

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES D'ADULTES CONSULTANT EN PSYCHOLOGIE
POUR UN TROUBLE DÉPRESSIF ET ANXIEUX

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

SOLAN DAOUST-CLOUTIER

SEPTEMBRE 2024

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.12-2023). 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

Cet essai doctoral a été réalisé grâce au soutien de nombreuses personnes, toutes présentes à différents moments de mon parcours, et à qui je dois une partie de ma réussite. Selon un proverbe africain, souvent cité par Boucard Diouf : « Ça prend tout un village pour éduquer un enfant ». Je rends donc hommage à ce village.

Tout d'abord, j'aimerais grandement remercier mon directeur Dr Réal Labelle. Votre direction et vos conseils m'ont aidé à clarifier certaines idées floues, qui m'empêchaient d'avancer, et de concrétiser l'aboutissement de cet essai. J'ai apprécié nos diverses conversations qui ont souvent divergé vers des thèmes cliniques variés, et qui m'ont permis d'enrichir ma perspective clinique. Certains conseils me resteront pour le reste de ma carrière. Merci d'avoir cru en mon potentiel de psychologue clinicien.

Je voudrais également remercier tous les professeurs qui m'ont appuyé et inspiré dans leurs cours et nos échanges. Un merci important à Marc-Simon Drouin et Alexandre l'Archevêque pour votre sagesse, votre écoute et votre regard clinique. Merci aussi à Ghassan El-Baalbaki, Alison Paradis, Danielle Desjardins et Jacques Forget pour vos qualités de pédagogues bienveillants et d'enseignants rigoureux. À vos contacts, j'ai pu grandir dans ma posture empathique de clinicien, ma rigueur scientifique de psychologue et dans mon style d'enseignant bienveillant et passionné.

Je tiens aussi à remercier les différents employés de soutien pour leurs précieux supports dans différentes tâches techniques. Merci à Hugues Leduc pour votre pédagogie et votre énergie positive qui m'ont donné du courage durant mes analyses statistiques. Merci à Luc Dargis pour votre temps et votre soutien sans faille dans l'élaboration de la recension des écrits.

Je souhaite en plus remercier mes différents collègues du doctorat qui m'ont soutenu dans mes épreuves. À tous mes collègues de laboratoire : Geoffrey Gauvin, Assia Boudjerida, Olivier Bourdon, Laurie Desmarais et Noémie D'Amour. Votre soutien et votre écoute m'ont aidé à persévérer et à me sentir moins seul. Merci aussi à mes autres collègues, dont Tommy Collin-Valley et Patrick Woodtli qui m'ont écouté et conseillé dans des moments difficiles. Je vous apprécie beaucoup.

Au-delà du monde professionnel, j'aimerais remercier ma famille pour leur soutien important tout au long de mes 14 ans à l'université. Merci à Paku et Eaubelle pour votre soutien émotionnel et alimentaire, dans les différents moments difficiles où j'étais épuisé.

Merci Maman. Tu as été un modèle important tout au long de ma vie. Ton empathie humaniste, ta rigueur scientifique de médecin, et ta patience de maman m'ont gentiment guidé vers ce chemin merveilleux de la psychologie, que j'ai choisi avec curiosité et passion. Je ne me serais pas rendu aussi loin sans toi.

Merci Patrick. Tu es le père que j'ai adopté, et qui m'a soutenu tout au long de mon long parcours. Ta profondeur, ton empathie et ta capacité à prendre des décisions de manière claire, ferme et éclairée ont tous été des points de repère importants pour moi.

Merci Papa. Ton esprit critique et persévérant, m'a porté tout au long de mes études. Avec toi, j'ai appris le sens de la question, parfois de la contrariété, et à approfondir les thèmes abstraits et la logique. D'avoir été élevé par un philosophe, artiste, poète, agnostique (P.A.P.A.), m'a vraiment aidé à avoir une base intellectuelle solide pour aller loin dans le monde académique. Même si tu n'auras pas pu me voir jusqu'à la fin de mon parcours, je suis certain que tu serais fier de moi.

Finalement, j'aimerais remercier mes amis proches : Guillaume, Lucy, Francis, Josh, Matt, Joy, Lucie, François, Jonathan, Ève et bien d'autres, qui ont tous été là, près de moi, à être témoin de mes souffrances, frustrations et anxiété, ainsi que mes de moments de fiertés et de joie. Je vous aime tous!

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES FIGURES.....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGNES ET ACRONYMES.....	ix
RÉSUMÉ.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 – PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1. Troubles dépressifs et anxieux	3
1.1.1. Prévalence	3
1.1.2. Cooccurrence.....	4
1.1.3. Sexe et âge.....	4
1.2. Consultation psychologique	4
1.2.1. Études au Canada	5
1.2.2. Études hors Canada	6
1.2.3. Service psychologique de première ligne au Québec.....	8
1.2.4. Profils des psychologues au Québec	9
1.3. Étude de dossiers selon l’approche cognitive et comportementale.....	10
1.3.1. Méthode d’étude de dossiers.....	10
1.3.2. Traditions d’évaluation en TCC.....	10
1.4. Question de recherche	11
CHAPITRE 2 – MÉTHODE.....	12
2.1. Patients	12
2.2. Outils de mesure.....	12
2.2.1. Le Primary Care Evaluation of Mental Disorders.....	12
2.2.2. L’Autoportrait multidimensionnel	13
2.3. Variables retenues.	14
2.3.1. Renseignements sociodémographiques.....	14
2.3.2. Renseignements cliniques.	14

2.4. Procédure.....	22
2.4.1. Transformation des données.....	22
2.5. Analyses	23
2.5.1. Données descriptives.....	23
2.5.2. Données comparatives.....	23
2.6. Éthique	23
CHAPITRE 3 – RÉSULTATS.....	24
3.1. Analyses descriptives	24
3.1.1. Tableau sociodémographique.....	24
3.1.2. Tableau clinique	26
3.2. Analyses comparatives	29
3.2.1. Représentativité de l'échantillon.....	29
3.2.2. Différences sociodémographiques selon le sexe.....	31
3.2.3. Différences cliniques selon le sexe	32
3.2.4. Différences selon l'âge.....	33
3.3. Analyses post-hoc	33
3.3.1. Différences intergroupes post-hoc	33
CHAPITRE 4 – DISCUSSION.....	37
4.1. Retour sur la question de recherche	37
4.1.1. Profil sociodémographique	37
4.1.2. Profil clinique.....	38
4.1.3. Profil selon le sexe et l'âge	42
4.1.4. Profil de vulnérabilité.....	43
4.1.5. Profil selon la prise de médicament	44
4.2. Implications cliniques	45
4.2.1. Diversité des motifs de consultation	45
4.2.2. Caractéristiques des patients	49
4.2.3. Pertinence d'un autoportrait multidimensionnel dans l'évaluation psychologique	53
4.2.4. Importance des psychotropes en psychothérapie	55

4.3. Considérations méthodologiques	56
4.3.1. Forces	56
4.3.2. Limites.....	57
4.4. Avenues de recherche future	59
4.4.1. Approfondir l'étude de dossiers	59
4.4.2. Nouvelles études de dossiers.....	60
CONCLUSION	65
ANNEXE A Méthode et syntaxe de la recension des écrits	66
ANNEXE B Primary Care Evaluation of Mental Disorders, Prime MD.....	70
ANNEXE C Autoportrait multidimensionnel	74
ANNEXE D Variables sélectionnées pour l'essai doctoral	82
ANNEXE E Certificat éthique	85
APPENDICE A Barème tarifaire canadien - 2023	87
APPENDICE B Évolution du nombre de psychologues à temps plein dans le RSSS.....	88
APPENDICE C Distribution des patients selon l'âge.....	89
APPENDICE D Distribution des patients selon l'occupation	90
APPENDICE E Distribution des patients selon le niveau d'éducation	91
APPENDICE F Distribution des symptômes autorapportés	92
APPENDICE G Proportion de consultations d'un psychologue selon l'âge	95
APPENDICE H Proportion du sexe selon l'occupation	96
APPENDICE I Proportion du motif d'estime de soi répartie selon le niveau d'éducation	97
APPENDICE J Symptômes des patients selon l'occupation	98
APPENDICE K Offre de cours en psychopharmacologie dans les universités du Québec.....	99
RÉFÉRENCES.....	100

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 Motifs de consultation	16
Tableau 2.2 Symptômes négatifs autorapportés.....	21
Tableau 3.1 Caractéristiques sociodémographiques (n = 235)	25
Tableau 3.2 Personnes référentes (n = 235)	26
Tableau 3.3 Motifs de consultation inférés et évoqués (n = 235)	26
Tableau 3.4 Fréquence des symptômes autorapportés (n = 233)	27
Tableau 3.5 Psychotrope selon l'utilisation d'un service psychologique dans l'année (%)	28
Tableau 3.6 Comparaison des taux d'occupations entre cet essai et les Québécois* (%)	30
Tableau 3.7 Comparaison des taux de scolarité entre cet essai et les Québécois* (%).....	30
Tableau 3.8 Comparaison des états civils entre cet essai et les Québécois* (%).....	31
Tableau 3.9 Symptômes autorapportés selon le sexe (n = 233).....	32
Tableau 3.10 Symptômes autorapportés selon la vulnérabilité (n = 233).....	35
Tableau 3.11 Symptômes autorapportés selon la prise de psychotrope (n = 231).....	36
Tableau A.1 Barème tarifaire canadien – 2023	87
Tableau K.1 Offre de cours en psychopharmacologie dans les universités du Québec.....	99

LISTE DES FIGURES

Figure 3.1 Distribution de la gravité autorapporté	27
Figure B1. Évolution du nombre de psychologues à temps plein dans le RSSS	88
Figure C1. Distribution des patients selon l'âge	89
Figure D1. Distribution des patients selon l'occupation	90
Figure E1. Distribution des patients selon le niveau d'éducation	91
Figure F1. Distribution des symptômes négatifs autorapportés	92
Figure F2. Distribution des comportements problématiques	92
Figure F3. Distribution des cognitions nuisibles	93
Figure F4. Distribution des affects négatifs	93
Figure F5. Distribution des sensations désagréables	94
Figure G1. Proportion de consultation d'un psychologue selon l'âge	95
Figure H1. Proportion du sexe selon l'occupation	96
Figure I1. Proportion du motif d'estime de soi répartie selon le niveau d'éducation	97

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGNES ET ACRONYMES

APA : American Psychiatric Association

CAD : Canada

CÉGEP : Collège d'Enseignement Général Et Professionnel

CISSS : Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux

CIUSSS : Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux

CLSC : Centre Local de Services Communautaires

CNP : Classification Nationale des Professions

CRH : Corticotropin-Releasing Hormone

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition

ES : Erreur standard

ESCC-SM : Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes en Santé Mentale

ENSP : Enquête Nationale sur la Santé de la Population

FTC : Federal Trade Commission

GMF : Groupe de Médecine Familiale

M : Moyenne

MD : Médecin

N : Nombre de participants

OBNL : Organisme à But Non-Lucratif

OPQ : Ordre des Psychologues du Québec

P.I.C.O. : Population, Intervention, Comparaison, Outcomes

PRIME-MD : Primary Care Evaluation of Mental Disorders

QC : Québec

RSSS : Réseau de Santé et des Services Sociaux

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

TMM : Thérapie Multimodale

USA : États-Unis

RÉSUMÉ

Problème : Les troubles dépressifs et anxieux sont parmi les troubles psychologiques les plus courants dans la population générale et dans les services psychologiques de première ligne. Bien qu'il existe plusieurs études sur ces troubles, il est rare de trouver des études qui explorent les caractéristiques cliniques de cette population dans un contexte à haute validité écologique, comme les services psychologiques de première ligne. En fait, aucune étude portant sur ce sujet n'a été publiée selon une recension des écrits des 25 dernières années. **Objectif** : Cette étude rétrospective de dossiers vise à décrire les caractéristiques cliniques de patients dépressifs et anxieux qui ont recours à des soins psychologiques de première ligne selon le sexe et l'âge et de présenter les implications cliniques de ces résultats. **Méthode** : Pour ce faire, 235 dossiers d'adultes ayant consulté en clinique privée pour un trouble dépressif et un trouble anxieux ont fait l'objet d'un examen. Deux questionnaires sont retenus dans chaque dossier. Le premier, le PRIME-MD, permet de contrôler pour les patients qui répondent aux critères des troubles dépressifs et anxieux. Le deuxième, l'autoportrait multidimensionnel de Lazarus (1997), cerne 20 variables pertinentes pour l'objet de cette étude. Celles-ci comprennent des informations sociodémographiques (sexe, âge, état civil, profession, niveau d'éducation) et cliniques (réfèrent, motif de la consultation, symptômes autorapportés, gravité du problème et prise de médicaments psychotropes). Des analyses statistiques descriptives, de khi-carré, de test-t et des ANOVAS sont employées pour décrire un portrait descriptif et comparatif selon le sexe et l'âge. Des analyses post-hoc sont utilisées pour explorer des différences non couvertes par la question de recherche. **Résultats** : Les analyses descriptives permettent de dresser un portrait sociodémographique et clinique de l'échantillon, qui est ensuite comparé à d'autres bases de données, issues d'enquêtes populationnelles en santé mentale, pour établir la représentativité de l'échantillon. Les analyses comparatives selon le sexe révèlent que les femmes rapportent plus de sensations désagréables et de symptômes négatifs que les hommes, malgré une gravité du problème similaire, tandis que les analyses selon l'âge ne révèlent aucune différence. De plus, les analyses post-hoc mettent en évidence la présence de symptômes plus importants selon les vulnérabilités (problèmes financiers, idées suicidaires) et la médication. En outre, des variations de symptômes selon l'occupation et un motif de problème d'estime de soi sont plus marqués pour les patients avec un niveau d'étude collégiale. **Conclusion** : Cette étude constitue une première étape vers une meilleure compréhension des caractéristiques cliniques des patients dépressifs et anxieux qui consultent en psychologie. Cette recherche permet notamment d'établir de nouveaux points de repère sociodémographiques et cliniques qui soulèvent certaines considérations cliniques pour l'intervention et la formation, et qui permettent d'alimenter de nouvelles hypothèses de recherche.

Mots clés : étude rétrospective de dossiers, troubles anxieux, troubles dépressifs, thérapie multimodale (TMM), autoportrait multidimensionnel, service psychologique de première ligne.

ABSTRACT

Problem: Anxiety and depressive disorders are among the most common psychological disorders observed in the general population and in first line psychological treatment. Despite the wealth of scientific literature on this subject, it is rare to find studies which explore the clinical characteristics of this population in a treatment context with high ecological validity, such as first-line treatment. There does not appear to be any study published in the scientific literature. **Objective:** The aim of this study is to describe and compare, regarding age and gender, the clinical characteristics of depressed and anxious patients in first-line treatment, by using a retrospective chart review method, and to discuss the clinical implications of the results. **Method:** The charts of 235 adult patients with depression or anxiety, derived from a private clinic, are examined. Two questionnaires are selected from each chart. First, the PRIME-MD helps to select patients with depression or anxiety. Second, the multimodal life history inventory (Lazarus, 1997), highlights 20 relevant sociodemographic (sex, age, marital status, occupation, education level) and clinical (referral, consult motives, self-reported symptoms, severity, and psychotropic medications) variables. Descriptive statistical analyses, chi squares, t-tests and ANOVAs, are used to generate a descriptive and comparative portrait for sex and age groups. Post-hoc analyses are also used to explore differences beyond sex and age groups. **Results:** Descriptive analyzes help to first draw a sociodemographic and clinical portrait of this sample, which is then compared to other databases derived from larger mental health population surveys to establish representativeness. Comparative analyzes reveal sex differences for self-reported unpleasant sensations, overall negative symptoms and for addiction and trauma consult motives, although no differences for age groups are identified. In addition, post-hoc analyses reveal higher symptoms for vulnerability and medication subgroups, and higher self-esteem consult motive for college-educated patients. **Conclusion:** This study is a first step towards a better understanding of the sociodemographic and clinical characteristics of depressed and anxious adult patients who seek first line psychological treatment. This research establishes new important clinical benchmarks, which may give rise to some clinical considerations for intervention and training, and which may fuel new hypotheses for future research.

Key words: retrospective chart review, anxiety disorders, depressive disorders, multimodal therapy (MMT), multimodal life history inventory, first line psychological treatment.

INTRODUCTION

Au Québec, il y aurait environ 5,16 % de la population qui consulte un psychologue au courant d'une année (Statistique Canada, 2013). Selon la population québécoise active (15 ans et plus) de 2023, on peut inférer que cela représenterait 450 000 Québécois qui consultent par année. Dans cette population, une grande proportion a recours aux soins psychologiques de première ligne pour des troubles dépressifs et anxieux (Patten et al., 2015; Watterson et al., 2017). En effet, selon un rapport de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine sur les profils cliniques de leur clientèle, ces deux troubles représentent 53,1 % des patients (Bisson et al., 2004). Cette tendance semble également se refléter dans le cadre des soins psychologiques hors milieux hospitaliers (*outpatient psychotherapy*) (Brunnbauer et al., 2016; Hunsley et al., 1999; Labrador et al., 2016; Olfson et al. 2002; Parslow et Jorm, 2000; Vessey et Howard, 1993), ce qui inclue des consultations psychothérapeutiques avec un psychologue, un psychiatre ou un travailleur social.

Présentement, il ne semble pas exister d'études qui nous renseignent sur les caractéristiques cliniques des adultes dépressifs et anxieux qui utilisent des soins psychologiques de première ligne dans un contexte québécois. La présente étude vient pallier ce manque en proposant de mieux comprendre cette clientèle afin de mieux intervenir auprès de celle-ci. Par ailleurs, Tasca a mené une enquête en 2015 auprès des psychologues du Québec pour connaître les thèmes de recherche qui ont le plus d'intérêt pour eux. Des 42 sujets proposés, *l'étude des caractéristiques cliniques des clients consultant un psychologue* arrive au 8e rang. Qui plus est, il y aurait 9 291 psychologues au Québec (OPQ, 2023a), dont 43,20 % seraient exclusivement en pratique privé, 29,81 % dans le réseau public, scolaire ou OBNL. Ceci équivaut à un taux approximatif d'un psychologue par 943 Québécois en début d'année 2023, faisant ainsi du Québec la province avec le plus haut taux de psychologue par personne au Canada (Statistique Canada, 2021). De plus, le Québec semble se diriger vers un consensus social grandissant de l'utilisation de service de première ligne en psychothérapie (Angers, 2017).

C'est dans ce contexte, qu'il semble important de mieux connaître les caractéristiques cliniques des adultes dépressifs et anxieux ayant recours aux services psychologiques de première ligne au Québec. Cet essai doctoral pose la question de recherche suivante : « Quelles sont les

caractéristiques cliniques des adultes dépressifs et anxieux qui consultent pour des soins psychologiques de première ligne selon le sexe et l'âge? »

Ce document se divise en cinq parties. D'abord, une explication de la problématique basée sur les écrits pertinents, suivie par la méthode de recherche, les résultats et enfin, la discussion et la conclusion.

CHAPITRE 1 – PROBLÉMATIQUE

À ce jour, il ne semble pas exister de publication portant sur les caractéristiques cliniques d'adultes dépressifs et anxieux qui utilisent les services psychologiques de première ligne selon une approche cognitive et comportementale. C'est dans ce contexte qu'une étude rétrospective de dossiers portant sur le sujet est proposée. Ceci permettrait de mieux comprendre ces personnes pour mieux les aider.

1.1. Troubles dépressifs et anxieux

Deux types d'études sont recensés ici, celles portant sur les caractéristiques d'adultes dépressifs et anxieux sans égard à leur consultation en soins psychologiques de première ligne et celles portant sur des adultes en soins psychologiques de première ligne sans égard à leurs psychodiagnostics. Ces résultats seront croisés et discutés.

1.1.1. Prévalence

Selon l'enquête la plus récente de 2012 sur la santé dans les collectivités canadiennes en santé mentale (ESCC-SM), la prévalence à vie d'une dépression majeure est de 9,9 % et la prévalence annuelle est de 3,9 % (Patten et al., 2015). Selon la même enquête, la prévalence à vie d'un trouble anxieux généralisé est de 8,7 %, et la prévalence annuelle est de 2,6 % (Watterson et al., 2017). Il s'agit donc de deux troubles qui affectent une grande proportion de Canadiens.

Selon le DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), la dépression affecterait davantage les femmes, les jeunes adultes, les célibataires ou les individus déjà mariés (veuf, séparé ou divorcé) et les individus à faible revenu (Patten et Juby, 2008). De plus, le fait d'être mère monoparentale, de ne pas avoir complété son secondaire, de vivre de l'aide sociale et d'avoir une consommation excessive d'alcool sont des caractéristiques cliniques qui prédisposent à la dépression (Patten et Juby, 2008). Similairement à la dépression, le trouble de l'anxiété généralisée affecterait plus les femmes, les personnes d'âge moyen (35-54 ans), les individus célibataires ou ayant déjà été mariés (veuf, séparé ou divorcé), les individus sans emploi et les individus à faible

revenu (Watterson et al., 2017). Il est donc probable que ces caractéristiques cliniques soient le plus souvent observées en clinique psychologique de première ligne.

1.1.2. Cooccurrence

Bien que la dépression et l'anxiété soient deux construits cliniques distincts dans le DSM-5 (APA, 2013), la réalité clinique indique plutôt qu'ils sont très souvent comorbides. Selon la revue des écrits scientifiques de Hirschfeld (2001), au moins 50 % des patients en soins de première ligne présentant un épisode dépressif ou anxieux souffriront également d'un second trouble dépressif ou anxieux cooccurrent. La cooccurrence des symptômes dépressifs pour les troubles anxieux peut même aller jusqu'à 90 %, et la cooccurrence des symptômes anxieux chez les dépressifs serait de 85 % (Gorman, 1996). En fait, ces deux troubles semblent partager certains mécanismes psychologiques communs, comme la rumination (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema et al., 2008) et certains mécanismes neurophysiologiques, comme la *corticotropin-releasing hormone* (CRH) et de la norépinephrine qui sont les deux impliqués dans la régulation du stress et, par extension, les troubles anxieux et dépressifs, lorsque dysrégulés (Goddard et al., 2010; Binder et Nemeroff, 2010). Certains travaux vont jusqu'à suggérer la possibilité d'ajouter un nouveau syndrome mixte anxiété/dépression dans les nosologies à venir (Hettema et al., 2015).

1.1.3. Sexe et âge

Les caractéristiques des femmes diffèrent de celui des hommes. Les femmes ont plus d'épisodes dépressifs que les hommes et elles ont légèrement plus de symptômes dont la perte de libido, le sommeil excessif, la variation diurne de l'humeur, le blâme et le surpoids (Smith et al., 2008). En outre, malgré qu'il y ait une prévalence plus marquée chez les femmes par rapport aux hommes pour la dépression, cette différence semble s'amenuiser avec l'âge (Patten et al., 2016). Ceci suggère que des ratios du sexe plus petits pour des groupes d'âge plus vieux pourraient être observés dans cette étude.

1.2. Consultation psychologique

Une première recension des écrits scientifiques des vingt-cinq dernières années (1999-2024) portant sur les caractéristiques cliniques des usagers, avec présentation anxio-dépressive est

réalisée. Cette recension explore les bases de données PsycINFO et PubMed à travers la méthodologie P.I.C.O. (Population, Intervention, Comparaison, *Outcomes*). La syntaxe est constituée d'items indexés pour former les critères d'inclusions et d'exclusions. Les critères d'inclusion (patients présentant une dépression ou de l'anxiété) et d'exclusion (enfants et adolescents) concernent la *Population* (Adulte), l'*Intervention* (Clinique de Psychothérapie) et l'*Outcome* (caractéristique des usagers). Le volet *Comparaison* n'est pas inclus en considérant la nature de l'étude. La description complète de la méthode, incluant la syntaxe, se trouve à l'Annexe A. Cette syntaxe ratisse large et permet de ressortir un total de 871 articles pour PsycINFO et 80 articles pour PubMed. Mais la grande majorité de ces articles couvrent des thèmes légèrement décalés qui ne s'appliquent pas au sujet recherché (ex : caractéristiques de patient avec insomnie et dépression, caractéristiques cliniques qui prédisent une bonne issue thérapeutique, etc.). Suivant un tri, seulement un article (Singer, et al. 2023) ressort comme étant relié à ce thème et la méthodologie de l'étude. Notons que la recherche, via Google Scholar, des d'articles qui ont référencé les articles centraux à l'étude, a permis de trouver quelques articles pertinents de plus. L'issue de cette recension des écrits est abordée ici.

1.2.1. Études au Canada

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), il y avait environ 2,15 % de la population canadienne qui consultait annuellement pour des soins psychologiques en 1995 (Hunsley et al., 1999). Ces pourcentages sont de 2,40 % en 1999 (Statistique Canada, 1999) et 2,52 % en 2012 (Statistique Canada, 2013). Selon ces mêmes enquêtes, il est intéressant de constater que l'usage plus marqué des Québécois des services psychologiques s'est maintenu au travers des années. En 1999, c'était 4,10 % des Québécois qui avaient consulté un psychologue dans l'année, en comparaison à 2,40 % chez les Canadiens. Selon l'ESCC de 2012, c'est 5,16 % des Québécois qui utilisent des services psychologues dans l'année, soit deux fois plus que la moyenne canadienne (2,52 %) ou que toute autre province, où la deuxième plus élevée est la Nouvelle-Écosse (2,63 %). Ces données sont cohérentes avec le taux de psychologues par personne au Québec qui est deux fois plus élevé que la moyenne nationale (Statistique Canada, 2016) et avec des taux horaires qui sont environ 40 % moins élevés que la moyenne des taux des autres provinces (Appendice A).

Sur le plan sociodémographique, les personnes qui ont le plus recours aux services psychologiques sont des jeunes (12-19 ans) et des adultes d'âge moyen (30-49 ans) plus éduqués dont le niveau de revenu est élevé¹ (Hunsley et al., 1999). Au niveau de l'état civil, les gens célibataires, divorcés, ou veufs seraient surreprésentés. De plus, il y aurait une plus grande proportion de femmes (66 %) que d'hommes (34 %) qui consulteraient et ce ratio semble relativement stable d'année en année. Il y aurait 2,3 femmes pour un homme au Canada qui auraient consulté un psychologue en 2002 (Drapeau, et al., 2009), 1,85 en 2011 (Cox, 2014), 1,96 en 2012 au Canada et 2,34 pour le Québec cette même année (Statistique Canada, 2013). À noter que ce ratio peut grandement varier selon les pays et le type de psychothérapie. En Allemagne, il y aurait 3,34 femmes pour un homme dans le cadre de suivis en psychothérapie psychodynamique en 2011 (Singer et al., 2023).

Sur le plan de la santé physique, les individus qui consultent un psychologue, par rapport à la population non consultante, sont en moins bonne santé, plus en contact avec le système de santé (ex. : médecin de famille, hospitalisation, etc.), ont plus souvent un accident qui limite leur activité normale et font un usage plus important de médicaments psychotropes (Hunsley et al., 1999). En effet, selon l'ESCC de 2012, des Québécois ayant vu un psychologue dans l'année, 29,86 % ont pris des antidépresseurs, 5,48 % des benzodiazépines, et 8,60 % des antipsychotiques dans les 2 derniers jours de l'enquête. Cet usage de psychotropes contraste avec les Québécois qui n'ont pas vu de psychologue dans l'année, soit : 4,42 %, 1,81 %, 1,05 % respectivement.

En outre, 50 % des participants qui ont consulté un psychologue disent avoir vécu un événement de vie négatif récent, contre 30 % pour la population non consultante. Dans le même ordre d'idée, 55 % des participants qui ont consulté un psychologue disent avoir vécu un événement de vie négatif durant l'enfance ou l'adolescence, contre 43 % pour la population non consultante (Hunsley et al., 1999).

1.2.2. Études hors Canada

Aux États-Unis, on constate des taux d'usage de la psychothérapie légèrement supérieur au Canada, mais inférieur à celui du Québec, soit 3,37 % en 1998 et 3,18 % en 2007 (Olfson et Marcus, 2010).

¹ Revenu annuel du ménage supérieur à 60 000\$ en 1994-1995, soit environ 110 710\$ selon les revenus d'aujourd'hui (Banque du Canada, 2023).

Pour ce qui est du sex-ratio, on remarque, comme au Canada, qu'il semble y avoir une plus grande proportion de femmes que d'hommes qui consultent un psychologue aux États-Unis (Olfson et al. 2002; Olfson et Marcus, 2010; Vessey et Howard, 1993), en Australie (Brunnbauer et al., 2016; Parslow et Jorm, 2000) et en Espagne (Estupiñá et al., 2012). Puis, le ratio femmes/hommes pour l'usage de services psychologiques aux États-Unis semble stable dans le temps, passant de 1,36 femmes pour un homme en 1998 à 1,32 en 2007 (Olfson et Marcus, 2010). Fait intéressant, Vessey et Howard (1993) ont remarqué que les femmes ont une plus grande probabilité de prendre un premier rendez-vous pour des soins en santé mentale (médecin généraliste, psychiatre, psychologue, etc.) que les hommes, mais une fois ce premier rendez-vous effectué, elles ont la même probabilité d'entreprendre une psychothérapie que les hommes.

Entre 1980 et 1988, une tendance curvilinéaire entre l'âge et la probabilité de consulter est observée aux États-Unis (Vessey et Howard, 1993). Ce qui signifie qu'il y aurait plus de personnes d'âge moyen (21-50) que de jeunes (18-20) et de personnes matures (51+) qui consultent en psychologie. Cette tendance est similaire à celle qui est observée au Canada à l'exception de la moins grande présence des jeunes qui consultent en psychologie.

En outre, il apparaît qu'aux États-Unis et qu'en Australie, les personnes les plus éduquées consultent plus souvent pour des soins psychologiques de première ligne que la population générale qui ne consulte pas (Olfson et Marcus, 2010; Parslow et Jorm, 2000; Vessey et Howard, 1993). De plus, ceux avec un bas niveau de diplomation sont les plus à risque de développer un trouble de santé mentale tout en étant les moins probables à consulter, tandis que ceux avec un haut niveau de diplomation sont les moins à risque d'avoir un trouble de santé mentale et les plus probables à entreprendre une psychothérapie (Vessey et Howard, 1993). Cette tendance est similaire à celle qui est observée au Canada.

Par ailleurs, les personnes qui ont recours aux soins psychologiques aux États-Unis avaient une plus grande probabilité d'être séparées, divorcées ou non mariées, par rapport à ceux mariés ou veufs (Vessey et Howard, 1993). L'état marital d'être séparé s'applique également à l'Australie où celui-ci est un prédicteur positif de la probabilité de consulter un psychologue (Parslow et Jorm, 2000). Cette tendance est également similaire à celle qui est observée au Canada.

Au niveau des troubles de santé mentale traités, il est intéressant de constater que les troubles dépressifs et anxieux représentent une grande proportion des diagnostics en centres hospitaliers (53,1 %, Bisson et al., 2004), en cliniques universitaires (41,4 %, Labrador et al., 2016; 62 %, Brunnbauer et al., 2016) et en cliniques privées (65 %, Singer et al., 2023).

En somme, cette recension offre des pistes sur les différentes caractéristiques cliniques qui seraient susceptibles de se manifester chez des adultes dépressifs et anxieux en consultation pour des services psychologiques de première ligne. Cependant, le profil actuel d'une telle clientèle reste à faire en milieu québécois.

1.2.3. Service psychologique de première ligne au Québec

Comme mentionné, on peut estimer qu'il y aurait environ 450 000 Québécois qui consulteraient un psychologue dans une année. La plupart d'entre eux auront recours à des services de santé mentale de première ligne. Tel que défini par un des services de santé publique du Québec :

La clientèle des services de santé mentale de première ligne est constituée d'adultes présentant des problèmes de santé mentale d'intensité légère à modérée ou sévère/complexes, mais stabilisés. Les symptômes doivent avoir un impact sur le fonctionnement. Un diagnostic de trouble mental n'est pas obligatoire pour avoir accès aux services. La personne peut présenter uniquement des symptômes laissant soupçonner la présence d'un trouble mental. Un client sans médecin de famille peut également bénéficier des services de santé mentale. Il s'agit d'un service volontaire. Par contre, un proche/membre de l'entourage ou un tiers inquiet pour un adulte présentant des manifestations de trouble mental, peuvent également formuler une demande d'aide. (CISSS, 2023a)

Il s'agit donc de problèmes de santé mentale d'intensités variées, mais stabilisées, et qui, dans le contexte de service public, nécessiteront un référencement par un omnipraticien, psychiatre, ou le personnel des services d'accueils psychosociaux des CLSC ou des CISSS et CIUSSS. Les problèmes inclus dans ce type de service seront les troubles dépressif, anxieux, en lien avec un traumatisme, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles liés à une symptomatologie somatique; et les troubles plus complexes comme les troubles de la personnalité, les troubles sur le spectre de la schizophrénie ou troubles psychotiques, et les troubles alimentaires (CISSS, 2023a). Ce type de service a pour but « l'amélioration, la restauration et le maintien d'une bonne santé mentale au

moyen d'interventions, de promotion, de prévention, d'évaluation, de traitement et de soutien » (CISSS, 2023a). Par contraste, la deuxième ligne impliquera plutôt des « adultes ayant un trouble de santé mentale grave avec atteintes sévères sur le plan du fonctionnement global (ex.: récurrence, intensité, tentatives thérapeutiques infructueuses) » (CISSS, 2023b). Autrement dit, la deuxième ligne implique des problèmes de santé mentale plus sévères où les patients sont beaucoup moins fonctionnels et parfois non stabilisés.

Les CLSC, CISSS et CIUSSS disposent de différents services de première ligne (ex. : infirmière, psychiatre, ergothérapeute, etc.), dont l'accès à des psychologues. Ceux-ci offriront généralement des évaluations psychologiques et de la psychothérapie, ce qui constituera un service psychologique de première ligne. Ces services peuvent donc couvrir un large éventail de problème de santé mentale où les patients sont plus fonctionnels qu'en deuxième ligne, par le fait qu'ils doivent être suffisamment organisés dans leur vie pour aller à leur rendez-vous et, dans le cas du secteur privé, être en mesure de payer leur rencontre.

Compte tenu de la conjecture sociale de l'effritement de l'offre de service de psychologues dans le service public (OPQ, 2023b) (Appendice B), cet essai élargit la notion de première ligne comme impliquant les services psychologiques publics et privés.

1.2.4. Profils des psychologues au Québec

Selon le rapport annuel 2022-2023 de l'OPQ, il y a au Québec, 9291 psychologues dont 78,41 % de femmes, 21,57 % d'homme et 0,02 % non spécifiés (OPQ, 2023a). De ces psychologues, 43,20 % seraient exclusivement en pratique privée; 30,43 % dans le réseau public, scolaire (consultation et évaluation) ou OBNL (OPQ, 2023a) et les autres seraient dans des pratiques qui n'impliquent, à priori, pas de psychothérapie (5,47 %)², ou sont non définies (17,39 %). Par conséquent, on peut inférer qu'il y aurait environ 73,63 % de psychologues au Québec qui pourraient être amenés à offrir des services psychologiques de première ligne. De plus, le rapport sur « les consultations » des membres de l'OPQ (Aubé, 2023) indique que 70,3 % des membres font de la psychothérapie et 57,7 % des évaluations et que 75 % travaillent avec une clientèle adulte. Ces proportions

² Fonction fédérale ou provinciale (ex : ministère et organisme public); université – enseignement et recherche; et entreprise, cabinet privé ou cabinet-conseil.

convergent avec les chiffres des secteurs de travail mis en lumière par le rapport 2022-2023 de l'OPQ. Ainsi, il est estimé qu'il y aurait une majorité importante de psychologues au Québec (70 à 75 %) qui pourraient être concernés par les résultats de cet essai.

1.3. Étude de dossiers selon l'approche cognitive et comportementale

1.3.1. Méthode d'étude de dossiers

L'étude rétrospective de dossiers constitue un moyen pratique et efficace en clinique et en recherche pour comprendre le profil d'un échantillon. Lorsque bien conçue, elle permet d'améliorer les services et de la formulation d'hypothèses de recherche à partir des caractéristiques des patients (Breton et al., 2012; Gearing et al., 2006; Singer et al., 2023; Vassar et Holzmann, 2013). Bien que cette méthode soit surtout utilisée pour explorer les différents enjeux médicaux des populations qui sont peu étudiées, elle est également compatible avec les populations qui consultent pour des soins psychologiques de première ligne (Singer et al., 2023). Pour cet essai, la méthode de Gearing et al. (2006), employée par Breton et al. (2012), est retenue pour cette étude.

1.3.2. Traditions d'évaluation en TCC

L'évaluation en TCC, basée sur les données probantes, s'ancre dans des théories empiriquement appuyées du développement humain, de la psychopathologie, et du fonctionnement sain pour orienter le sens de l'évaluation (Hunsley et Teresa, 2019). Elle se veut une démarche objective de prise d'informations cliniquement pertinentes qui aideront à cerner le problème, les attentes du patient, le plan de traitement approprié, et dans certains cas, à poser un psychodiagnostic (Chaloult, 2008). Cette façon de faire favorise l'implication du patient dans son traitement et dans l'issue positive du traitement (Hunsley et Teresa, 2019).

Plus précisément, l'évaluation consiste à réaliser une entrevue structurée ou semi-structurée avec une analyse fonctionnelle du problème et l'usage d'outils psychométriques (échelles de symptômes, questionnaires, etc.) qui pourront appuyer les observations faites durant l'entretien. Cette combinaison permet de limiter les biais de l'évaluateur et les limites inhérentes des outils psychométriques, augmentant ainsi la validité de l'évaluation. C'est l'analyse fonctionnelle, volet central de l'évaluation en TCC, qui permettra d'identifier les mécanismes psychologiques

impliqués pour mieux comprendre l'étiologie du problème, ainsi que les mécanismes actuels, déclencheurs et de maintien du problème. Le psychologue pourra utiliser une des multiples grilles d'analyses fonctionnelles (Lecomte et Servant, 2020) pour investiguer les symptômes du patient sur le plan cognitif, affectif, comportemental et physiologique/biologique.

Cela peut représenter beaucoup d'information à réunir durant l'évaluation. Ce faisant, dans certains cas, le patient est invité à remplir un questionnaire à la maison pour obtenir ces informations sans imputer au temps de la séance. C'est le cas de l'approche multimodale de Lazarus (1997) qui, avec sa grille d'analyse fonctionnelle, implique de remplir un questionnaire chez soi qui couvre les quatre dimensions de bases en TCC, mentionné plus haut, ainsi que d'autres dimensions importantes à l'évaluation, dont l'historique familial, relationnel, scolaire, etc. Ceci permet au psychologue d'atteindre un bon équilibre entre parcimonie et exhaustivité durant l'évaluation, tout en limitant les biais de l'évaluateur. Pour avoir une vue générale de la thérapie multimodale de Lazarus, Labelle et Hould (2000) ont publié un article synthèse dans le domaine.

1.4. Question de recherche

À notre connaissance, ce projet de recherche est novateur, car aucune autre étude n'a permis de répondre à la question suivante :

Q : Quelles sont les caractéristiques cliniques des adultes dépressifs et anxieux qui consultent au Québec pour des soins psychologiques selon le sexe et l'âge?

Plus précisément, cette étude rétrospective de dossiers vise à faire un profil descriptif de cette clientèle selon une série de variables ainsi qu'à mettre en lumière les différences qui pourraient exister entre le sexe et l'âge (profil comparatif).

Bref, cette étude cherche au final à aider les psychologues de première ligne à mieux comprendre les caractéristiques des patients dépressifs et anxieux qui sont susceptibles d'utiliser leurs services, afin de mieux orienter leurs évaluations et leurs interventions.

CHAPITRE 2 – MÉTHODE

2.1. Patients

Les données proviennent de 235 dossiers de patients consultant entre 1997 et 2018 (moyenne = 2010; médiane = 2011; écart-type = 6) dans un groupe de médecine familiale (GMF) offrant notamment des soins psychologiques de première ligne. Dans la majorité des cas, ces personnes sont adressées par un médecin généraliste. Un triage est effectué en amont selon deux critères : les patients doivent être âgés de 18 ans et plus et présenter un trouble dépressif ou un trouble anxieux émis par un psychologue et validé par le *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) de Spitzer et collègues (1994).

2.2. Outils de mesure

Pour répondre à la question de recherche, une étude rétrospective de dossiers est effectuée à partir d'outils spécifiques permettant d'extraire les contenus pertinents à cet essai. Pour ce faire, le PRIME-MD est d'abord utilisé comme mesure de contrôle suivi par l'Autoportrait multidimensionnel de Lazarus (1997) pour identifier les profils sociodémographiques et cliniques de l'échantillon.

2.2.1. Le Primary Care Evaluation of Mental Disorders

Cette variable contrôle permet d'identifier si les patients présentent un trouble dépressif et un trouble anxieux. Les psychodiagnostics sont préalablement émis par le psychologue traitant, le Dr Réal Labelle, spécialisé en troubles de l'humeur avec ou sans complications suicidaires, en suivant la classification du DSM-IV ou DMS-5 selon l'année de consultation. Seules les catégories des troubles de l'humeur et des troubles anxieux, qui sont en accord avec le DSM-5 sont retenues. Ceci suggère que les troubles bipolaires et les troubles obsessionnels compulsifs, qui étaient inclus dans les mêmes catégories des troubles de l'humeur et des troubles anxieux dans le DSM-IV ne sont pas retenus.

Lors d'un entretien de deux heures, le PRIME-MD a été utilisé par le psychologue traitant pour émettre le psychodiagnostics. Cet outil comprend différents modules visant à dépister les troubles

mentaux les plus souvent rencontrés dans des unités de soin de santé de première ligne à savoir, le trouble dépressif, le trouble anxieux, le trouble d'abus d'alcool, le trouble somatoforme, ou le trouble alimentaire (Spitzer et al., 1994). Cet outil offre des canevas d'entrevue remplis par le clinicien qui permettent de valider le psychodiagnostic (Annexe B). Les psychodiagnostic sont donc préalablement validés par le psychologue traitant à l'aide des modules du trouble dépressif et du trouble anxieux du PRIME-MD, ce qui sert de critère d'inclusion.

2.2.2. L'Autoportrait multidimensionnel

L'Autoportrait multidimensionnel (*Multimodal Life History Inventory*) est un outil d'évaluation qui s'inscrit dans le cadre de la thérapie multimodale (TMM) d'approche cognitive et comportementale de Lazarus (1997). La TMM s'appuie sur l'exploration des dimensions de l'affect (AFFECT), des comportements (BEHAVIOR) et de cognition (COGNITION) pour comprendre les problèmes psychologiques d'un individu. La TMM explore également les dimensions de l'imagerie mentale (IMAGERY), des sensations physiques (SENSATION), des enjeux interpersonnels (INTERPERSONAL) ainsi que des effets de la biologie et des médicaments (DRUGS AND BIOLOGY). Ces sept dimensions forment l'acronyme BASIC-ID et permettent d'explorer plusieurs sphères cliniques de base de la TCC (Lazarus, 2007).

De plus, l'Autoportrait multidimensionnel explore les renseignements sociodémographiques de base (ex. : sexe, occupation) ainsi que certains éléments autobiographiques clés (ex. : la force du lien avec les parents, l'évaluation autobiographique de l'enfance). En somme, ce questionnaire permet au psychologue d'avoir un aperçu du ou des problème(s) et de l'histoire de vie du patient. Ainsi, cet instrument apparaît comme un outil pertinent pour une étude de dossiers.

La version adaptée en français utilisé par Labelle (1997) contient 97 questions, dont environ la moitié sont à développement, pour un total de 200 éléments de réponses en incluant les sous-questions. Pour cette étude, 85 réponses, regroupées en 20 variables provenant des thèmes I. Renseignements généraux, II. Renseignements cliniques, III. Données personnelles, IV. Données occupationnelles et VIII. Histoire familiale, sont retenus (Annexe C).

2.3. Variables retenues

2.3.1. Renseignements sociodémographiques.

Ces variables contiennent le sexe, l'état civil, l'âge, le type d'occupation, la satisfaction au travail, et le niveau d'éducation. L'âge est divisé en cinq groupes : Gr1 (18 à 25 ans), Gr2 (26 à 35 ans), Gr3 (36 à 45 ans), Gr4 (46 à 55 ans), Gr5 (56 et + ans). Pour ce qui est des occupations, elles sont catégorisées selon les catégories de la Classification Nationale des Professions (CNP) (Statistique Canada, 2016, version 1.3) : (1) Affaires, finance et administration, (2) Sciences naturelles et appliquées et domaines apparentés, (3) Secteur de la santé (4), Enseignement, droit et services sociaux, communautaires et gouvernementaux, (5) Arts, culture, sports et loisirs, (6) Vente et services, (7) Métiers, transport, machinerie et domaines apparentés, (8) Ressources naturelles, agriculture et production connexe, (9) Fabrication et services d'utilité publique et (10) Gestion. Pour cette étude, trois autres catégories sont ajoutées : (11) étudiant, (12) chômeur et (13) retraité. En ce qui concerne le niveau d'éducation, six catégories sont retenues: (1) Secondaire 4 et moins (2) Secondaire 5 (3) CÉGEP ou certificat de travail professionnel (4) Baccalauréat (5) Maîtrise (6) et Doctorat.

2.3.2. Renseignements cliniques

Six variables sont retenues : (1) la personne référente, (2) le motif de consultation, (3) la gravité du problème, (4) les symptômes autorapportés, (5) les facteurs de vulnérabilité et (6) la médication.

2.3.2.1. Personne référente. D'abord, les références des patients sont évaluées en consultant les réponses à la question II. d) « Qui avez-vous consulté à propos de vos difficultés actuelles: ». Quatre catégories de références sont identifiées : (1) Aucune personne ou non-indiqué, (2) Famille, conjoint, ami ou employeur (3) Professionnelle de la santé (MD., Psy.) et (4) plusieurs références.

2.3.2.2. Motif de consultation. Cette étude retient les réponses aux questions II a) « Énoncez dans vos propres mots votre problème principal et sa durée : », II b) « Donnez un bref compte-rendu de l'histoire de vos difficultés (du début jusqu'à présent) : » et VII s) « Quels bénéfices espérez-vous retirer du traitement (de la thérapie) : » de l'Autoportrait multidimensionnel. À partir du contenu de ces trois questions, le motif de consultation est catégorisé selon une des 9 catégories suivantes :

(1) psychodiagnostic, (2) détresse émotionnelle, (3) perte de fonctionnement, (4) problème interpersonnel, (5) problème d'estime de soi, (6) problème de dépendance, (7) plainte physique, (8) environnement ou événement de vie perturbateur, (9) trauma. Pour mieux comprendre ces catégories, des descriptions, avec des mots-clés et des exemples³ sont présentés au Tableau 2.1.

Cette catégorisation est principalement basée sur les 9 catégories de Cheng (2000). Dans celle-ci, on retrouve les problèmes suivants : (1) détresse émotionnelle, (2) gestion de soi, (3) concept et estime de soi, (4) relation interpersonnelle, (5) plaintes physiques, (6) abus de substance, (7) trauma, (8) stress environnementaux et (9) aucun problème spécifique définissant la personne.

Cette taxonomie est issue d'un travail de maîtrise cherchant à développer un système de classification des différents problèmes rapportés en thérapie selon la formulation de la personne, qui soit appuyé par une démarche statistique et qui soit à la fois capable de spécificité et d'abstraction (Cheng, 2000). Cette taxonomie s'inspire, entre autres, des catégorisations de Kunkel et Newsom (1996) et Yoken (1988), et est basée sur 202 dossiers cliniques, contenant un total de 1163 problèmes, pour valider ses neuf catégories. Les catégories 1, 3, 4, 6 et 7 ont des accords interjuges de 80 % ou plus, tandis que les catégories 2, 5, 8 et 9 ont des accords interjuges d'environ 70 %. Deux cliniciens sont employés pour catégoriser les différents problèmes autorapportés. En somme, la taxonomie de Cheng (2000) est utilisée comme un point de départ pour la catégorisation des motifs de consultation, car elle garantit une démarche de catégorisation systématique et constante malgré la nature subjective du motif de consultation.

³ Les exemples incluent les réponses aux questions II a) et II b) et sont séparé par « // ». Les noms et les dates ont été modifiés pour protéger l'anonymat des patients.

Tableau 2.1*Motifs de consultation*

Catégorie	Description	Mots clés	Exemples
1. Psychodiagnostic	Cette catégorie s'applique aux patients qui souhaitent une consultation pour adresser un trouble psychologique diagnostiqué ou autodiagnostiqué . Dans certains cas, des patients se fient aux nosologies déjà établies pour identifier la raison de leur motif de consultation.	Trouble psychologique diagnostiqué ou autodiagnostiqué	« Les peurs parfois phobiques (depuis 7-8 ans). Possiblement devenu plus pénible et difficile à vivre ainsi. » « Agoraphobie depuis approximativement 13 ans »
2. Détresse émotionnelle	Cette catégorie s'applique aux patients qui vivent une détresse émotionnelle. Autrement dit, des réactions émotionnelles fortes répétées (ex. : tristesse, peur, colère, anxiété, désespoir, etc.), parfois intolérables, qui sont hors de contrôle pour les patients et génèrent une détresse psychologique. Ce motif peut prendre la forme d'une difficulté dans la régulation des émotions , souvent décrite comme une difficulté avec leur intensité, la fréquence, la réaction soudaine et imprévisible de celles-ci et une difficulté à revenir à un état de base. Dans d'autres cas, on observera des descriptions de difficulté en lien avec la gestion du stress et parfois une détresse anxieuse qui découle de cette difficulté ou des enjeux psychiques du patient (ex. : problèmes relationnels, peur de la maladie). Finalement, on observera aussi des descriptions d'un mal de vivre , qui traduit plutôt un état de désespoir, de manque de motivation, d'insatisfaction et de frustration avec leur vie ou situation de vie. C'est moins une question de réaction émotionnelle ponctuelle que d'un état général d'insatisfaction qui cause une souffrance psychologique.	Régulation émotionnelle Gestion du stress Détresse anxieuse Mal de vivre	« Je me fâche démesurément pour des riens et ensuite, je me trouve ridicule. Durée: 5 à 10 minutes. ; Il y a 3 ans: pas fréquent (aux 3 ou 4 mois) et pas très intense. Le problème s'est amplifié avec le temps. Maintenant: 4 à 5 fois par semaine. » « Le sentiment de ne pas vivre intérieurement. Manque de confiance, stressée face aux problèmes. Craintive, démunie face aux problèmes, je me décourage. // J'avance en âge, les petits problèmes de santé m'inquiètent, je ne me fais pas confiance. Je me stresse régulièrement et j'angoisse. » « Depuis quelques mois, augmentation drastique d'un problème d'anxiété suite au déclenchement d'un virus. // J'ai toujours eu de la difficulté avec la maladie, j'ai toujours eu tendance à aggraver la situation » « Manque de motivation envers la vie. Avoir une rage contre la vie. Un manque // un vide à combler. Insatisfait de ma vie... ; Une adolescence mouvementée, des relations non fonctionnelles, un divorce et des échecs... »
3. Perte de fonctionnement	Dans certains cas, les patients vivent une détresse en lien avec une perte de fonctionnement, et un désir de retrouver un bon niveau de fonctionnement. Les patients décriront alors une difficulté dans la gestion de soi , où ils se disent dépassés par leurs dysfonctionnements et	Gestion de soi	« Manque de concentration et principalement déficit d'attention quand on me parle, je mélange les choses. Souvent mélangée (depuis 4ans). Difficulté de gérer les priorités, c'est comme si j'étais dépassé par les événements. Impression de faire un mauvais choix. Insomnie - Tristesse - Impatience - Intolérance (endroit où + personnes, le bruit) – Épuisée // S'est amplifié

	<p>ont donc de la difficulté à aligner leurs intentions avec leurs comportements. Dans certains cas, les patients mettront davantage l'accent sur un thème relié, comme l'épuisement, duquel découle leur dysfonctionnement, une perte de motivation généralisée et parfois une perte de productivité comme cause première de leur motivation à venir consulter.</p>	<p>depuis 20XX (doc p.X). On s'en parle à notre rencontre. Dans réunion, difficulté à me concentrer sur ce qui se dit, bruit me range et c'est un effort permanent que ça me demande. »</p> <hr/> <p>Épuisement « Fatigue extrême et manque d'intérêt pour mon travail. Je ne veux plus voire beaucoup de monde et je manque de patience // Au début, j'étais agressif verbalement avec ma famille (manque de patience) avec de la fatigue et beaucoup de tristesse. Maintenant c'est un peu mieux, je ne suis plus agressif. »</p> <hr/> <p>Perte de motivation « Manque d'entrain, d'énergie, de motivation. Incapable d'accomplir des tâches, m'épuise rapidement. // Ça fait plusieurs années que je manque de motivation et année après année ça s'est empiré. »</p> <hr/> <p>Perte de productivité « Fatigue et irritation (sauts d'humeur) chroniques qui durent depuis au moins deux ans. // Rendement réduit au travail. Problèmes personnels ont envahi ma vie. Je n'arrive plus à reprendre mon souffle »</p>
<p>4. Problème interpersonnel</p>	<p>Cette catégorie s'applique aux patients qui souhaitent consulter à cause d'un problème interpersonnel qui leur génère une détresse psychologique. Dans bien des cas, ces patients évoquent un problème conjugal comme motif premier de leur consultation. Dans d'autres cas, on peut avoir des problèmes en lien avec la famille ou les proches. Finalement, dans certains cas, moins courant, on a des descriptions de problèmes interpersonnels avec des collègues ou des amis.</p>	<p>Problème conjugal « Problèmes de couple. Couple pas assez présent dans ma vie. Solitude affective. Depuis 2 à 3 ans consécutifs. // Malentendu sur tout. Pas sur la même longueur d'onde. Boisson chaque soir pour soulager et dormir. »</p> <hr/> <p>Problème avec famille ou proches « Je me sens dépressive (fatiguée, souvent irritable, pas concentrée, pas de confiance en moi...) surtout depuis le déménagement de ma mère au [état éloigné des É-U] // Problèmes avec mon père et mes frères, rejet des autres à l'adolescence... »</p> <hr/> <p>Problème avec collègue ou ami « Je vous ai fourni un document qui va vous expliquer ce que je vis depuis 8 ans. Acharnement, m'abaisser devant les gens, toujours essayer de me prendre en faute. // Acharnement, menace, me trouver des bibittes, me faire sentir que c'est toujours de ma faute, me faire sentir moins que rien. (Voir le document qui accompagne) »</p>

5. Problème d'estime de soi	<p>Cette catégorie s'applique aux patients qui souhaitent consulter pour une détresse en lien avec le Soi. Généralement, en TCC, on parle d'estime de soi, mais ces souffrances prennent plusieurs formes dans les descriptions des patients. Le thème qui revient souvent est l'affirmation de soi, où il est difficile pour un patient de communiquer ses désirs, besoins, ou limites avec les autres. Cela va parfois découler d'un enjeu d'estime, où les patients décrivent des difficultés à croire en leurs capacités, valeur propre, à se faire confiance ou à être bienveillant avec eux-mêmes. Un clinicien averti pourrait imaginer des enjeux de vulnérabilité narcissique, et il aurait probablement raison, mais les patients ne formulent pas leur difficulté de cette façon dans l'échantillon.</p> <p>Dans un registre un peu différent, on trouvera des difficultés en lien avec l'image de soi, qui peut être difficile à accepter pour le patient.</p>	Affirmation de soi	« Difficulté à me connaître comme adulte et à m'affirmer dans mes choix, depuis mon adolescence. // Jusqu'à XX ans => avec mes parents. XXans à XXans => avec mon ex. Difficile à faire des choix, je ne me connais pas, je n'ai pas de conviction dans mes opinions. »
		Enjeu d'estime	« Je suis insécure, je me remets toujours en question, je me juge, je suis très dure avec moi, en ce moment, je suis mon pire ennemi. »
		Image de soi	« J'ai subi une intervention chirurgicale majeure en octobre dernier ([type de chirurgie]) et cela a modifié mon image physique et le processus d'acceptation est difficile à faire. // Suite à cette intervention, cela a fait ressortir des blessures émotionnelles du passé en plus des événements nouveaux »
6. Problème de dépendance	<p>Cette catégorie s'applique aux patients qui souhaitent consulter pour une détresse en lien avec une forme de dépendance. Il s'agit d'une dépendance où il y a un abus de substance ou une dépendance comportementale, tels les problèmes de jeux, d'addiction aux jeux vidéo, à la pornographie, etc.; qui sont des catégories différentes dans la plupart des nosologies, mais qui sont regroupées ici pour cette catégorie.</p>	Abus de substances	« Dépendance psychologique à l'alcool et difficulté à gérer stress et anxiété. // Depuis environ 15 ans. »
		Dépendances comportementales	<p>« Le jeu compulsif. Pas de contrôle de XX à XX ans, de XX à XX ans. Pas capable de m'en défaire. Ma timidité, toute ma vie. Alcoolique toute ma vie. // Ma difficulté 1ère gêne toujours restée seul enfant, ado et adulte, pas d'amis, pas de femmes. Alcool. Jeux. Demeure chez mes parents jusqu'à leur mort. Pas de relations sexuelles avant XX ans? »</p> <p>« Je ne suis pas capable de gérer l'argent. J'ai un problème de dépense. // Je ne suis pas capable de dire non au crédit "carte" - marge hypothécaire. Je m'endette toujours de plus en plus. »</p>
7. Plaintes physiques	<p>Cette catégorie s'applique aux patients qui souhaitent consulter pour des problèmes psychologiques en lien avec le corps ou qui se manifestent dans le corps. Le patient décrira des problèmes psychosomatiques, ou une détresse en lien avec un problème de santé physique.</p>	Problème psychosomatique	« Me sens mal intérieurement sans savoir pourquoi? Manque d'endurance sur la douleur, maux de tête épouvantable. Début 15 novembre 20XX. Amnésie (oublie) a duré 4 heures et demie. Problème à me rappeler assez souvent + (cauchemar) »
		Détresse en lien avec un problème de santé physique	« Inquiétude après une opération pour le cœur. Peur de mourir - peur d'avoir des douleurs. // Opération en novembre 20XX. Depuis ma convalescence à la maison, mais plus depuis quelques semaines // Le calme et la quiétude d'esprit concernant mon angoisse face à mon opération »

8. Environnement ou événement de vie perturbateur	<p>Cette catégorie s'applique aux patients qui souhaitent consulter pour des problèmes psychologiques en lien un événement ou situation de vie qui génère de la détresse psychologique. Cette catégorie peut donner l'impression qu'elle se recoupe avec la détresse émotionnelle ou la perte de fonctionnement, ce qui est vrai dans certains cas, mais l'élément particulier qui distingue cette catégorie est le fait que le patient décrit le problème comme étant externe à lui ou elle. Le patient décrit qu'il vit de la détresse en lien avec un événement de vie, ce qui traduit parfois une transition de vie (ex. : divorce, changement d'emploi, etc.) et dans certains cas, un deuil.</p>	Transition de vie.	« De travailler toute sa vie pour faire quelque chose qui ne m'intéresse vraiment pas. // Depuis la fin de mon secondaire, j'ai commencé à travailler et j'ai tout de suite vu que détesterais travailler pour quelque chose qui ne me conviendrait jamais. »
		Détresse en lien avec un événement de vie	« Adaptation au marché du travail depuis 15 ans // congédiement, intimidation, harcèlement. »
		Deuil	« Le décès de ma fille de XX ans dans un accident d'auto en mars 20XX. // Deuil difficile, trouble concentration, trouble de sommeil, manque entrain général, difficulté à prendre les décisions. Beaucoup de peine. »
9. Trauma	<p>Cette catégorie s'applique aux patients qui souhaitent consulter pour des problèmes en lien avec une situation jugée traumatisante par le patient. Le patient décrit, de manière explicite dans son motif, un trauma récent ou un trauma à l'enfance qui sera identifié ou suggéré par celui-ci. L., mais il</p>	Trauma récent	<p>« Depuis mon accident de moto (juin 20XX), insomnie, cauchemar, "flashback" de l'accident, émotions à fleur de peau, je pleure très souvent, je me sens anxieuse, je suis incapable de faire plusieurs choses à cause de ma blessure (marcher, conduite, sport, etc.) // Tout a débuté pendant que j'étais à l'hôpital. Je pensais que les signes et symptômes allaient diminuer avec le temps, mais ça a plutôt été le contraire. À partir du mois de décembre, je ne me reconnaissais plus. »</p> <p>« J'ai été victime d'un vol à main armée. Choc après événement // Ne veux plus sortir de chez moi. Ne dors plus. Suis angoissé et anxieuse »</p>
		Trauma à l'enfance	« Les hommes depuis mon enfance // être tapé pour rien, violé, abus sexuel d'un oncle et son frère, battu par 2 conjoints consécutifs »

La catégorisation est faite en 5 étapes. En premier lieu, tous les motifs de consultation sont examinés pour tenter d'identifier les thèmes courants qui ressortent. En second lieu, les thèmes identifiés sont consolidés avec ceux suggérés par le travail de Cheng (2000). En troisième lieu, un tableau contenant les thèmes principaux, et des mots clés reliés, est construit pour aider la catégorisation des motifs de consultation. En quatrième lieu, la catégorisation des motifs de consultation est faite de deux façons : (1) motif de consultation inféré et (2) motifs de consultation évoqués. Dans le cas du motif inféré, c'est le motif principal qui est inféré, selon les éléments de réponse des questions II a), II b) et VII s). Cette catégorisation inférée nécessite un jugement clinique. Dans le cas des motifs évoqués, ce sont tous les thèmes présents, selon les éléments de réponse des questions II a), II b) et VII s), qui sont identifiés, et ce sans catégorisation forcée. Un patient peut donc avoir 1, 2, ou jusqu'à 7 thèmes (motifs évoqués) présents. Il importe de noter que les motifs évoqués incluent nécessairement le motif inféré, qui lui, est choisi par le clinicien.

Finalement, une catégorisation indépendante des motifs de consultation est réalisée par une autre clinicienne, avec la même grille du Tableau 2.1 (sans les exemples). L'accord interjuge obtenu est de 88 % pour les motifs principaux et de 83 % pour les motifs évoqués.

L'objectif de cette mesure est d'avoir une représentation subjective de ce qui amène les patients à consulter en soins psychologiques de première ligne. Il est donc possible qu'il y ait du chevauchement entre les catégories. Mais il demeure possible d'identifier les thèmes les plus saillants dans la présentation des patients. Par exemple, un patient pourrait avoir vécu des traumatismes à l'enfance, mais sa présentation subjective première est de venir consulter pour sa détresse émotionnelle ou son problème interpersonnel. Au même titre, un patient pourrait venir pour adresser son trauma actuel et avoir un problème de dépendance à l'alcool qui ne fait pas partie des motifs de consultation apparents.

2.3.2.3. Gravité du problème. Une autre mesure est l'échelle de gravité autorapportée du problème, allant de 1 (pas du tout), 2 (un peu), 3 (passablement), 4 (beaucoup) à 5 (totalement).

2.3.2.4. Symptômes autorapportés. Ceux-ci sont issus des catégories du BASIC-ID de l'Autoportrait multidimensionnel de Lazarus (1997). Dans la version française de Labelle (1997), il y a quatre dimensions de symptômes. Ces dimensions sont : *les comportements problématiques*,

les cognitions nuisibles, les sensations désagréables, les affects négatifs. Tous les symptômes de ces dimensions sont issus des mots-clés des questions III j) et III k) que les patients encerclent si les mots clés leur correspondent (Tableau 2.2). Pour ces caractéristiques cliniques, la fréquence du nombre de symptômes négatifs et positifs encerclé est retenue. Donnant ainsi 6 échelles : Comportements problématiques (8 items), Affects négatifs, Sensations désagréables (12 items), Cognitions nuisibles (23 items), et total des Symptômes négatifs (64 items). La catégorisation des mots-clés est basée sur la catégorisation originale de Lazarus (1997).

Tableau 2.2

Symptômes négatifs autorapportés.

Comportements problématiques (8 items)	
Manque d'appétit	Difficulté à me concentrer
Insomnie	Prends de la drogue
Cauchemar	Je n'aime pas les fins de semaine et les vacances
Alcoolisme	Je ne peux conserver un emploi
Affects négatifs (21 items)	
Anxiété	Angoissé(e)
Colère	Agité(e)
Crise de panique	Timide
Déprimé(e)	Sujet à la panique
Je me sens seul(e)	Agressivité
Sentiment d'infériorité	Déprimé(e)
Incapable de m'amuser	Seul(e)
La vie est vide	Ennuyé(e)
Coupable	Inquiet(ète)
Hostile	Plein(e) de regrets
Plein de haine	
Sensations désagréables (12 items)	
Maux de tête	Fatigue
Étourdissement	Me sens tendu(e)
Évanouissement	Tremblements
Palpitation	Incapable de relaxer
Troubles d'estomac	Problème sexuel
Troubles intestinaux	Transpiration excessive
Cognitions nuisibles (23 items)	
Idées suicidaires	Mauvais(e)
Trop ambitieux(se)	Moralement incorrect(e)

Ne peux pas prendre de décision	Pensées horribles
Problème de mémoire	Lâche
Sans valeur	Laid(e)
Inutile	Déformé(e)
Nul(le)	Peu attrayant(e)
Inadéquat(e)	Répugnant(e)
Stupide	Pas aimé(e)
Incompétent(e)	Incompris(e)
Naïf(ve)	Manque de confiance
Maladroit(e)	

Total de symptômes négatifs (64 items)

2.3.2.5. Facteurs de vulnérabilité. Deux facteurs de vulnérabilités sont identifiés dans les mots clés que les patients peuvent encercler, soit : « pensées suicidaires » et « problèmes financiers ».

2.3.2.6. Médication. Cette mesure identifie les catégories de médicament psychotrope utilisé par les patients selon la même catégorisation que celle utilisée en psychiatrie, comme illustrée dans l'article de recherche de Olfson et Marcus (2010), soit : (1) des antidépresseurs, (2) des anxiolytiques/hypnotiques, (3) des antipsychotiques, (4) des stabilisateurs d'humeur, et (5) des psychostimulants. De plus, la donnée *Polypharmacie*, représente le nombre de catégories différentes de psychotropes qui sont prescrits. Un patient peut donc n'avoir aucune prescription, une seule prescription, deux, ou trois et plus.

2.4. Procédure

2.4.1. Transformation des données

Pour cette étude, les données quantitatives et nominatives transférables en données qualitatives sont utilisées. Certaines variables sont retranscrites directement en format numérique et les autres sont interprétées au travers de la grille de catégorisation, qui nécessite un jugement clinique. Les questions nécessitant une catégorisation, et donc une transformation, sont les suivantes : le type d'occupation, le niveau d'éducation, le motif de consultation (II a, II b, VII s), le type de médicament (II e), et le type de référence qu'ils ont eu pour venir consulter (II d). Les contenus de certaines variables nominales sont transformés en format catégoriel en s'inspirant de la

méthodologie de Breton et collègues (2012). Au total, cette étude comporte 20 variables (Annexe D).

2.5. Analyses

2.5.1. Données descriptives

La prévalence est calculée selon les variables à l'étude, à savoir, les renseignements sociodémographiques et cliniques. Les résultats sont ensuite comparés avec les informations issues de la recension des écrits pour voir s'il y a divergence ou convergence avec d'autres populations.

2.5.2. Données comparatives

Pour enrichir l'analyse, des comparaisons selon le sexe et l'âge sont effectuées selon les caractéristiques cliniques des patients.

2.6. Éthique

Tous les dossiers ont préalablement été caviardés, de manière à enlever toute information pouvant identifier les patients : prénom, nom, numéro de téléphone, adresse, religion, nom du conjoint(e). Dans certains cas, les d'informations potentiellement compromettantes au niveau de l'anonymat, par exemple : les prénoms des frères et sœur, les emplois ultra-spécifiques (ex. : directeur de la succursale d'une banque spécifique), les rôles dans des organisations, etc.; sont caviardées et ensuite retranscrites en information non compromettante. Vous pouvez trouver le certificat d'éthique à l'Annexe E.

CHAPITRE 3 – RÉSULTATS

Les résultats sont divisés en trois sous-sections : les analyses descriptives, pour faire le portrait de la population qui vient consulter, les analyses comparatives pour identifier des différences selon le sexe et l'âge et les analyses post-hoc.

3.1. Analyses descriptives

3.1.1. Tableau sociodémographique

Comme on peut le constater au Tableau 3.1, les patients de l'échantillon sont d'un âge moyen de 40,95 ans (*Médiane* = 40; *ES* = 11,51) (Appendice C), avec plus de femmes que d'hommes (1,40:1) et une plus grosse proportion de patients qui sont en couple (82 %) avec une prédominance pour les conjoints de fait (1,46:1). Les occupations sont variées, avec la plus grande proportion dans le domaine de la vente et services, et la plus petite dans le domaine des ressources naturelles, agriculture et production connexe (Appendice D). Il y a 27% des patients qui rapportent ne pas être satisfaits de leur travail. La répartition des patients selon le niveau d'éducation suit une courbe normale (Appendice E) avec la plus grande concentration dans les diplômes collégiaux (CÉGEP pré-universitaire ou technique) et les certificats professionnels. Une analyse du nombre d'années d'éducation montre une moyenne équivalente à un diplôme collégial ($M = 13,14$; $ES = 1,95$).

Tableau 3.1*Caractéristiques sociodémographiques (n = 235)*

Variable	Fréquence	Pourcentage
Sexe (n = 235)		
Homme	99	42,1
Femme	139	57,9
État Civil (n = 234)		
Célibataire	39	17,7
Marié	78	33,3
Conjoint de fait	114	48,7
Séparé ou divorcé	2	0,9
Veuf	1	0,4
Groupe d'âge (n = 228)		
18 à 25 ans	23	10,1
26 à 35 ans	53	23,2
36 à 45 ans	67	29,4
46 à 55 ans	59	25,9
56 ans et +	26	11,4
Occupation (n = 235)		
1. Affaires, finance et administration	32	13,6
2. Sciences naturelles et appliquées et domaines apparentés	11	4,7
3. Secteur de la santé	15	6,4
4. Enseignement, droit et services sociaux, communautaires et gouvernementaux	31	13,2
5. Arts, culture, sports et loisirs	6	2,6
6. Vente et services	52	22,1
7. Métiers, transport, machinerie et domaines apparentés	36	15,3
8. Ressources naturelles, agriculture et production connexe	1	0,4
9. Fabrication et services d'utilité publique	6	2,6
10. Gestion	11	4,7
11. Étudiant	14	7,1
12. Chômage	11	4,7
13. Retraite	9	3,8
Satisfaction au travail (n = 215)		
Oui	106	49,3
Oui et non	51	23,7
Non	58	27,0
Niveau d'éducation (n = 227)		
Sec 4 et moins	20	8,8
Secondaire 5	66	29,1
CÉGEP ou certificat professionnel	86	37,9
Baccalauréat	42	18,5
Maîtrise	10	4,4
Doctorat	3	1,3

3.1.2. Tableau clinique

3.1.2.1. Personnes référentes. Un total de 64,3% des patients sont adressés par un professionnel de la santé, notamment leur médecin traitant, un psychiatre ou un autre psychologue (Tableau 3.2).

Tableau 3.2

Personnes référentes (n = 235)

Qui avez-vous consulté à propos de vos difficultés actuelles?		
Aucune personne ou non-indiqué	50	21,3
Entourage : famille, conjoint ami, ou employeur	13	5,3
Professionnel de la santé (MD., Psy)	151	64,3
Plusieurs personnes consultées	21	8,9

3.1.2.2. Motifs de consultation. Parmi les motifs de consultation inférés, il ressort que la plus grande proportion de patients consulte pour adresser une détresse émotionnelle (36,2 %), que les plus petites proportions sont pour adresser un trauma (3,0 %) ou une dépendance (1,7 %), et que l'ensemble des autres motifs de consultation obtiennent des proportions modérées et plus homogènes (6,8 à 13,3 %) (Tableau 3.3). Les motifs de consultation évoqués révèlent un portrait légèrement différent des motifs inférés, mais suggèrent une tendance similaire. Néanmoins, l'ordre d'importance des motifs évoqués est légèrement différent que les motifs principaux, avec la plus grande proportion attribuable à la détresse émotionnelle, la deuxième à un problème interpersonnel, et la troisième à une perte de fonctionnement.

Tableau 3.3

Motifs de consultation inférés et évoqués (n = 235)

Motifs	Inférés		Évoqués	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
1. Psychodiagnostic	22	9,4	42	17,9
2. Détresse émotionnelle	85	36,2	167	71,1
3. Perte de fonctionnement	24	10,2	67	28,5
4. Problème interpersonnel	32	13,6	75	31,9
5. Problème d'estime de soi	27	11,5	57	24,3
6. Problème de dépendance	4	1,7	8	3,4
7. Plaintes physiques	18	7,7	50	21,3
8. Environnement ou événement de vie perturbateur	16	6,8	48	20,4
9. Trauma	7	3,0	11	4,7

3.1.2.3. Gravité du problème. L'échelle de gravité du problème, allant de 1 (pas du tout), 2 (un peu) 3 (passablement), 4 (beaucoup) à 5 (totalement), montre une moyenne de 3,95 ($ES = 0,685$), ce qui est très élevé (Figure 3.2).

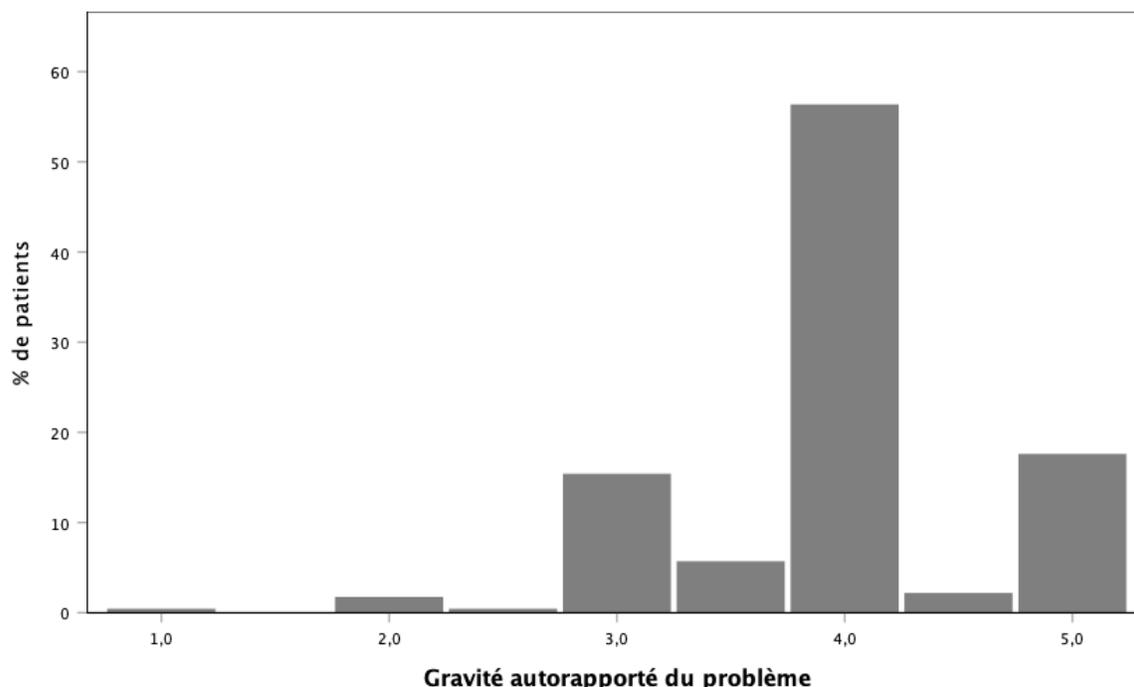


Figure 3.1 *Distribution de la gravité autorapportée*

3.1.2.4. Symptômes autorapportés. À l'exception des cognitions nuisibles, tous les symptômes ont des distributions standards (Appendice F) pour l'ensemble des symptômes (Tableau 3.4).

Tableau 3.4

Fréquence des symptômes autorapportés (n = 233)

Variable	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-type
Symptômes négatifs				
Comportements problématiques (8 items)	0	6	1,99	1,24
Affects négatifs (21 items)	0	19	7,73	3,98
Sensations désagréables (12 items)	0	11	4,80	2,46
Cognitions nuisibles (23 items)	0	18	3,98	3,35
Total des symptômes négatifs (64 items)	2	52	18,49	8,88

3.1.2.5. Facteurs de vulnérabilité. Il y aurait 22,3 % des patients qui ont des problèmes financiers et 15,5 % qui ont des idées suicidaires. Ces pourcentages sont répartis de manière proportionnelle selon le sexe.

3.1.2.6. Médication. Pour ce qui est de la prise de psychotrope, les résultats montrent que la moitié de l'échantillon (50,6 %) aurait une ou plusieurs prescriptions et que l'autre n'en aurait pas (Tableau 3.5). De cette proportion, 41,8 % en prendraient un, 7,3 % deux, et 1,7 % en prendraient trois et plus. Des psychotropes prescrits, on aurait principalement des antidépresseurs (36,6 %) et des anxiolytiques/hypnotiques (16,6 %).

En comparaison avec les données de l'ESCC de 2012 (Statistique Canada, 2013) et l'échantillon d'une enquête américaine (Olfson et Marcus, 2010), le taux de prise de psychotrope de l'échantillon de cet essai est plus élevé qu'au Québec et au Canada, mais inférieur qu'aux États-Unis. Sans surprise, selon les données de l'ESCC 2012, la population qui a consulté un psychologue dans l'année a un plus haut taux de prise de psychotropes que celle qui n'en aurait pas consulté.

Tableau 3.5

Psychotrope selon l'utilisation d'un service psychologique dans l'année (%)

	Visite chez un psychologue				Aucune visite chez un psychologue			Total	
	Essai	Qc ¹	Cad ¹	USA ²	Qc ¹	Cad ¹	Qc ¹	Cad ¹	
Taille de l'échantillon (N)	232	221	613	878	4095	24734	4316	26292	
Psychotrope									
Au moins un	50,9	36,49	42,16	67,5	6,35	6,64	7,90	7,46	
1. Antidépresseur	36,6	29,86	34,85	50,5	4,42	5,25	5,68	6,68	
2. Anxiolytique	16,8	5,48	10,77	21,9	1,81	1,69	1,98	1,94	
3. Antipsychotique	3,0	8,60	10,39	19,1	1,05	1,01	1,43	1,25	
4. Stabilisateur d'humeur	0,9	-	-	10,3	-	-	-	-	
5. Psychostimulant	3,0	-	-	13,8	-	-	-	-	

1. Données de 2012 (Statistique Canada, 2013), cet échantillon ne tient compte que des benzodiazépines pour la catégorie des anxiolytiques. 2. Données de 2007 (Olfson et Marcus, 2010, p.1460).

3.2. Analyses comparatives

Les différences entre cet échantillon et d'autres échantillons cliniques, ainsi qu'entre les sous-groupes d'intérêts pour cet essai, le sexe et l'âge sont rapportés ici.

3.2.1. Représentativité de l'échantillon

Les proportions des groupes d'âge de l'échantillon de cette étude, principalement regroupé dans l'âge actif de la population (18 à 65 ans), et avec un âge moyen et médian de 40 ans, sont similaires aux résultats observés des autres échantillons cliniques (Hunsley et al., 1999; Olfson et Marcus, 2010; Parslow et Jorm, 2000; Vessey et Howard, 1993) et de l'ECSS de 2012 (Statistique Canada, 2013). En effet, l'ESCC de 2012 montre que les 25 à 55 ans sont surreprésentés en consultation psychologique, et qu'à partir de 60 ans, les groupes d'âge plus vieux sont de moins en moins présents en consultation psychologique (Appendice G). Ceci est cohérent avec l'échantillon de cet essai.

Selon l'ajustement du Khi-Carré (χ^2 (9, $N = 201$) = 15,81 ; $p = 0,071$), cet échantillon semble représentatif de la population québécoise lorsque comparée avec les données des taux d'occupation du recensement canadien (Statistique Canada, 2012a, voir Tableau 3.6). En revanche, les niveaux de diplômes semblent différer de la population québécoise. Un test d'ajustement du Khi-Carré avec les données du recensement canadien (Statistique Canada, 2012b) montre une différence statistiquement significative (χ^2 (5, $N = 227$) = 19,115 ; $p = 0,002$). Les différences des taux de diplomation laissent suggérer que les diplômés d'un secondaire 5 et d'un baccalauréat sont surreprésentés et que les non-diplômés (Sec.4 et moins) et détenteurs d'un diplôme collégial ou certificat professionnel sont sous-représentés dans l'échantillon par rapport à la population québécoise; tandis que les cycles supérieurs (maîtrise doctorat) sont représentatifs (Tableau 3.7).

Tableau 3.6*Comparaison des taux d'occupations entre cet essai et les Québécois* (%)*

Occupation	Essai (n = 201)	Québec (n = 3 684 700)	Différence
1. Affaires, finance et administration	15,9	17,6	-1,7
2. Sciences naturelles et appliquées et domaines apparentés	5,5	7,5	-2,0
3. Secteur de la santé	7,5	7,1	0,4
4. Enseignement, droit et services sociaux, communautaires et gouvernementaux	15,4	12,5	2,9
5. Arts, culture, sports et loisirs	3,0	2,9	0,1
6. Vente et services	25,9	21,0	4,9
7. Métiers, transport, machinerie et domaines apparentés	17,9	14,0	3,9
8. Ressources naturelles, agriculture et production connexe	0,5	1,4	-0,9
9. Fabrication et services d'utilité publique	3,0	5,3	-2,3
10. Gestion	5,5	10,8	-5,4

* Pourcentage incluant seulement les 10 occupations du CNP pour une population âgée de 20 à 74 ans (Statistique Canada, 2012a).

Tableau 3.7*Comparaison des taux de scolarité entre cet essai et les Québécois* (%)*

Niveau d'éducation	Essai (n = 227)	Québec (n = 5 534 155)	Différence	Catégories du recensement canadien de 2011
Sec 4 et moins	8,8	17,1	-8,3	Aucun certificat, diplôme ou grade
Secondaire 5	29,1	20,5	8,6	Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent
CÉGEP ou certificat professionnel	37,9	41,3	-3,4	Certificat d'une école de métiers Diplôme d'études collégiales Certificat universitaire inférieur au baccalauréat
Baccalauréat	18,5	15,7	2,8	Baccalauréat Certificat universitaire supérieur au baccalauréat
Maîtrise	4,4	4,0	0,4	Maîtrise
Doctorat	1,3	1,3	0,0	Doctorat acquis ; Diplôme en médecine

* Plus haut niveau de scolarité atteint pour une population québécoise âgée de 20 à 74 ans (Statistique Canada, 2012b).

Pour ce qui est du sexe, le ratio de femme (1,40) semble standard lorsque comparé avec les États-Unis (1,36 en 2007, Olfson et Marcus, 2010), mais il diverge des données du Québec (2,34 en 2012, Statistique Canada, 2013), du Canada (2,30 et 2002, Drapeau, et. al., 2009; 1,85 et 2011, Cox, 2014), et de l'Allemagne (3,34 en 2011; Singer et coll., 2023).

Finalement, les états civils divergent des autres échantillons. Les patients avec un conjoint de fait et mariés représentent une grande proportion de l'échantillon, ce qui diverge de l'ESCC de 2012 (Tableau 3.8) et des autres études (Hunsley et al., 1999; Singer et al., 2023; Vessey et Howard, 1993;) qui suggèrent que ce seront plus souvent les célibataires, personnes divorcées, et veufs dans certains cas, qui seront surreprésentés en psychothérapie, et les personnes mariées seront sous-représentées par rapport à la population générale.

Tableau 3.8
Comparaison des états civils entre cet essai et les Québécois (%)*

État civil	Essai (n = 234)	Visite chez un psychologue (n = 222)	Aucune visite chez un psychologue (n = 4113)
Célibataire	17,7	43,2	30,5
Marié	33,3	19,4	30,6
Conjoint de fait	48,7	14,9	17,4
Séparé ou divorcé	0,9	18,0	11,7
Veuf	0,4	4,5	9,7

* Québécois ayant visités, ou non, un psychologue dans l'année (Statistique Canada, 2013).

3.2.2. Différences sociodémographiques selon le sexe

Les analyses comparatives révèlent que les différents facteurs démographiques et cliniques sont homogènes selon le sexe. De plus, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le sexe et le niveau d'éducation, l'état civil et la satisfaction au travail. En revanche, il existe une différence statistiquement significative dans la répartition de sexe et l'occupation ($X^2(12, N = 235) = 63,59 ; p < 0,001 ; \varphi = 0,52$) (Appendice H). Selon des tests des résiduels standardisés ajustés, les catégories d'occupation des (1) affaires, finances et administration, des (6) ventes et services et du (12) chômage ont plus de chance d'être occupés par des femmes, tandis que les occupations des (2) sciences naturelles et appliquées et domaines apparentés, de (7) métiers, transport, machinerie et domaines apparentés, et (9) de fabrication et services d'utilité publique ont plus de chance d'être occupés par des hommes.

3.2.3. Différences cliniques selon le sexe

Les profils cliniques selon le sexe sont homogènes pour la personne référente, le motif de consultation inféré, la gravité du problème, les problèmes financiers, les idéations suicidaires et la médication. Les différences statistiquement significatives sont rapportées.

3.2.3.1. Motifs de consultation selon le sexe. Des différences ressortent pour les motifs évoqués de problème de dépendance (Test exact de Fisher : $p < 0,001$; $\phi = 0,22$) et de trauma (Test exact de Fisher : $p = 0,027$; $\phi = 0,15$) avec de petites et moyennes tailles d'effets. Les hommes ont une plus grande probabilité de rapporter un problème de dépendance dans leurs motifs de consultation évoqués que les femmes (8,08 % des hommes, et 0 % des femmes), tandis que les femmes ont une plus grande probabilité de rapporter un trauma dans leurs motifs de consultation évoqués que les hommes (1,01 % des hommes, et 7,94 % des femmes).

3.2.3.2. Symptômes autorapportés selon le sexe. Quelques différences ressortent au niveau des symptômes autorapportés (voir Tableau 3.9). Des tests-t montrent que les femmes rapportent significativement plus de symptômes négatifs ($t(231) = 2,526$; $p = 0,012$; $d = 0,336$), et de sensations désagréables ($t(231) = 4,342$; $p < 0,001$; $d = 0,577$) que les hommes, avec des tailles d'effet petites à moyennes. Les femmes rapportent en moyenne 1,37 sensations désagréables et 3 symptômes négatifs de plus que les hommes malgré une gravité du problème autorapportée équivalente. Tous les autres symptômes autorapportés sont homogènes pour les deux sous-groupes.

Tableau 3.9 Symptômes autorapportés selon le sexe ($n = 233$)

Variable	Homme ($n = 97$)		Femme ($n = 136$)		Test-T	Taille d'effet
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
Symptômes négatifs						
Comportements problématiques	1,93	1,19	2,03	1,28	0,63	-
Affects négatifs	7,23	3,81	8,08	4,07	1,62	-
Sensations désagréables	4,00	2,32	5,37	2,41	4,34***	0,58***
Cognitions nuisibles	3,62	2,94	4,24	3,61	1,40	-
Total des symptômes négatifs	16,77	8,20	19,72	9,167	2,53*	0,37*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

3.2.4. Différences selon l'âge

3.2.4.1. Différences sociodémographiques selon l'âge. Les analyses comparatives pour l'âge révèlent des groupes homogènes au niveau sociodémographique et clinique. Les groupes d'âge ne diffèrent pas par rapport au sexe, à l'état civil et à l'occupation.

3.2.4.2. Différences cliniques selon l'âge. Le portrait est similaire au niveau clinique. Les groupes d'âge ne diffèrent pas par rapport à la personne référente, le motif de consultation, les symptômes autorapportés, la gravité du problème, les idéations suicidaires, les difficultés financières et la médication.

3.3. Analyses post-hoc

Quelques analyses post-hoc permettent de révéler des différences statistiquement significatives entre certains sous-groupes dont la scolarité, l'occupation et l'état civil. D'autres facteurs ayant des valeurs prédictives, dont certains sous-groupes plus vulnérables sont également explorés.

3.3.1. Différences intergroupes post-hoc

Quelques analyses post-hoc permettent de révéler quelques différences intergroupes pertinentes qui donnent un aperçu des distinctions cliniques chez des adultes dépressifs et anxieux en soins psychologiques de première ligne.

3.3.1.1. Motif de consultation selon le niveau d'éducation. Pour sa part, le niveau d'étude influence la probabilité d'observer un motif de consultation évoqué d'un problème d'estime de soi, avec une taille d'effet moyenne (Test exact de Fisher : $p = 0,004$; $\phi = 0,26$). En effet, selon des tests des résiduels standardisés ajustés, il ressort que ceux qui ont un diplôme d'étude collégiale ou professionnel sont plus susceptibles de manifester un motif de consultation évoqué de problème d'estime de soi que les patients avec un autre niveau de diplomation. Par ailleurs, ceux ayant complété un secondaire 5 sont moins susceptibles de manifester ce besoin⁴ (Appendice I). Tous

⁴ Il est important de noter qu'il s'agit du niveau de scolarité complété. Les tests du chi-carré ne révèlent pas de différences entre les groupes d'âge pour ce motif évoqué de consultation.

les autres motifs de consultations évoqués sont homogènes parmi les différents niveaux d'éducation et répartis de manière proportionnelles.

3.3.1.2. Symptômes autorapportés selon l'occupation. Au niveau de l'occupation, on observe que celle-ci peut influencer le total de symptômes négatifs autorapportés ($F(12,220) = 1,808$; $p = 0,048$; $\eta^2 = 0,090$) ainsi que les symptômes de sensations désagréables ($F(12,220) = 1,893$; $p = 0,036$; $\eta^2 = 0,094$) avec des tailles d'effets moyennes (Appendice J). Des contrastes post-hoc plus poussés révèlent que les patients à la retraite rapportent significativement moins de symptômes négatifs ($t(11) = 3,546$; $p = 0,005$; $d = 0,66$), de cognitions nuisibles ($t(13) = 1,819$; $p = 0,001$; $d = 0,62$), et d'affects négatifs ($t(231) = 2,112$; $p = 0,036$; $d = 0,718$); que la moyenne des autres occupations, avec des tailles d'effet moyennes à élevées.

3.3.1.3. Symptômes autorapportés selon la vulnérabilité. Une analyse des patients plus vulnérables, dont ceux avec des problèmes financiers et ceux avec des idées suicidaires, montre que ceux-ci rapportent beaucoup plus de symptômes en comparaison aux autres patients. De fait, les patients avec des problèmes financiers ($N = 52$; 22,4 %) rapportent significativement plus de symptômes négatifs ($t(231) = 5,689$; $p < 0,001$; $d = 0,895$), de cognitions nuisibles ($t(69) = 4,273$; $p < 0,001$; $d = 0,782$), de comportements problématiques ($t(231) = 4,44$; $p < 0,001$; $d = 0,699$), de sensations désagréables ($t(231) = 2,958$; $p = 0,003$; $d = 0,465$), et d'affects négatifs ($t(231) = 5,044$; $p < 0,001$; $d = 0,794$); avec des tailles d'effet moyennes à élevées. Similairement, les patients avec des idéations suicidaires ($N = 36$; 15,2 %) rapportent aussi significativement plus de symptômes négatifs ($t(231) = 5,120$; $p < 0,001$; $d = 0,928$), de cognitions nuisibles ($t(43) = 5,616$; $p < 0,001$; $d = 1,202$), de comportements problématiques ($t(231) = 2,889$; $p = 0,004$; $d = 0,524$), de sensations désagréables ($t(231) = 2,632$; $p = 0,009$; $d = 0,477$), d'affects négatifs ($t(231) = 3,298$; $p = 0,001$; $d = 0,598$), avec des tailles d'effet moyennes à très élevées (Tableau 3.10). Par ailleurs, la gravité du problème est également significative pour les patients avec des problèmes financiers ($t(224) = 2,143$; $p = 0,033$; $d = 0,389$), et avec des idéations suicidaires ($t(224) = 2,07$; $p < 0,05$; $d = 0,678$).

Tableau 3.10*Symptômes autorapportés selon la vulnérabilité (n = 233)*

Problèmes financiers	Oui (n = 52)		Non (n = 181)		Test-T	Taille d'effet
Variable	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
Symptôme négatif						
Comportements problématiques	2,63	1,07	1,80	1,227	4,44***	0,70***
Affects négatifs	10,06	3,56	7,06	3,845	5,04***	0,79***
Sensations désagréables	5,67	2,67	4,55	2,344	2,96**	0,47**
Cognitions nuisibles	5,92	3,91	3,43	2,959	4,27***	0,78***
Total des symptômes négatifs	24,29	8,34	16,83	8,333	5,69***	0,90***
Idées suicidaires						
	Oui (n = 36)		Non (n = 197)		Test-T	Taille d'effet
Variable	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
Symptômes négatifs						
Comportements problématiques	2,53	1,28	1,89	1,21	2,89**	0,52**
Affects négatifs	9,69	3,50	7,37	3,96	3,30***	0,60***
Sensations désagréables	5,78	2,54	4,62	2,41	2,63**	0,48**
Cognitions nuisibles	7,11	3,75	3,41	2,94	5,62***	1,20***
Total des symptômes négatifs	25,11	8,85	17,28	8,36	5,12***	0,93***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

3.3.1.4. Symptômes autorapportés selon la prise de médication. Les résultats montrent que les patients qui prennent des antidépresseurs ou des anxiolytiques rapportent plus de symptômes que ceux qui n'en prennent pas (voir Tableau 3.11). De fait, les patients prenant des antidépresseurs ($N = 85$) rapportent significativement plus de comportements problématiques ($t(229) = 2,317$; $p = 0,021$; $d = 0,316$), d'affects négatifs ($t(229) = 3,065$; $p = 0,016$; $d = 0,418$), de sensations désagréables ($t(151) = 2,086$; $p = 0,039$; $d = 0,299$) et de symptômes négatifs ($t(229) = 2,734$; $p = 0,007$; $d = 0,373$) avec des tailles d'effet petites à moyennes. Similairement, les patients prenant des anxiolytiques ($N = 38$) rapportent significativement plus de comportements problématiques ($t(229) = 3,188$; $p = 0,002$; $d = 0,566$), d'affects négatifs ($t(229) = 2,420$; $p = 0,016$; $d = 0,429$), de sensations désagréables ($t(229) = 2,003$; $p = 0,046$; $d = 0,356$), et de symptômes négatifs ($t(229) = 2,346$; $p = 0,020$; $d = 0,416$), avec des tailles d'effet moyennes.

Tableau 3.11*Symptômes autorapportés selon la prise de psychotrope (n = 231)*

Antidépresseur		Oui (n = 85)		Non (n = 146)		Test-T	Taille d'effet
Variable		Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
Symptômes négatifs							
Comportements problématiques		2,22	1,219	1,84	1,232	2,32*	0,32*
Affects négatifs		8,75	3,804	7,12	3,949	3,07**	0,42**
Sensations désagréables		5,24	2,720	4,51	2,257	2,09*	0,30*
Cognitions nuisibles		4,32	3,392	3,79	3,347	1,16	-
Total des symptômes négatifs		20,53	9,139	17,25	8,568	2,73**	0,37**
Anxiolytique		Oui (n = 38)		Non (n = 193)		Test-T	Taille d'effet
Variable		Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
Symptômes négatifs							
Comportements problématiques		2,55	0,978	1,87	1,255	3,19**	0,57**
Affects négatifs		9,13	3,596	7,45	3,987	2,42*	0,43*
Sensations désagréables		5,50	2,597	4,63	2,410	2,00*	0,36*
Cognitions nuisibles		4,34	3,104	3,91	3,418	0,72	-
Total des symptômes négatifs		21,53	8,146	17,85	8,943	2,35*	0,42*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

CHAPITRE 4 – DISCUSSION

4.1. Retour sur la question de recherche

L'objectif initial de cet essai était d'identifier les caractéristiques cliniques des adultes dépressif et anxieux qui consultent pour des soins psychologiques de première ligne, et de voir s'il existe des différences entre le sexe et l'âge. À la lumière des résultats obtenus, il existe des différences selon le sexe et peu selon l'âge. Des analyses post-hoc ont permis de mettre en lumière quelques différences cliniques pertinentes.

4.1.1. Profil sociodémographique

L'échantillon clinique de cet essai correspond à une population de classe moyenne du grand Montréal. Lorsque comparé avec d'autres données statistiques d'ici et d'ailleurs, il ressort que l'âge des patients est similaire aux autres échantillons cliniques et que les occupations sont représentatives de la population générale. En contrepartie, cet échantillon diverge de la population et des autres échantillons cliniques au niveau de l'éducation, du sex-ratio, et de l'état marital.

Il est intéressant de constater qu'il n'y a pas de secteurs d'activité économique qui seraient plus ou moins enclins à solliciter des services psychologiques de première ligne. En présumant que les patients ont des moyens financiers suffisants, tout citoyen d'âge actif (18 et 65 ans) semble susceptible de consulter un psychologue. Cependant, les personnes plus âgées semblent moins présentes en consultation. Ceci pourrait être expliqué en partie par une détresse moins élevée une fois arrivée au stade de la retraite. De fait, ce sous-groupe de patients rapporte beaucoup moins de symptômes que la moyenne.

Pour ce qui est du niveau d'éducation, les données contrastent avec d'autres études qui suggèrent que les niveaux de diplomation universitaire sont surreprésentés chez les patients qui consultent un psychologue (Hunsley et al., 2000; Lee et Aubry, 1999; Olsson et Marcus, 2010; Vessey et Howard, 1993). Ce portrait est atypique lorsque comparé à la population générale et clinique qui consulte. Il est potentiellement dû à la nature des classes sociales qui habitent le grand Montréal, et par la nature des référencement venant principalement d'un GMF.

Considérant que les femmes ont deux fois plus de risque de souffrir d'un trouble dépressif ou anxieux (Altemus et al., 2014) et que les hommes sont plus réticents à consulter pour des problèmes psychologiques (Pederson et Vogel, 2007), il est cohérent d'observer un plus grand ratio de femme que d'homme. Mais un ratio plus près de la parité est atypique à ce qui pourrait être attendu en comparaison avec d'autres échantillons. Il est possible que le taux élevé de référencement par des médecins d'un GMF (64 %) influence le sex-ratio, comparé à un échantillon où les patients seraient autoréférés. Les hommes québécois ont une plus grande facilité à consulter leur médecin que leur partenaire ou ami lorsqu'ils vivent une détresse psychologique marquée (Montiel et al., 2022), ce qui semble faciliter l'accès à des soins psychologiques de première ligne. Il est aussi probable que le sexe du psychothérapeute (masculin) puisse altérer ce ratio de consultation à la baisse dû à une préférence vers des thérapeutes du même sexe (Furnham et Swami, 2008). En somme, ces deux facteurs pourraient contribuer à diminuer le frein des hommes à utiliser ce type de service et par conséquent expliquer le ratio plus près de la parité.

4.1.2. Profil clinique

Les résultats montrent d'abord que les patients sont principalement adressés par leur médecin traitant, ou par une autre professionnelle de la santé. Ce qui est cohérent avec la nature de l'échantillon qui est rattaché à un GMF.

Concernant les motifs de consultation, les résultats montrent que les patients consultent principalement pour des enjeux liés à une détresse émotionnelle, des problèmes interpersonnels, un problème d'estime de soi, et une perte de fonctionnement.

Les motifs de consultation évoqués abondent dans le même sens où les patients rapportent en grande proportion la détresse émotionnelle. En ordre, les autres motifs identifiés dans la demande de service sont les problèmes interpersonnels, la perte de fonctionnement, l'estime de soi, les plaintes physiques, l'environnement ou un événement de vie perturbateur, et un psychodiagnostic.

Il n'est pas surprenant d'observer que la détresse émotionnelle soit le motif premier des patients dépressifs et anxieux qui viennent en traitement psychologique de première ligne. Cette observation est représentative du présent échantillon et cohérente avec l'approche

transdiagnostique des troubles affectifs (*emotional disorders*) de Barlow et al. (2011). Les modèles transdiagnostiques se veulent des approches qui intègrent les mécanismes psychologiques communs sous-jacents à des troubles apparentés et souvent comorbides (Norton et al., 2019). C'est le cas des troubles dépressifs et anxieux qui partagent plusieurs thèmes communs dont les biais de traitement de l'information, l'évaluation cognitive (*appraisal*) mésadaptée du danger, l'évitement comportemental et expérientiel des émotions négatives et de leurs déclencheurs, la régulation non efficace des émotions et une plus grande susceptibilité aux affects négatifs. Ces mécanismes s'alignent avec la définition du motif de consultation de détresse émotionnelle (voir section 2.3.2.2) et peuvent notamment expliquer pourquoi ce motif occupe la plus grande proportion de l'échantillon de cette étude.

Il est probable que d'autres cliniques avec des spécialisations différentes auraient eu une présentation distincte dans les motifs de consultation. Par exemple, une clinique spécialisée sur le trouble de conversion aurait probablement eu une plus grande proportion de motifs de consultation en lien avec des plaintes physiques (APA, 2013). Tandis qu'une clinique axée sur les troubles de la personnalité, ou plus largement des troubles relationnels, aurait potentiellement une plus grande proportion de motifs en lien avec des difficultés interpersonnelles, liés à l'estime de soi, ou des traumas. De fait, ce registre de difficultés psychologiques impliquera souvent de travailler avec des schémas précoces inadaptés qui affectent toutes les sphères relationnelles (Young et al., 2003), des difficultés d'estime et d'identité qui affectent différents troubles de la personnalité du cluster B et C (APA, 2013), et parfois des traumas complexes (Fisher, 2017), souvent confondus avec le trouble de la personnalité limite. Un autre exemple, selon nos données, montrerait qu'une clinique avec des référencements de patients avec un niveau de scolarité collégiale ou de formation professionnelle serait plus susceptible d'avoir des enjeux relatifs à l'estime de soi.

Le deuxième motif de consultation d'importance pour les patients concerne les problèmes interpersonnels. En fait, 13,3 % sont inférés par le clinicien comme motif primaire, et 31,9 % l'évoquent dans leurs motifs. Il semble que ce motif soit en lien avec des enjeux de communication, d'attachement et potentiellement de troubles de la personnalité. Considérant ces thèmes, il n'est pas surprenant que ce motif de consultation soit élevé, car il touche tout d'abord aux besoins fondamentaux d'attachement, qui consiste en la capacité à entretenir des liens stables et sécuritaires sur le plan affectif (Zayas, et Hazan, 2015). De plus, dans une perspective de continuum des

problèmes interpersonnels, il est envisageable que ces difficultés puissent aller de la simple difficulté de communication des émotions, aux traits de personnalité problématiques, tous encrés dans de mauvais apprentissages, selon l'approche TCC. Dans le même ordre d'idée d'un continuum, les enjeux relationnels chroniques peuvent être conceptualisés comme le reflet de schémas précoces inadaptés (Young et al., 2003), où ces traits de personnalité sont des manifestations rigides et caractérogiques d'entraves majeures dans le développement. Les patients peuvent varier dans la chronicité et la rigidité de leurs schémas précoces inadaptés, en ayant tous la même plainte : que les relations humaines sont difficiles ou non satisfaisantes dans leur vie. Ainsi, on peut facilement envisager que les problèmes interpersonnels puissent occuper une place importante comme motifs de consultation dans une clinique psychologique de première ligne.

Le troisième motif de consultation en importance porte sur l'estime de soi. Il représente 11,5 % des motifs inférés et est évoqué par 24,3 % des patients. Ce motif se distingue des autres, car il va impliquer plus directement le concept du Soi (*Self*), et les expériences du Soi qui sont souffrantes dans la demande d'aide. Bien que la TCC soit moins explicite à traiter ce type de difficulté, elle contient les bases théoriques pour l'adresser. Différents sous-thèmes utilisés pour identifier ce motif de consultation (affirmation de soi, enjeu d'estime, image de soi) s'inscrivent dans une conceptualisation TCC (Chaloult et Ngo, 2008). De plus, les souffrances reliées au Soi font écho aux concepts des modes et des schémas de soi de Beck (1996) et peuvent bien s'intégrer bien à une TCC (Clark, 2016). L'approche de la thérapie des schémas (Young et al., 2003), qui s'inscrit dans la théorie cognitivo-comportementale, a d'ailleurs approfondi les postulats théoriques de Beck pour adresser les enjeux plus sévères des troubles de la personnalité.

Le quatrième motif de consultation des patients est la liée à la perte de fonctionnement. Il constitue 10,2 % des demandes inféré et est évoqué par 28,5 % des patients. Ce motif traduit surtout une difficulté à pouvoir fonctionner de manière optimale selon le point de vue du patient. Étant donné que les sous-thèmes d'épuisement, de perte de motivation et de perte de productivité peuvent être liés à des symptômes dépressifs, et que le sous-thème de gestion de soi peut être relié à des symptômes anxieux, il est cohérent que ce motif soit évoqué dans plus d'un quart des demandes.

Les autres motifs occupent des proportions plus petites, soit de 10 %, mais font tout de même partie du portrait clinique des motifs subjectifs qui poussent les patients à consulter. En fait, les motifs de consultation en lien avec des plaintes physiques, qu'elles soient psychosomatiques ou reliées à un problème de santé physique, occupent une plus petite proportion de demandes de service, soit 7,7 % comme demande première, mais sont tout de même évoqués dans 21,1 % de demandes. Ces données sont cohérentes avec le modèle TCC qui inclut la dimension physique (Greenberger et Padesky, 2016).

Les motifs de consultation en lien avec l'environnement ou un événement de vie perturbateur occupent aussi une petite proportion des motifs inférés (6,8 %), mais restent bien présents dans les motifs évoqués (20,4 %). C'est dire qu'un patient sur cinq aurait un événement de vie suffisamment perturbateur pour motiver une demande de service.

Finalement, 9,4 % des patients viennent pour traiter un trouble psychologique identifié par le patient, avec 17,9 % qui vont l'évoquer dans leur demande de consultation. Ceci peut laisser présager une petite proportion de patients qui ont potentiellement des attentes précises autour d'un concept clinique qu'ils ont préalablement investigué avant leur première séance.

Les deux motifs spécifiques, problème de dépendance et trauma (3,4 et 4,7 %), sont moins présents dans l'échantillon de la présente étude. Ceci n'est pas surprenant, car ces difficultés psychologiques requièrent généralement des interventions spécialisées. Notons que le trouble du stress post-traumatique (TSPT) selon le DSM-5, est une psychopathologie du registre anxieux et impliquent souvent une lecture sur plusieurs dimensions dont le psychocorporel (Van der Kolk, 2014), la dissociation (Friedman et al., 2021), et le Soi fragmenté (Fisher, 2017). Par conséquent, ces difficultés demandent souvent des interventions ciblées et spécialisées (Fisher, 2017; Friedman et al., 2021; Resick et al., 2017; Van der Kolk, 2014).

Au même titre, les psychopathologies reliées aux abus de substance ont une composante neurobiologique non négligeable qui suppose la plupart du temps un suivi pluridisciplinaire, constitué de psychologues, de médecins et de psychiatres (National Institute on Drug Abuse, 2018). Les dépendances comportementales, qui n'impliquent pas de substances psychotropes, mais plutôt des comportements naturellement renforçants (Vaccaro et Potenza, 2020), sont potentiellement

plus faciles à adresser dans un contexte de service psychologique de première ligne, car ils n'impliquent pas de facto un suivi médical (Rosenberg et Feder, 2014).

L'analyse des motifs de consultations inférés entre les sous-groupes suggère un portrait homogène par rapport à l'âge et au sexe. Cependant, l'analyse des motifs évoqués apporte une nuance qui suggère que les hommes seraient plus enclins à rapporter des difficultés de dépendances dans leur demande de service, tandis que les femmes seraient plus enclines à présenter des difficultés en lien avec une situation jugée traumatisante. Ceci est cohérent avec la notion que les hommes ont plus souvent tendance à manifester des problèmes externalisés (Rosenfiel et Mouzon, 2012) qui incluent les abus de substance ou les dépendances comportementales. Tandis que le trauma serait potentiellement moins stigmatisant à exprimer chez les femmes que chez les hommes (Wang et al., 2007 ; Bradbury, 2020). En somme, ces différences pourraient traduire des rôles de genre dans les styles de coping et l'expression de souffrance qui est socialement acceptable (Rosenfiel et Mouzon, 2012).

4.1.3. Profil selon le sexe et l'âge

Les résultats offrent un premier regard sur les différentes caractéristiques cliniques d'adultes dépressifs et anxieux qui peuvent être observés en service psychologique de première ligne. Ceci inclut les caractéristiques selon le sexe et l'âge.

Les profils de symptômes entre les hommes et les femmes sont différents. Malgré une gravité autorapportée similaire, les femmes rapportent plus de symptômes négatifs et de sensations désagréables que les hommes. Ceci est cohérent avec la littérature scientifique qui soutient que les femmes rapportent plus de symptômes dépressifs (Smith et al., 2008) et de symptômes somatiques que les hommes dans le cas de la dépression (Silverstein, 1999; Silverstein et al., 2013) et de l'anxiété (Jalnapurkar et al., 2018). Il y aurait également une plus grande sensibilité à l'anxiété chez les femmes, ce qui occasionne plus de symptômes physiques autorapportés (Altemus et al., 2014).

En contrepartie, les profils cliniques entre les différents groupes d'âge montrent plus de similarité que de différences. L'âge ne semble pas influencer le profil des symptômes, la gravité du problème,

la présence d'idéation suicidaire et la prise de médication. Ceci peut être surprenant, car la littérature suggère qu'il existe des différences cliniques selon l'âge, notamment dans les profils des symptômes dépressifs (Schaakxs, et al., 2017), l'impact des médiateurs de la dépression et de l'anxiété (Leach et al. 2008) et l'expérience phénoménologique de la dépression (Hegeman, et al. 2012). L'absence de variation entre les groupes d'âge pourrait aussi être due à la nature autorapportée et subjective des données. Avec des variables plus objectives et standardisées, qui ont déjà une validée psychométrique, il aurait été plus probable de trouver des différences.

4.1.4. Profil de vulnérabilité

Deux sous-groupes plus vulnérables émergent des résultats avec des profils cliniquement distincts : les patients présentant des idéations suicidaires et ceux avec des difficultés financières. Le taux de patients avec des idéations suicidaires (15,5 %) est similaire à celui qu'on retrouve chez les Québécois (18,8 %) et légèrement inférieur aux Canadiens (22,7 %) qui consultent un psychologue (Statistique Canada, 2013). Or, il est plus élevé que la population générale québécoise et canadienne qui est à 3,7 % (Statistique Canada, 2013). Ce taux est également similaire aux patients allemands qui consultent en psychothérapie psychodynamique (11 %, Singer et coll., 2023). Le taux de patient avec un problème financier (22,3 %) est le double de celui qu'on observe dans l'ESCC. Au Québec et au Canada, ce sont 11 % des patients qui consultent un psychologue dans l'année qui affirment que leur situation financière est la plus importante source de stress. Ce taux est similaire pour la population générale au Québec (11 %) et au Canada (13 %) (Statistique Canada, 2013).

Il est cohérent de s'attendre à ce que le taux d'idéation suicidaire soit plus présent dans les populations qui consultent un psychologue dans l'année. De fait, ils ont plus de symptômes négatifs autorapportés, de cognitions nuisibles, de comportements problématiques, de sensations désagréables, d'affects négatifs. De plus, ils estiment à plus graves leurs problèmes. Ces contrastes marqués sur le plan clinique, avec des tailles d'effet moyennes à très élevées, dénotent une souffrance plus marquée pour ce sous-groupe. Ceci est cohérent avec les écrits scientifiques qui montrent que les idéations suicidaires sont corrélées avec la sévérité de la dépression (Keilp et al., 2012). Fait intéressant, le contraste le plus grand, où l'on observe une grande taille d'effet, est au

niveau des cognitions nuisibles. Ceci montre un impact plus marqué au niveau de celle-ci et suggère une voie d'intervention à privilégier pour ce profil de vulnérabilité.

Par ailleurs, notons que le profil clinique des patients avec des problèmes financiers rapporte plus de symptômes négatifs, de cognitions nuisibles, de comportements problématiques, de sensations désagréables et d'affects négatifs avec des tailles d'effet moyennes à élevées. Il n'est pas difficile d'imaginer comment cette vulnérabilité peut causer de l'anxiété en ayant un effet sur la capacité d'un patient à répondre à ses besoins primaires (nourriture, logement, etc.) et à répondre à son besoin d'avoir des soins psychologiques. Outre les différents facteurs de stress qui englobent cette vulnérabilité (insécurité alimentaire, logement précaire, faible statut socioéconomique), le lien entre la dépression et les différents marqueurs de difficulté financière, dont la perception subjective de celle-ci, semble bien documentée (Guan et al., 2022). Or, ce type de profil de patients est moins souvent abordé dans la littérature scientifique et dans les formations en psychologie clinique. Bien que cette réalité relève plus souvent du domaine des vulnérabilités psychosociales, qui est souvent relégué au champ d'expertise des travailleurs sociaux, ces résultats suggèrent que cette vulnérabilité a une implication sur le portrait clinique et sur les interventions psychologiques à considérer. Comme pour le profil de patients avec des idéations suicidaires, les tailles d'effets des symptômes autorapportés suggèrent que les voies d'intervention à privilégier sont les cognitions et les affects.

4.1.5. Profil selon la prise de médicament

Au moins 50,9 % des patients prennent un psychotrope en parallèle à leur traitement psychologique. Ce résultat est à mi-chemin entre les résultats des échantillons relevés (36,5 à 67,5 %) et suggère que les psychotropes occupent un rôle non négligeable dans les suivis psychologiques des patients en psychothérapie. Il est fort probable que ces proportions puissent varier selon le contexte de traitement, la spécialisation du psychologue et le type de référencement. Les psychotropes les plus utilisés en ordre d'importance sont les antidépresseurs (36,6 %) suivis par les anxiolytiques (16,6 %), les antipsychotiques (3,0 %), les psychostimulants (3,0 %) et les stabilisateurs d'humeur (0,9 %); ce qui ressemble aux autres échantillons mentionnés dans cet essai. Le taux d'antidépresseurs de l'échantillon est légèrement supérieur à celui du Québec, mais

similaire à ce qu'on observe au Canada. Les implications cliniques pour la formation des psychologues sont discutées dans la prochaine sous-section.

L'ensemble des résultats discutés donne une meilleure idée des adultes dépressifs et anxieux qui consultent pour des soins psychologiques de première ligne, et suggèrent différentes implications cliniques pour les psychologues. La prochaine section porte sur ces implications.

4.2. Implications cliniques

Quatre implications cliniques peuvent être déduites à partir de ces résultats : (1) la diversité des motifs de consultations, (2) la variation des profils cliniques, (3) l'utilité de l'autoprotail multidimensionnelle et (4) l'importance des psychotropes en psychothérapie. Les retombées pour la psychothérapie générale, ainsi que pour la TMM, et la TCC par extension, sont discutées.

4.2.1. Diversité des motifs de consultation

Les résultats montrent que la détresse émotionnelle se distingue comme le motif le plus important chez les adultes dépressif et anxieux, et que les autres motifs ont des proportions relativement similaires entre eux, à l'exception du trauma et du problème de dépendance. Ces motifs abondent dans le sens d'une approche thérapeutique qui puisse s'adapter aux différents besoins en service psychologique de première ligne, et ce, malgré la spécificité du thème de la dépression et de l'anxiété dans cet échantillon. Or, la TMM de Lazarus, considéré comme un éclectisme technique, et les approches intégratives sont une réponse pragmatique et efficace à cette réalité clinique (Lazarus, 1997; Norcross et Alexander, 2019). En effet, elles permettent d'intégrer différentes composantes cliniques distinctes (ex.: interprétation psychanalytique, exposition, intervention expérientielle, compréhension multiculturelle, etc.) afin d'offrir une psychothérapie qui puisse s'adapter à la spécificité du patient. Étant donné leur champ d'intervention plus complet, les thérapies intégratives ont le potentiel d'augmenter la probabilité et l'ampleur des résultats positifs, et pourraient potentiellement diminuer l'attrition (Lambert et Ogles, 2004), notamment dans le cas de la dépression et du trouble du stress post-traumatique (Swift et Greenberg, 2014). La tendance à l'intégration existe depuis longtemps, mais ce mouvement en psychothérapie a vraiment pris son essor dans les années 90 (Goldfried et al. 2019), et continue de progresser dans la recherche et la

clinique d'aujourd'hui (Norcross et Alexander, 2019). La TMM de Lazarus pourrait être considérée comme une approche précurseure au mouvement d'intégration clinique d'aujourd'hui. Actuellement, environ 40% des psychothérapeutes canadiens s'identifient comme des thérapeutes intégratifs avec en second plan la TCC (24 %) (Goodyear et al., 2016), et 51 % des psychologues québécois emploie deux approches cliniques pour décrire leur pratique, avec la TCC comme majeur (Jaimes, et al., 2015). Dans le monde anglo-saxon, seulement une minorité de psychothérapeutes (2-12 %) se diraient d'une approche pure en psychothérapie (Norcross, et al., 2019).

De plus, les résultats sur les motifs de consultation suggèrent également que les psychologues, de perspective intégrative ou éclectique, ont avantage à bien connaître les trois premiers thèmes en importance soulevés dans cette étude afin de mieux s'adapter à ce type de clientèle, soit la détresse émotionnelle, les difficultés interpersonnelles et les problèmes d'estime de soi.

4.2.1.1. Détresse émotionnelle. Comprendre l'affect et les émotions sont sans aucun doute la base pour traiter un trouble affectif. Ce thème, à plusieurs dimensions, a le potentiel d'être aussi vaste que celui de la condition humaine. Mais dans un cadre psychologique et psychothérapeutique plus restreint, il suggère au minimum que les psychologues aient une théorie empirique solide de « l'univers affectif ». Or au Québec, les programmes de formation universitaire n'offrent pas de cours spécifiquement consacré à la compréhension de l'affect et offrent plutôt des cours sur la motivation et l'émotion pour couvrir ce thème. Cela peut créer des inexactitudes et parfois des décalages entre la compréhension empirique du phénomène affectif et son intégration dans les modèles de psychopathologie et de psychothérapie. À titre d'exemple, les TCC font une distinction entre les émotions et les cognitions, comme deux phénomènes distincts, mais il n'est pas clair que ce soit le cas. La théorie cognitive de l'*appraisal* des émotions (Sander et al., 2005), qui bénéficie d'un appui empirique robuste (Sander et Scherer, 2019), met en lumière comment les émotions et les cognitions sont deux faces d'un même phénomène d'évaluation cognitive (*appraisal*) de la réalité, avec différents niveaux de traitement de l'information et d'activation physiologiques. Dans un autre registre, la théorie socioconstructiviste des émotions, proposée par Barrett (2017), une sommité dans l'étude des émotions, démystifie aussi plusieurs idées reçues du phénomène affectif qui imprègnent notre compréhension culturelle des émotions. Dans son livre, *How emotions are made : the secret life of the brain*, elle fait la démonstration de comment les idées reçues sur les émotions dans notre culture peuvent avoir des impacts importants sur notre position et nos actions

face à nos émotions et celles des autres. Par conséquent, la compréhension du phénomène affectif du psychologue pourrait fortement influencer la façon dont il interprète l'émotion du patient. Ainsi, à défaut d'avoir une base empirique solide sur le phénomène affectif, les psychologues seraient plus à risque d'adhérer à certaines inexactitudes empiriques (ex. : penser que les cognitions et les émotions sont deux phénomènes psychologiques distincts), abondamment répandues dans notre culture, là où ils auraient des lacunes théoriques.

En présupposant une base solide, les psychologues doivent aussi être en mesure de savoir comment adresser la détresse émotionnelle dans un modèle cohérent de la psychopathologie et de l'intervention psychothérapeutique. À ce niveau, les TCC sont très bien outillées pour intervenir sur l'ensemble des troubles affectifs et bénéficient d'un appui empirique robuste (Dobson et al., 2019).

4.2.1.2. Difficultés interpersonnelles. En TMM, les modalités interpersonnelles et biologiques ont une importance particulière selon Lazarus (1997). D'une part, la biologie pose les bases sur lesquelles s'appuie toute la structure psychologique du patient, de façon à moduler, et parfois à expliquer, certains comportements et phénomènes psychologiques. À l'autre bout du spectre, la modalité interpersonnelle est celle qui est porteuse de sens et de satisfaction dans la vie pour le patient. « Hence the biological modality serves as the base, and the interpersonal modality is perhaps the apex. » (Lazarus, 1997, p.4). Il n'est donc pas surprenant, dans une perspective multimodale, que les difficultés interpersonnelles soient secondes en importance dans les motifs de consultations. Un psychologue averti a donc intérêt à avoir de bons points de repère théoriques sur ce thème.

Cela implique d'abord de bien comprendre la théorie de l'attachement et d'intégrer une vision systémique pour bien comprendre les dynamiques relationnelles d'attachement qui en découlent. La vision systémique va impliquer, notamment, de comprendre les différentes logiques circulaires qui maintiennent un système en place, en plus des logiques linéaires qui déterminent les comportements individuels. Un exemple connu de dynamiques relationnelles avec une logique circulaire, qui est au cœur de la thérapie de couple centré sur l'émotion (Johnson et al., 2022), est celui de la poursuite-retrait. Un des deux membres du couple va initier un rapprochement (poursuite), généralement pour répondre à des besoins d'attachement, et provoquer un

comportement de distance chez l'autre (retrait), généralement en réponse à un sentiment d'invasion et de suractivation émotionnelle. La distance de l'un, non provoqué, peut aussi générer un sentiment de rejet chez l'autre et activer le besoin d'attachement. Il n'est donc pas possible d'appliquer une logique linéaire à ce type de dynamique, car l'un peut conduire à l'autre, et vice versa. Cette dynamique est circulaire, car elle s'autorenforce en amplifiant les comportements de poursuite de l'un, et de retrait chez l'autre. Une conceptualisation linéaire et individuelle de ce type de comportements observables pourrait mener un psychologue à faire des interprétations et interventions erronées où il en viendrait à antagoniser le ou la partenaire de leur patient, en suggérant, par exemple, que leur partenaire est trop demandant (poursuite) ou trop évitant (retrait). En effet, il semble qu'une mauvaise compréhension systémique des relations de couple peut amener des conséquences insoupçonnées. Selon Doherty et Harris (2022), certains psychothérapeutes individuels, potentiellement mal formés aux réalités relationnelles du couple (Gurman et Burton, 2014), semblent nuire à la relation de couple de leurs patients par des remarques qui discréditent leur partenaire ou leur couple, de manière à diminuer la satisfaction maritale et augmenter les risques de divorce. Selon ces auteurs, les psychothérapeutes individuels non familiers à cette réalité clinique sont à risque d'agir sur leurs préjugés, potentiellement nourris par une vision trop individualiste, et faire plus de remarques qui discréditent le ou la partenaire et le couple de leur patient (Doherty, 2002).

Un autre thème interpersonnel important, qui s'intègre bien à une approche TCC, est celui des croyances relationnelles fondamentales apprises au cours du développement. Cette notion est analogue aux schémas précoces inadaptés proposés en thérapie des schémas (Young et al., 2003), et permet aux psychothérapeutes d'entrevoir les thèmes interpersonnels qui teintent l'expérience relationnelle du patient.

Finalement, une compréhension des notions de transfert et de contretransfert s'avère importante pour comprendre les dynamiques relationnelles qui émergent en séance et qui sont susceptibles de faire partie des difficultés des patients qui consultent pour des problèmes interpersonnels. Même si ces deux notions sont plus souvent associées aux approches psychodynamiques, elles constituent une source d'information très utile pour les évaluations et interventions en TCC, particulièrement pour les enjeux relationnels (Prasko et al., 2010). Une maîtrise de ces notions peut contribuer à bonifier la qualité du traitement en TCC (Moorey, 2014).

4.2.1.3. Problème d'estime de soi. Même si les TCC n'ont pas de théorie éprouvée sur la construction du Soi, elles ont quand même développé différentes interventions qui ont des impacts positifs sur ce thème. Avant l'élaboration de la TMM, Lazarus a développé, avec Wolpe, la notion d'affirmation de soi (Wolpe et Lazarus, 1966), qui consiste en la capacité d'affirmer ses besoins, ses limites, ses émotions, et défendre ses droits de manière direct et honnête, tout en respectant la réalité de l'autre. Cette théorie identifie quatre types de communication, dont la communication passive, agressive, passive-agressive et affirmée. La dernière est plus exigeante, car elle implique d'être bien connecté avec ses besoins, émotions, et désirs tout en étant capable de prise de perspective et d'empathie à la réalité d'autrui. En TCC, l'entraînement à l'affirmation de soi va généralement impliquer un travail sur les comportements (ex.: répétition de comportements comme le maintien du contact visuel), les cognitions (ex. : croyances liées aux conséquences de s'affirmer), et les émotions (ex. : peur de communiquer une limite). Malgré un appui empirique robuste de l'entraînement à l'affirmation de soi pour améliorer l'anxiété, la dépression, l'estime de soi, et la satisfaction maritale (Speed, Goldstein, et Goldfried, 2018), ce type d'intervention a perdu en popularité dans le domaine de la recherche depuis les années 80, mais demeure très pertinent aujourd'hui en psychothérapie.

4.2.2. Caractéristiques des patients

Des profils cliniques distincts vont généralement impliquer des interventions distinctes pour tout type de psychothérapie et particulièrement pour l'approche multimodale, sur lequel l'autoportrait multidimensionnel est construit. En phase avec ce modèle, différents profils multimodaux peuvent être mis en lumière à partir des symptômes autorapportés. Les résultats révèlent des profils différents selon le sexe et les vulnérabilités liées aux idées suicidaires et aux difficultés financières. Par conséquent, des interventions différentes pour ces sous-groupes peuvent être considérées dans le cadre d'une TMM et potentiellement dans toutes psychothérapies intégratives qui font des distinctions dimensionnelles similaires au BASIC-ID.

4.2.2.1. Interventions multimodales. La TMM a été conçue dans l'esprit d'optimiser l'efficacité des traitements, tout en étant attentif à la spécificité de chaque patient (Lazarus, 1997). Dans cette approche, l'établissement du profil multimodal BASIC-ID du patient va permettre au thérapeute d'identifier le poids et l'importance subjective des différentes modalités afin d'orienter ses

interventions. D'une part, il pourra faire des interventions qui sont ciblées sur les modalités les plus saillantes ou évocatrices pour le patient. D'autre part, il sera informé sur les modalités de départ à considérer pour les interventions de modulation (*bridging*) et de trajectoire (*tracking*).

Dans le contexte des interventions ciblées, le thérapeute peut faire des interventions qui ciblent des mécanismes psychologiques précis dans la modalité choisie. Lazarus (2007) donne quelques exemples connus en TCC pour les comportements (ex. : extinction, contre-conditionnement), les cognitions (ex. : restructuration, prise de conscience), les affects (ex. : acceptation), l'interpersonnelle (ex. : *modeling*, acceptation inconditionnelle). Dans sa vision pluraliste et éclectique, l'approche multimodale laisse ouverte la possibilité d'avoir différents types d'interventions, pourvu qu'elles soient appuyées par un mécanisme psychologique de changement connu (ce qui inclut l'acceptation). Cet éclectisme technique ouvre même la possibilité de faire des interventions qui sortent du cadre des TCC.

Au niveau des interventions de modulation (*bridging*), le thérapeute va d'abord commencer avec une modalité plus familière au patient, pour ensuite transitionner vers une modalité moins familière, mais où le travail serait plus productif. Par exemple, un patient pourrait être très habile et à l'aise dans la modalité des cognitions, mais mériterait d'explorer les émotions sous-jacentes qui sont reliées, mais évitées. Le thérapeute commencera dans la modalité des cognitions, et transitionnera délicatement et habilement vers les affects sous-jacents. C'est donc une stratégie plus fluide et moins confrontante pour aller vers des modalités moins explorées et potentiellement plus productives pour le patient.

Finalement, par rapport aux interventions de trajectoire (*tracking*), le thérapeute va d'abord identifier la trajectoire, ou séquence, de modalités qui se déploient dans les difficultés spécifiques du patient pour identifier une cause potentielle du problème. Lazarus (1997) donne l'exemple d'une femme souffrant d'agoraphobie qui, après une évaluation attentive de la séquence, avait souvent la même trajectoire : imagerie – sensations – cognitions. Des interventions préalables par d'autres psychothérapeutes sur les modalités des sensations, des cognitions, et même des comportements, n'avaient pas donné de résultats durables. Une identification de la trajectoire a permis d'intervenir plus efficacement sur l'imagerie, en premier, et ensuite sur les autres modalités, ce qui a donné des résultats plus durables.

4.2.2.2. Interventions selon le sexe. Selon les résultats, les femmes auraient un profil multimodal plus marqué par les sensations que les hommes. Cela implique que cette dimension est plus saillante pour ces patientes, et que des interventions spécifiques à cette dimension seraient potentiellement plus pertinentes à mettre en place au début de la psychothérapie (Lazarus, 1997). Dans le contexte d'une TMM, Lazarus (2007) propose deux mécanismes de changements, dont le relâchement des tensions (ex. : *biofeedback*, relaxation, exercice physique) et l'augmentation du plaisir sensoriel (ex. : *sensate focus*).

En élargissant le champ théorique, il est possible d'envisager d'autres mécanismes de changement dans le contexte d'adultes dépressif et anxieux. Par exemple, la thérapie cognitivo-comportementale basée sur la pleine conscience (*mindfulness based cognitive therapy* : MBCT), qui a été conçue en partie pour les troubles dépressifs récurrents (Segal et al., 2002), propose quelques interventions qui s'alignent avec la modalité sensorielle. Un des éléments fondamentaux des approches basées sur la pleine conscience est l'acceptation de l'expérience subjective (sensoriel, émotionnel, cognitive), telle qu'elle est, et sans l'amplifier ou la diminuer (Devault et Pérodeau, 2018). Cela peut se faire par différent type de méditations, dont une basée sur le souffle, une sur la marche, et une autre basée sur les sensations physiques (*bodyscan*). Ce sont donc des interventions qui s'adaptent bien à la modalité sensorielle, tout en étant adaptées au contexte de la dépression. Dans un contexte de trouble anxieux, il est possible de suggérer une intervention sensorielle où on invite le patient à tolérer des sensations désagréables qui seraient précurseurs des attaques de panique. Ce type d'intervention est un des modules du traitement transdiagnostique de Barlow et al. (2011) qui a été conçu pour les troubles affectifs.

Au niveau de l'intervention de modulation, les résultats suggèrent que le thérapeute peut, à priori, commencer avec des modalités sensorielles ou affectives quand il cherchera à amener sa patiente vers une modalité moins familière. Tandis que pour l'intervention de trajectoire, il est probable que les modalités sensorielles soient plus présentes dans le récit. Par conséquent, le clinicien doit être attentif aux autres modalités moins saillantes qui pourraient être en cause dans une trajectoire donnée, propre à la patiente.

4.2.2.3. Interventions selon les vulnérabilités. Selon les résultats de la présente recherche, les patients avec des idéations suicidaires ont plus de symptômes autorapportés que ceux sans idéations

sur les cinq dimensions. Cela indique une plus grande détresse, mais n'aide pas à identifier une modalité plus saillante pour choisir une première intervention spécifique. Cependant, les tailles d'effet indiquent un portrait plus hétérogène où les cognitions et affects négatifs se démarquent comme étant beaucoup plus saillant pour ce sous-groupe, avec des tailles d'effets très élevés et moyen-élevés respectivement. Cela implique que des interventions ciblées sur les cognitions et les affects seraient à privilégier avec ce sous-groupe. Dans le contexte d'une TMM, Lazarus (2007) propose les deux mécanismes de changements connus en TCC pour les cognitions, dont la prise de conscience (comprendre les antécédents et les conséquences des cognitions nuisibles sur les affects et les comportements) et la restructuration cognitive (confronter les erreurs de pensées comme la pensée dichotomique, la surgénéralisation, etc.). Pour les affects, Lazarus propose deux interventions, dont l'*abréaction*, qui est l'idée de revivre et libérer une émotion refoulée en présence d'une personne empathique, ainsi que l'acceptation et la « repossession » des émotions fortes inconscientes.

Le portrait est similaire pour les patients avec des problèmes financiers. Ils ont eux aussi plus de symptômes autorapportés sur les cinq dimensions négatives que les autres patients sans problème financier. Pour ce sous-groupe, les cognitions, affects et comportements se démarquent avec des tailles d'effets élevées. Cela implique que des interventions ciblées sur ces trois dimensions seraient à privilégier avec ce sous-groupe. Les mécanismes de changements proposés par Lazarus (2007) sont déjà mentionnés plus haut.

Les implications pour les interventions de modulation et de trajectoires sont les mêmes que pour les profils selon le sexe. Les modalités mises en lumière par les résultats sont de bons points de départ à considérer pour les interventions de modulations, et elles sont susceptibles d'être plus saillantes dans des interventions de trajectoire, sans être nécessairement la cause en jeu dans une séquence pour un patient donné.

Outre les interventions spécifiques à envisager avec les patients qui ont des problèmes financiers, la gravité des problèmes implique que les psychologues en consultation privée doivent aborder l'éléphant dans la pièce : l'argent. Il peut être paradoxal pour un psychologue d'être à la fois un facteur de protection, par l'effet bénéfique de la psychothérapie, et de vulnérabilité, par la précarisation financière induite par un service onéreux. Les résultats de cette étude suggèrent que

cette réalité ne peut être survolée en contexte privé, et mérite d'être abordé rapidement en thérapie si l'enjeu est présent afin de poser un cadre clinique qui sera plus protecteur que vulnérabilisant.

À cet effet, Barnett (2017) émet des recommandations pour mieux encadrer cet enjeu éthique et clinique. D'une part, il recommande d'inscrire directement dans le formulaire de consentement que « le patient doit aviser son psychologue si sa situation financière change », de façon à ce que le thérapeute puisse ajuster son cadre de manière éthique en minimisant les préjudices pour le client et le psychologue; qui lui pourrait se retrouver avec des séances non payées. Si un psychologue est amené à contraindre un patient en vulnérabilité financière à payer ses séances, il court le risque de fragiliser l'alliance thérapeutique, de mettre à mal le travail thérapeutique, et potentiellement de se retrouver avec une plainte à l'ordre. Ainsi, une mention dans le formulaire de consentement permet de mieux anticiper et de répondre à cette situation. Si le contexte financier du patient vient à changer, le psychologue et patient doivent convenir d'un cadre différent (ex. : diminution de la fréquence) ou d'un tarif ajusté qui soit juste pour le patient et le psychologue. Cet ajustement doit être délimité dans le temps ou conditionnel à un événement précis (ex. : reprise d'emploi du patient). Une autre mesure est d'avoir des tarifs qui sont ajustés selon le revenu (*sliding scale*). Cette mesure a l'intérêt d'être plus équitable, mais elle vient aussi avec son niveau de complexité. La question de vérification des revenus peut se poser, et un revenu plus élevé n'est pas nécessairement une garantie de moyen plus élevé, surtout si le patient a plusieurs charges financières (ex. : plusieurs enfants, garant financier pour ses parents malades). Ainsi, un psychologue responsable et éthique se doit de songer à la question de l'argent à l'avance, car elle risque d'affecter une proportion significative de sa clientèle, soit 11 à 22,3 % selon la population (voir section 4.1.4).

4.2.3. Pertinence d'un autoportrait multidimensionnel dans l'évaluation psychologique

Il est impossible pour les psychologues de capter tous les renseignements cliniques pertinents lors d'une première séance d'évaluation, et chaque approche psychothérapeutique négocie cette limite différemment. Certaines approches vont privilégier des évaluations plus directives (ou structurées) avec des objectifs clairs et prédéterminés; tandis que d'autres approches, dont celles en psychodynamique, privilégient davantage des évaluations ouvertes et non directives qui laissent le patient se déployer dans sa subjectivité. Entre ces deux pôles, on trouve des évaluations semi-

structurées qui cherchent un équilibre entre l'identification des mécanismes psychologiques présumés, selon un cadre théorique donné, et l'ouverture à l'exploration de pistes cliniques moins apparentes, mais potentiellement importantes. Les évaluations plus ouvertes et non directives ont l'avantage de créer une meilleure alliance thérapeutique, mais peuvent avoir l'inconvénient de produire moins de renseignements cliniques durant l'évaluation (Morrison, 2018).

La TMM s'inscrit dans une vision semi-structurée de l'entretien et tente de faire une évaluation parcimonieuse, en utilisant notamment, des outils comme l'autoportrait multidimensionnel. Celui-ci est donné au patient en fin de première rencontre comme complément à l'évaluation, et les réponses sont révisées avec le psychologue en deuxième rencontre. Il permet de cerner le problème actuel, les antécédents, ainsi que les facteurs de maintien, et permet de faire un portrait général de la personne et de sa situation actuelle et passée. Par ailleurs, les résultats de cette recherche mettent en lumière que des profils de vulnérabilités apparents (idées suicidaires) et moins apparents (problèmes financiers) peuvent être captés par cet autoportrait multidimensionnel. Ainsi, à la lumière des résultats et des limites de l'évaluation clinique, il semble pertinent pour les psychologues, notamment d'approche cognitivo-comportementale, d'intégrer un tel questionnaire.

Notons qu'il existe différents éléments cliniques et facteurs de vulnérabilités importants qui sont susceptibles de ne pas être abordés par les patients. On peut penser à un trauma refoulé, un abus de substance « normalisé », un statut monoparental « honteux », un état de violence conjugale qui fait peur au patient, une maladie chronique perçue à tort comme non pertinente, la présence de maladie mentale dans la famille, etc. Ces thèmes importants pourraient être omis par les patients, par manque de connaissances en santé mentale (Furnham et Swami, 2018), ou omis à cause d'un sentiment de peur ou de honte (DeLong et Kahn, 2014). Cela permettrait alors d'avoir une évaluation plus complète, tout en donnant la souplesse d'avoir des explorations ouvertes du problème du patient, de façon à renforcer l'alliance. Dans les cas d'omission par peur ou par honte, un tel questionnaire serait moins susceptible de capter ces renseignements cliniques, mais aurait au minimum la fonction de signaler au patient l'importance de ces facteurs en contexte de psychothérapie.

Comme pour toute psychothérapie, le psychologue qui utilise un tel outil est amené à utiliser son jugement clinique pour trouver les convergences entre ses observations, durant l'évaluation, et les

résultats des questionnaires qu'il administre. C'est le cas de la thérapie des schémas qui utilise deux questionnaires approfondis dans son processus d'évaluation (entre les séances) pour clarifier le portrait clinique des schémas précoces inadaptés du patient (Young et al., 2003).

4.2.4. Importance des psychotropes en psychothérapie

Comme mentionné plus haut, la modalité biologique (*Drugs and Biology*) a une importance particulière dans la TMM, car elle permet de poser des bases importantes sur lesquelles la thérapie va s'appuyer. Cette modalité inclut notamment les prédispositions biologiques (ex. : historique de santé mentale de la famille), la présence de condition de santé particulière (ex. : maladie, handicap physique) et la prise de médication.

Cette proposition théorique est cohérente avec les résultats qui mettent en lumière une prévalence de psychotropes significative en contexte de services psychologiques, variant de 36,5 à 67,5 % selon l'échantillon (voir Tableau 3.5). Notons que les exigences de formation de l'OPQ (2021) des programmes de doctorat en psychologie qui stipule que : « [...] les notions de base en psychopharmacologie font partie des contenus qui doivent être abordés de façon systématique dans les programmes, et ce, tant dans les cours d'évaluation que dans les activités de formation pratique. » (p. 12).

Cela étant dit, les cours en psychopharmacologie ne sont pas obligatoires dans les cursus du baccalauréat et du doctorat, malgré une offre de cours qui varie d'une université à l'autre (Appendice K). Considérant que les psychotropes ont des effets significatifs sur une panoplie de mécanismes psychologiques et physiologiques directement liés au travail psychothérapeutique, dont les émotions, la mémoire, les cognitions, la prise de poids, la dysfonction érectile, le sommeil, etc. (Stolerman, 2010), et qu'ils sont présents dans une proportion non négligeable de patients en consultation psychologique, il serait judicieux de réviser les priorités de formations des psychologues.

Outre les bénéfices significatifs d'une intégration de la psychothérapie et pharmacothérapie pour la plupart des troubles du DSM-5 (Muse, 2018), l'implantation de cours obligatoires en psychopharmacologie au cycle supérieur permettrait de mieux préparer les jeunes psychologues à

cette réalité clinique. Ceux-ci bénéficieraient d'être minimalement formé sur le fonctionnement des psychotropes et sur leurs impacts symptomatologiques, psychologiques et subjectifs pour mieux potentialiser leurs traitements et leur collaboration avec les médecins (omnipraticiens et psychiatres).

4.3. Considérations méthodologiques

Cette étude comporte différentes forces et limites qui méritent d'être soulignées pour mettre les résultats en perspective. Les forces soulignent les éléments nouveaux qui sont mis de l'avant avec ce type de recherche, tandis que les limites aident à mieux comprendre la portée des résultats et les points à améliorer pour des recherches futures.

4.3.1. Forces

D'une part, cette étude offre un premier regard sur les profils cliniques de patients qui sont susceptibles de consulter en contexte de service psychologique de première ligne, dans un contexte privé. C'est donc un *proof of concept* qui permet d'envisager d'autres études du même genre sur des populations similaires, tout en établissant des points de repère utiles pour formuler de nouvelles questions et hypothèses pour des recherches futures. D'autre part, cette étude permet de mettre en lumière des implications cliniques à considérer pour l'évaluation des patients, des interventions à considérer dans le cadre d'une TMM, et des thèmes plus saillants à considérer dans la formation des futures psychologues.

Enfin, cette étude est une première tentative pour comprendre les motifs de consultation dans la formulation subjective des problèmes des patients. Dans une perspective d'ajustement aux besoins des patients, il est intéressant de comprendre comment ceux-ci s'imaginent leurs difficultés, de façon à mieux comprendre comment ils investiront le processus psychothérapeutique. En étant sensibles à la formulation subjective des patients, les psychologues peuvent mieux s'ajuster à leurs besoins et attentes.

4.3.2. Limites

Cette étude comporte aussi des limites dues au devis de recherche et à la nature des données non objectives. D'une part, cette étude ne relève qu'un seul point de mesure dans le temps : le début du suivi. Elle ne permet donc pas de voir l'effet des profils cliniques sur la progression des patients, ou sur leur attrition.

Une limite inhérente de l'étude rétrospective de dossiers est celle de travailler avec des données fournies, qui n'ont pas toujours été conçues dans l'optique de la recherche scientifique. C'est le cas de l'autoportrait multidimensionnel qui a d'abord été conçu comme un outil clinique, pour compléter l'évaluation faite par le psychologue, et non comme un outil scientifique.

4.3.2.1. Variabilité des réponses. L'autoportrait multidimensionnel contient différentes questions ouvertes qui donnent une grande variabilité dans les réponses selon les patients. Certaines sont très longues et détaillées, tandis que d'autres sont très courtes, peu détaillées et parfois ambiguës. Ceci implique que certaines réponses soient plus difficiles à interpréter et à catégoriser que d'autres. C'est une des raisons pour lesquelles les réponses de deux questions ont été utilisées pour catégoriser les motifs de consultations (II. a et II b). Une autre conséquence de cette variabilité qui n'apparaît pas dans les résultats a été celle d'exclure certaines questions, initialement envisagées dans le devis de recherche, parce qu'elles n'offrent pas suffisamment de fiabilité dans les réponses (ex : *Quels bénéfices espérez-vous tirer de la thérapie?*).

4.3.2.2. Déséquilibre dans les dimensions du questionnaire. La représentation des différentes dimensions du BASIC-ID, mesuré avec les mots-clés des questions III j et III k, n'est pas égale entre celles-ci. Les dimensions n'ont pas toutes le même nombre de mots clés et ne semblent pas toutes avoir la même validité apparente. Les dimensions des cognitions nuisibles, des affects négatifs et des sensations désagréables semblent avoir suffisamment d'items pour être représentatives des construits qui sont utilisés en TCC, mais celle des comportements problématiques semble manquer d'items pour bien représenter ce construit. Des items qui réfèrent à l'impulsivité, l'évitement, la procrastination, ou tout autre comportement problématique, qui sont souvent évoqués en TCC, auraient potentiellement permis d'avoir une mesure qui permette de

mieux identifier ce construit chez les patients, et par conséquent, de mieux déceler des différences dans l'échantillon.

4.3.2.3. Formulation des questions. Notons que les questions de l'Autoportrait multidimensionnel n'ont pas été formulées pour un contexte de recherche, ce qui donne moins de variabilité dans les réponses. Par exemple, la question II.c qui évalue la gravité autorapportée du problème, propose des mots clés de gravités qui sont plus ou moins bien calibrées pour permettre une variabilité dans les réponses (1 (pas du tout), 2 (un peu) 3 (passablement), 4 (beaucoup) et 5 (totalement)) en comparaison à la version anglaise (*Mildly upsetting, Moderately upsetting, Very severe, Extremely severe, Totally incapacitating*) (Lazarus, 1997, p. 131). Cet élément peut provoquer dans certains cas une absence de variabilité dans les résultats (voir Figure 3.1). Par conséquent, il est difficile de mesurer correctement la covariance de la gravité du problème des patients avec leurs symptômes autorapportés. Autre exemple, à la question II.d (Qui avez-vous consulté à propos de vos difficultés actuelles?), il est difficile d'obtenir des résultats fiables pour identifier la source de référencement. La formulation porte à confusion pour certains patients, car beaucoup ont indiqué le nom du psychologue traitant. Il n'est donc pas clair comment les patients auraient répondu si la question avait été posée autrement. Ces différences de formulations ont généralement peu d'impact dans un contexte clinique, car des vérifications peuvent être faites de vive voix en séance durant la deuxième rencontre, une fois les résultats de l'autoportrait en main. Or, dans un contexte de recherche, cela provoque des limites dans la validité de contenu et la variabilité des réponses.

4.3.2.4. Validité interne des construits identifiés. Étant donné que l'autoportrait multidimensionnel mesure différents construits cliniques de manière non scientifique, posant un enjeu de validité interne, il peut être périlleux de proposer des explications qui se réfèrent à d'autres construits psychologiques connus et valides dans la littérature scientifique. Par exemple, les patients qui ont encerclé les mots clés « pensées suicidaires » présentent plus de symptômes négatifs autorapportés. Mais cela ne suggère pas que ce serait le thème de la suicidalité qui est en cause pour expliquer les symptômes autorapportés plus importants, car il n'a pas été mesuré. Hormis cette limite, qui impacte la portée des résultats, ceux-ci permettent tout de même d'identifier des tendances dans cette population, de manière à nourrir des hypothèses et devis de recherche qui chercheraient à approfondir ces thèmes.

En somme, les limites inhérentes au devis de recherche et à la nature des données peuvent expliquer le peu de différences identifiées pour les sexes et pourquoi il n'a pas été possible d'en identifier pour l'âge.

4.4. Avenues de recherche future

À la lumière des forces et limites de cette étude, il est possible d'envisager comment de nouvelles études de dossiers pourraient être conçues afin d'approfondir certains thèmes sur les données existantes, ou qui seraient conçus en vue de construire une nouvelle base de données.

4.4.1. Approfondir l'étude de dossiers

Une étude de dossiers plus approfondie, basée sur les mêmes variables, mais avec des outils supplémentaires faisant partie du dossier, pourrait être envisagée. Les considérations éthiques et méthodologiques seraient potentiellement les mêmes que pour cette recherche.

Par ailleurs, il serait intéressant de faire des analyses croisées avec certains mots clés précis qui n'ont pas été explorés, dont par exemple : « alcoolisme » et « prend de la drogue ». Il y aurait aussi une exploration à faire en lien avec les questions relatives à l'intégration sociale dont : « III. p) Avez-vous déjà été intimidé(e) ou agacé(e)? », « III. q) Vous faites-vous des ami(e)s facilement? » et « III. r) Conservez-vous vos ami(e)s? ».

De plus, la section IV portant sur l'histoire familiale de l'autoportrait multidimensionnel semble contenir des questions qui pourraient potentiellement offrir des éclairages sur les patterns relationnels et styles d'attachement des patients. Pour explorer cette section, il serait alors nécessaire de concevoir un devis mixte, car ces données sont qualitatives et issues de questions à développement. Cette section fournit des informations indirectes sur la structure familiale, avec les informations sur les frères et sœurs, les parents, et les problèmes de santé (questions : a, b, c, p), sur le climat familial, avec les relations dans la fratrie et des parents (questions : d et h), et sur la qualité de la relation du patient avec ses parents (questions : e, f, g, i, j, k). Ces données pourraient alors être croisées avec les autres résultats mis en lumière dans cette étude et la question c) de la section III qui demande notamment si le patient a eu une enfance heureuse et/ou malheureuse.

L'étude de dossiers rétrospective pourrait aussi être approfondie en utilisant des données longitudinales à partir des fiches de fermetures contenues dans le dossier des patients. L'ajout de ces fiches, qui ont de l'information sur la réponse au traitement, pourrait donner un éclairage supplémentaire sur l'issue du traitement, sa durée et le taux d'attrition.

Une autre étude aura le défi de s'assurer de la fiabilité des résultats obtenus, c'est-à-dire, que les résultats aient une certaine constance dans les éléments de réponses pour en déduire des informations cliniques qui sont exploitables. Par exemple, durant l'exploration initiale des données, la question « Quels bénéfices espérez-vous retirer de la thérapie, du traitement? » était envisagée pour comprendre les attentes des patients vis-à-vis la psychothérapie. Il a été constaté qu'il y avait une trop grande variabilité dans les réponses, allant d'affirmations vagues : « redevenir forte », « ménager dans ma tête », « me sentir mieux » à des affirmations plus précises et élaborées « Me donner des outils pour gérer des situations d'anxiété », « Mieux gérer mes émotions et réceptions face aux conflits avec ma belle-fille », « Retrouver ma joie de vivre et le goût de pratiquer mes loisirs. Retrouver un moyen de me réaliser professionnellement ». Cette question a donc été exclue du devis de recherche, car il était difficile d'envisager comment ces données seraient exploitables.

4.4.2. Nouvelles études de dossiers

Une étude de dossiers fondée sur une base enrichie de données qui serait construite dans des optiques de mettre en lumière les profils cliniques des patients en soins psychologiques de première ligne, peut aussi être envisagée. Le potentiel de recherche est particulièrement vaste, mais des considérations méthodologiques seraient à entrevoir, pour pallier aux limites présentées dans l'étude, et les considérations éthiques seraient très différentes.

4.4.2.1. Considérations méthodologiques. Tout d'abord, pour adresser l'enjeu de validité des construits, des outils plus scientifiques, et qui ont aussi une pertinence clinique, pourraient être employés. Cela faciliterait les comparaisons des construits cliniques avec d'autres études scientifiques qui utilisent des outils standardisés. Aussi, l'usage d'un autoportrait multidimensionnel peut être envisagé en reformulant certaines questions ouvertes, de façon à avoir plus de fiabilité et de variabilité dans les réponses. Dans une perspective de continuer avec l'approche multidimensionnelle de Lazarus (1997), il serait nécessaire de retravailler d'ajouter des

mots clés à la modalité comportemental et potentiellement pertinent d'ajouter les deux outils supplémentaires de Lazarus qui permettent d'identifier les profils multimodaux des patients (*Structural Profil Inventory; Expanded Structural Profile*) (1997, p.143-144; p.145-150).

Finalement, il serait pertinent d'étendre l'étude à d'autres psychologues et potentiellement d'autres cliniques, selon la population ciblée. Cela permettrait de contrôler pour les biais de sélection du psychologue dû au sexe, l'approche théorique, la popularité, le style de pratique (ex. : directif ou non directif), ou tout autre biais de sélection des patients. Tandis qu'un élargissement des cliniques impliquées pour une telle étude contrôlerait pour les biais de sélection dus à l'emplacement, les tarifs, les types de référencement, etc.

4.4.2.2. Considérations éthiques. Selon le contexte, une étude de dossiers prospective pourrait impliquer des enjeux éthiques plus importants, car elle impliquerait d'avoir un consentement libre et éclairé des patients au début de leur psychothérapie. Cela nécessiterait d'avoir une clause supplémentaire dans le formulaire de consentement et de fournir une explication de vive voix sur le but de la recherche et la nature des données qui seraient conservées. Cela viendrait ajouter un biais de sélection pour les patients qui choisiraient de participer à une telle étude.

Malgré l'anonymisation des résultats, ce processus éthique aurait sans doute l'effet de créer une tension entre le besoin clinique d'établir un lien de confiance en début de psychothérapie, basée sur la confidentialité, et l'objectif de recherche qui aurait l'effet probable d'élargir la confidentialité aux chercheurs-collaborateurs qui auront le mandat d'analyser les résultats. De plus, cet ajout de structure pourrait aller à l'encontre de certaines approches psychothérapeutiques qui sont moins structurées et directives.

Considérant qu'il y a déjà des barrières émotionnelles chez les patients pour amorcer une psychothérapie (Mohr, et. al. 2006), certains psychologues pourraient considérer que la participation à ce type de recherche n'est pas dans le meilleur intérêt du patient. Cela pourrait fragiliser l'établissement du lien, qui n'est pas facile avec certaines catégories de patients (ex. : trauma complexe (Pearlman et Courtois, 2005), troubles de la personnalité (Bender, 2005)). De plus, dans un contexte social où des scandales de diffusion des données de patients en santé mentale font les manchettes (ex. : fuite de données d'une grosse clinique de santé mentale en Suède

(Ralston, 2021), vente d'information clinique de patients en thérapie par BetterHelp aux États-Unis (Federal Trade Commission (FTC), 2023), il est compréhensible que la diffusion des données des patients puisse refroidir certains psychologues.

Les milieux hospitaliers sont potentiellement moins incommodés par ce type de questionnement éthique, car le partage d'information entre professionnelles, qui implique une confidentialité partagée dans l'équipe pluridisciplinaire, est beaucoup plus courant et socialement accepté que dans les cliniques privées.

Ainsi, les considérations éthiques d'un tel devis de recherche impliqueraient de trouver un équilibre entre les intérêts cliniques du patient, notamment dans l'établissement de la relation de confiance en début de suivi et les intérêts de recherche.

4.4.2.3. Potentiel de recherche. Le potentiel de recherche est large, car il y a très peu d'études qui se sont penchées sur les caractéristiques cliniques des patients dans un contexte de service psychologique de premiers soins, particulièrement dans le milieu privé. Un devis de recherche, conçu dans cette optique, pourrait alors ajouter différents outils standardisés, selon différentes approches théoriques. Ce qui aurait l'effet de bonifier la compréhension des différents profils cliniques dans ces contextes de pratiques.

Par exemple, il serait possible d'ajouter d'autres caractéristiques psychologiques dont la compassion de soi (Neff, 2003), qui est protecteur contre l'anxiété et de la dépression (Neff, 2012) ; la conscience psychologique (*psychological mindedness*), qui a un effet sur les attentes et l'engagement des patients en psychothérapie (Beite, et al., 2009); la réactance qui impacte la prédisposition à des psychothérapies structurées ou plus ouvertes (Norcross et al., 2019), les styles de coping (ex : externalisé et internalisé), qui implique des approches psychothérapeutiques différentes (Norcross et al., 2019).

D'autres outils, relatifs au processus, pourraient aussi être envisagés. Par exemple, les patients pourraient remplir des questionnaires qui mesurent les attentes relatives à l'issue du traitement (*outcome expectations*) et relatives au traitement (*treatment expectations*), car elles ont une panoplie d'effets importants sur différents facteurs thérapeutiques (Constantino et al., 2012). Dans

un thème similaire, des mesures relatives à la motivation au changement, est aussi une caractéristique importante à envisager, car elle joue un rôle important dans l'engagement du patient et dans l'issue positive de son processus thérapeutique (Krebs et al., 2019).

Outre ces suggestions, les résultats de cet essai ouvrent déjà la voie à quelques questions de recherche à explorer. D'abord, il est curieux de constater qu'après un certain âge, les adultes sont beaucoup moins susceptibles de se présenter en psychothérapie. Serait-ce parce que les personnes âgées en ont moins besoin, comme le suggère le profil des patients à la retraite? Ou est-ce parce que les personnes âgées sont moins confiantes que ce type de service leur serait utile?

Ensuite, il est ressorti que les enjeux d'estime de soi sont plus présents chez les patients avec un diplôme d'étude collégiale que pour les autres niveaux de scolarité. Cela pose la question si certains enjeux psychologiques, comme l'estime de soi, touchent plus certains parcours professionnels que d'autres? Malgré l'universalité de la condition humaine, il est facile d'imaginer que les cohortes de professionnels (ex. : médecins) n'aient pas tout à fait les mêmes enjeux psychologiques que les employés avec des techniques collégiales, les responsables de vente au détail, ou les travailleurs dans les industries lourdes.

Puis, il est pertinent de se poser la question si les problèmes financiers, comme indicateur de vulnérabilité psychologique, ne devraient pas être plus souvent intégrés dans les études cliniques en psychologie. La condition financière des patients ne serait pas uniquement une des causes de difficulté des patients, mais peut-être aussi un indicateur important d'un fonctionnement psychologique fragile que les psychologues ont tendance à sous-estimer.

Finalement, on peut se questionner à savoir si le développement d'une taxonomie plus précise sur les motifs subjectifs de consultations serait pertinent pour aider à cerner les besoins et attentes des patients. Un parallèle peut être fait avec les études de marché en marketing, qui sont conçues pour mieux répondre aux attentes et besoins des consommateurs : Qui achète notre produit? Quelles sont leurs caractéristiques? Pourquoi les gens achètent-ils notre produit? Comment pensent-ils que notre produit sera aidant? Comment utiliseront-ils notre produit? Bien que cette perspective puisse rebuter certains psychologues qui perçoivent leur service comme une expérience de développement personnelle qui transcende le paradigme socioéconomique dominant, elle mérite d'être posée, car

la psychothérapie est une dépense importante. L'idée n'est pas de transformer la psychothérapie en un produit de consommation où tout est conçu pour accommoder les désirs du consommateur, ce qui serait contre-thérapeutique, mais d'être sensible aux caractéristiques, besoins et attentes des patients, à partir de leur perspective de ce qu'est la psychothérapie, et comment elle répondra à leur besoin.

En somme, les recherches futures ont le potentiel d'approfondir notre compréhension des caractéristiques cliniques des patients qui consultent pour des services psychologiques de première ligne. Cela, en ayant un haut niveau de validité écologique, et offrant de nouvelles pistes de compréhensions qui auront des implications cliniques pour les psychothérapeutes, dans leurs évaluations et interventions, et pour l'OPQ dans le raffinement des priorités de formation des psychologues.

CONCLUSION

Cet essai avait pour objectif de décrire les caractéristiques cliniques des adultes dépressifs et anxieux qui consultent pour des soins psychologiques de première ligne et d'identifier de potentielles différences selon le sexe et l'âge.

Pour ce faire, la méthode d'étude rétrospective de dossiers a été employée sur une banque de donnée de 235 patients. Les réponses aux 13 questions de l'autoportrait multidimensionnel de Lazarus (1997) ont été décortiquées et transformées en 20 variables. Au niveau statistique, des analyses descriptives, de khi-carré, des tests-t et des ANOVAS ont été employés. Les analyses descriptives ont d'abord permis de dresser un portrait global de la clientèle au niveau des variables sociodémographiques et cliniques, et de les comparer avec d'autres bases de données issues d'enquêtes en santé mentale. Concernant les analyses comparatives, quelques différences ont été identifiées pour le sexe pour les symptômes autorapportés et les motifs de consultation, mais aucune différence notable n'est ressortie pour l'âge. Des analyses post-hoc ont mis de l'avant quelques différences intéressantes pour d'autres sous-groupes de l'échantillon qui ne faisait pas partie de la question de recherche.

En somme, cet essai a permis d'établir quelques points de repère cliniques intéressants pour mieux comprendre les caractéristiques cliniques d'adultes dépressif et anxieux qui consultent pour des soins psychologiques de première ligne. Lesquels permettent d'émettre de nouvelles hypothèses pour des recherches futures et proposer des ajustements pour certaines interventions et des pistes de formations à considérer pour les jeunes psychologues. De plus, cette étude réaffirme la pertinence de l'étude rétrospective de dossiers dans un contexte de service psychologique de première ligne.

ANNEXE A

Méthode et syntaxe de la recension des écrits

PSYCHINFO	
1-USAGERS AVEC DES PRÉSENTATIONS ANXIO-DÉPRESSIVES	(KEYWORDS:"Disruptive Mood Dysregulation Disorder" OR KEYWORDS:"Bipolar Disorder" OR KEYWORDS:"Major Depression" OR KEYWORDS : "Seasonal Affective Disorder" OR KEYWORDS : " Dysthymic Disorder" OR KEYWORDS:"Anxiety Disorders" OR KEYWORDS:"Trichotillomania" OR KEYWORDS:"Separation Anxiety Disorder" OR KEYWORDS:"Phobias" OR KEYWORDS:"Panic Disorder" OR KEYWORDS:"Panic Attack" OR KEYWORDS:"Obsessive Compulsive Disorder" OR KEYWORDS:"Generalized Anxiety Disorder" OR KEYWORDS:"Castration Anxiety" OR KEYWORDS: "Psychiatric Symptoms" OR KEYWORDS: "Symptoms checklists" OR KEYWORDS: "Externalizing Symptoms" OR KEYWORDS: "internalizing symptoms" OR KEYWORDS:"Affective Disorders")
2-CLINIQUE DE PSYCHOTHÉRAPIE	(KEYWORDS:"Clinical Practice" OR KEYWORDS:Psychotherapy OR KEYWORDS:"Counseling" OR KEYWORDS:"Professional Consultation" OR KEYWORDS:"individual psychotherapy" OR (KEYWORDS:"first line" AND KEYWORDS:MENTAL*) OR KEYWORDS:"Outpatient Treatment")
3- CARACTÉRISTIQUES DES USAGERS	(KEYWORDS:"Client Characteristics" OR KEYWORDS:"Psychological traits" OR KEYWORDS: "Patient History" OR KEYWORDS: "Psychiatric Symptoms" OR KEYWORDS: "Symptoms checklists" OR KEYWORDS: "Externalizing Symptoms" OR KEYWORDS: "internalizing symptoms" OR KEYWORDS:Demograph* OR KEYWORDS:Characterist*)
4- CRITÈRES D'EXCLUSION	(KEYWORDS:" Infant Development" OR KEYWORDS: "Postnatal Period" OR KEYWORDS:" Baby" OR KEYWORDS:" Babies" OR KEYWORDS:" child" OR KEYWORDS:" toddler" OR KEYWORDS:"Adolescent" OR KEYWORDS:"National Longitudinal Study of Adolescent Health" OR KEYWORDS:"Adolescent Development" OR KEYWORDS:"Adolescent Health Services" OR KEYWORDS:"Adolescent, Institutionalized" OR KEYWORDS:"Adolescent, Hospitalized" OR KEYWORDS:"Psychology, Adolescent" OR KEYWORDS:"Adolescent Psychiatry" OR KEYWORDS:"Adolescent Medicine" OR KEYWORDS:"Adolescent Behavior" OR KEYWORDS:"Adolescent Health" OR KEYWORDS:"Child" OR KEYWORDS:"Disabled Children" OR KEYWORDS:"Child of Impaired Parents" OR KEYWORDS:"Child, Orphaned" OR KEYWORDS:"Only Child" OR KEYWORDS:"Child, Unwanted" OR KEYWORDS:"Child, Preschool" OR KEYWORDS:"Child, Institutionalized" OR KEYWORDS:"Child, Hospitalized" OR KEYWORDS:"Child, Gifted" OR KEYWORDS:"Child, Exceptional" OR KEYWORDS:"Child, Abandoned" OR KEYWORDS:"Infant" OR KEYWORDS:"Infant Death" OR KEYWORDS:"Infant, Extremely Premature" OR KEYWORDS:"Infant Behavior" OR KEYWORDS:"Infant, Premature" OR KEYWORDS:"Adolescent" OR KEYWORDS:adolescents OR KEYWORDS:"National Longitudinal Study of Adolescent Health" OR KEYWORDS:"Adolescent Development" OR KEYWORDS:"Adolescent Health Services" OR KEYWORDS:"Adolescent Psychiatry" OR KEYWORDS:"Adolescent Medicine" OR KEYWORDS:"Adolescent Behavior" OR KEYWORDS:"Adolescent Health" OR KEYWORDS:"Child" OR KEYWORDS:"Disabled Children" OR KEYWORDS:"Only Child" OR KEYWORDS:"Infant" OR KEYWORDS:"Infant Death" OR

	KEYWORDS:"Infant Behavior" OR KEYWORDS:child* OR KEYWORDS:adolescen* OR KEYWORDS:infant OR KEYWORDS:child OR KEYWORDS:child OR KEYWORDS:infant OR KEYWORDS:child* OR KEYWORDS:toddler* OR KEYWORDS:babies)
1 AND 2 AND 3 AND 4	(KEYWORDS:"Disruptive Mood Dysregulation Disorder" OR KEYWORDS:"Bipolar Disorder" OR KEYWORDS:"Major Depression" OR KEYWORDS : "Seasonal Affective Disorder" OR KEYWORDS : " Dysthymic Disorder" OR KEYWORDS:"Anxiety Disorders" OR KEYWORDS:"Trichotillomania" OR KEYWORDS:"Separation Anxiety Disorder" OR KEYWORDS:"Phobias" OR KEYWORDS:"Panic Disorder" OR KEYWORDS:"Panic Attack" OR KEYWORDS:"Obsessive Compulsive Disorder" OR KEYWORDS:"Generalized Anxiety Disorder" OR KEYWORDS:"Castration Anxiety" OR KEYWORDS: "Psychiatric Symptoms" OR KEYWORDS: "Symptoms checklists" OR KEYWORDS: "Externalizing Symptoms" OR KEYWORDS: "internalizing symptoms" OR KEYWORDS:"Affective Disorders") AND (KEYWORDS:"Clinical Practice" OR KEYWORDS:Psychotherapy OR KEYWORDS:"Counseling" OR KEYWORDS:"Professional Consultation" OR KEYWORDS:"individual psychotherapy" OR (KEYWORDS:"first line" AND KEYWORDS:MENTAL*) OR KEYWORDS:"Outpatient Treatment") AND (KEYWORDS:"Client Characteristics" OR KEYWORDS:"Psychological traits" OR KEYWORDS: "Patient History" OR KEYWORDS: "Psychiatric Symptoms" OR KEYWORDS: "Symptoms checklists" OR KEYWORDS: "Externalizing Symptoms" OR KEYWORDS: "internalizing symptoms" OR KEYWORDS:Demograph* OR KEYWORDS:Characterist*) NOT (KEYWORDS:" Infant Development" OR KEYWORDS: "Postnatal Period" OR KEYWORDS:" Baby" OR KEYWORDS:" Babies" OR KEYWORDS:" child" OR KEYWORDS:" toddler" OR KEYWORDS:"Adolescent" OR KEYWORDS:"National Longitudinal Study of Adolescent Health" OR KEYWORDS:"Adolescent Development" OR KEYWORDS:"Adolescent Health Services" OR KEYWORDS:"Adolescent, Institutionalized" OR KEYWORDS:"Adolescent, Hospitalized" OR KEYWORDS:"Psychology, Adolescent" OR KEYWORDS:"Adolescent Psychiatry" OR KEYWORDS:"Adolescent Medicine" OR KEYWORDS:"Adolescent Behavior" OR KEYWORDS:"Adolescent Health" OR KEYWORDS:"Child" OR KEYWORDS:"Disabled Children" OR KEYWORDS:"Child of Impaired Parents" OR KEYWORDS:"Child, Orphaned" OR KEYWORDS:"Only Child" OR KEYWORDS:"Child, Unwanted" OR KEYWORDS:"Child, Preschool" OR KEYWORDS:"Child, Institutionalized" OR KEYWORDS:"Child, Hospitalized" OR KEYWORDS:"Child, Gifted" OR KEYWORDS:"Child, Exceptional" OR KEYWORDS:"Child, Abandoned" OR KEYWORDS:"Infant" OR KEYWORDS:"Infant Death" OR KEYWORDS:"Infant, Extremely Premature" OR KEYWORDS:"Infant Behavior" OR KEYWORDS:"Infant, Premature" OR KEYWORDS:"Adolescent" OR KEYWORDS:adolescents OR KEYWORDS:"National Longitudinal Study of Adolescent Health" OR KEYWORDS:"Adolescent Development" OR KEYWORDS:"Adolescent Health Services" OR KEYWORDS:"Adolescent Psychiatry" OR KEYWORDS:"Adolescent Medicine" OR KEYWORDS:"Adolescent Behavior" OR KEYWORDS:"Adolescent Health" OR KEYWORDS:"Child" OR KEYWORDS:"Disabled Children" OR KEYWORDS:"Only Child" OR KEYWORDS:"Infant" OR KEYWORDS:"Infant Death" OR KEYWORDS:"Infant Behavior" OR KEYWORDS:child* OR KEYWORDS:adolescen* OR KEYWORDS:infant OR KEYWORDS:child OR KEYWORDS:child OR KEYWORDS:infant OR KEYWORDS:child* OR KEYWORDS:toddler* OR KEYWORDS:babies)

PubMed	
1-USAGERS AVEC DES PRÉSENTATIONS ANXIO-DÉPRESSIVES	("Mental Disorders"[Mesh] OR "Mental Disorders"[TI] OR "Disruptive Mood Dysregulation Disorder"[TI] OR "Bipolar Disorder"[TI] OR "Major Depression"[TI] OR "Seasonal Affective Disorder"[TI] OR "Dysthymic Disorder"[TI] OR "Anxiety Disorders"[TI] OR "Trichotillomania"[TI] OR "Separation Anxiety Disorder"[TI] OR "Phobias"[TI] OR "Panic Disorder"[TI] OR "Panic Attack"[TI] OR "Obsessive Compulsive Disorder"[TI] OR "Generalized Anxiety Disorder"[TI] OR "Castration Anxiety"[TI] OR "Psychiatric Symptoms"[TI] OR "Externalizing Symptoms"[TI] OR "internalizing symptoms"[TI] OR "Affective Disorders"[TI])
2-CLINIQUE DE PSYCHOTHÉRAPIE	("Client Characteristics"[TI] OR "Patient characteristics"[TI] OR "Psychological traits"[TI] OR "Patient History"[TI] OR "Clinical profile"[TI] OR ("demograph*" [TI] AND "characterist*" [TI]))
3-CARACTÉRISTIQUES DES USAGERS	("psychotherapy"[Mesh] OR "Counseling"[Mesh] OR "individual psychotherapy"[TI])
4- CRITÈRES D'EXCLUSION	((("Adolescent"[Mesh] OR "National Longitudinal Study of Adolescent Health"[Mesh] OR "Adolescent Development"[Mesh] OR "Adolescent Health Services"[Mesh] OR "Adolescent, Institutionalized"[Mesh] OR "Adolescent, Hospitalized"[Mesh] OR "Psychology, Adolescent"[Mesh] OR "Adolescent Psychiatry"[Mesh] OR "Adolescent Medicine"[Mesh] OR "Adolescent Behavior"[Mesh] OR "Adolescent Health"[Mesh]) OR ("Child"[Mesh] OR "Disabled Children"[Mesh] OR "Child of Impaired Parents"[Mesh] OR "Child, Orphaned"[Mesh] OR "Only Child"[Mesh] OR "Child, Unwanted"[Mesh] OR "Child, Preschool"[Mesh] OR "Child, Institutionalized"[Mesh] OR "Child, Hospitalized"[Mesh] OR "Child, Gifted"[Mesh] OR "Child, Exceptional"[Mesh] OR "Child, Abandoned"[Mesh]) OR ("Infant"[Mesh] OR "Infant Death"[Mesh] OR "Infant, Extremely Premature"[Mesh] OR "Infant Behavior"[Mesh] OR "Infant, Premature"[Mesh]) OR ("Adolescent"[TI] OR adolescents[TI] OR "National Longitudinal Study of Adolescent Health"[TI] OR "Adolescent Development"[TI] OR "Adolescent Health Services"[TI] OR "Adolescent Psychiatry"[TI] OR "Adolescent Medicine"[TI] OR "Adolescent Behavior"[TI] OR "Adolescent Health"[TI]) OR ("Child"[TI] OR "Disabled Children"[TI] OR "Only Child"[TI]) OR ("Infant"[TI] OR "Infant Death"[TI] OR "Infant Behavior"[TI]))
1 AND 2 AND 3 AND 4	("Mental Disorders"[Mesh] OR "Mental Disorders"[TI] OR "Disruptive Mood Dysregulation Disorder"[TI] OR "Bipolar Disorder"[TI] OR "Major Depression"[TI] OR "Seasonal Affective Disorder"[TI] OR "Dysthymic Disorder"[TI] OR "Anxiety Disorders"[TI] OR "Trichotillomania"[TI] OR "Separation Anxiety Disorder"[TI] OR "Phobias"[TI] OR "Panic Disorder"[TI] OR "Panic Attack"[TI] OR "Obsessive Compulsive Disorder"[TI] OR "Generalized Anxiety Disorder"[TI] OR "Castration Anxiety"[TI] OR "Psychiatric Symptoms"[TI] OR "Externalizing Symptoms"[TI] OR "internalizing symptoms"[TI] OR "Affective Disorders"[TI]) AND ("Client Characteristics"[TI] OR "Patient characteristics"[TI] OR "Psychological traits"[TI] OR "Patient History"[TI] OR "Clinical profile"[TI] OR ("demograph*" [TI] AND "characterist*" [TI])) AND ("psychotherapy"[Mesh] OR "Counseling"[Mesh] OR "individual psychotherapy"[TI]) NOT ((("Adolescent"[Mesh] OR "National Longitudinal Study of Adolescent Health"[Mesh] OR "Adolescent Development"[Mesh] OR "Adolescent Health Services"[Mesh] OR "Adolescent, Institutionalized"[Mesh] OR "Adolescent, Hospitalized"[Mesh] OR "Psychology, Adolescent"[Mesh] OR "Adolescent Psychiatry"[Mesh] OR "Adolescent Medicine"[Mesh] OR "Adolescent Behavior"[Mesh] OR "Adolescent Health"[Mesh]) OR ("Child"[Mesh] OR "Disabled Children"[Mesh] OR "Child of Impaired Parents"[Mesh] OR "Child, Orphaned"[Mesh] OR "Only Child"[Mesh] OR "Child, Unwanted"[Mesh] OR "Child, Preschool"[Mesh] OR "Child, Institutionalized"[Mesh] OR "Child, Hospitalized"[Mesh] OR "Child, Gifted"[Mesh] OR "Child, Exceptional"[Mesh] OR "Child, Abandoned"[Mesh]) OR ("Infant"[Mesh] OR "Infant Death"[Mesh] OR "Infant, Extremely Premature"[Mesh] OR "Infant Behavior"[Mesh] OR "Infant, Premature"[Mesh]) OR ("Adolescent"[TI] OR adolescents[TI] OR "National Longitudinal Study of Adolescent Health"[TI] OR "Adolescent Development"[TI] OR "Adolescent Health Services"[TI] OR "Adolescent Psychiatry"[TI] OR "Adolescent Medicine"[TI] OR "Adolescent Behavior"[TI] OR "Adolescent Health"[TI]) OR ("Child"[TI] OR "Disabled Children"[TI] OR "Only Child"[TI]) OR ("Infant"[TI] OR "Infant Death"[TI] OR "Infant Behavior"[TI]))

	<p>Services"[Mesh] OR "Adolescent, Institutionalized"[Mesh] OR "Adolescent, Hospitalized"[Mesh] OR "Psychology, Adolescent"[Mesh] OR "Adolescent Psychiatry"[Mesh] OR "Adolescent Medicine"[Mesh] OR "Adolescent Behavior"[Mesh] OR "Adolescent Health"[Mesh]) OR ("Child"[Mesh] OR "Disabled Children"[Mesh] OR "Child of Impaired Parents"[Mesh] OR "Child, Orphaned"[Mesh] OR "Only Child"[Mesh] OR "Child, Unwanted"[Mesh] OR "Child, Preschool"[Mesh] OR "Child, Institutionalized"[Mesh] OR "Child, Hospitalized"[Mesh] OR "Child, Gifted"[Mesh] OR "Child, Exceptional"[Mesh] OR "Child, Abandoned"[Mesh]) OR ("Infant"[Mesh] OR "Infant Death"[Mesh] OR "Infant, Extremely Premature"[Mesh] OR "Infant Behavior"[Mesh] OR "Infant, Premature"[Mesh]) OR ("Adolescent"[TI] OR adolescents[TI] OR "National Longitudinal Study of Adolescent Health"[TI] OR "Adolescent Development"[TI] OR "Adolescent Health Services"[TI] OR "Adolescent Psychiatry"[TI] OR "Adolescent Medicine"[TI] OR "Adolescent Behavior"[TI] OR "Adolescent Health"[TI]) OR ("Child"[TI] OR "Disabled Children"[TI] OR "Only Child"[TI]) OR ("Infant"[TI] OR "Infant Death"[TI] OR "Infant Behavior"[TI])</p>
--	--

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1 De la difficulté à vous endormir, à rester endormi (e), ou au contraire une tendance à trop dormir ? | oui | non |
| 2 De la fatigue ou un manque d'énergie ? | oui | non |
| 3 Un manque ou un excès d'appétit ? | oui | non |
| 4 Un manque d'intérêt ou de plaisir dans vos activités habituelles ? | oui | non |
| 5 Un sentiment d'abattement, de dépression ou de désespoir ? | oui | non |
| 6 Une mauvaise opinion de vous-même – l'impression que vous êtes un(e) raté (e) _ ou que vous n'êtes pas à la hauteur, à vos yeux ou à ceux de votre famille ? | oui | non |
| 7 De la difficulté à vous concentrer, p. ex., pour lire ou regarder la tv ? | oui | non |
| 8. Une tension ou une agitation telle que vous n'avez pas cessé de vous lever et de bouger ? | | |
| 9. Si non : Avez-vous eu, au contraire, l'impression de parler ou de bouger si lentement que votre entourage aurait pu s'en apercevoir ?
Considérez la réponse globale comme positive si l'une ou l'autre des réponses partielles est oui, ou si vous observez une agitation ou un ralentissement psychomoteur pendant l'interview. | oui | non |
| 10 Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous souhaité mourir ou pensé vous faire du mal ?
Si oui : dites-m'en plus à ce sujet. | oui | non |

Si vous avez obtenu au moins 5 OUI aux questions 1-10 (dont un à la question 4 ou 5) :

oui	non
Trouble dépressif majeur	
<hr/>	
Passez à la question 13	

MODULE 2 : TROUBLES ANXIEUX

TROUBLE PANIQUE

Si le (la) patient (e) a répondu NON à la question 5 de la première page, passez à la question 32.

- 11 Vous avez indiqué que vous avez eu une attaque d'anxiété. Cela s'est-t-il déjà produit auparavant ? oui Non
- 12 L'attaque arrive-t-elle quelques fois **par surprise** ? **Si nécessaire, précisez** : C'est-à-dire quand vous ne vous attendez pas à vous sentir mal à l'aise ni nerveux (se) ? oui Non
Passez à la question 32
- 13 Craignez-vous grandement d'avoir une autre attaque ou qu'il y ait quelque chose qui cloche en vous ? **Répondez OUI, si cette crainte a déjà existé.** oui Non
Passez à la question 32

Pensez à la dernière attaque grave que vous avez subie.

Passez à la question 32 dès que le (la) patient(e) a confirmé l'apparition de **4 des symptômes** suivants pendant sa dernière attaque :

- | | | |
|--|---|---|
| 14. <input type="checkbox"/> Eu de la peine à respirer ? | 15. <input type="checkbox"/> Eu l'impression de suffoquer ? | 16. <input type="checkbox"/> Eu une impression de vertige, d'instabilité ou que vous alliez perdre connaissance ? |
| 17. <input type="checkbox"/> Ressenti des palpitations ? | 18. <input type="checkbox"/> Eu des bouffées de chaleur ou des frissons ? | 19. <input type="checkbox"/> Senti des picotements ou un engourdissement dans certaines parties de votre corps ? |
| 20. <input type="checkbox"/> Ressenti une douleur ou une pression dans la poitrine ? | 21. <input type="checkbox"/> Eu de la nausée, un poids sur l'estomac, ou l'impression que vous alliez avoir la diarrhée ? | 22. <input type="checkbox"/> Ressenti des tremblements ? |
| 23. <input type="checkbox"/> Transpiré abondamment ? | | 24. <input type="checkbox"/> Eu peur de mourir |

Si vous avez obtenu des réponses positives à 4 (au moins) des questions 18 à 28 :

oui trouble panique	non Trouble anxieux non spécifié par ailleurs
----------------------------------	---

ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

25 **Pendant le mois écoulé**, vous êtes-vous senti(e) nerveux (se), anxieux (se) ou irritable **plus d'un jour sur deux** ?

oui non
Entrevue terminée

Au cours du mois écoulé, avez-vous été **souvent** préoccupé(e) par un de ces problèmes :

- | | | |
|--|--|--|
| 26. <input type="checkbox"/> Une telle agitation qu'il vous était difficile de rester assis(e) ? | 27. <input type="checkbox"/> Des tensions, des courbatures ou des douleurs musculaires ? | 28. <input type="checkbox"/> De la peine à vous concentrer, p. ex. pour lire ou regarder la TV ? |
| 29. <input type="checkbox"/> Une fatigabilité marquée ? | 30. <input type="checkbox"/> Des difficultés d'endormissement, des réveils fréquents ou prématurés ? | 31. <input type="checkbox"/> Une plus grande facilité à être contrarié(e) ou irrité(e) ? |

Avez-vous obtenu des réponses positives à 3 (au moins) des questions 33 à 38

oui non
Entrevue terminée
Tr. anxieux non spécifié

32. Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils rendu le travail, l'entretien de la maison ou les contacts avec les autres plus difficiles ?

oui non
Entrevue terminée
Tr. anxieux non spécifié

33. Au cours des 6 derniers mois, vous êtes-vous fait **beaucoup** de souci pour **diverses** raisons ?

oui non
Trouble anxieux non spécifié par ailleurs
Entrevue terminée

34. Lorsque vous avez de telles préoccupations, constatez-vous que vous ne pouvez vous arrêter d'y penser ?

oui non
Anxiété Généralisée Tr. anxieux non spécifié par ailleurs
Entrevue terminée

Si vous avez diagnostiqué un trouble panique ou un trouble anxieux non spécifié par ailleurs ?

oui non
Quittez le module

ANXIÉTÉ SECONDAIRE À UNE MALADIE PHYSIQUE OU À LA PRISE D'UN MÉDICAMENT OU D'UNE DROGUE

35. Les symptômes anxieux actuels sont-ils probablement secondaires aux effets biologiques d'une maladie physique ou de la prise d'un médicament ou d'une drogue ?

oui non
Possibilité de tr. Anxieux dû à une maladie physique, un médicament ou un toxique Quittez le module

ANNEXE C

Autoportrait multidimensionnel

AUTO PORTRAIT MULTIDIMENSIONNEL

Ce questionnaire a pour objectif de fournir une image claire de vos expériences passées. Dans un travail thérapeutique, les questionnaires sont essentiels parce qu'ils favorisent une meilleure compréhension du problème. En remplissant ce questionnaire aussi soigneusement que possible, vous participez à votre traitement. On vous demande de répondre à ces questions en prenant le temps qu'il vous faut. Votre dossier est strictement **CONFIDENTIEL**. Personne n'a le droit de le consulter sans votre accord.

I. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone (jour) : _____ Téléphone (soir) : _____

Âge : _____ Occupation : _____

Religion (étant enfant) : _____ (étant adulte) : _____ État civil : _____

Nom du conjoint(e) : _____

Âge : _____ Occupation : _____

II. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

a) Énoncez dans vos propres mots votre **problème principal** et sa durée :

b) Donnez un bref compte-rendu de l'**histoire** de vos difficultés (du début jusqu'à présent) :

c) À l'échelle ci-dessous, évaluez la **gravité** de votre (vos) problème(s) : (Encerlez ce qui vous convient)

pas du tout	un peu	passablement	beaucoup	totalement
1	2	3	4	5

d) Qui avez-vous consulté à propos de vos difficultés actuelles :

e) Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lequel ou lesquels ? Combien et quels sont les résultats ?

III. DONNÉES PERSONNELLES

a) Date de naissance : _____ Endroit : _____

b) État de la mère durant la grossesse (si vous le savez) :

c) Soulignez, parmi les mots suivants, ceux qui s'appliquent à votre enfance :

terreurs nocturnes incontinence nocturne somnambulisme succion du pouce

ronger ses ongles bégaiement peurs enfance heureuse enfance malheureuse

Autres : _____

d) Santé pendant l'enfance : _____

Énumérez les maladies : _____

e) Santé pendant l'adolescence : _____

Énumérez les maladies : _____

f) Quelle est votre taille : _____ Votre poids : _____

g) Avez-vous déjà été opéré(e) : (Détaillez et indiquez à quel âge)

h) Accidents :

i) Faites l'inventaire de vos cinq peurs principales :

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

j) Soulignez parmi les mots suivants, ceux qui s'appliquent à vous :

maux de tête	idées suicidaires
étourdissement	allergies
évanouissement	prend de la drogue
palpitation	incapable de relaxer
troubles d'estomac	problème sexuel
anxiété	trop ambitieux(se)
troubles intestinaux	n'aime pas les fins de semaine et les vacances
fatigue	gêné(e) avec les gens
manque d'appétit	me sens seul(e)
colère	ne peux me faire d'amis
besoin de somnifère	sentiment d'infériorité
insomnie	ne peux pas prendre de décisions
cauchemar	ne peux conserver un emploi
cris(e) de panique	problèmes de mémoire
alcoolisme	mauvaises conditions à la maison
me sens tendu(e)	problèmes financiers
conflit	incapable de m'amuser
tremblements	transpiration excessive
déprimé(e)	utilise souvent des aspirines ou analgésiques
difficulté à me concentrer	autres : _____

k) Soulignez, parmi les mots suivants, ceux qui s'appliquent à vous :

sans valeur	agressivité
inutile	laid(e)
nul(le)	déformé(e)
la vie est vide	peu attrayant(e)
inadéquat(e)	répugnant(e)
stupide	déprimé(e)
incompétent(e)	seul(e)
naïf(ve)	pas aimé(e)
maladroit(e)	incompris(e)
coupable	ennuyé(e)
mauvais(e)	inquiet(ète)
moralement incorrect(e)	manque de confiance
pensées horribles	en conflit
hostile	plein(e) de regrets
plein de haine	Autres : _____
angoissé(e)	
agité(e)	
lâche	
timide	
sujet à la panique	

l) Intérêts actuels, passe-temps et activités : _____

m) Comment occupez-vous, le plus souvent, vos temps libres ? _____

n) Quel est votre dernière année de scolarité complétée ? _____

o) Aptitudes scolaires

Points forts : _____

Points faibles : _____

p) Avez-vous déjà été intimidé(e) ou agacé(e) ? _____

q) Vous faites-vous des ami(e)s facilement ? _____

r) Conservez-vous vos ami(e)s ? _____

IV. DONNÉES OCCUPATIONNELLES

a) Quel travail faites-vous ? _____

b) Quels types d'emplois avez-vous occupé dans le passé ? _____

c) Votre travail actuel vous satisfait-il ? (Si non, de quelle façon êtes-vous insatisfait(e) ?) :

d) Ambitions Avant : _____

Maintenant : _____

V. INFORMATIONS SEXUELLES

a) L'attitude des parents envers la sexualité (c'est-à-dire, receviez-vous de l'information et en discutiez-vous à la maison ?) :

b) Quand et comment avez-vous connu votre première expérience sexuelle ?

c) Quand êtes-vous devenu conscient(e) pour la première fois de vos intérêts sexuels ?

d) Avez-vous déjà ressenti de l'anxiété ou des sentiments de culpabilité causés par la sexualité ou la masturbation ? (si oui, SVP expliquer)

e) Donnez tout détail utile concernant votre expérience sexuelle :

f) Votre vie sexuelle est-elle satisfaisante ? (si non, SVP expliquer)

g) Donnez des informations à propos de n'importe quelle réaction hétérosexuelle ou homosexuelle significative :

h) Êtes-vous inhibé(e) sexuellement ?

VI. HISTOIRE MENSTRUELLE (S'IL Y A LIEU)

Âge des premières règles : _____

Étiez-vous informée ou est-ce que ce fut une surprise pour vous : _____

Êtes-vous régulière : _____

Vos menstruations sont-elles douloureuses : _____

Date de la dernière règle : _____

Vos règles affectent-elles votre humeur ? : _____

VII. HISTOIRE DE COUPLE (S'IL Y A LIEU)

Depuis combien de temps connaissiez-vous votre partenaire avant votre vie commune ?

a) Personnalité du conjoint(e) (avec vos mots à vous) : _____

b) Dans quels domaines il y a compatibilité (entente parfaite) ? _____

c) Dans quels domaines il y a incompatibilité (mésentente) ? _____

d) Vous accordez-vous avec la famille de votre partenaire (ceci inclus ses frères et soeurs) ?

e) Combien d'enfants avez-vous ?

Nombre de garçon(s) : _____ Âge : _____

Nombre de fille(s) : _____ Âge : _____

f) Y a-t-il de vos enfants qui présentent des problèmes particuliers ?

g) Y a-t-il des détails utiles concernant des fausse-couches ou des avortements :

h) Commentaires à propos de votre vie de couple antérieure (si vous le jugez nécessaire) :

IV. HISTOIRE FAMILIALE

a) Père :

Vivant ou décédé : _____ Si décédé, votre âge à sa mort ? _____

Cause du décès : _____

Si vivant, l'âge actuel de votre père : _____

Son occupation : _____

Sa santé : _____

b) Mère :

Vivante ou décédée : _____ Si décédée, votre âge à sa mort ? _____

Cause du décès : _____

Si vivante, l'âge actuel de votre mère : _____

Son occupation : _____

Sa santé : _____

c) Frère(s) et soeur(s) :

Nombre de frère(s) : _____ L'âge des frères : _____

Nombre de soeur(s) : _____ L'âge des soeurs : _____

d) Relation avec frère(s) et soeur(s) :

Passée : _____

Présente : _____

e) Décrivez la personnalité de votre père et son attitude envers vous (passée et présente) :

f) Décrivez la personnalité de votre mère et son attitude envers vous (passée et présente) :

g) Comment étiez-vous puni(e) par vos parents étant enfant ?

h) Décrivez l'atmosphère de votre foyer familial (c'est-à-dire le foyer où vous avez grandi. Parlez de la compatibilité entre parents, entre enfants et entre parents et enfants) :

i) Pouviez-vous vous confier à vos parents ?

j) Vos parents vous comprenaient-ils ?

k) Vous sentiez-vous aimé(e) et respecté(e) par vos parents ?

l) Donnez un aperçu de votre éducation religieuse :

m) Si vous n'avez pas été élevé(e) par vos parents, par qui l'avez-vous été, et entre quel âge ?

n) Quelqu'un (parent, ami(e), parenté) s'est-il(elle) déjà ingéré(e) dans votre mariage, occupation, etc. ?

o) Qui sont les personnes les plus importantes dans votre vie ?

p) Y-a-t-il un membre de votre famille qui souffre d'alcoolisme, d'épilepsie ou autre maladie ?

q) Y-a-t-il d'autres membres de la famille sur qui il y aurait des détails utiles concernant la maladie, etc. ?

ANNEXE D

Variables sélectionnées pour l'essai doctoral

Variables sociodémographiques				
Nom	Nature de la variable	Nombre de modalité	Type de variable	Échelle?
Groupe d'âge	V.Socio	5	Catégoriel	1 à 5
18 à 25 ans	V.Socio		Catégoriel	
26 à 35 ans	V.Socio		Catégoriel	
36 à 45 ans	V.Socio		Catégoriel	
46 à 55 ans	V.Socio		Catégoriel	
56 ans et +	V.Socio		Catégoriel	
Type d'occupation	V.Socio	13	Catégoriel	1 à 13
1 Affaires, finance et administration	V.Socio		Catégoriel	
2 Sciences naturelles et appliquées et domaines apparentés	V.Socio		Catégoriel	
3 Secteur de la santé	V.Socio		Catégoriel	
4 Enseignement, droit et services sociaux, communautaires et gouvernementaux	V.Socio		Catégoriel	
5 Arts, culture, sports et loisirs	V.Socio		Catégoriel	
6 Vente et services	V.Socio		Catégoriel	
7 Métiers, transport, machinerie et domaines apparentés	V.Socio		Catégoriel	
8 Ressources naturelles, agriculture et production connexe	V.Socio		Catégoriel	
9 Fabrication et services d'utilité publique	V.Socio		Catégoriel	
10 Gestion	V.Socio		Catégoriel	
11 étudiant	V.Socio		Catégoriel	
12 chômage	V.Socio		Catégoriel	
13 retraite	V.Socio		Catégoriel	
Satisfaction au travail	V.Socio	1	Catégoriel	0 à 1
IV.c) Votre travail actuel vous satisfait-il?	V.Socio		Catégoriel	
Genre	V.Socio	2	Catégoriel	1 à 2
Homme	V.Socio		Catégoriel	
Femme	V.Socio		Catégoriel	
Statut Civil	V.Socio	5	Catégoriel	1 à 5
Célibataire	V.Socio		Catégoriel	
Conjoint de fait	V.Socio		Catégoriel	
Marié	V.Socio		Catégoriel	
Divorcé/séparé	V.Socio		Catégoriel	
Veuf ou veuve	V.Socio		Catégoriel	
Niveau d'éducation	V.Socio	6	Ordinal	1 à 6
Sec 4 et moins	V.Socio		Ordinal	
Sec 5	V.Socio		Ordinal	
CÉGEP pré-universitaire, technique de travail ou certificat de travail profes	V.Socio		Ordinal	
Baccalauréat	V.Socio		Ordinal	
Maitrise	V.Socio		Ordinal	
Doctorat	V.Socio		Ordinal	

Demande de service				
Motif de consultation principal	V.Demande	9	Catégoriel	1 à 9
II.a) Énoncez dans vos propres mots votre problème principal et sa durée	V.Demande			
II.b) Donnez un bref compte-rendu de l'histoire de vos difficultés (du début jusqu'à présent)	V.Demande			
VII s) « Quels bénéfices espérez-vous retirer du traitement (de la thérapie)	V.Demande			
Motif de consultation (Fiche d'ouverture)	V.Demande			
Motif de consultation relatif	V.Demande			
1. Psychodiagnostic	V.Demande	1		0 à 1
2. Détresse émotionnelle	V.Demande	1		0 à 1
3. Perte de fonctionnement	V.Demande	1		0 à 1
4. Problème interpersonnel	V.Demande	1		0 à 1
5. Détresse en lien avec l'estime de soi	V.Demande	1		0 à 1
6. Dépendances	V.Demande	1		0 à 1
7. Plainte physique	V.Demande	1		0 à 1
8. Environnement ou événement de vie perturbateur	V.Demande	1		0 à 1
9.Trauma	V.Demande	1		0 à 1
II.c) Gravité du problème (autorapporté)	V.Demande	1	Continu	1 à 5
Référencement	V.Demande	5	Catégoriel	1 à 5
II. d) qui avez-vous consulté à propos de vos difficultés actuelles				
1. Famille	V.Demande		Catégoriel	0 à 1
2. Conjoint(e)	V.Demande		Catégoriel	0 à 1
3. Professionnelle de la santé (MD., Psy., etc.)	V.Demande		Catégoriel	0 à 1
4. Amis ou employeur	V.Demande		Catégoriel	0 à 1
5. Autres	V.Demande		Catégoriel	0 à 1
Symptômes autorapportés				
Fréquence absolu du # de sympt. problématiques	V.Symptômes	64	Continu	0 à 64
Fréquence absolu du # de sympt. BEHAVIOR	V.Symptômes	8	Continu	0 à 8
III.j.Manque_d'apétit	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Insomnie	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Cauchemar	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Alcoolisme	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Difficulté_à_me_concentrer	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Prend_de_la_drogue	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.N'aime_pas_les_fds_et_les_vacances	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Ne_peux_conserver_un_emploi	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
Fréquence absolu du # de sympt. COGNITION	V.Symptômes	23	Continu	0 à 23
III.j.Idées_suicidaires	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Trop_ambitieux(se)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Ne_peux_pas_prendre_de_décision	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Problème_de_mémoire	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Sans_valeur	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Inutile	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Nul(le)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Inadéquat(e)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Stupide	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Incompétent(e)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Naïf(ve)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Maladroit(e)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Mauvais(e)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Moralement_incorrect(e)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Pensées_horribles	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Lâche	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Laid(e)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Déformé(e)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Peu_attrayant(e)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Répugnant(e)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Pas_aimé(e)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Incompris(e)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Manque_de_confiance	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1

Fréquence absolu du # de sympt. SENSATION	V.Symptômes	12	Continu	0 à 12
III.j.Maux_de_tête	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Étourdissement	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Évanouissement	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Palpitation	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Troubles_d'estomac	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Troubles_intestinaux	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Fatigue	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Me_sens_tendu(e)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Tremblements	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Incapable_de_relaxer	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Problème_sexuel	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Transpiration_excessive	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
Fréquence absolu du # de sympt. AFFECT	V.Symptômes	21	Continu	0 à 21
III.j.Anxiété	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Colère	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Crise_de_panique	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Déprimé(e)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Me_sens_seul(e)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Sentiment_d'infériorité	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Incapable_de_m'amuser	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.La_vie_est_vider	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Coupable	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Hostile	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Plein_de_haine	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Angoissé(e)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Agité(e)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Timide	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Sujet_à_la_panique	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Agressivité	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Déprimé(e)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Seul(e)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Ennuyé(e)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Inquiet(ète)	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
III.k.Plein(e)_de_regrets	V.Symptômes	1	Catégoriel	0 à 1
Facteurs de vulnérabilité				
Problèmes financiers	V.Vulnérabilité	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Problèmes financiers	V.Vulnérabilité		Catégoriel	
Idéation suicidaire	V.Vulnérabilité	1	Catégoriel	0 à 1
III.j.Idées suicidaires	V.Vulnérabilité		Catégoriel	
Rx				
II.e) Prenez-vous des médicaments? Si oui, lequel ou lesquels?...	V.Rx	1	Catégoriel	
Type de médicament psychotrope	V.Rx	5	Catégoriel	0 à 1
Antidepressants	V.Rx	1	Catégoriel	0 à 1
Anxiolytics/hypnotics	V.Rx	1	Catégoriel	0 à 1
Antipsychotics	V.Rx	1	Catégoriel	0 à 1
Mood stabilizers	V.Rx	1	Catégoriel	0 à 1
Stimulants	V.Rx	1	Catégoriel	0 à 1
Polypharmacie	V.Rx	4	Ordinal	0 à 1
Aucun psychotrope	V.Rx	1	Ordinal	0 à 1
Un médicament	V.Rx	1	Ordinal	0 à 1
Deux médicaments	V.Rx	1	Ordinal	0 à 1
Trois et +	V.Rx	1	Ordinal	0 à 1

ANNEXE E

Certificat 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: Étude rétrospective de dossiers d'adultes dépressifs ou anxieux en soins psychologique de première ligne

Nom de l'étudiant: Solan DAOUST-CLOUTIER

Programme d'études: Doctorat en psychologie (profil professionnel)

Direction de recherche: Réal LABELLE

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

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

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* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Étude rétrospective de dossiers d'adultes dépressifs ou anxieux en soins psychologique de première ligne

Nom de l'étudiant : Solan Daoust-Cloutier

Programme d'études : Doctorat en psychologie

Direction(s) de recherche : Réal Labelle

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 au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2025-01-16**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Sylvie Lévesque
Professeure, Département de sexologie
Présidente du CERPÉ FSH

APPENDICE A
Barème tarifaire canadien - 2023

Tableau A.1
Barème tarifaire canadien – 2023

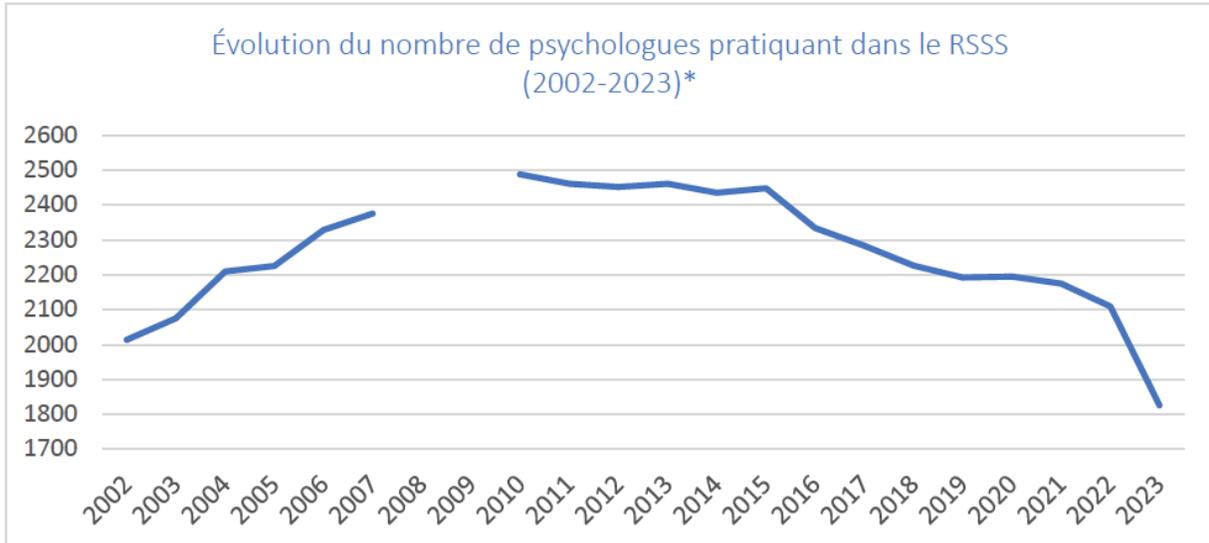
Province	Tarif suggéré (\$/séance)	Source
Colombie-Britannique	235	https://www.psychologists.bc.ca/viewdocument/suggested-current-market-rates-2023
Alberta	220	https://psychologistsassociation.ab.ca/resources/recommended-fee-schedule/
Saskatchewan	200	https://www.psychsask.ca/for-the-public
Manitoba	215	https://mps.ca/psychologist-fees/
Ontario (2015)	225	https://www.psych.on.ca/OPA/media/Members/Guidelines/GUIDELINES-FOR-FEES-AND-BILLING-PRACTICES-FINAL.pdf?ext=.pdf
Québec ⁵	120 à 180	https://www.ordrepsy.qc.ca/combien-ca-coute
Île-du-Prince-Édouard	210	https://papei.org/find-a-psychologist#:~:text=RECOMMENDED%20FEES%20FOR%20PRIVATE%20PRACTICE,hour%20for%20Psychological%20Services%20rendered.
Nouveau-Brunswick	210	https://cpnb.ca/fr/bareme-des-honoraires-recommandes/
Nouvelle-Écosse (2021)	210	https://apns.ca/wp-content/uploads/2021/04/APNS-Psychologist-Recommended-Rate-2021.pdf
Terre-Neuve	210	http://www.apnl.ca/find-a-psychologist/

⁵ Selon un sondage mené auprès des membres psychologue de l'OPQ en 2023

APPENDICE B

Évolution du nombre de psychologues à temps plein dans le RSSS

Graphique 1. Évolution du nombre de psychologues pratiquant dans le réseau (milieu de travail principal)



*Les données pour 2008 et 2009 ne sont pas disponibles.

**Les données pour 2023 sont celles au 31 janvier.

Source : (OPQ, 2023b, p.20)

Figure B1. *Évolution du nombre de psychologues à temps plein dans le RSSS*

APPENDICE C

Distribution des patients selon l'âge

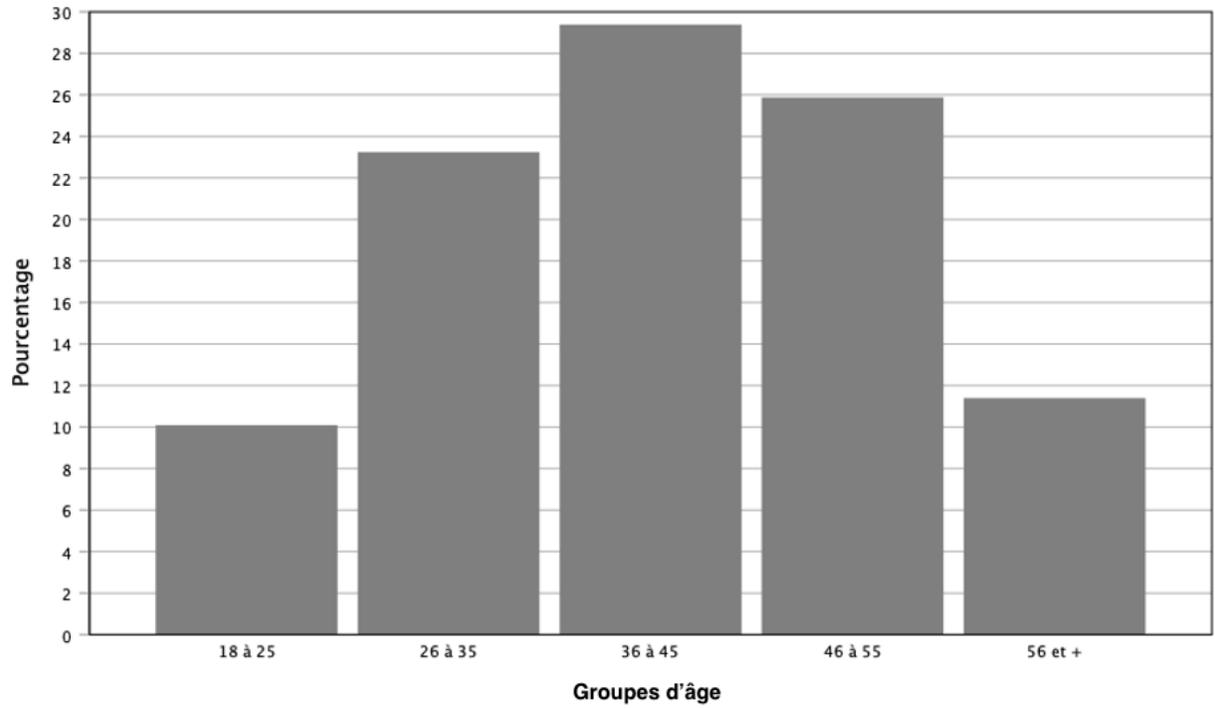


Figure C1. *Distribution des patients selon l'âge*

APPENDICE D

Distribution des patients selon l'occupation

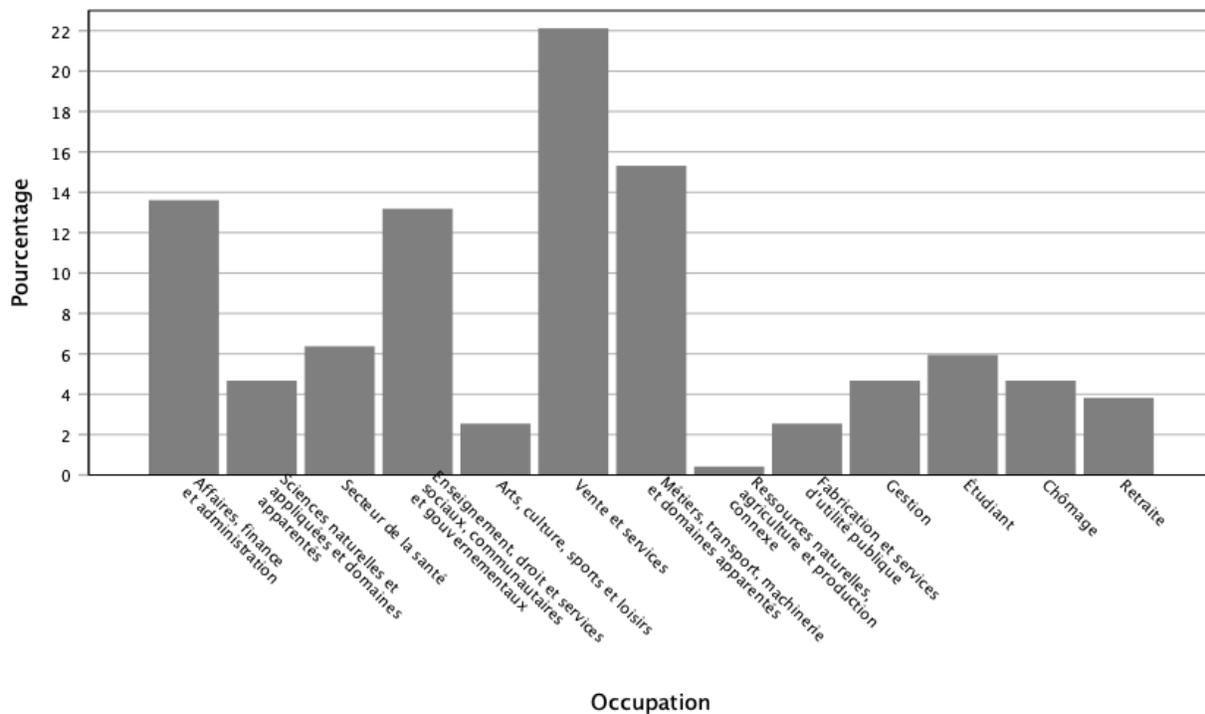


Figure D1. Distribution des patients selon l'occupation

APPENDICE E

Distribution des patients selon le niveau d'éducation

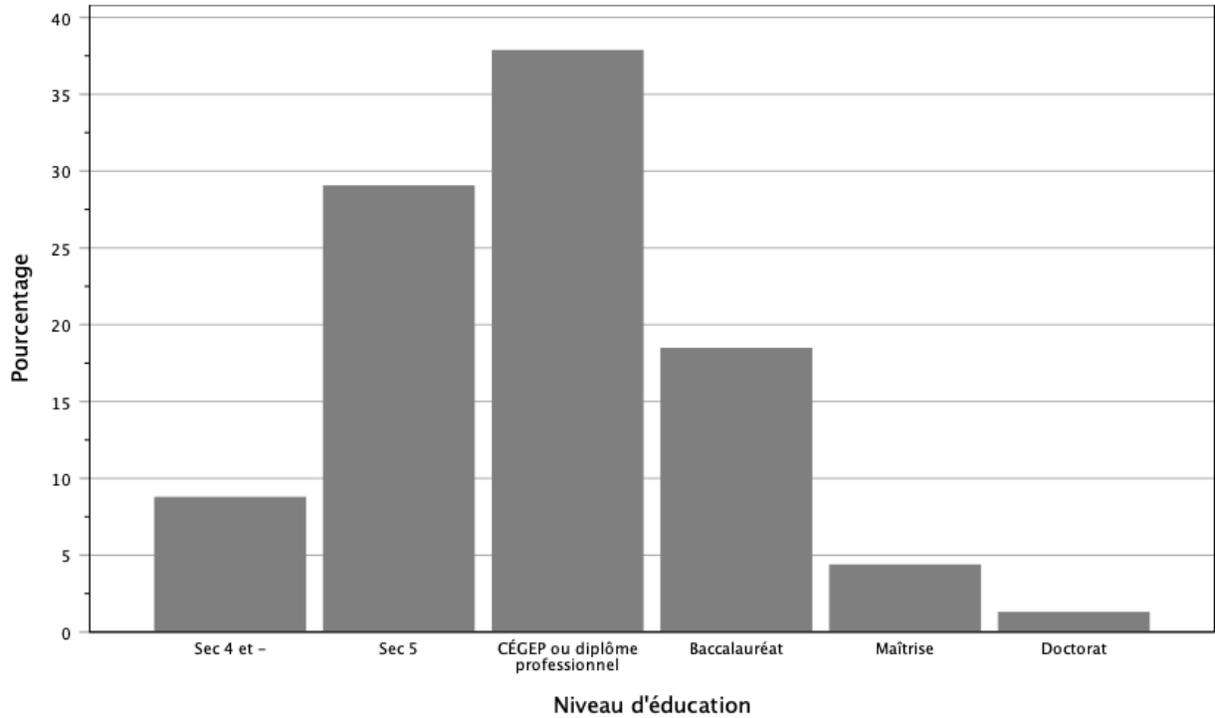


Figure E1. *Distribution des patients selon le niveau d'éducation*

APPENDICE F

Distribution des symptômes autorapportés

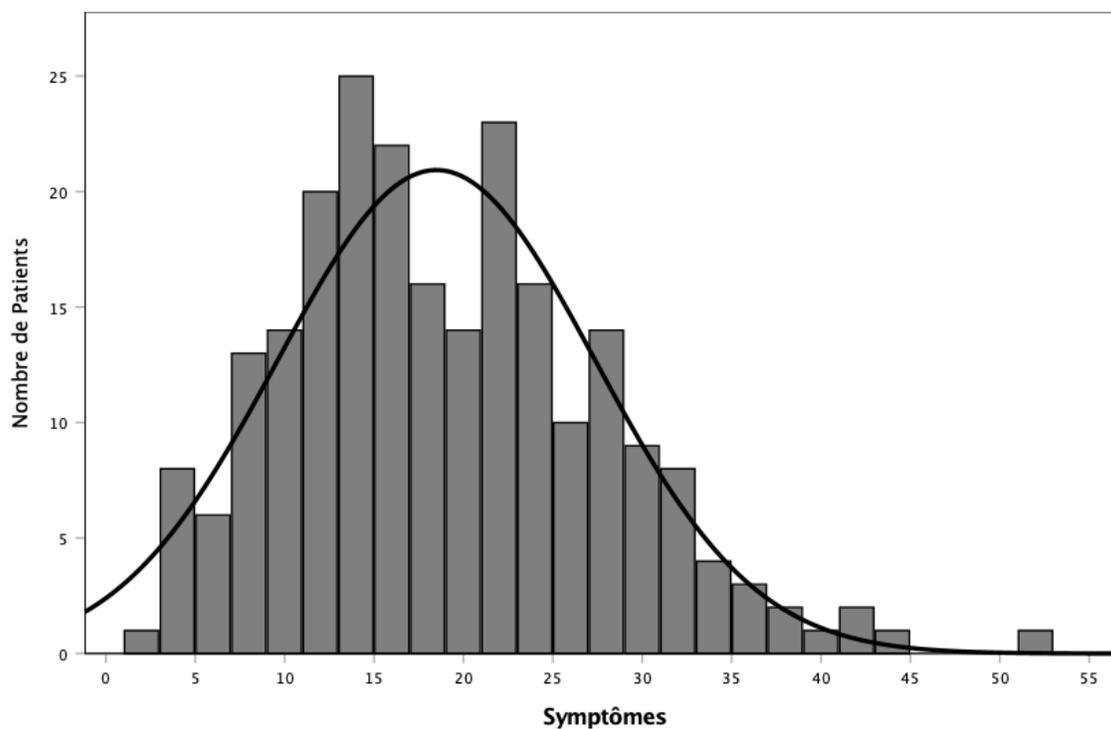


Figure F1. *Distribution des symptômes négatifs autorapportés*

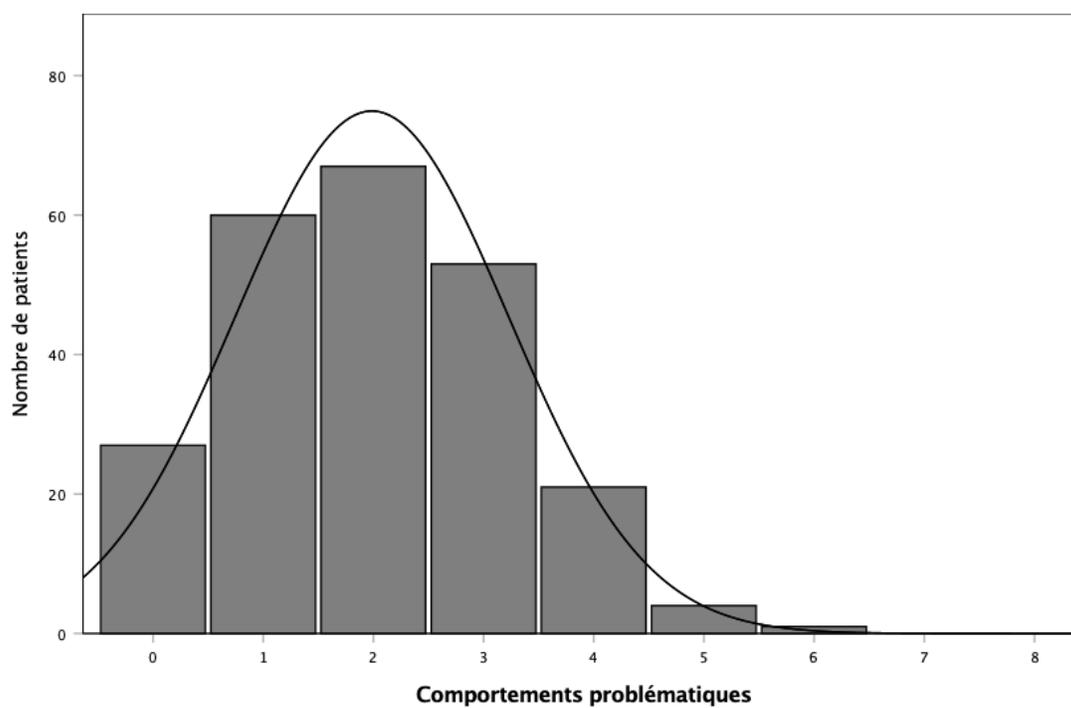


Figure F2. *Distribution des comportements problématiques*

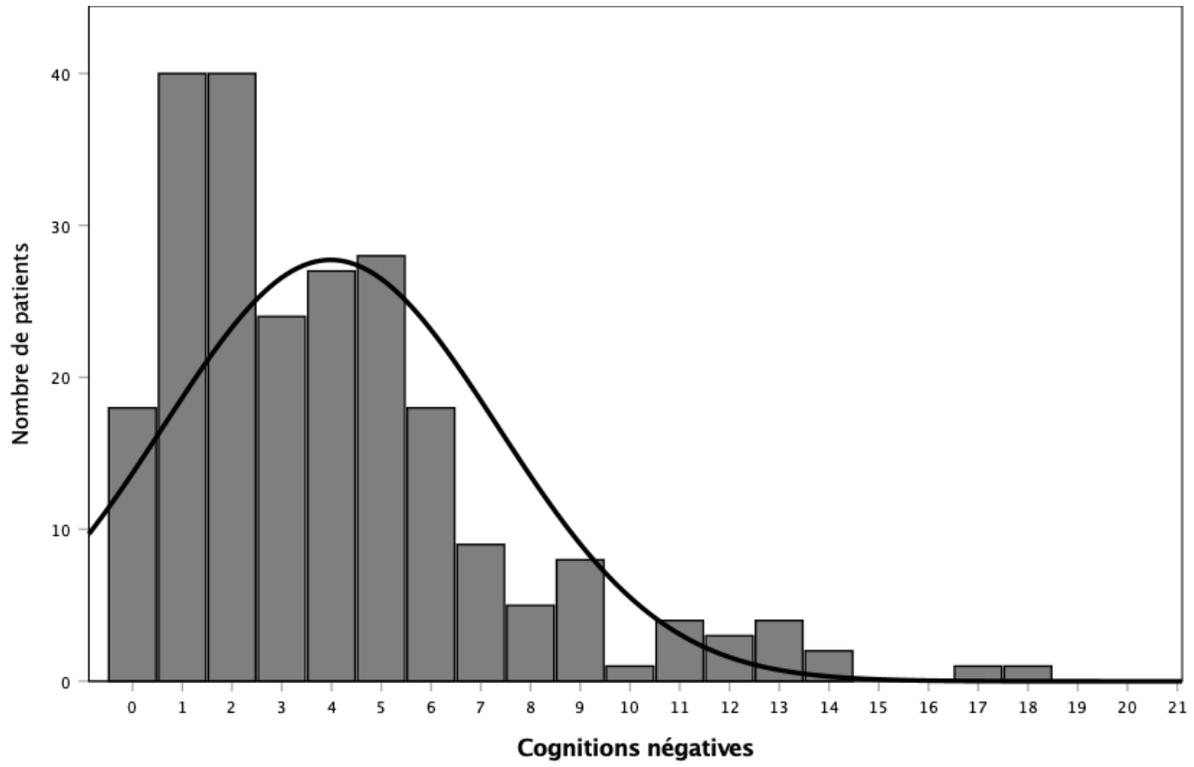


Figure F3. *Distribution des cognitions nuisibles*

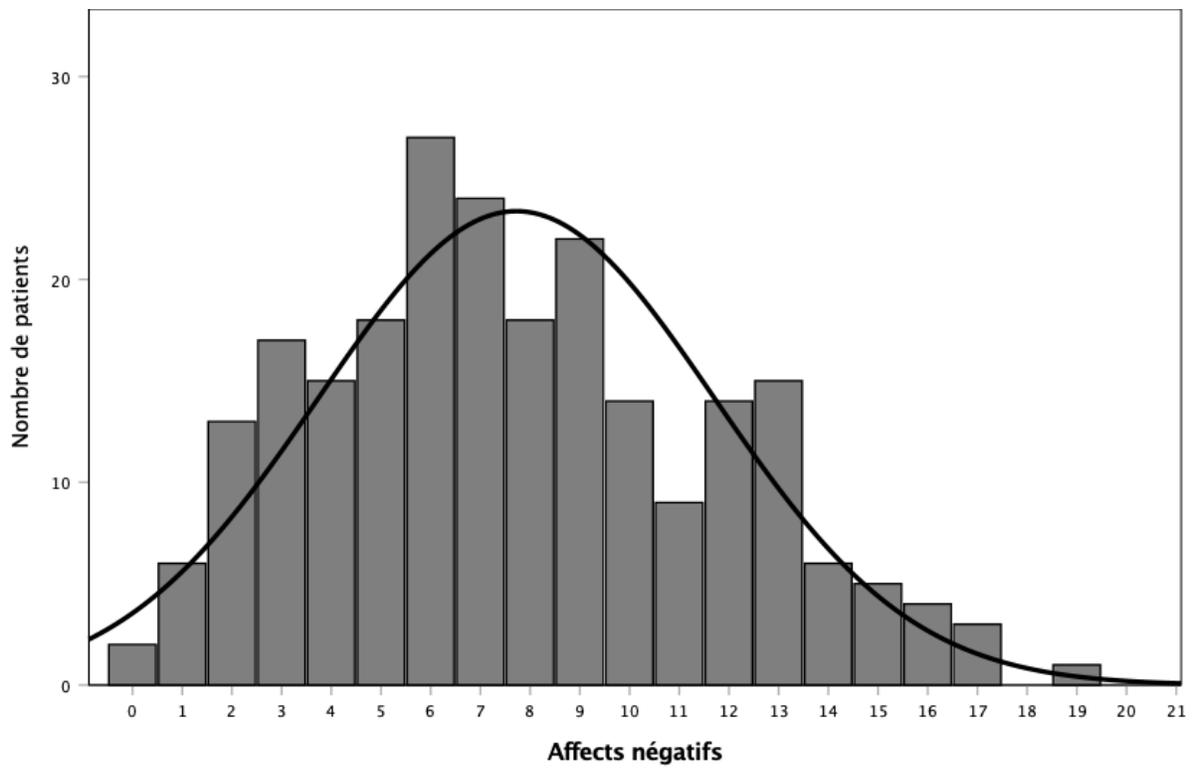


Figure F4. *Distribution des affects négatifs*

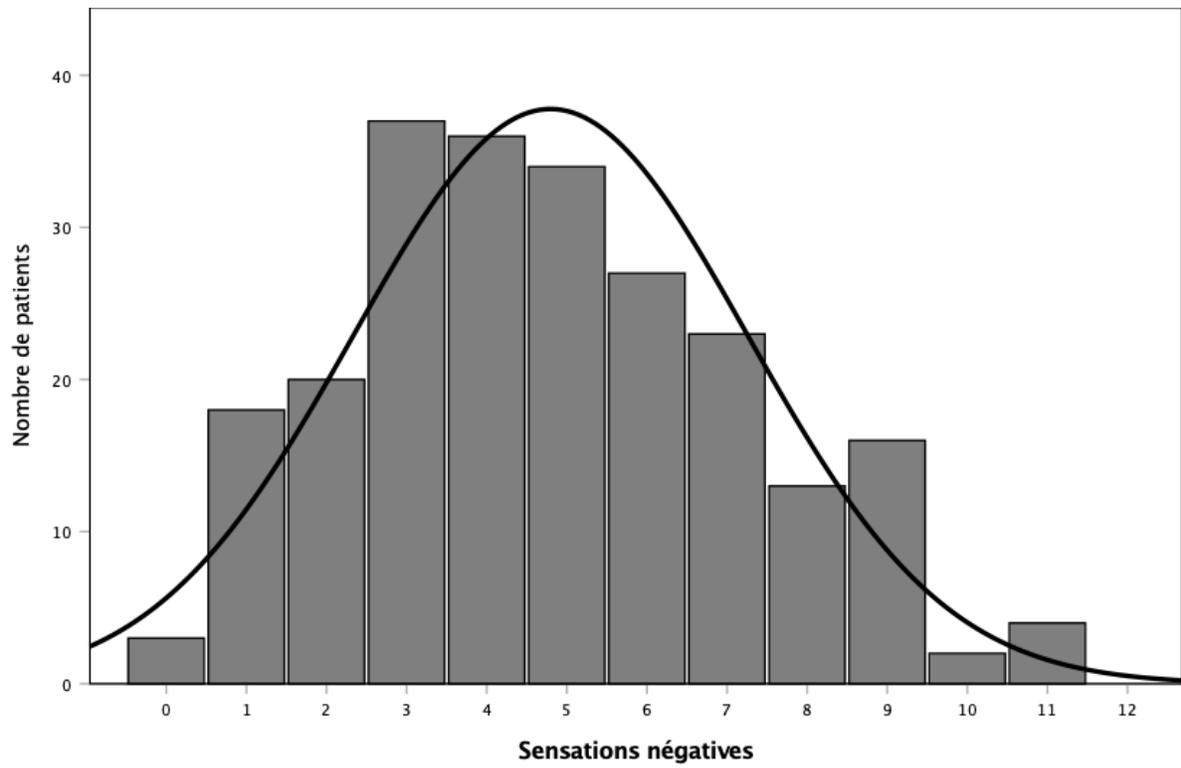


Figure F5. *Distribution des sensations désagréables*

APPENDICE G

Proportion de consultations d'un psychologue selon l'âge

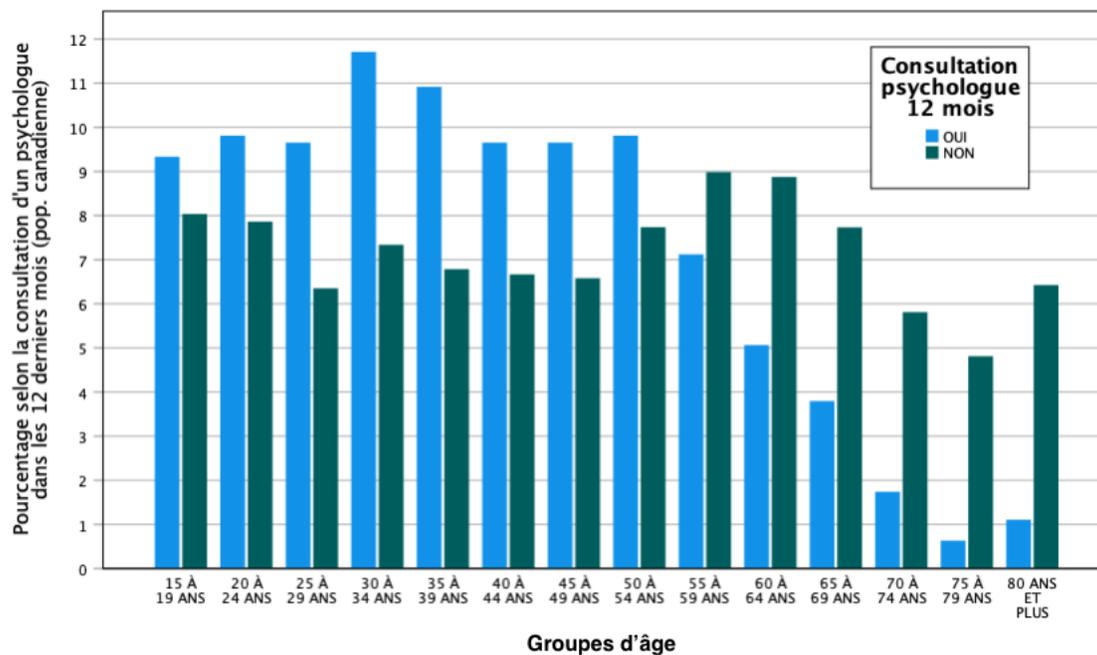


Figure G1. Proportion de consultation d'un psychologue selon l'âge

APPENDICE H

Proportion du sexe selon l'occupation

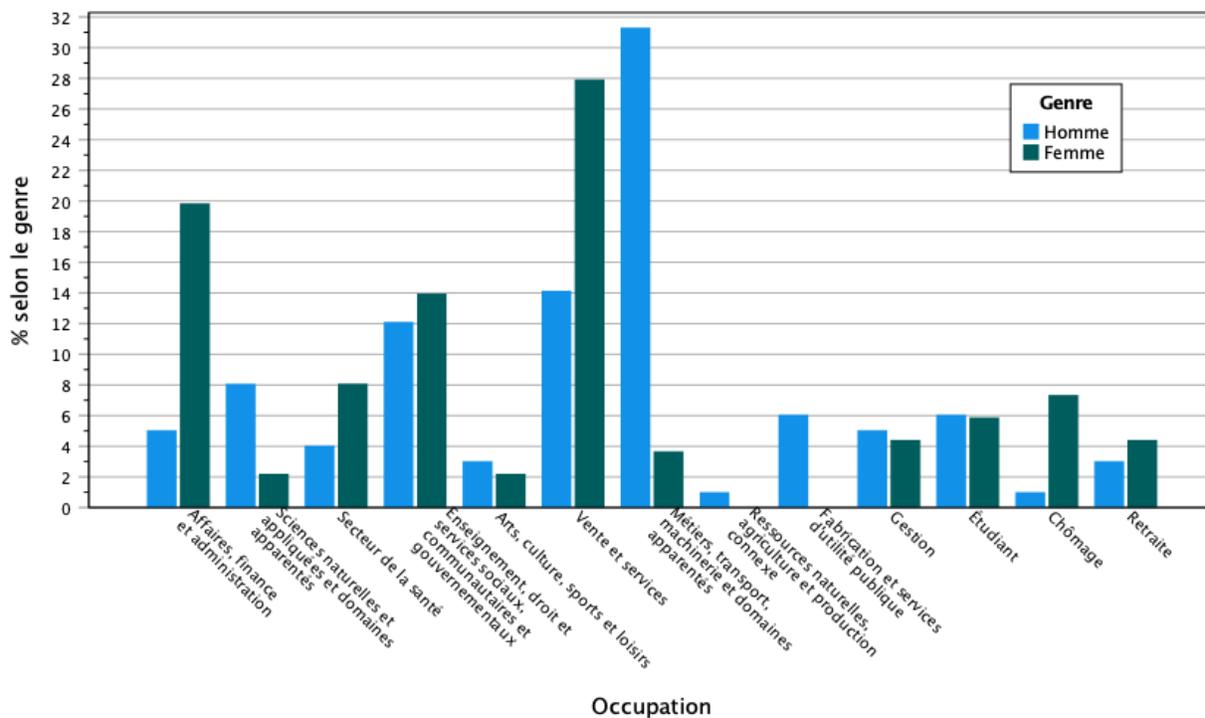


Figure H1. Proportion du sexe selon l'occupation

APPENDICE I

Proportion du motif d'estime de soi répartie selon le niveau d'éducation

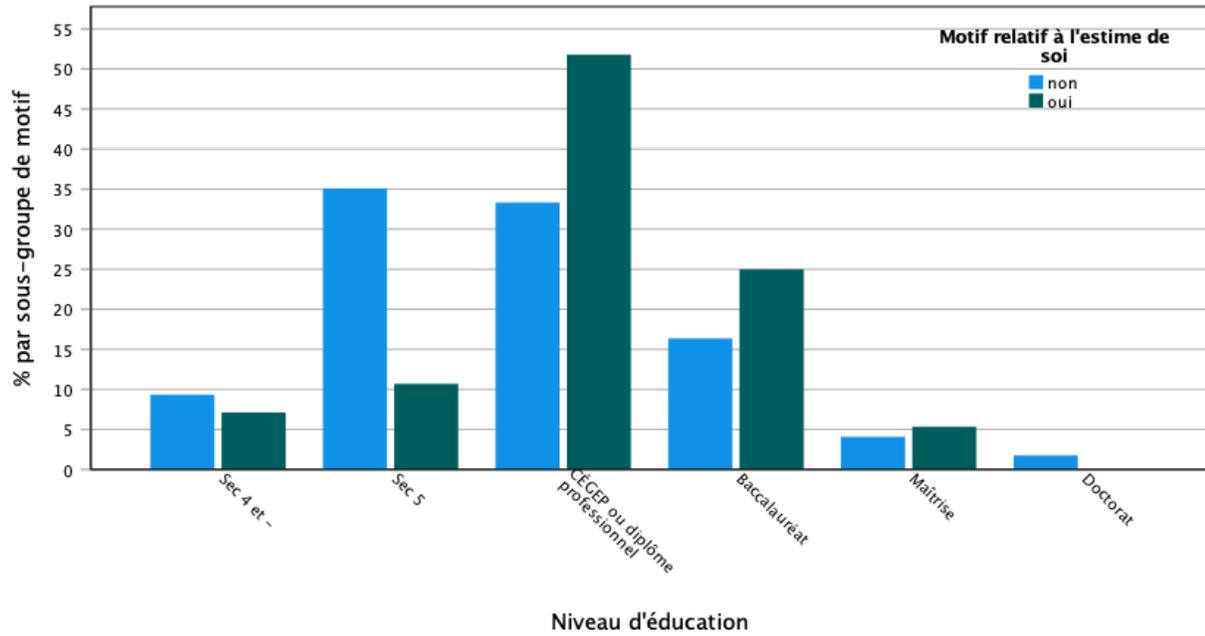


Figure I1. Proportion du motif d'estime de soi répartie selon le niveau d'éducation

APPENDICE J

Symptômes des patients selon l'occupation

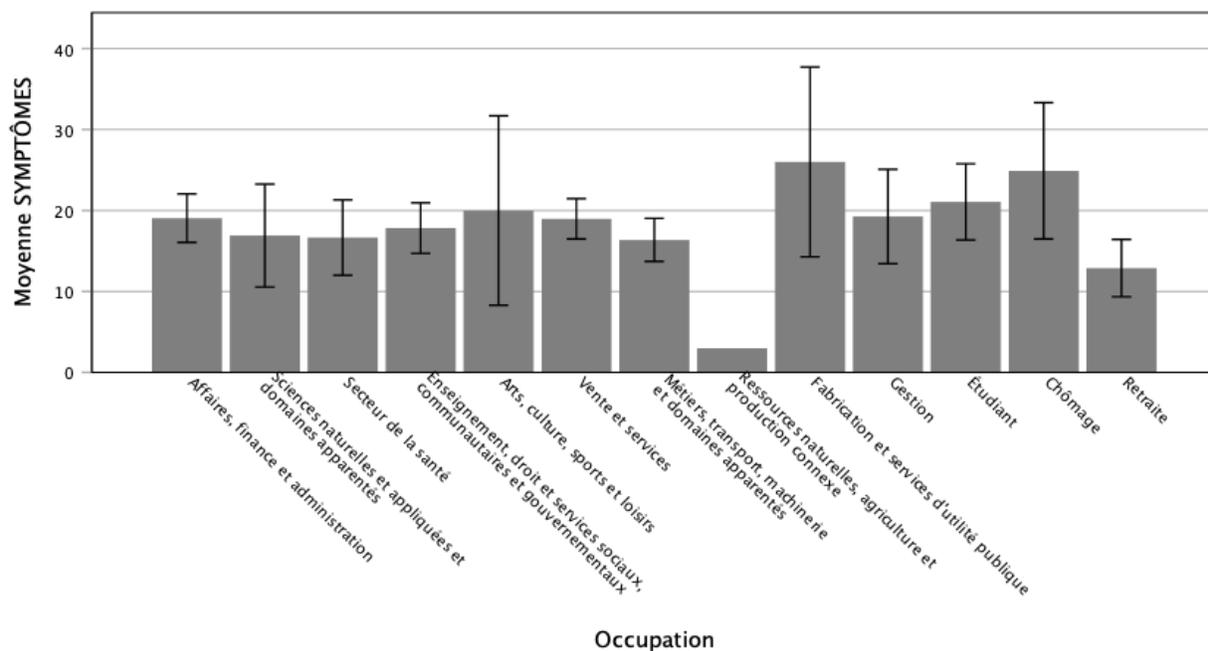


Figure J1. Total moyen de symptômes négatifs selon l'occupation.

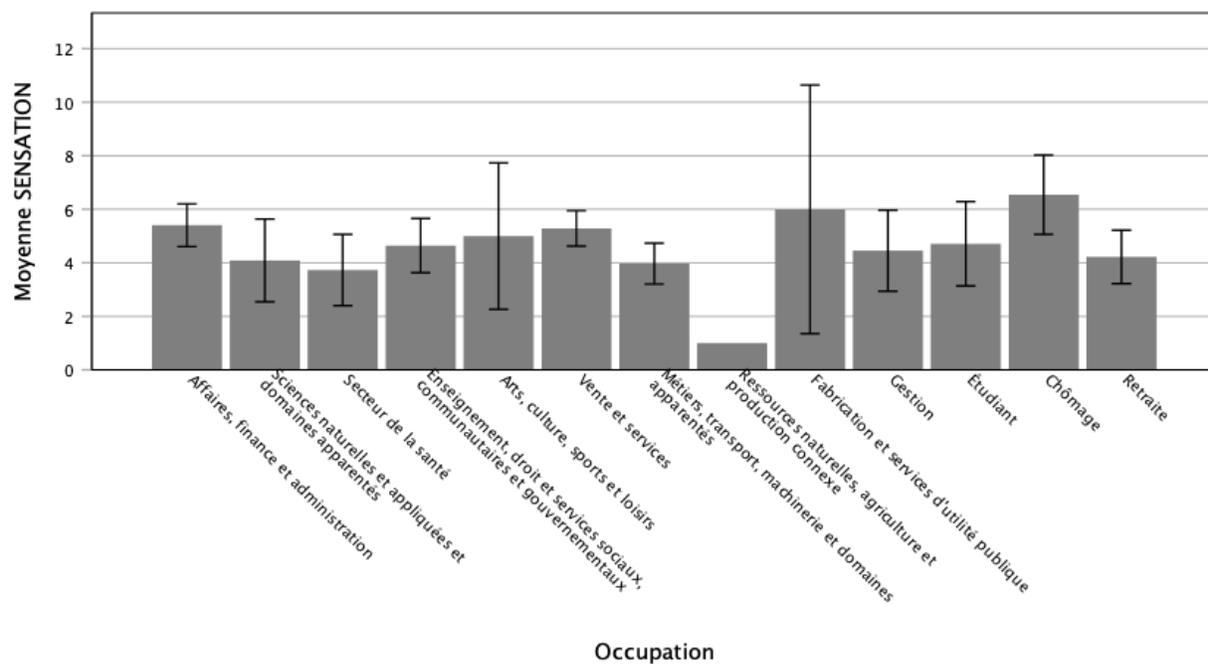


Figure J2. Total moyen de sensations désagréables selon l'occupation.

APPENDICE K

Offre de cours en psychopharmacologie dans les universités du Québec

Tableau K.1

Offre de cours en psychopharmacologie dans les universités du Québec

Université	Baccalauréat	Doctorat	Source
UQÀM	PSY5511 - Psychopharmacologie	Aucun	https://etudier.uqam.ca/cours?sigle=PSY5511
UQAC	SPSY147 - Introduction à la psychopharmacologie	SDPS721 - Psychopharmacologie clinique	https://programmes.uqac.ca/SPSY147 https://programmes.uqac.ca/SDPS721
UQO	PSY2533 - Introduction à la psychopharmacologie	PSY9503 - Psychopharmacologie clinique	https://etudier.uqo.ca/cours/description-cours/PSY2533
UQTR	Aucun	PCL6073 - Psychopharmacologie clinique	https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/apex/f?p=106:10::::10:P10_CD_PGM,P10_RECH_CRITERE,P10_RECH_VALEUR,P10_RECH_DESC:7802,P2_CYCLE_PGM,1,%5CPremier%20cycle%5C https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/couw001?owa_sigle=PCL6073&owa_type=P&owa_cointexte=\$211-85
Université de Laval	PSY3155 - Psychopharmacologie clinique	Aucun	https://www.ulaval.ca/etudes/cours/psy-3155-psychopharmacologie-clinique https://www.ulaval.ca/etudes/programmes/doctorat-en-psychologie-d-psy#section-structure
Université de Sherbrooke	PSY545 - Introduction à la psychopharmacologie	PSY986 - Psychopharmacologie	https://www.usherbrooke.ca/admission/fiches-cours/psy545/introduction-a-la-psychopharmacologie/ https://www.usherbrooke.ca/admission/fiches-cours/psy986/psychopharmacologie/
Université de Montréal	PSY3035 - Psychopharmacologie : introduction	PSY7422 - Psychopharmacologie clinique	https://admission.umontreal.ca/cours-et-horaires/cours/psy-3035/ https://admission.umontreal.ca/cours-et-horaires/cours/psy-7422/
Université Concordia	PSYC455 - Neuropharmacology*	Aucun	https://www.concordia.ca/academics/undergraduate/calendar/current/section-31-faculty-of-arts-and-science/section-31-250-department-of-psychology/psychology-courses.html
Université McGill	PSYC522 - Neurochemistry and Behaviour*	Aucun	https://www.mcgill.ca/psychology/undergraduate/undergraduate-courses https://www.mcgill.ca/study/2023-2024/courses/psyc-522 https://www.mcgill.ca/psychology/graduate/programs-study/doctor-philosophy-phd

* Cours connexes, mais non spécifique à la psychopharmacologie

RÉFÉRENCES

- Altemus, M., Sarvaiya, N., et Neill Epperson, C. (2014). Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(3), 320–330.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Angers, J-P., (2017, décembre 4). Un premier programme public de psychothérapie. Le Devoir. Consulté le 8 novembre 2018 sur <https://www.ledevoir.com/societe/sante/514566/quebec-annonce-35-millions-pour-un-premier-programme-public-de-psychotherapie>
- Aubé, W. (2023, décembre), Retour sur les consultations estivales, *Ordre des Psychologues du Québec (OPQ)*. Consulté le 19 février 2024 sur <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/retour-sur-consultations-estivales>
- Banque du Canada (2023). Feuille de calcul de l'inflation. Consulté le 4 février 2023 sur <https://www.banqueducanada.ca/taux/renseignements-complementaires/feuille-de-calcul-de-linflation/>
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., et Fairholme, C. P. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook*. Oxford University Press.
- Barnett, J. E. (2017). Fees and financial arrangements in private practice, in Steven Walfish, Jeffrey E. Barnett, and Jeffrey Zimmerman (eds), *Handbook of Private Practice: Keys to Success for Mental Health Practitioners* (pp. 235-249). Oxford University Press.
- Barrett, L. F. (2017). *How emotions are made : the secret life of the brain*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Beitel, M., Hutz, A., Sheffield, K. M., Gunn, C., Cecero, J. J., et Barry, D. T. (2009). Do psychologically-minded clients expect more from counselling? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(4), 369–383.
- Bender, D. S. (2005). The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(2), 73-87.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In: P. M. Salkovsksi (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). The Guilford Press.
- Binder, E. B., et Nemeroff, C. B. (2010). The CRF system, stress, depression and anxiety – insights from human genetic studies. *Molecular Psychiatry*, 15(6), 574-588.
- Bisson, J., Lesage, A. et Bouchard, C. (2004). Le profil clinique de la clientèle des cliniques externes de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Rapport de recherche déposé au Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.

- Bradbury, A. (2020). Mental health stigma: The impact of age and gender on attitudes. *Community Mental Health Journal*, 56(5), 933-938.
- Breton, J. J., Labelle, R., Huynh, C., Berthiaume, C., St-Georges, M., et Guilé, J. M. (2012). Caractéristiques cliniques des jeunes déprimés en pédopsychiatrie. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(1), 16-22.
- Brunnbauer, L., Simpson, S., et Balfour, C. (2016). Exploration of client profile and clinical outcome in a university psychology clinic. *Australian Psychologist*, 51(6), 442-452.
- CISSS (2023a). *Santé mentale 1re ligne - Guichet d'accès santé mentale*, CISSS de la Montérégie - Portail Santé Montérégie, site consulté le 4 novembre 2023 sur <https://www.santemonteregie.qc.ca/ouest/sante-mentale-1re-ligne-guichet-dacces-sante-mentale>
- CISSS (2023b). *Santé mentale 2e ligne du CISSS de la Montérégie-Ouest*, CISSS de la Montérégie - Portail Santé Montérégie, site consulté le 4 novembre 2023 sur <https://www.santemonteregie.qc.ca/ouest/sante-mentale-2e-ligne-du-ciiss-de-la-monteregie-ouest>
- Clark, D. A. (2016). Finding the self in a cognitive behavioral perspective. Dans M. Kyrios, R. Moulding, G. Doron, S. S. Bhar, M. Nedeljkovic, et M. Mikulincer (Eds.), *The Self in Understanding and Treating Psychological Disorders* (pp. 40-49). Cambridge University Press.
- Constantino, M. J., Ametrano, R. M., et Greenberg, R. P. (2012). Clinician interventions and participant characteristics that foster adaptive patient expectations for psychotherapy and psychotherapeutic change. *Psychotherapy*, 49(4), 557-569.
- Cox, D. W. (2014). Gender differences in professional consultation for a mental health concern: A Canadian population study. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 55(2), 68-74.
- Chaloult, L., et Ngo, T. L. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale: théorie et pratique*. Gaëtan Morin.
- Cheng, A. S. (2000). *Understanding client descriptions of presenting problems: formulating a taxonomy*. [Thèse de maîtrise, University of Massachusetts Amherst]. <https://scholarworks.umass.edu/entities/publication/0eb5b16a-0457-4f16-ac4d-b973f143cd7c>
- Devault, A., et Pérodeau, G. (2018). *Pleine conscience et relation d'aide : théories et pratiques*. Presses de l'Université Laval.
- DeLong, L. B., et Kahn, J. H. (2014). Shameful secrets and shame-prone dispositions: How outcome expectations mediate the relation between shame and disclosure. *Counselling Psychology Quarterly*, 27(3), 290-307.

- Dobson, K. S., McEppan, A. M., et Dobson, D. (2019). Empirical validation and the cognitive-behavioral therapies. Dans S. Keith, J. Dobson David, et J. A. Dozois (Eds.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, (4th ed., pp. 32-63). Guilford Publications.
- Doherty, W. J. (2002). How therapists harm marriages and what we can do about it. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 1(2), 1-17.
- Doherty, W. J., et Harris S. M. (2022). Relationship-undermining statements by psychotherapists with clients who present with marital or couple problems. *Family Process*, 61(3), 1195-1207.
- Drapeau, A., Boyer, R., et Lesage, A. (2009). The influence of social anchorage on the gender difference in the use of mental health services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(3), 372-384.
- Estupiñá, F. J., Labrador, F. J., et García-Vera, M. P. (2012). A study of patients who go to a psychology clinic seeking treatment. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 275-285.
- Federal Trade Commission (FTC) (2023). FTC to Ban Better Help from Revealing Consumers' Data, Including Sensitive Mental Health Information, to Facebook and Others for Targeted Advertising. <https://www.ftc.gov/news-events/news/press-releases/2023/03/ftc-ban-betterhelp-revealing-consumers-data-including-sensitive-mental-health-information-facebook>
- Fisher, J. (2017). *Healing the fragmented selves of trauma survivors: Overcoming internal self-alienation*. Routledge.
- Friedman, M. J., Schnurr, P. P., et Keane, T. M. (Eds.). (2021). *Handbook of PTSD : science and practice* (3rd ed.), Guilford Press.
- Furnham, A., et Swami, V. (2008). Patient preferences for psychological counsellors: Evidence of a similarity effect. *Counselling Psychology Quarterly*, 21(4), 361-370.
- Furnham, A., et Swami, V. (2018). Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 7(4), 240-257.
- Gearing, R. E., Mian, I. A., Barber, J., et Ickowicz, A. (2006). A methodology for conducting retrospective chart review research in child and adolescent psychiatry. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15(3), 126-134.
- Greenberger, D., et Padesky, C. A. (2016). *Mind over mood : change how you feel by changing the way you think* (2nd ed.). Guilford Press.
- Goddard, A. W., Ball, S. G., Martinez, J., Robinson, M. J., Yang, C. R., Russell, J. M., et Shekhar, A. (2010). Current perspectives of the roles of the central norepinephrine system in anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, 27(4), 339-350.

- Goldfried, M. R., Pachankis, J. E., et Goodwin, B. J. (2019). A history of psychotherapy integration. Dans J. C. Norcross et M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (3rd ed., pp. 28-63). Oxford University Press.
- Goodyear, R., Lichtenberg, J., Hutman, H., Overland, E., Bedi, R., Christiani, K., Di Mattia, M., du Preez, E., Feather, J., Farrell, B., Grant, J., Han, Y.-J., Ju, Y., Lee, D.-G., Lee, H., Nicholas, H., Jones Nielsen, J., Sinacore, A., Tu, S., et Young, C. (2016). A global portrait of counselling psychologists' characteristics, perspectives, and professional behaviors. *Counselling Psychology Quarterly*, 29(2), 115-138.
- Gorman, J. M. (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety*, 4(4), 160-168.
- Guan, N., Guariglia, A., Moore, P., Xu, F., Al-Janabi, H., et Magalhaes, P. V. d. S. (2022). Financial stress and depression in adults: A systematic review. *Plos One*, 17(2).
- Gurman, A. S., et Burton, M. (2014). Individual therapy for couple problems: Perspectives and pitfalls. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 470-483.
- Hegeman, J. M., Kok, R. M., van der Mast, R. C., et Giltay, E. J. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200(4), 275-281.
- Hettema, J. M., Aggen, S. H., Kubarych, T. S., Neale, M. C., et Kendler, K. S. (2015). Identification and validation of mixed anxiety–depression. *Psychological Medicine*, 45(14), 3075-3084.
- Hirschfeld, R. M. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: recognition and management in primary care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 3(6), 244-254.
- Hunsley, J., Lee, C. M., et Aubry, T. (1999). Who uses psychological services in Canada? *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 40(3), 232-240.
- Hunsley, J., Teresa, A. (2019). Clinical assessment in cognitive-behavioral therapies. Dans S. Keith S, Dobson et David J. A. Dozois (Eds.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (4th ed., pp. 120-168). Guilford Publications.
- Jaimes, A., Larose, H. K., et Moreau, N. (2015). Current trends in theoretical orientation of psychologists: The case of Quebec clinicians. *Journal of Clinical Psychology*, 71(10), 1042-1048.
- Jalnapurkar, I., Allen, M., et Pigott, T. (2018). Sex differences in anxiety disorders: A review. *Journal of Psychiatry Depression & Anxiety*, 4(12), 3-16.

- Johnson, M. J, Wiebe S. A., et Robert Allan (2022) Emotionally focused couple therapy. Dans Lebow, J. L., et Snyder, D. K. (Eds.). *Clinical handbook of couple therapy* (5th ed., pp. 127-150). Guilford Publications.
- Keilp, J. G., Grunebaum, M. F., Gorlyn, M., LeBlanc, S., Burke, A. K., Galfalvy, H., Oquendo, M. A., et Mann, J. J. (2012). Suicidal ideation and the subjective aspects of depression. *Journal of Affective Disorders*, 140(1), 75-81.
- Krebs, P., Norcross, P. C., Nicholson, J. M., et Prochaska, J. O. (2019). Stages of change. Dans Norcross, J. C., et Wampold, B. E. (Eds.) *Psychotherapy relationships that work. Volume 2, Evidence-based therapist responsiveness* (3rd ed., pp. 296-328). Oxford University Press.
- Kunkel, M. A., et Newsom, S. (1996). Presenting problems for mental health services: A concept map. *Journal of mental health counseling*. 18(1), 53-63.
- Labelle, R. (1997). *Autoportrait multidimensionnel* (version française adaptée de la version originale [Lazarus, 1997]), [document inédit], Montréal, Laboratoire d'étude des troubles de l'humeur, Université du Québec à Montréal, 8 p.
- Labelle, R., et Hould, R. (2000). La psychothérapie multimodale brève : une approche novatrice. *Revue québécoise de psychologie*, 21(1), 133-151.
- Labrador, F. J., Bernaldo-de-Quirós, M., García-Fernández, G., Estupiñá, F., Fernández-Arias, I., et Labrador-Méndez, M. (2016). Characteristics of demand and psychological treatments in a university clinic. *Clínica y Salud*, 27(1), 7-14.
- Lambert, M. J., et Ogles, B. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Dans M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lazarus, A. (1997). *Brief but comprehensive psychotherapy: The multimodal way*. Springer Publishing Company.
- Lazarus, A. (2007), Multimodal Therapy. Dans Corsini, R. J., et Wedding, D. (Eds.), *Current Psychotherapies* (8th edition), (pp. 368-401). Thomson Brooks.
- Leach, L. S., Christensen, H., Mackinnon, A. J., Windsor, T. D., et Butterworth, P. (2008). Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: the role of psychosocial mediators. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology : The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 43(12), 983–998.
- Lecomte, C., et Servant, D. (2020). *Les thérapies comportementales, cognitives et émotionnelles en 150 fiches*. Paris : Elsevier.
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Howard, I., Julian, L., Vella, L., Catledge, C., et Feldman, M. D. (2006). Barriers to psychotherapy among depressed and nondepressed primary care patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(3), 254-258.

- Moorey, S. (2014). "Is it Them or is it Me?" Transference and countertransference in CBT. Dans A. Whittington and N. Grey (Eds.), *How to become a more effective CBT therapist : Mastering metacompetence in clinical practice* (pp. 132-145). John Wiley & Sons, Incorporated.
- Montiel, C., Duhoux, A., Tremblay, G., Villeneuve, R., Roy, J., Lavoie, B., et Houle, J. (2022). Psychological distress and help-seeking facilitators in Quebec men: Findings from a province-wide survey. *International Journal of Men's Social and Community Health*, 5(1), 1-26.
- Morrison, J. R. (2018). *L'entretien clinique : outils et techniques de diagnostic en santé mentale*. Mardaga supérieur.
- Muse, M. D. (2018). *Cognitive behavioral psychopharmacology: the clinical practice of evidence-based biopsychosocial integration*. Wiley Blackwell.
- National Institute on Drug Abuse. (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide*. (3rd Ed.) National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D. (2012). The science of self-compassion. In C. K. Germer et R. D. Siegel (Eds.), *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening Mindfulness in Clinical Practice* (pp. 79-92). The Guilford Press.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., et Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424.
- Norcross, J. C. et Alexander, E. F. (2019). A Primer on Psychotherapy Integration. In John C. Norcross, and Marvin R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (3rd Ed., pp. 3-27). Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Beutler L. E., et Goldfried, M. R. (2019). Cognitive-Behavioral Therapy and Psychotherapy Integration. In Keith S. Dobson et David J. A. Dozois (Eds.) *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (4th ed., pp. 318-345). Guilford Publications.
- Norton, P. J., Harris, K. R., Marker, I., et Pearl, S. (2019). Cognitive-Behavioral Therapy for Comorbidity and Transdiagnostic Populations. In Keith S. Dobson et David J. A. Dozois (Eds.) *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (4th ed., pp. 408-432). Guilford Publications.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., et Pincus, H. A. (2002). National trends in the use of outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 159(11), 1914-1920.

- Olfson, M., et Marcus, S. C. (2010). National trends in outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 167(12), 1456-1463.
- Ordre des Psychologues du Québec (OPQ) (2021). *Manuel d'évaluation des programmes de doctorat en psychologie*. https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/0/Manuel_eval_doctorat_2021-03-final.pdf
- Ordre des Psychologues du Québec (OPQ) (2023a). *Rapport Annuel 2022-2023*. https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/1002979/OPQ_RapportAnnuel_2022-2023_Complet_v16_Web.pdf/7db0bf62-7d23-86b8-32ad-1bdb1c84b4ba
- Ordre des Psychologues du Québec (OPQ) (2023b). *État de situation et recommandations concernant la formation en psychologie et en psychothérapie et la contribution des bacheliers en psychologie*. Dépôt au Groupe de travail sur l'optimisation de la formation en psychologie et en santé mentale, Ordre des Psychologues du Québec. https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/500970/Rapport_OPQ_chantier_David_FIN_AL_mise_à_jour_23Mars2023.pdf/
- Parslow, R. A., et Jorm, A. F. (2000). Who uses mental health services in Australia? An analysis of data from the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(6), 997-1008.
- Patten, S. B., et Juby, H. (2008). *A profile of clinical depression in Canada*. Research Data Centres, Calgary. <https://prism.ucalgary.ca/items/36ce568f-399f-4c5a-a3cf-2845c23a75fe>
- Patten, S. B., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Wang, J. L., Bulloch, A. G., et Sajobi, T. (2016). The association between major depression prevalence and sex becomes weaker with age. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(2), 203-210.
- Patten, S. B., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Wang, J. L., McDonald, K., et Bulloch, A. G. (2015). Descriptive epidemiology of major depressive disorder in Canada in 2012. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(1), 23-30.
- Pederson, E. L., et Vogel, D. L. (2007). Male gender role conflict and willingness to seek counseling: Testing a mediation model on college-aged men. *Journal of Counseling Psychology*, 54(4), 373.
- Pearlman, L. A., et Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 449-459.
- Prasko, J., Diveky, T., Grambal, A., Kamaradova, D., Mozny, P., Sigmundova, Z., Slepceky, M., et Vyskocilova, J. (2010). Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomedical Papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc, Czechoslovakia*, 154(3), 189-197.
- Ralston, W. (2021, mai, 4). They Told Their Therapists Everything. Hackers Leaked It All. *Wired*. Récupéré de : <https://www.wired.com/story/vastaamo-psychotherapy-patients-hack-data-breach/>

- Resick, P. A., Monson, C. M., et Chard, K. M. (2017). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. The Guilford Press.
- Rosenberg, K. P., et Feder, L. C. (2014). *Behavioral addictions : criteria, evidence, and treatment*. Elsevier/Academic Press.
- Rosenfiel, S., et Mouzon, D. (2012). Gender and Mental Health. Dans C. S., Aneshensel, J. C., Phelan, et A., Bierman, (Eds.). (2012). *Handbook of the sociology of mental health*. (pp. 277-296). Springer Netherlands.
- Sander, D., Grandjean, D., et Scherer, K. R. (2005). A systems approach to appraisal mechanisms in emotion. *Neural Networks : The Official Journal of the International Neural Network Society*, 18(4), 317–352.
- Sander, D. et Scherer, K. (2019). *Traité de psychologie des émotions*. Dunod.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., et Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Schaakxs, R., Comijs, H. C., Lamers, F., Beekman, A. T. F., et Penninx, B. W. J. H. (2017). Age-related variability in the presentation of symptoms of major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 47(3), 543–552.
- Silverstein, B. (1999). Gender difference in the prevalence of clinical depression: The role played by depression associated with somatic symptoms. *American Journal of Psychiatry : Official Journal of the American Psychiatric Association*, 156(3), 480-482.
- Silverstein, B., Edwards, T., Gamma, A., Ajdacic-Gross, V., Rossler, W., et Angst, J. (2013). The role played by depression associated with somatic symptomatology in accounting for the gender difference in the prevalence of depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology : The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 48(2), 257–263.
- Singer, S., Sievers, L., Scholz, I., Taylor, K., Blanck, J., et Maier, L. (2023). Who seeks psychodynamic psychotherapy in community-based practices? Patient characteristics examined in a large sample of applications for reimbursement of psychotherapy in Germany. *Psychodynamic Practice*, 29(2), 117-135.
- Smith, D. J., Kyle, S., Forty, L., Cooper, C., Walters, J., Russell, E., Caesar, S., Farmer, A., McGuffin, P., et Jones, L. (2008). Differences in depressive symptom profile between males and females. *Journal of Affective Disorders*, 108(3), 279-284.
- Speed, B. C., Goldstein, B. L., et Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness training: A forgotten evidence-based treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1).
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., Verloin deGruy, F., Hahn, S. R., Brody, D., et Johnson, J. G. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *Jama*, 272(22), 1749-1756.

- Statistique Canada. (1999). *L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) 1998-1999 [Canada] : composante ménage - fichier santé*. Consulté le 16 février 2024 sur https://odesi.ca/fr/détails?id=/odesi/doi_10-5683_SP3_IL7SUX.xml
- Statistique Canada. (2013). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (ESCC-SM) 2012*. Consulté le 25 janvier 2024 sur https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=119789
- Statistique Canada (2012a), *Profession - Classification nationale des professions (CNP) 2011 (11), plus haut certificat, diplôme ou grade (15), principal domaine d'études - Classification des programmes d'enseignement (CPE) 2011 (82), groupes d'âge (13B) et sexe (3) pour la population active occupée âgée de 15 ans et plus, dans les ménages privés du Canada, provinces, territoires et divisions de recensement*. Enquête nationale auprès des ménages de 2011, produit numéro 99-012-X2011053 au catalogue de Statistique Canada. Consulté le 4 octobre 2023 sur <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/99-012-X2011053>
- Statistique Canada (2012b), *Plus haut certificat, diplôme ou grade (15), groupes d'âge (13B), principal domaine d'études - Classification des programmes d'enseignement (CPE) 2011 (14), lieu des études (29), fréquentation scolaire (3) et sexe (3) pour la population âgée de 15 ans et plus, dans les ménages privés du Canada, provinces, territoires, régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement*. Enquête nationale auprès des ménages de 2011, produit numéro 99-012-X2011040 au catalogue de Statistique Canada. Consulté le 4 octobre 2023 sur <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/99-012-X2011040>
- Statistique Canada. (2016). *Classification nationale des professions (CNP) (2016)*. Récupéré directement par courriel de Statistique Canada. Consulté le 18 septembre 2018.
- Statistique Canada. (2021). *Catégorie de travailleur selon le groupe de base des professions, la situation d'activité, l'âge et le genre : Canada, provinces et territoires, régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement y compris les parties*, Recensement de la population 2021, Tableau 98-10-0593-01. Consulté le 28 janvier 2024 sur <https://doi.org/10.25318/9810059301-fra>
- Stolerman, I. P. (Ed.). (2010). *Encyclopedia of psychopharmacology*. Springer.
- Swift J.K., et Greenberg R.P. (2014). A Treatment by disorder meta-analysis of dropout from Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 193-207.
- Tasca, G. A. (2015). What Canadian clinical psychologists want from psychotherapy research. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 56(1), 16-28.
- Vaccaro, A. G. et Potenza, M. N. (2020). Neurobiological foundations of behavioral addictions. Dans S. Sussman (Ed.), *The Cambridge Handbook of Substance and Behavioral Addictions* (pp. 136-151). Cambridge: Cambridge University Press.
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.

- Vassar, M. et Holzmann, M. (2013). The retrospective chart review: important methodological considerations. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 10(12), 1-7.
- Vessey, J. T., et Howard, K. I. (1993). Who seeks psychotherapy? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(4), 546-553.
- Wang, J., Fick, G., Adair, C., et Lai, D. (2007). Gender specific correlates of stigma toward depression in a Canadian general population sample. *Journal of Affective Disorders*, 103(1-3), 91-97.
- Watterson, R. A., Williams, J. V., Lavorato, D. H., et Patten, S. B. (2017). Descriptive epidemiology of generalized anxiety disorder in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(1), 24-29.
- Wolpe, J., et Lazarus, A. A. (1966). *Behavior Therapy Techniques*. New York : Pergamon Press.
- Yoken, C. (1988). Distinguishing patients' self-reported presenting problems from symptoms. Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research, Sante Fe, New Mexico.
- Young, J. E., Klosko, J. S., et Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zayas, V., et Hazan, C. (Eds.). (2015). *Bases of adult attachment : linking brain, mind and behavior*. Springer, New York.