c'est une réflexion qu'ils ont, issue de données de la littérature. C'est la même chose que de dire : « Nous pensons que les alcoolodépendants ont un rapport différent à l'alcool que les personnes qui consomment mais ne sont pas alcoolodépendantes, ils consomment plus et connaissent un craving ». Si une personne n'a pas d'anticipations négative face aux symptômes d'une attaque de panique qu'elle a pu faire, ce n'est pas un TP... c'est une définition, ce n'est pas une réflexion de leur part. »

Cette nuance est intéressante et a su générer une réflexion qui nous a guidés dans la révision des extraits ciblés par le réviseur #1, en clarifiant plus explicitement ce qui relève d'une réflexion des auteurs de ce qui réfère à une description de la symptomatologie, telle que rapportée dans les écrits scientifiques, notamment dans le DSM 5.

Par exemple, à la page 3, paragraphe 2 (surligné en jaune) nous précisions: « **Tel qu'indiqué dans le DSM-5-TR**, on observerait chez plusieurs personnes avec un TP des changements de comportement significatifs et inadaptés dans le but d'éviter des situations jugées susceptibles d'entraîner une attaque de panique (American Psychiatric Association, 2022).

Conformément à ce commentaire et à ceux du réviseur #2 qui recommandaient de mieux organiser l'information entourant le TP vs. l'agoraphobie, certains extraits où des liens étaient inutilement effectués avec l'agoraphobie et entraînaient de la confusion ont été

éliminés de l'article. Ces extraits supprimés en sont de bons exemples : « Les trois autres ont aussi rapporté des symptômes agoraphobiques lors des entrevues, comme l'évitement de certains lieux et situations, sans toutefois avoir reçu un diagnostic formel en ce sens. » et « Les huit participants ont rapporté lors des entrevues faire de l'évitement à différents degrés pour gérer leurs symptômes associés au TP, qu'ils aient reçu ou non un diagnostic formel d'agoraphobie. »

« Évidemment, se sont des personnes souffrant de TP qui ont été rencontrées, donc, cliniquement, pour leur sélection, il a été vérifié qu'elles ressentiaient fréquemment de la détresse face à leur TP... sinon, elles n'auraient pas le diagnostic de TP et ne seraient pas sélectionnées pour l'étude... Elles précisent qu'elles anticipent, mais c'est juste normal parce qu'elles souffrent de TP. »

Nous sommes en accord avec cette observation, et il n'était pas nécessaire/pertinent de détailler la manière dont est vécu le TP pour introduire les résultats. L'extrait ciblé par ce commentaire, dans lequel nous décrivions les symptômes rapportés par les participants, a été synthétisé et déplacé dans la section « participants » (page 9, paragraphe 2 - surligné en jaune) afin de décrire brièvement leurs caractéristiques plutôt que de présenter ces éléments comme étant des « résultats » de l'étude, ce qui n'était pas arrimé avec l'objectif de recherche. La structure de la section Résultats (page 13, paragraphe 1, surligné en jaune) est maintenant davantage cohérente avec l'objectif de l'étude, qui est de mieux identifier les cognitions qui contribuent à l'évitement ou à l'exposition des personnes avec un TP.

Réviseur #2

Bien qu'il soit intéressant de documenter la perspective d'individus souffrant de TP à propos de l'évitement et de l'exposition, et de façon qualitative, la plupart des résultats sont alignés avec ce qui a déjà été démontré dans la recherche empirique. Il serait donc important de mieux faire ressortir comment cette étude et ses résultats apportent quelque chose de nouveau et de différent par rapport à ce qui a déjà été observé, et comment ces résultats pourraient être utilisés en contexte clinique./ Les auteurs auraient tout intérêt à davantage faire ressortir dans la discussion les implications cliniques de leurs résultats, à faire des liens avec les modèles existants du TP / Les auteurs soulignent que les résultats contribuent à l'avancement des connaissances, toutefois les trois premiers paragraphes de la discussion permettent surtout de montrer que les résultats sont cohérents avec des études empiriques antérieures. Qu'est-ce que cette étude qualitative apporte de plus, de différent, par rapport aux études empiriques déjà réalisées ?

Merci pour ce commentaire pertinent. Nous avons retravaillé la section discussion et détaillé de façon plus concrète et explicite les impacts cliniques de cette étude, voir plus spécifiquement la page 22, paragraphe 3 / page 23, paragraphe 1 / page 24, paragraphe 1 / page 26, paragraphe 1 et 2 (voir texte surligné en gris).

« La distinction entre la symptomatologie du TP et l'agoraphobie n'est pas claire et parfois manque d'exactitude. » / L'introduction nécessite un certain remaniement afin que les concepts présentés soient exacts, surtout la distinction entre le TP et l'agoraphobie. / Dans la phrase suivante : « Ce constat est conforme à ce qui est rapporté dans plusieurs articles qui démontrent cette tendance à l'évitement chez les personnes souffrant de troubles anxieux, notamment d'un TP et ce, même en l'absence de diagnostic d'agoraphobie formel ». Pourquoi spécifier en l'absence d'agoraphobie ? L'évitement n'est pas spécifique à l'agoraphobie.

Afin de donner suite à cette observation très pertinente, nous avons retravaillé entièrement le cadre théorique de l'étude en tenant compte de ces remarques. Le choix d'aborder l'agoraphobie était initialement issu d'un souci de départager l'évitement associé au TP (qui est l'objet de l'étude) d'un évitement de nature plus agoraphobique. Toutefois, la remarque du réviseur #2 a démontré que cela créait inutilement de la confusion et nuisait au fil conducteur de l'article. Nous pensons avoir trouvé une manière de présenter l'information de façon mieux structurée, cohérente et alignée avec l'objectif de la recherche.

Par exemple, cet extrait (page 9, paragraphe 2, surligné en gris) a été revu pour limiter l'ambiguïté avec l'agoraphobie : « Les huit participants ont rapporté lors des entrevues faire de l'évitement à différents degrés pour gérer leurs symptômes associés au TP, ~~qu'ils aient reçu ou non un diagnostic formel d'agoraphobie.~~ »

L'extrait suivant a aussi été éliminé : « Les personnes qui souffrent d'un TP mais qui ne répondent pas aux critères diagnostic de l'agoraphobie demeurent tout de même souvent susceptibles de recourir à des stratégies d'évitement. ».

Nous avons aussi retravaillé les extraits qui avaient spécifiquement été donné en exemple par le réviseur #2 pour éviter les ambiguïtés entre l'expérience du TP et d'autres troubles anxieux, comme il y a des comorbidités chez les participants rencontrés. Ces extraits ont été éliminés : « vérifier où se trouvent les toilettes si elles craignent l'incontinence » (agoraphobie) et « Elles pourraient aussi effectuer des recherches de façon excessive dans le but de se sécuriser et d'éviter l'anxiété en situation de prise de décision » (TAG).

Il pourrait être intéressant de détailler le type de cognitions erronées que peuvent présenter les individus qui souffrent d'un TP.

Nous avons ajouté une section à cet effet dans le cadre théorique, voir page 5, paragraphe 4 et page 6, paragraphe 1, 2 et 3. Voir le texte surligné en gris.

Le fait que l'impact des stratégies d'évitement sur le TP soit peu connu selon l'auteur est-il un problème ? De quelle façon ?

Oui, car cela peut avoir un impact sur le rétablissement. Par exemple, à la page 14, paragraphe 4 (surligné en gris) un verbatim du discours d'un participant illustre bien cet enjeu : « [Le truc], c'est l'évitement, d'éviter les situations qui vont causer de pas être bien [...] je sais que demain c'est [jour de] paye pour ben du monde; je sais que c'est pas le temps d'aller faire mon épicerie [...] J'arrange mes horaires en fonction d'éviter le plus de situations possibles.» Ainsi, une méconnaissance de l'impact délétère de l'évitement peut favoriser son utilisation. Cet enjeu a aussi été explicité dans la discussion, voir (surligné en gris) page 22, paragraphe 3 / page 23 (au complet) / page 24, paragraphe 1.

La définition de l'évitement expérientiel porte à confusion, elle est présentée dans le texte comme comportant l'évitement cognitif et l'évitement émotionnel, alors que l'évitement expérientiel dans sa définition comprend l'évitement des pensées, émotions, sensations, etc. D'où vient cette catégorisation ? Les références citées n'en font pas mention.

Effectivement, cette façon de présenter l'évitement expérientiel pouvait porter à confusion; nous avons ajusté le texte afin de tenir compte de cette remarque: voir page 4, paragraphe 1 (surligné en gris). Une référence de *Dionne, F., Ngô, T.-L. et Blais, M.-C. (2013)* a aussi été ajoutée afin d'arrimer cette définition à la littérature scientifique dans le domaine.

Il aurait été très pertinent que les expériences de traitement du TP antérieures aient été documentées et explicitées dans le texte et non seulement en annexe, puisque cela peut avoir un impact considérable sur la perception et la compréhension du trouble, de l'exposition, de l'évitement, etc. Comment cela a-t-il été pris en considération dans l'interprétation des résultats ? / Le fait que tous les participants sauf 1 avaient déjà reçu de la thérapie pour le TP n'est pas discuté, pourtant cela a certainement des répercussions sur les connaissances et la perception des participants par rapport à leur condition. Il serait important d'en discuter plus en détail selon moi.

Ce commentaire a été pris en considération en insérant dans le texte (plutôt qu'en annexe) le tableau présentant les caractéristiques des participants rencontrés, notamment les traitements reçus (voir tableau pages 35, conformément aux normes de présentation de la revue, mais sera inséré dans le texte à la page 10) Nous avons aussi établi et mis en évidence le lien entre le(s) traitement(s) reçu(s) et les perspectives des participants dans la section résultats (page 14, paragraphe 3, surligné en gris) et dans la section discussion (page 23, paragraphe 1).

Nous avons aussi ajouté cette limite dans la discussion, page 24, paragraphe 2, surligné en gris : « De plus, un des critères d'inclusion de l'étude stipule que les participants devaient avoir fait au moins deux tentatives de traitement pour leur TP. Cela implique qu'ils sont susceptibles d'avoir été en contact avec divers professionnels et qu'ils ont possiblement déjà acquis une vision et des concepts teintant leur interprétation de leurs difficultés. »

Est-ce qu'on peut alors dire que les résultats de l'étude pourraient différer significativement chez des individus qui n'ont jamais reçu d'aide pour leur trouble ?

Effectivement, les résultats pourraient différer en fonction du type de traitement(s) reçu(s). Tel que détaillé ci-haut, le fait de s'être engagés dans des démarches de traitement préalables peut teinter les cognitions entretenues et nous l'avons précisé dans le texte (page 24, paragraphe 2, surligné en gris).

Toutefois, à la lumière des témoignages recueillis dans le cadre de cette étude, le fait d'avoir reçu ou non un traitement pour leur TP ne semblait pas avoir contribué à sensibiliser les participants aux impacts de l'évitement expérientiel. Nous avons ajouté cette phrase dans la section discussion, page 23, paragraphe 1: « Bien que sept des huit participants aient reçu un traitement psychologique pour leur TP, les résultats mettent en lumière qu'indépendamment du type de traitement reçus, aucun participant ne se montre sensibilisé à cette forme d'évitement interne qui serait plus subtile, difficile à repérer, mais tout aussi néfaste ».

Quel type de professionnel devait avoir posé le diagnostic ?

Les professionnels ayant posé le diagnostic étaient des psychologues ou des médecins, nous l'avons précisé dans la section « participants » dans la méthodologie, page 8, paragraphe 2.

Sachant que le trouble panique a tendance à connaître des périodes de fluctuations à travers le temps, quel était le bénéfice du délai de 2 ans, puisque le trouble devait finalement être le plus envahissant depuis 3 mois?

Ce seuil temporel (et les tentatives de traitement jugées insatisfaisantes) avaient comme objectif de cibler des personnes chez qui le trouble persistait dans le temps malgré les traitements reçus pour étudier les cognitions pouvant interférer avec le traitement et le rétablissement. Nous l'avons clarifié dans la section « Participants » dans la méthodologie, voir page 8, paragraphe 2 (surligné en gris).

Comment ont été évaluées les autres comorbidités ?

Les comorbidités devaient avoir été diagnostiquées par un psychologue ou un médecin. Nous l'avons précisé dans la section « participants » dans la méthodologie, voir page 8, paragraphe 3.

« Il aurait été pertinent à mon avis que les auteurs réalisent une entrevue d'évaluation semi-structurée telle que l'ADIS pour s'assurer que le TP était bel et bien le trouble primaire, surtout en contexte de comorbidité avec d'autres troubles anxieux. »

Effectivement, ce type d'entrevue semi-structurée aurait été pertinent pour confirmer que le TP était bien le trouble primaire au moment de l'entrevue. Nous l'avons ajouté dans les limites la discussion (voir page 24, paragraphe 3 et page 25 paragraphe 1 surligné en gris). Cet outil serait définitivement à considérer pour les recherches futures qui tenteraient d'identifier le trouble anxieux primaire.

La raison initiale qui avait guidé notre choix de ne pas inclure ce type de démarche diagnostique était associée à l'angle avec lequel nous avons abordé cette étude dans sa phase de conception. Plus précisément, cette étude s'intéressait aux perspectives subjectives des participants en lien avec leur trouble anxieux. Il nous avait dans cet esprit semblé moins cohérent de valider, à l'aide d'un outil supplémentaire, leur perspective quant à l'aspect primaire de leur TP.

« Comment le diagnostic différentiel a-t-il pu être fait pour l'individu souffrant aussi de TSPT ? »

Dans le cadre de cette étude qualitative, nous avons choisi de ne pas procéder au diagnostic ou au diagnostic différentiel des participants tel que précédemment discuté. Nous nous sommes plutôt basés sur les diagnostic(s) effectués par un professionnel de la santé habilité à le faire, soit un psychologue ou un médecin, tel que rapporté ci-haut. Le TSPT (et les symptômes associés) a quant à lui été abordé lors de l'entrevue semi-dirigée avec la participante. Ce TSPT serait lié chez elle à un accident de voiture. Les symptômes ayant émergés suite à cet accident étaient rapportés comme facilement identifiables par la patiente et circonscrits, selon elle, autour du thème et des situations associées à la conduite automobile. Dans un souci d'éviter toute ambiguïté, les éléments du discours pouvant être liés à ce thème et au TSPT n'ont pas été intégrés dans l'analyse qualitative effectuée. Pour préserver l'anonymat du participant, (TP + TSPT + accident de la route), ces caractéristiques n'ont pas été précisés dans l'article.

« Comment les instruments utilisés pour sélectionner les participants faisaient en sorte que l'échantillon était diversifié ? Y a-t-il eu une forme de sélection sur la base des réponses au questionnaire sociodémographique ? »

Le questionnaire pré-entrevue a permis de s'assurer que nous sélectionnions un échantillon avec des caractéristiques diversifiées en termes d'âges, de traitements reçus et de comorbidités. En effet, dans une perspective qualitative et exploratoire, l'objectif était d'étudier un éventail d'expériences relatives au TP. Nous avons ajusté l'extrait portant sur ce commentaire du réviseur #2 dans la section méthodologie, voir page 9, paragraphe 1. Dans le contexte du recrutement, il n'a pas été nécessaire de discriminer certains participants pour recruter des personnes avec des caractéristiques diversifiées. En effet, les huit premières personnes à avoir rempli le questionnaire présentaient des caractéristiques diversifiées en termes d'âges, de traitements reçus et de comorbidités et elles ont été sélectionnées pour participer à l'étude.

« Les essais infructueux de traitement témoignent-ils vraiment de stratégies dysfonctionnelles de gestion de l'anxiété ? Pourquoi ? Il me semble que plusieurs autres facteurs pourraient influencer le succès ou l'échec d'un traitement. »

Le réviseur #2 souligne ici un point intéressant et pertinent. Une relecture critique en tenant compte de cette remarque a amené les auteurs à constater que la manière d'articuler cette idée n'était pas claire et à la limite moins pertinente au propos du texte. Dans la réorganisation du cadre théorique effectuée en fonction des commentaires des réviseurs, l'extrait auquel il est ici fait référence a été enlevé.

Quels liens peuvent-être faits avec les modèles théoriques du traitement du TP et notre compréhension de ceux-ci ? Par exemple, comment est-ce que les résultats de l'étude pourraient être utilisés pour aider à amoindrir l'impact de la résistance au traitement ?

Conformément à l'objectif de la recherche, soit d'étudier les cognitions associées aux comportements d'évitement ou d'exposition, nous avons principalement fait des liens avec l'aspect cognitif et comportemental du trouble panique. Nous avons approfondi la réflexion entre les cognitions liées à l'évitement expérientiel et la tendance à s'exposer (page 23, paragraphe 2). Les résultats de l'étude mettent en lumière la méconnaissance de l'évitement expérientiel et la perception positive que certains ont de cette stratégie, ce qui les pousserait à en faire l'utilisation (ce qui est susceptible d'augmenter la résistance au traitement sur le plan comportemental). Nous recommandons aussi (page 22, paragraphe 3, page 24, paragraphe 1) d'adapter la manière de présenter les protocoles d'exposition (modèle comportemental) aux patients pour mieux les sensibiliser à l'impact de ce type d'évitement sur le maintien de leur problématique.

Je placerais les limites de l'étude à la fin, plutôt qu'au milieu de la discussion

Les limites de l'étude ont été placées à la fin de la discussion tel que suggéré; voir page 24, paragraphe 2.

L'avenue de recherche concernant la mesure de l'évitement expérientiel = dans le texte on mentionne que l'évitement expérientiel nuit à l'exposition, qu'est-ce qu'on voudrait aller mesurer de plus ?

Nous avons détaillé ceci à la page 24, paragraphe 1 (surligné en gris). Nous avons précisé dans le texte : « Cet angle (éviter l'expérientiel) pourrait être intéressant pour mieux comprendre pourquoi certaines personnes avec un TP ne se rétablissent pas aussi efficacement que d'autres et sont considérées résistantes au traitement. » En effet, il serait intéressant de mesurer quantitativement le lien entre l'usage de stratégies d'évitement expérientiel, la propension à s'exposer et l'évolution des symptômes liés à la panique à travers le temps et avons suggéré l'utilisation du Questionnaire d'évitement expérientiel multidimensionnel (Gamez et al. 2011) pour des recherches futures.

Certains articles de blogs et éditoriaux pour lesquels des références plus solides auraient été disponibles

Nous avons éliminé les sources de blogs et d'éditoriaux présentes dans la bibliographie et les avons remplacées par les références suivantes :

Sources enlevées	Remplacées par
Archer, R. (2014). <i>What is experiential avoidance?</i> . Working with ACT. https://workingwithact.com/2014/03/12/what-is-experiential-avoidance/	Hayes, S. C., Strosahl, K. D. et Wilson, K. G. (2012). <i>Acceptance and commitment therapy : The process and practice of mindful change</i> (2e éd.). Guilford Press.
Delhomme, C. (2020). Comment l'évitement comportemental renforce la peur? Psylink. https://www.psy.link/blog/2020/04/25/comment-levitement-comportemental-renforce-la-peur/	Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R.A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. et Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II : A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. <i>Behavior Therapy</i> , 42(4), 676-688. Dionne, F., Ngô, T.-L. et Blais, M.-C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. <i>Santé mentale au Québec</i> , 38(2), 111–130. https://doi.org/10.7202/1023992ar
Chouinard, M. (2011). Médecine – Le patient expert. Le devoir. https://www.ledevoir.com/opinion/editoriaux/314114/medecine-le-patient-expert	Boudier, F., Bensebaa, F. & Jablanczy, A. (2012). L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. <i>Innovations</i> , 39, 13-25. https://doi.org/10.3917/inno.039.0013
Ciquier, G. (2022). <i>En psychothérapie TCC, l'exposition réduit l'anxiété</i> . ASADIS. https://asadis.net/fr/blog/en-psychotherapie-tcc-exposition-reduit-anxiete/	Goulet, J. (2013). <i>Psychothérapie cognitive-comportementale du trouble panique et de l'agoraphobie</i> . TCC Montréal. https://tccmontreal.files.wordpress.com/2014/02/manuel-dinformation-trouble-panique-et-agoraphobie.pdf Marchand, A., Letarte, A. et Seidah, A. (2018). <i>La peur d'avoir peur. Guide de traitement du trouble panique et de l'agoraphobie</i> (4e éd.). Le Livre de Poche.

Nous espérons que cette nouvelle version de l'article réponde aux demandes de modifications des réviseurs. Nous remercions à nouveau les réviseurs de même que l'éditeur pour le temps et l'attention que vous avez accordé à la révision exhaustive de cet article.

Les auteurs

Suivi des corrections demandées par le jury de l'essai

À l'attention des professeurs Claude Bélanger, Ph.D et Michel Perreault, Ph.D,

Pour faciliter le suivi des corrections demandées par le jury de l'essai, j'ai copié/collé ici tous les commentaires des 4 réviseurs (en italique) et j'ai répondu à chacun d'entre eux.

J'ai aussi corrigé l'ensemble des coquilles identifiées par les réviseurs à même le texte de l'essai. J'ai aussi fait les petites modifications ciblées dans la liste de contrôle en lien avec la mise en page. En espérant le tout à votre satisfaction.

Rapport détaillé correcteur #1

Les modèles explicatifs sont brièvement abordés en début d'introduction mais sont peu abordés par la suite. L'intégration de ceux-ci notamment dans les sections sur le développement et le maintien du TP aurait été très pertinente pour situer le mémoire dans la littérature.

J'ai ajouté des éléments en lien avec les modèles cognitifs et comportementaux dans la section sur le développement du TP : voir page 2, 3 et 4. La section sur le maintien du TP explicite aussi de la page 5 à 9 plusieurs éléments liés aux modèles cognitifs et comportementaux qui peuvent contribuer au maintien du TP.

Je me questionne sur l'inclusion de la réduction temporaire de l'anxiété pour donner suite à l'évitement comme bénéfice secondaire maintenant le TP (section 1.5.5.). Comme l'évitement est en effet un facteur central et un symptôme du TP, il ne semble pas juste de considérer son effet comme un bénéfice secondaire. Selon ma compréhension, les premiers paragraphes de cette section décrivent une partie des mécanismes impliqués dans le développement et le maintien du TP plutôt que les bénéfices qui en découlent. Généralement, le terme «bénéfice secondaire» réfère à des bénéfices que la personne tire en raison de sa maladie comme, par exemple des gains financiers ou relationnels comme mentionnés par l'auteure dans les derniers paragraphes de la section 1.5.5.

Effectivement, nous ne comprenons pas l'évitement et son effet comme un bénéfice secondaire. Les bénéfices secondaires sont plutôt présentés comme un facteur pouvant encourager l'évitement et ainsi contribuer au maintien du trouble panique, voir la structure du texte (capture d'écran de la page des matières ci-dessous). Les bénéfices secondaires pouvant être liés au TP peuvent contribuer à maintenir la problématique et expliquer la résistance au traitement chez les personnes avec un TP chronique.

- 1.5 Facteurs de maintien du trouble panique
- 1.5.1 Composante comportementale dans le maintien du TP.....
- 1.5.2 Composante cognitive dans le maintien du TP
- 1.5.3 Composante sociale dans le maintien du TP
- 1.5.4 Composante émotionnelle dans le maintien du TP
- 1.5.5 Bénéfices secondaires liés au maintien du TP
- 1.5.6 Facteurs liés au traitement dans le maintien du TP

En 1.5.6., l'auteur aborde le concept de rétablissement tel que proposé par Anthony (1993). Cette vision du rétablissement met de l'avant l'importance d'accepter certaines conséquences de la maladie et de réaliser les deuils qui en découlent. Considérant l'efficacité des traitements du TP, je me questionne sur la pertinence clinique d'aborder le rétablissement dans une perspective d'acceptation des conséquences de ce trouble anxieux. J'invite donc l'auteur à explorer ces questions dans son essai.

Voir les pages 19 et 20 où des paragraphes ont été ajoutés pour répondre à ce commentaire.

Article : Page 28, paragraphe 2 : je ne suis pas certain qu'il soit juste de présenter l'exposition comme une stratégie de gestion de l'anxiété. De façon générale, l'exposition est conceptualisée comme une stratégie thérapeutique visant à réduire ou éliminer les réactions anxieuses dysfonctionnelles, comme vous le mentionnez en 2.1.4.

Je comprends la confusion que ça peut créer. J'ai enlevé dans l'essai tout ce qui référait à l'exposition comme une stratégie de gestion de l'anxiété.

Article : Est-ce qu'un guide des codes a été développé ? Est-ce que des mesures ont été prises afin d'évaluer la fidélité de la codification (accord interjuge) ? Comment les cas de désaccords étaient-ils résolus ?

J'ai répondu à cette question à la page 23-24 de l'article : « De plus, le processus de thématisation a été effectué par la chercheuse principale de l'étude; aucun accord inter juge n'a donc été atteint. Il aurait été pertinent si les ressources disponibles l'avaient permis qu'il soit effectué par plus d'une personne pour comparer les démarches et conclusions et ainsi contribuer à la fiabilité des résultats (Drucker-Godard et al., 1999).

Article : Dans la section résultats, il pourrait être utile de préciser le nombre de participants qui rapportent les différents thèmes afin d'orienter le lecteur. Par exemple, comment devrais-je interpréter la mention «la vaste majorité » ?

Nous avons discuté de cette question lors de l'élaboration du PRD et avons statué avec les membres du jury que nous adoptions cette position (extrait de mon PRD) : « Dans une perspective de recherche qualitative, l'objectif est d'explorer diverses expériences subjectives d'un phénomène pour en dégager une compréhension riche et originale. Tel que le mentionnent Tribble et Saintonge (1999, p. 121), la force des résultats n'est pas dans la fréquence des propos, mais dans leur diversité, leur profondeur et dans « la mise en relief autant de leurs régularités que de leurs particularités ». Ainsi, nous avons statué avec les membres du jury que de mettre trop d'emphase sur le nombre, à savoir combien de participant étaient en accord avec tel thème nous éloignait de l'objectif d'un devis qualitatif où, justement, le nombre ne devrait pas être trop mis de l'avant, pour ne pas faire de l'ombre au contenu.

J'ai précisé le nombre de participants à certains endroits en fonction de ce commentaire, dans les passages où je jugeais que ça apportait quelque chose quant à l'aspect « de mettre en relief des particularités ». Par exemple en lien avec leur sensibilisation à l'évitement expérientiel et les traitements qu'ils avaient reçus :

« Bien que sept des huit participants aient reçu un traitement psychologique pour leur TP, les résultats mettent en lumière qu'indépendamment du type de traitement reçus, aucun participant ne se montre sensibilisé à cette forme d'évitement interne qui serait plus subtile, difficile à repérer, mais tout aussi néfaste. »

« Bien que sept des huit participants aient suivi une thérapie ciblant leur TP, deux participants disent percevoir l'évitement comportemental comme tout à fait approprié pour gérer leurs symptômes anxieux et ne rapportent d'ailleurs aucun bémol en ce sens lors de l'entrevue. »

« Malgré les craintes associées, gagner sa vie serait aussi l'une des motivations à s'exposer aux symptômes liés au TP. En effet, sept des huit participants rencontrés seraient actifs professionnellement malgré les difficultés rencontrées »

Article : Toujours dans la section résultats, il m'apparaît important de distinguer le fait de faire face à ses symptômes par soi-même de l'exposition comme stratégie thérapeutique. Par exemple, les citations présentées en 2.4.2.1.1. ne semblent pas référer à l'exposition comme stratégie thérapeutique, mais bien à la capacité du patient à endurer/tolérer certaines situations malgré ses symptômes.

J'ai retravaillé cette section, voir p.15 de l'article, point 1 : La perception d'être incapable de tolérer l'intensité des symptômes.

À noter que cette section ne réfère pas directement à l'exposition, mais plutôt aux facteurs qui favorisent l'évitement, notamment la perception d'être incapable de tolérer l'intensité des symptômes. J'ai tout de même amélioré la manière de formuler pour limiter la confusion entre ce qui relève de l'exposition dans un protocole de traitement vs la capacité à tolérer l'inconfort au quotidien.

Article : La discussion m'est apparue plus limitée. L'ajout de section sur les principaux constants réalisé et la façon dont les résultats contribuent à l'avancement des connaissances me semblent souhaitables. Par ailleurs, est-ce que l'auteur a fait des constats quant à l'application des stratégies d'évitement/d'expositions pas les participants. Est-ce que les participants semblent s'exposer (ou limiter l'évitement) d'une manière qui est compatible avec les procédures empiriquement validées pour le traitement du TP ?

Ces enjeux avaient aussi été soulevés par les évaluateurs de l'article et ont été explicités dans la discussion de l'article en fonction des commentaires du jury de la revue et de l'essai. En effet, nous avons élaboré sur la manière que les résultats contribuent à l'avancement des connaissances scientifiques et les implications sur le plan clinique. Nous avons d'ailleurs répondu à la dernière question en détaillant qu'effectivement, les participants semblent faire des efforts pour s'exposer sur le plan comportemental conformément à ce qui est suggéré dans les protocoles de traitement pour le TP, toutefois, ils ne semblent pas sensibilisés à l'évitement expérientiel et aucun ne rapporte s'exposer en ce sens (sur le plan expérientiel). Cela met en lumière les efforts à s'exposer qui sont en partie compatibles avec les procédures empiriquement validées, mais l'essai l'explore plus en profondeur en nuancant l'évitement comportemental et l'évitement expérientiel. Voir discussion de l'article.

Discussion : En lien, notamment, avec la discussion sur sentiment d'impuissance des participants, il aurait été intéressant de référer au construit de Panic self-efficacy. Celui-ci semble pertinent dans le contexte des résultats présentés et a été associé à la réponse au traitement du TP (p. ex. voir Gallagher et al. 2014).

J'ai ajouté un paragraphe à la page 69 sur le sujet en citant notamment la source proposée par le correcteur. J'ai aussi ajouté un passage où je fais référence au contenu de cet article à la page 4, paragraphe 1.

Rapport détaillé correcteur #2

De façon générale, j'ai eu l'impression que les stratégies d'évitement expérientiel demeuraient peu développées dans l'ensemble de l'essai; on a du mal à retenir de quelles stratégies il s'agit chez les participant.es et ce faisant, comment elles sont ou non reliées aux expériences d'exposition.

Ce commentaire est cohérent avec ce qui avait été soulevé par un des évaluateurs de l'article. Cela a été ajusté: nous avons mieux défini ce qu'est l'évitement expérientiel, nous avons aussi donné davantage d'exemple concrets en lien avec les éléments du discours des participants qui y faisaient référence et nous avons discutés des résultats entourant ce thème de façon plus approfondie et explicite dans la discussion et la conclusion. Voir les extraits surlignés en gris.

Dans la discussion, certains résultats nouveaux sont amenés, mais sans plus de détail, par ex., p. 54, le lien entre les attentes pessimistes et le découragement. Cela me semble assez normal, puisque le format de l'article ne permet pas d'aborder la richesse du matériel obtenu par des entretiens de recherche. Cela dit, il m'apparaît que le devis ne soit pas le plus pertinent pour établir un tel lien (puisque ces aspects ne peuvent avoir été isolés – comme on le ferait avec une variable – et que l'on peut supposer que dans le discours, ils soient plutôt confondus). En effet, il est assez normal qu'une personne qui est découragée ait des attentes pessimistes et qu'une personne pessimiste soit découragée. Un peu plus d'élaboration me semblerait donc pertinent pour soutenir l'assertion de l'autrice.

Effectivement, c'était une réflexion qui s'appliquait davantage à un devis quantitatif. J'ai reformulé pour être davantage arrimé avec l'approche qualitative et exploratoire de l'étude. Voir page 56.

Il m'apparaît aussi que la solution relative à la « psychoéducation » est amenée, à répétition, un peu comme une panacée. D'une part, je ne suis pas sûre de l'entendement ici : s'agit-il de s'en remettre à un psychoéducateur? Sinon, peut-être n'est-ce pas le bon terme, et il s'agit simplement d'informer les patients (voir assertion p. 55) et leurs proches (voire même, de les soutenir), ce qui peut être fait par le psychologue ou autre thérapeute. D'autre part, l'on peut se demander si le fait d'aborder et rectifier les attentes est vraiment suffisant (même si je comprends bien la nécessité de s'y attarder)? Et en fait, quelles seraient des attentes réalistes?

Cette section sur la psychoéducation a été retravaillée pour clarifier le fait qu'effectivement, l'idée d'une psychoéducation ne réfère pas aux services d'une « psychoéducatrice » mais bien à une démarche pour sensibiliser les patients et leurs proches à des éléments qui peuvent interférer avec le traitement et contribuer au maintien du TP. L'utilisation du terme psychoéducation a été limitée pour éviter la confusion. C'est dans la perspective de les « éduquer » sur certains éléments liés aux traitements

psychologiques, notamment ce qu'il est réaliste d'espérer comme changement puisque les attentes sont corrélées avec les améliorations observées (voir page 56-57-58)

En ce qui concerne les limites, la question de la subjectivité (p. 64) pourrait être abordée autrement (plus affirmatif que « peut avoir un rôle à jouer »). D'abord, elle est inévitable et bien sûr, une interviewer influence en quelque sorte le contenu recueilli. Cela dit, celui-ci n'en est pas moins valide, et c'est surtout la façon dont on « encadre » cette subjectivité qui est importante. Cela signifie par exemple qu'au moment d'analyser les entretiens, on tient compte des questions de l'interviewer, de ses relances, etc., avant d'octroyer un sens à ce qui a été dit par les participant.es. C'est aussi en ce sens qu'il est recommandé d'atteindre un certain consensus sur les analyses, en impliquant un.e autre chercheur.e.

J'ai retravaillé le paragraphe conformément à ces commentaires, voir page 66

Il est intéressant de remarquer que certaines propositions de recherches futures, p. 67, témoignent en fait de la richesse des résultats qui n'auront pas été approfondis par l'autrice (le lien avec les événements difficiles du passé). En ce sens ne s'agit-il pas d'une limite de cette recherche, non pas en termes de contenu, mais en termes de focus de l'analyse qui semble avoir exclu des éléments pourtant pertinents pour comprendre le maintien de l'évitement?

Ce point est pertinent, toutefois, l'objectif de l'étude était davantage de comprendre ce qui, dans le discours interne des participants pouvait contribuer au maintien de la problématique, notamment en favorisant l'évitement ou l'exposition. S'attarder aux événements difficiles vécus par le passé aurait été très intéressant, mais ce n'était pas l'objectif de la présente étude qui ciblait le discours interne/les cognitions.

Rapport détaillé correcteur #3

Quelques corrections mineures sont demandées (principalement coquilles ou phrases de liaison)

Les coquilles et corrections mineures ont toutes été corrigées.

-p.55 « une psychoéducation » (clarifier le sens : une activité de ? un programme de? Est-ce qu'il ne s'agit que d'information sur...? Si oui préciser le contenu et la forme car ce terme revient plusieurs fois dans le manuscrit, en discussion et serait opportun de bien saisir ce qu'il couvre. Peut-être appuyer avec une référence de programme pour illustrer, si c,ets le cas?)

Conformément au commentaire similaire du correcteur #2, j'ai précisé qu'on référait à l'importance que les cliniciens qui travaillent avec une clientèle avec un TP soient vigilants à considérer les attentes de leurs patients dans les plans de traitement, car celles-ci peuvent avoir un impact sur l'efficacité de celui-ci. Ainsi, c'est dans une perspective de les sensibiliser et de les amener à entretenir des attentes réalistes pour favoriser les améliorations thérapeutiques.

Rapport détaillé correcteur #4

L'auteure pourrait davantage faire ressortir dans sa discussion comment les sept facteurs centraux qui favoriseraient l'utilisation de stratégies d'évitement de même que les sept facteurs qui pousseraient les sujets à ne pas éviter et à s'exposer à leurs symptômes anxieux peuvent être intégrés dans notre compréhension du trouble, et comment ces résultats pourraient être utilisés en contexte clinique./ Il existe

un grand nombre de recherches empiriques portant sur le trouble panique et sur ses liens avec l'évitement agoraphobique. Il serait important d'apporter une attention particulière à bien présenter ce que cette étude qualitative apporte à notre compréhension de ce trouble issue des recherches quantitatives, de même qu'à notre compréhension du traitement.

Cet élément avait aussi été soulevé par le comité d'évaluation de la Revue québécoise de psychologie. Les modifications en ce sens ont été effectuées. En effet, la discussion de l'article met maintenant davantage en lumière de façon beaucoup plus détaillée le lien entre les facteurs qui influencent le choix de s'exposer ou non et les implications cliniques. Voir les sections surlignées en gris.

Ma seconde remarque quant à des modifications additionnelles au texte portent sur la définition de l'évitement expérientiel qui comprend l'évitement des pensées, émotions, sensations. L'auteure aurait avantage à mieux faire ressortir 1) l'avantage de cette catégorisation, et 2) ce que cette dernière ajoute dans notre conceptualisation du trouble et éventuellement dans son traitement.

Cela a été fait à même l'article, principalement dans la discussion mais la conceptualisation de l'évitement expérientiel a aussi été bonifié dans le cadre théorique de l'article suite aux commentaires des réviseurs qui soulevaient le même enjeu.

N'hésitez pas s'il y a d'autres modifications à apporter pour améliorer la qualité du travail.

En espérant le tout à votre satisfaction,

Camille