

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES BRÈVES DU TROUBLE PANIQUE
CHEZ LES INDIVIDUS QUI SE PRÉSENTENT AU SERVICE D'URGENCE
POUR DES DOULEURS THORACIQUES NON CARDIAQUES : EFFICACITÉ
ET RECENSION DES ÉCRITS

THÈSE

PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
AU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MARIE-JOSÉE LESSARD

AVRIL 2012

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

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

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce projet doctoral en psychologie, des étapes et du cheminement qu'il implique ne peuvent se faire sans souligner l'aide et le soutien de plusieurs personnes, qui ont chacune à leur manière, contribuées à mon parcours.

Je remercie d'abord mon directeur de thèse, Dr André Marchand, de m'avoir fait confiance dans la réalisation de ce projet, pour sa généreuse disponibilité, pour le respect de mon rythme, les belles opportunités de travail et ses qualités humaines, qui ont permis de rendre ce parcours des plus agréables. Je tiens à remercier également ma co-directrice, Dr. Kim Lavoie, pour son ouverture à s'intégrer dans ce projet et pour ses commentaires des plus constructifs et stimulants lors des étapes de la rédaction.

Je témoigne ma reconnaissance à tous les participants qui ont pris part au projet et qui ont bien voulu nous faire confiance en partageant leur souffrance. Un merci tout spécial aussi à tous les assistants de recherche qui se sont engagés dans le projet ainsi qu'aux psychologues des trois centres, sans lesquels cette étude n'aurait pas pu voir le jour. Je transmets mes remerciements également à tous les membres actifs de l'équipe de recherche, Marie-Ève, Geneviève, Joannie et Guillaume qui ont fait partie de cette aventure en construisant ensemble ce projet novateur.

Un merci tout spécial à mes proches. Tout d'abord, je transmets mes remerciements et ma gratitude envers mon mari Ronny. Mille mercis pour ta confiance, ton amour inconditionnel, ton aide informatique précieuse, tes encouragements tout au long de mon parcours, puis pour tous ces beaux moments, ici ou ailleurs, à vivre avec toi autre chose. Je tiens aussi à remercier précieusement ma famille et mes ami(e)s. Un merci particulier à ma mère Doris et mon père Normand qui ont su me transmettre leur passion du travail, leur dévouement et leur amour. Un

grand merci aussi à ma belle-famille qui m'a transmis un brin savoureux de leur culture et pour leur curiosité intellectuelle si stimulante. Finalement, je transmets mes remerciements et mon affection à Caroline, Manon, Hélène, Valérie, Cidalia et David. Merci pour les discussions enrichissantes, votre empathie, vos sourires, les moments « zen » et vos délicates attentions.

Finalement, la réalisation de cette thèse a été rendue possible grâce à l'obtention de bourses du Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences (GIRU) et des Fonds de recherche sur la société et la culture (FQRSC). Les participants ont pu obtenir une intervention psychologique gratuitement grâce à une subvention des IRSC (no. 157824) accordée à André Marchand, Kim Lavoie, Richard Fleet, Julien Poitras, Alain Vadeboncoeur, Jean-Marc Chauny, André Arsenault, Simon Bacon et Gilles Dupuis. Je tiens également à remercier le département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, l'Institut de Cardiologie de Montréal, le centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et de l'Hôtel-Dieu de Lévis pour leur soutien tout au long du projet, en particulier les médecins collaborateurs du projet : Dr. Alain Vadeboncoeur, Dr. Jean-Marc Chauny et Dr. Julien Poitras.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES FIGURES.....	x
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	xii
RÉSUMÉ	xv
CHAPITRE I	
INTRODUCTION	1
1.1 Contexte général	2
1.1.1 Les douleurs thoraciques dans les services d'urgence médicale.....	2
1.1.2 Les douleurs thoraciques non cardiaques.....	3
1.1.3 Les douleurs thoraciques non cardiaques et le trouble panique.....	4
1.1.4 Les caractéristiques cliniques du trouble panique.....	6
1.1.5 L'étiologie du trouble panique	9
1.1.6 Les répercussions psychosociales et économiques du trouble panique	12
1.1.7 Les caractéristiques de la population atteinte du trouble panique et consultant les services médicaux en raison de douleurs thoraciques.....	15
1.1.8 Le traitement des douleurs thoraciques non cardiaques.....	19
1.1.9 Le traitement du trouble panique	22
1.1.10 Le traitement du trouble panique adapté aux individus qui se présentent à l'urgence en raison de douleurs thoraciques non cardiaques	27
1.2 Objectifs de la thèse.....	32
1.3 Contenu de la thèse.....	35

CHAPITRE II	
COMPARING TWO BRIEF PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS TO USUAL CARE IN PANIC DISORDER PATIENTS PRESENTING TO THE EMERGENCY DEPARTMENT WITH CHEST PAIN (LESSARD ET AL., 2011) (ARTICLE I) ..39	
Résumé	41
Abstract.....	42
Introduction	43
Method.....	45
Participants.....	45
Setting	46
Research design.....	46
Procedure	47
Intervention protocols	48
Intervention integrity.....	49
Flow of participants through the study	49
Measures.....	50
Diagnostic interview	50
Self-report questionnaires	50
Statistical analyses	52
Results	53
Sample characteristics.....	53
Baseline comparisons.....	53
Treatment outcome	54
Discussion.....	55
Study limitations and strengths	57
Clinical implications and future research.....	59

Acknowledgements	59
References	61
CHAPITRE III	
INTERVENTIONS A L'URGENCE POUR DOULEURS THORACIQUES NON CARDIAQUES AVEC OU SANS ANXIETE DE TYPE PANIQUE. (LESSARD, MARCHAND ET LAVOIE, SOUS PRESSE) (ARTICLE II).....	
77	77
Résumé	79
Abstract	80
Introduction	81
Méthodologie	84
Critères de sélection des études	84
Extraction et analyse des données	86
Résultats	87
Description des études recensées	87
Analyse des études recensées	89
Discussion	95
Limites des études recensées	97
Implications cliniques	99
Conclusion	101
Remerciements	102
Références	103
CHAPITRE IV	
DISCUSSION GÉNÉRALE	
117	117
4.1 Synthèse des résultats des deux articles de thèse	118
4.2 Diagnostic du trouble panique	126
4.3 Considérations méthodologiques	126
4.3.1 Forces	126

4.3.2 Limites	129
4.4 Considérations cliniques	134
4.4.1 Applicabilité à l'organisation des SU	136
4.4.2 Dépistage et options d'interventions	138
4.4.3 Intervenir pour prévenir les maladies cardiovasculaires	146
4.5 Transfert des connaissances	146
4.6 Avenues de recherches futures.....	147
4.7 Conclusion générale.....	149
APPENDICE A	
APPROBATION DU COMITÉ SCIENTIFIQUE ET D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL.....	151
APPENDICE B	
APPROBATION DU COMITÉ SCIENTIFIQUE ET D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL	153
APPENDICE C	
APPROBATION DU COMITÉ SCIENTIFIQUE ET D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'HÔTEL-DIEU DE LÉVIS.....	155
APPENDICE D	
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL: CONDITIONS D'INTERVENTIONS	157
APPENDICE E	
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL: CONDITION CONTRÔLE DE TYPE SOINS USUELS	165
APPENDICE F	
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT DE L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL: CONDITIONS D'INTERVENTIONS	171
APPENDICE G	
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT DE L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL: CONDITION CONTRÔLE DE TYPE SOINS USUELS	179
APPENDICE H	
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT DE L'HÔTEL-DIEU DE LÉVIS: CONDITIONS D'INTERVENTIONS.....	185

APPENDICE I	
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT DE L'HÔTEL-DIEU DE LÉVIS: CONDITION CONTRÔLE DE TYPE SOINS USUELS	195
APPENDICE J	
QUESTIONNAIRES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES.....	203
APPENDICE K	
ENTREVUE D'ÉVALUATION	209
APPENDICE L	
MESURES DES SYMPTÔMES DU TROUBLE PANIQUE	227
APPENDICE M	
PROTOCOLE D'INTERVENTION (7 SÉANCES).....	233
APPENDICE N	
PROTOCOLE D'INTERVENTION (1 SÉANCE)	241
APPENDICE O	
GRILLE D'INTÉGRITÉ THÉRAPEUTIQUE.....	243
APPENDICE P	
ACCUSÉ D'ACCEPTATION DE LA REVUE BCP	261
APPENDICE Q	
ACCUSÉ D'ACCEPTATION DE LA REVUE PSYCHOLOGIE CANADIENNE	263
APPENDICE R	
RÉSULTATS DES MESURES AUTO-RAPPORTÉES	265
RÉFÉRENCES.....	267

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1.1 Séquence de développement du trouble panique et de l'agoraphobie	12
2.1 Randomization on sequence of cohorts	70
2.2 Flow of participants' recruitment	71
2.3 Severity of PD (ADIS-IV) over time.....	72
3.1 Processus de sélection des études recensées.....	116
4.1 Dépistage et options d'intervention.....	139

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1 Critères d'une attaque de panique selon le DSM-IV-TR	7
1.2 Critères diagnostiques du trouble panique avec ou sans agoraphobie selon le DSM-IV-TR	8
2.1 Baseline Characteristics of PD Patients presenting with non-cardiac chest pain to the emergency department by Conditions (n = 58).....	73
2.2 Means and standard deviations (SD) of the 1-session PMI, the 7-session CBT and the usual-care control condition on all outcome measures over time (ITT analysis).....	74
2.3 Analysis of Variance (ANOVA) Results for PD Patients consulting for DTNC in the emergency department	75
3.1 Synthèse des études recensées.....	112
3.2 Taille de l'effet des études recensées	115

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES

ACQ	Agoraphobic Cognitions Questionnaire
ADIS-IV	Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV-TR
ANOVA	Analyses of variance
AP	Attaque de panique
ASI	Anxiety Sensitivity Index
ATC	Antidépresseurs tricycliques
BDI	Beck Depression Inventory
BDI-II	Beck Depression Inventory II
BSQ	Body Sensations Questionnaire
BSI	Brief Symptom Inventory
CAQ	Cardiac Anxiety Questionnaire
CBT	Cognitive-behavioural therapy
CLIPP	Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition, text revision)
DT	Douleurs thoraciques
DTNC	Douleurs thoraciques non cardiaques
ED	Emergency department
IMAO	Inhibiteurs de la monoamine-oxydase
ISA	Index de sensibilité à l'anxiété
ISRS	Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine
ISRSN	Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline
ITT	Intent-to-treat
MIA	Mobility Inventory for Agoraphobia
MCV	Maladies cardiovasculaires
NCCP	Non-cardiac chest pain
OPQ	Ordre des psychologues du Québec
PAS	Panic and Agoraphobia Scale
PD	Panic disorder with or without agoraphobia
PDSS	Panic Disorder Severity Scale
PMI	Panic management intervention
PSC	Panic Syndrome Checklist tiré du PRIME-MD
SCID-III-R	Structured Clinical Interview for DSM-III-R;
SCID-IV-R	Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR;
SSRI	Selective serotonin reuptake inhibitors

STAI	State-Trait Anxiety Inventory
SU	Service d'urgence médicale
TCC	Thérapie cognitive comportementale
TP	Trouble panique
TPA	Trouble panique avec agoraphobie
TPSA	Trouble panique sans agoraphobie



RÉSUMÉ

Près de 91% des patients qui souffrent d'un trouble panique (TP) cherchent d'abord de l'aide dans les services médicaux, en particulier les services d'urgence médicale (SU). Le TP est ainsi davantage fréquent dans ces services où ces individus se présentent souvent décrivant les symptômes physiques d'anxiété (tel qu'une douleur thoracique) qu'ils craignent le plus. Les SU sont souvent la porte d'entrée de ces patients qui recherchent une explication à leurs symptômes et par le fait même, un traitement adéquat. Cependant, dans la plupart des cas, ces patients avec des douleurs thoraciques non cardiaques (DTNC) et un TP concomitant reçoivent les soins usuels (c.-à-d., une évaluation médicale et des tests médicaux permettant d'éliminer la présence d'une maladie potentiellement fatale) sans que l'on initie ou qu'on les dirige vers un traitement approprié. Or, sans traitement le TP suit généralement un cours chronique et les DT tendent à persister.

Les interventions psychologiques comme la thérapie cognitive et comportementale (TCC), en format conventionnel ou bref, ont démontré leur efficacité à traiter le TP (avec ou sans agoraphobie) et des résultats prometteurs semblent le prouver pour les DTNC (avec ou sans TP). Pourtant, la TCC, bien que considérée comme traitement de choix par les principaux guides de pratiques pour le TP n'est que rarement initiée dans le cadre des soins offerts dans les SU. Or, non traité, le TP peut aussi mener au développement d'autres troubles mentaux, et le TP et les DTNC conduisent à une utilisation répétée des services de santé, tout en contribuant à alourdir le système de santé. Dans ce contexte, il apparaît souhaitable et nécessaire de rendre les interventions psychologiques brèves et précoces accessibles à tous ces patients souffrant de TP et de DTNC (reliée à l'anxiété) sollicitant de l'aide par l'entremise des services médicaux, en particulier des SU et ce, afin de favoriser une meilleure compréhension de leurs symptômes, d'en alléger leur souffrance et d'améliorer leur niveau de fonctionnement.

Une solution prometteuse consiste à initier des interventions psychologiques dans le cadre des SU par l'entremise de personnel qualifié ou d'introduire une procédure systématique de référence à un professionnel de la santé mentale. La présente étude vise à évaluer l'efficacité de deux différentes modalités d'intervention psychologique brèves utilisant des stratégies d'orientation cognitive et comportementale auprès d'individus souffrant d'un TP et consultant via les SU en raison de DTNC. Cinquante-huit adultes participent au projet et reçoivent soit une intervention concernant la gestion de la panique de deux heures, une TCC répartie sur sept séances d'une heure chacune ou les soins usuels généralement offerts au SU pour cette population.

Le présent document présente un compte-rendu des travaux de thèse. Le premier chapitre expose le contexte général en situant notamment le problème à l'étude, en décrivant les caractéristiques de cette population médicale et en faisant l'état des écrits scientifiques à ce jour dans le domaine du traitement du TP et des DTNC, particulièrement en milieu de première ligne tel que les SU. Le second chapitre présente les résultats obtenus lors du premier volet de cette thèse portant sur l'efficacité d'une intervention ciblant la gestion de la panique (une séance) et d'une intervention cognitive et comportementale (sept séances), versus une condition contrôle de type soins usuels offerts au SU. Dans l'ensemble, les données révèlent une diminution significative de la sévérité du TP suite aux deux types d'intervention psychologique. L'intervention brève de sept séances ne diffère pas de l'intervention brève d'une séance sur l'ensemble des mesures (mise à part sur le nombre de participants avec le diagnostic du TP suite à l'intervention). Le troisième chapitre présente les résultats du second volet de la thèse consistant à une recension systématique des diverses études effectuées au SU et ciblant l'efficacité de traitements psychologiques et pharmacologiques offerts aux patients qui consultent pour des DTNC avec ou sans réactions anxieuses concomitantes (c.-à-d. des AP et/ou TP). Malgré le peu d'études portant sur cette question, les résultats divulguent que les interventions pharmacologiques (ISRS) et psychologiques brèves (utilisant principalement des stratégies d'approche cognitive-comportementale) semblent efficaces, lorsque comparé à une condition contrôle de type aux soins usuels au SU. Finalement, le quatrième chapitre comporte une discussion générale des résultats obtenus. Des considérations méthodologiques et cliniques y sont suggérées, en plus d'avenues de recherches futures.

Mots-clés : trouble panique, attaque de panique, douleur thoracique non cardiaque, département d'urgence, efficacité, thérapie cognitive-comportementale, pharmacothérapie.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

CHAPITRE I

INTRODUCTION

1.1 Contexte général

1.1.1 Les douleurs thoraciques dans les services d'urgence médicale

Les douleurs thoraciques (DT) sont courantes dans la population générale; plus de 25% de la population l'expérimenteront au cours de leur vie (Kroenke, 1992). Elles constituent l'un des motifs de consultation médicale le plus fréquent (Fleet et Beitman, 1997; Graff et al., 1995; Mayou, 1998; Zaubler et Katon, 1998), le second dans les services d'urgence (SU) médicale (Eslick, 2004; Ly et McCaig, 2002). L'évaluation et le traitement de ces patients entraîneraient des coûts directs et indirects importants pour le système de santé. Peu de renseignements sont disponibles concernant ces coûts, mais aux États-Unis, environ 6,5 millions d'individus consultent chaque année les hôpitaux en raison de DT, occasionnant une dépense d'environ 8 milliards de dollars américains annuellement (Hutter, Amsterdam et Jaffe, 2000). En 2000, selon l'Agence de la santé publique du Canada (2009), les maladies cardiovasculaires ont engendré des coûts de 22,2 milliards de dollars, dont 7,6 milliards en coûts directs et 14,6 milliards en coûts indirects.

La DT est un symptôme qui requiert une attention particulière du personnel médical, car il est associé à la présence de maladies cardiovasculaires potentiellement fatales, une des principales causes de décès au Canada (Statistique Canada, 2009) et aux États-Unis (Kung, Hoyert, Xu et Murphy, 2008). On estime qu'entre 11% et 39% des patients qui consultent pour une première fois les SU ou ambulatoires présenteraient une maladie cardiovasculaire (Eslick et Talley, 2000; Katerndahl et Trammell, 1997). Cependant, la plupart des patients (entre 50-90%) qui se présentent

à un SU ou en première ligne en raison de DT reçoivent un diagnostic de douleurs thoraciques non cardiaques (DTNC) ou à faible risque de problèmes coronariens, car on ne peut expliquer leurs symptômes par un problème de nature cardiaque ou organique (Bahr, 2000; Fleet et al., 1996; Goldman et al., 1982; Karlson, Herlitz, Pettersson, Ekvall et Hjalmarson, 1991; Kontos, 2001; Kroenke et Mangelsdorff, 1989; Lee et al., 1985; Wulsin, Arnold et Hillard, 1991; Wulsin et Yingling, 1991).

1.1.2 Les douleurs thoraciques non cardiaques

Devant l'absence d'explication cardiaque ou organique, les urgentologues et les médecins généralistes, les principaux professionnels à être consultés pour ce type de douleur, posent généralement un diagnostic de DTNC (Eslick, 2001). Or, plusieurs études suggèrent que malgré un pronostic cardiovasculaire favorable et un taux de survie de l'ordre de 98% après dix ans (Papanicolaou et al., 1986), un grand pourcentage (>65%) de patients avec DTNC continuent à présenter des DT et à craindre une maladie cardiaque, plusieurs années après avoir été rassuré de l'origine non cardiaque de leurs symptômes (Eslick et Talley, 2008; Papanicolaou et al., 1986; Potts et Bass, 1995; Roll, Kollind et Theorell, 1992). Ils continuent également de vivre des limitations fonctionnelles (46-100%) et occupationnelles (19-51%), de voir leur qualité de vie diminuée et d'utiliser largement les services de santé (27-79%), ce qui constitue un fardeau non-négligeable pour le système de santé (Atienza, Velasco, Brown, Ridocci et Kaski, 1999; Bass, 1991; Beitman, Kushner, Basha et al., 1991; Carter et al., 1994; Channer, James, Papouchado et Rees, 1987; Eslick et Talley, 2004; Goodacre, Mason, Arnold et Angelini, 2001; Isner, Salem, Banas et Levine, 1981; Lantinga et al., 1988; Mayou, Bryant, Forfar et Clark, 1994; Ockene, Shay, Alpert, Weiner et Dalen, 1980; Papanicolaou et al., 1986; Pasternak, Thibault, Savoia, DeSanctis et Hutter, 1980; Potts et Bass, 1993, 1995).

Qui plus est, environ 5% des individus recevant un congé médical suite à un diagnostic de DTNC ou de DT à faible risque de maladies cardiaques présentent en fait un problème cardiaque sévère, ce qui vient complexifier cette problématique et par le fait même, poser un dilemme important au niveau du diagnostic (Christenson et al., 2004; Pope et al., 2000). Les DTNC sont ainsi un problème complexe et invalidante qui revêt toute son importance tant pour le patient que pour les professionnels de la santé.

1.1.3 Les douleurs thoraciques non cardiaques et le trouble panique

L'étiologie des DTNC impliquerait l'interaction de plusieurs facteurs tant physiques que psychologiques (Bass, 1991; Chambers et Bass, 1998; Mayou, 1998). En effet, ces causes multiples probables peuvent être de l'ordre de problèmes gastro-entérologiques, musculo-squelettiques, pulmonaires, cutanés ainsi que de santé mentale (Eslick et Fass, 2003).

Le modèle étiologique de Mayou (1998) souligne que les DTNC peuvent s'expliquer par l'interaction entre des facteurs prédisposants (ex : traits de personnalité, troubles mentaux, connaissance des maladies cardiovasculaires ou d'autres maladies, familiarité avec les services médicaux et historique de maladies cardiovasculaires ou d'exams cardiaques), précipitants (ex : problèmes physiques ou pathologies mineures, troubles mentaux, maladies cardiaques ou autres et stressseurs aigus ou chroniques) et de maintien (ex : persistance des symptômes physiques, manque d'explications, troubles mentaux et le recours à des soins médicaux). Il est ainsi possible que la DTNC soit causée par des problèmes physiques mineurs de nature non cardiaque ou par des symptômes d'anxiété que le patient perçoit comme un indicateur de la présence possible d'une maladie cardiaque ou d'une autre maladie grave. En raison de la ressemblance entre les symptômes physiques du trouble panique (TP), un trouble anxieux, et ceux des DTNC, il est

possible que les patients développent une hypervigilance face aux symptômes physiques (aussi nommé sensibilité intéroceptive) ressentis qu'ils perçoivent comme étant dangereux. Cette interprétation erronée des sensations physiques peut mener à l'augmentation de l'anxiété et de la panique ainsi qu'à l'exacerbation des symptômes physiques, incluant les DT, ce qui pourrait contribuer à maintenir le problème dans un cercle vicieux.

On estime que jusqu'à 75% des patients avec DTNC ou à faible risque de problèmes cardiaques présentent également un diagnostic de troubles mentaux (Bass, Wade, Hand et Jackson, 1983), les plus communs seraient le TP, un autre trouble anxieux (non spécifié), et le trouble de dépression majeure (Beitman, Basha, Flaker, DeRosear, Mukerji, Trombka, et al., 1987; Katon, et al., 1988). En raison de la ressemblance entre certains symptômes du TP et les symptômes des maladies cardiovasculaires, plusieurs études s'intéressent aux liens entre le TP et les DTNC. En fait, sept des treize symptômes d'une attaque de panique (AP) s'apparentent à certains symptômes principaux des maladies de nature cardiovasculaire : (1) DT, (2) palpitations, (3) transpiration, (4) engourdissement ou douleur dans les membres inférieurs (paresthésie), (5) souffle court ou essoufflement, (6) sensation d'étouffement ou d'étranglement et (7) bouffée de chaleur (Fleet et Beitman, 1998).

L'étude des troubles psychologiques, en particulier du TP, chez les individus qui consultent les milieux médicaux pour une DTNC, reçoit de plus en plus d'attention. En effet, on estime qu'entre 24-70% des patients avec DTNC présenteraient un TP ou des AP concomitant (Beitman, Mukerji, Russell et Grafting, 1993; Carter et al., 1992; Carter et al., 1994; Dammen, Arnesen, Ekeberg et Friis, 2004; Dammen, Arnesen, Ekeberg, Husebye et Friis, 1999; Fleet et al., 1996; Fleet, Dupuis et al., 1998; Fleet, Lavoie et Beitman, 2000; Foldes-Busque et al., 2011; R. Goldberg et al., 1990; Hocaoglu, Gulec et Durmus, 2008; Katon et al., 1988; Wulsin et Yingling, 1991; Yingling, Wulsin, Arnold et Rouan, 1993). Dans le cas où les individus se présentent

à un SU en raison d'une DTNC, la prévalence du TP serait 4 à 13 fois plus élevée (17-63%; Fleet et al., 1996; Foldes-Busque et al., 2010; Huffman et Pollack, 2003; Kuijpers, Dennollet, Wellens, Crijns et Honig, 2007; Worthington et al., 1997; Wulsin et Yingling, 1991; Yingling et al., 1993), en comparaison au taux observé dans la population générale (4.7%; Kessler et al., 2006). Ces études suggèrent que les AP et le TP pourraient être les problèmes d'anxiété les plus souvent associées aux DTNC chez les patients consultant les SU. Or, s'il n'est pas traité convenablement, les DTNC persistent, d'où l'importance d'offrir une intervention adaptée pour cette clientèle (Wulsin et al., 2002).

1.1.4 Les caractéristiques cliniques du trouble panique

Le TP fait partie des troubles anxieux et peut se présenter avec agoraphobie (TPA) ou sans agoraphobie (TPSA). Selon l'Association Américaine de Psychiatrie (2003), le TP se caractérise par la présence d'AP récurrentes et soudaines au sein duquel au moins une de ces attaques est accompagnée, pendant un mois (ou plus), d'une crainte persistante d'avoir d'autres AP, d'inquiétudes face aux implications ou bien aux conséquences possibles de ces attaques (ex : faire une crise cardiaque) et/ou un changement de comportement marqué qui résultent de celles-ci (ex : absentéisme, augmentation des consultations médicales, évitement de situations anxiogènes). Tout comme les autres formes d'anxiété, l'AP peut être une manifestation normale de la réponse de *combat ou de fuite*. Il arrive aussi qu'elle survienne en l'absence de menaces ou de dangers réels, ou constitue une réaction anxieuse d'intensité disproportionnée qui hypothèque le fonctionnement de l'individu. Dans ce cas, l'AP peut s'inscrire dans le cadre de tout autre trouble anxieux, bien que le plus fréquent soit le trouble panique avec ou sans agoraphobie (TP) (Kessler et al., 2006). Les critères d'une AP sont présentés au tableau 1 (Association américaine de psychiatrie, 2003). Ils incluent la présence de plusieurs symptômes physiques et cognitifs.

Tableau 1.1 : Critères d'une attaque de panique selon le DSM-IV-TR (Association américaine de psychiatrie, 2003)

Attaque de panique :

Une période bien délimitée de crainte ou de malaise intense, dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de dix minutes :

1. palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque
2. transpiration
3. tremblements ou secousses musculaires
4. sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement
5. sensation d'étranglement
6. douleur ou gêne thoracique
7. nausée ou gêne abdominale
8. sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide, ou impression d'évanouissement
9. déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi)
10. peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou
11. peur de mourir
12. paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotement)
13. frissons ou bouffées de chaleur

N-B. : Une attaque de panique ne peut pas être codée. Il faut coder le diagnostic spécifique dans lequel survient l'attaque de panique

Les individus souffrant d'AP rapportent qu'elles peuvent durer jusqu'à trente minutes, mais rarement plus, et seraient souvent suivies par un niveau d'anxiété élevé. (Zuercher-White, 1997). Ces attaques donnent à l'individu un sentiment de bouleversement ou de danger imminent, de l'ordre physique ou psychologique, dont il ne peut expliquer, anticiper et même contrôler. L'individu en vient alors à craindre de revivre ces symptômes, dimension au cœur du problème du TP, particulièrement dans les endroits ou les situations où il lui serait difficile (ou gênant) de fuir ou de recevoir de l'aide en cas de besoin. Plusieurs individus qui présentent un TP en viennent aussi à limiter leurs déplacements, à avoir besoin d'être accompagnés ou à adopter des comportements sécurisants (Marchand et Boivin, 1999). En ce sens, le TP

mène souvent à un certain degré d'évitement situationnel (ex : les transports publics) ou intéroceptif (ex : l'activité physique) et par conséquent, la plupart des individus avec un TP présentent également des comportements agoraphobes d'intensité pouvant varier de légère à élevée (White et Barlow, 2004). Selon l'Association Américaine de Psychiatrie (2003), 33% à 50% des individus avec TP souffriraient également d'agoraphobie. Les critères diagnostiques du TPA et du TPSA selon le DSM-IV-TR sont illustrés au tableau 2.

Tableau 1.2 : Critères diagnostiques du trouble panique avec ou sans agoraphobie selon le DSM-IV-TR (Association américaine de psychiatrie, 2003)

Trouble panique sans agoraphobie (TPSA):

A. À la fois les éléments (1) et (2) :

- (1) AP récurrentes et inattendues.
- (2) au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des comportements suivants:
 - (a) crainte persistante d'avoir d'autres AP
 - (b) préoccupations à propos des implications possibles de l'AP ou bien de ses conséquences (p. ex., perdre le contrôle, « devenir fou », avoir une crise cardiaque)
 - (c) changement de comportement marqué en relation avec les AP

B. Absence d'agoraphobie.

C. Les AP ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance (ex : une substance donnant lieu à de l'abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).

D. Les AP ne sont pas mieux expliquées par la présence d'un autre trouble mental.

Trouble panique avec agoraphobie (TPA):

A. Présence d'un trouble panique (critère A du trouble panique sans agoraphobie)

B. Présence d'agoraphobie :

- (a) une anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'AP soit inattendue soit facilitée par des situations spécifiques ou bien en cas de symptômes de type panique. Les peurs agoraphobiques regroupent typiquement un ensemble de situations caractéristiques incluant le fait de se trouver seul en dehors de son domicile; d'être

dans une foule ou dans une file d'attente; sur un pont, dans un autobus, un train ou une voiture.

(b) les situations sont soit évitées (p. ex. : restriction des voyages) soit subies avec une souffrance intense ou bien avec la crainte d'avoir une AP ou des symptômes de type panique ou bien nécessitent la présence d'un accompagnant.

(c) L'anxiété ou l'évitement phobique n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental.

C. Les AP ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. : une substance donnant lieu à de l'abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex. : hyperthyroïdie).

D. Les AP ne sont pas mieux expliquées par la présence d'un autre trouble mental.

Par ailleurs, le TP avec ou sans agoraphobie suit généralement un cours chronique. Il débute généralement entre 18 ans et 35 ans (Association américaine de psychiatrie, 2003; Marchand et Boivin, 1999), pour la plupart (70%) dans un contexte de plusieurs stressors (White et Barlow, 2002). Certains chercheurs rapportent une distribution bimodale, indiquant un âge d'apparition entre 15-24 ans ou entre 45-54 ans (Eaton, Kessler, Wittchen et Magee, 1994). Il touche autant les femmes que les hommes, mais le TP avec agoraphobie est deux fois plus élevé chez les femmes (Katerndahl et Realini, 1993; Yonkers et al., 1998).

1.1.5 L'étiologie du trouble panique

Il existe divers modèles conceptuels du TP, chacun exposant plusieurs facteurs étiologiques qui permettent de mettre de l'avant sa nature multi-causale et idiosyncrasique. Deux modèles conceptuels sont actuellement dominants : le modèle cognitif de Clark (Clark, 1986) et le modèle biopsychosocial de Barlow (Barlow, 2002).

Selon le modèle cognitif de Clark (Clark, 1986), les AP seraient déclenchées par divers stimuli internes (sensations physiques, pensées, images) et externes (situations d'apparition de la première AP tel qu'un endroit spécifique ou un conflit relationnel).

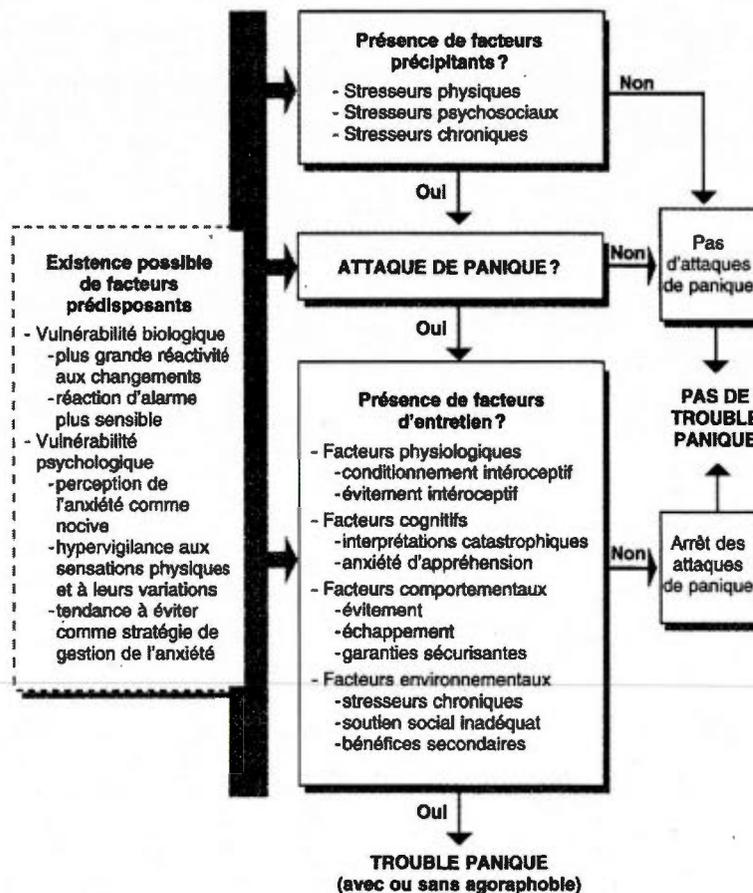
Le facteur étiologique central de ce modèle consiste à l'interprétation inadéquate de ces stimuli et des sensations physiologiques comme étant dangereux et signe avant-coureur d'une menace physique imminente ou d'une perte de contrôle. Dans le cas où l'individu interprète ces stimuli comme étant menaçants, une appréhension peut se développer et déclencher l'activation de plusieurs sensations physiques qui, à leur tour, peuvent aussi être interprétées comme étant catastrophiques. Ceci a pour effet d'augmenter l'appréhension et l'anxiété, venant ainsi augmenter les sensations physiques désagréables et favoriser la confirmation de la menace perçue au départ. La réaction d'anxiété serait ainsi déclenchée lorsque l'individu perçoit et interprète ces sensations physiologiques ou psychologiques comme étant dangereuses, menaçantes ou catastrophiques. A cela s'ajoute souvent la perception d'un manque de contrôle sur les symptômes anxieux et sur ses réactions. Par la suite, cette réaction anxieuse occasionne davantage de sensations physiques et de pensées catastrophiques, ce qui fait en sorte de renforcer la perception initiale de dangerosité et par conséquent, de maintenir le cercle vicieux. Ce cercle vicieux favorise un état de tension intense et prédispose l'individu à revivre des AP.

Selon le modèle biopsychosocial de Barlow (Barlow, 2002), le TP serait causé par la présence d'une réaction d'alarme apprise. En effet, l'AP serait une réaction d'alarme excessive de l'organisme qui peut se déclencher lorsque l'individu, qui présente une vulnérabilité de nature biologique et psychologique (voir figure 1), fait face à divers stressseurs environnementaux. Lors d'une première réaction anxieuse de type panique, il est possible que certains individus aient appris à associer cette réaction d'alarme aux sensations physiologiques intéroceptives, ces dernières pouvant par la suite par elles-mêmes provoquer une nouvelle AP (réaction d'alarme apprise). L'individu avec AP peut développer alors une hypervigilance à ses propres sensations physiques. Précisons que la réaction d'alarme de l'organisme constitue une réponse physiologique adaptative de l'organisme à un stressseur soit, une manifestation normale de la réponse de *combat ou de fuite*. Toutefois, si l'AP survient en l'absence

de menaces ou de dangers réels, l'organisme déclenche une « fausse alarme » ou elle constitue une réaction anxieuse d'intensité disproportionnée, particulièrement lorsqu'il y a un contexte de vulnérabilités psychologiques (p. ex. : tendance à percevoir l'anxiété ou les sensations physiques comme nocives). Il est également possible que les individus qui développent un TP aient été en contact tôt dans leur enfance avec des adultes qui évaluent les symptômes physiques comme étant dangereux, ce qui pourrait encourager ce type de comportement (Bouton, Mineka et Barlow, 2001). Aussi, l'observation de la souffrance physique pourrait contribuer à l'idée que les sensations physiques sont dangereuses et nécessitent qu'on leur accorde une attention particulière (Ehlers, 1993). Il est donc possible que des éléments de l'histoire personnelle de l'individu contribuent à la sensibilité interoceptive présente chez les individus souffrant de TP.

Dans l'ensemble, ces modèles mettent de l'avant que le TP peut s'expliquer par l'interaction entre des facteurs prédisposants (vulnérabilité biologique et psychologique, apprentissages passés, traits de personnalité), précipitants (stresseurs physiques, psychosociaux ou chroniques, traumatismes) et de maintien (facteurs physiologiques, cognitifs, comportementaux, environnementaux, situationnels, individuels et gains secondaires), ceux-ci étant de nature biopsychosociale. La figure 1 regroupe ces facteurs explicatifs (Marchand et Letarte, 2004).

Figure 1.1 : Séquence de développement du trouble panique et de l'agoraphobie (Marchand et Letarte, 2004)



1.1.6 Les répercussions psychosociales et économiques du trouble panique

Le TP est l'un des troubles anxieux qui perturbent le plus le fonctionnement des individus qui en sont atteints (Roberge et al., 2005), une majorité d'entre eux voyant leur vie conjugale, familiale, professionnelle et sociale en être négativement affectée. En effet, le TP est associé, entre autres, à une perception de la santé physique et émotionnelle comme étant faible ainsi qu'à des taux accrus de dépendance financière, d'absentéisme au travail, d'abus d'alcool et/ou de drogues, de risques suicidaires, d'utilisation de médicaments et de consultations médicales (Edlund et Swann, 1987;

Klerman, Weissman, Ouellette, Johnson et Greenwald, 1991; Leon, Portera et Weissman, 1995; Markowitz, Weissman, Ouellette, Lish et Klerman, 1989; Rees, Richards et Smith, 1998; Weissman, 1991). En comparaison à d'autres troubles mentaux, ces individus souffrant d'un TP, avec ou sans agoraphobie, font partie des plus grands utilisateurs des services de santé tels que les consultations médicales d'omnipraticiens, de spécialistes, de soins en santé mentale, ainsi que de visites à l'urgence, de passation de tests médicaux, de prises de médicaments et d'hospitalisations (Katerndahl et Trammell, 1997; Katon, Von Korff et Lin, 1992; Klerman, 1993; Klerman et al., 1991; Rees et al., 1998; Siegel, Jones et Wilson, 1990). Ils utilisent les services médicaux sept fois plus que la population générale (Siegel et al., 1990) et ont le taux le plus élevé d'utilisation des SU (Rees et al., 1998).

Par ailleurs, le TP suit non seulement de manière générale un cours chronique, en ce sens qu'il disparaît rarement sans traitement spécifique, mais aussi, les rechutes après traitement sont fréquentes pour plusieurs patients (Pollack et Marzol, 2000). Seulement 34% recherche un traitement pendant la première année du trouble (Wang et al., 2005). L'individu qui en souffre attendrait en moyenne 10 ans avant de consulter en psychiatrie (Swinson et Kuch, 1990; Wang et al., 2005), à l'âge de 34 ans en moyenne (White et Barlow, 2002), souvent après avoir tenté de découvrir l'origine de ses symptômes en multipliant les consultations médicales (Marchand et Boivin, 1999). Cette utilisation accrue des services de santé s'observe jusqu'à 10 ans avant que le TP ne soit diagnostiqué (Simpson, Kazmierczak, Power et Sharp, 1994). Or, lorsque le TP n'est ni diagnostiqué ni traité, il peut mener au développement d'autres troubles mentaux tels que l'agoraphobie, la dépression et l'abus de substance, d'où l'importance d'intervenir rapidement afin d'éviter la chronicité et les répercussions possibles de ce trouble (Beitman, Kushner, Basha et al., 1991; Brown et Barlow, 1992; Carter et al., 1994; Kessler et al., 1994; Reich et al., 1993; Roy-Byrne et al., 1999; Schmidt, 1999).

La présence d'au moins un trouble comorbide chez plus de 50% des individus présentant un TP vient également alourdir le tableau clinique en venant, entre autres, augmenter la détresse du patient et parfois, complexifier le traitement ou en affecter son efficacité thérapeutique (Brown, Campbell, Lehman, Grisham et Mancill, 2001; Gorman et Coplan, 1996; Rees et al., 1998; Swinson, Cox et Woszczyzna, 1992; White et Barlow, 2002). En effet, le TP peut s'accompagner d'autres troubles mentaux, tels que la dépression (Chen et Dilsaver, 1995), les comportements suicidaires (Cox, Dorenfeld, Swinson et Norton, 1994; Fleet, Dupuis, Kaczorowski, Marchand et Beitman, 1997), l'abus de substance (Cox, Norton, Swinson et Endler, 1990), les troubles de la personnalité (Diaferia et al., 1993) ainsi que le trouble d'anxiété généralisée (25%), la phobie sociale (15% à 30%), les phobies spécifiques (10% à 20%) et le trouble obsessionnel-compulsif (8% à 10%), ces derniers étant les troubles anxieux les plus courants (Marchand et Boivin, 1999). On estime qu'entre 25% et 64% des individus avec TP répondent aux critères diagnostiques d'un trouble de la personnalité, habituellement les troubles de la personnalité dépendante, évitante ou histrionique (White et Barlow, 2002), ce qui peut avoir un impact négatif sur l'efficacité thérapeutique (Hecker, Losee, Fritzler et Fink, 1996).

La gravité du TP et ses conséquences sur le fonctionnement de ceux qui en sont atteints entraînent d'importants coûts économiques et sociaux. Ces coûts directs (p. ex. : hospitalisation, médication, intervention psychologique) mais aussi indirects (p. ex. : absentéisme ou baisse de la productivité, autonomie restreinte) pour l'individu et la société sont difficilement quantifiables, mais sans doute substantiels (Edlund et Swann, 1987; Leon et al., 1995; Salvador-Carulla, Segui, Fernandez-Cano et Canet, 1995). En effet, on évalue à 33 millions de dollars américains par année les coûts résultant de l'utilisation des services médicaux chez les individus avec TP (Katon, 1992).

1.1.7 Les caractéristiques de la population atteinte du trouble panique et consultant les services médicaux en raison de douleurs thoraciques

La plupart des connaissances actuelles que nous avons au sujet du TP proviennent d'études réalisées dans des milieux cliniques spécialisés en psychiatrie ou en psychologie. Toutefois, il est important de mentionner, tel que décrit précédemment, qu'un grand nombre de ces individus souffrant du TP consultent avant tout d'autres milieux tels que les SU ou en service de première ligne, comme les cliniques médicales. En ce sens, ces individus ne recherchent généralement pas d'emblée à recourir à des services psychologiques ou psychiatriques. Ces patients, consultent souvent les SU en raison d'un symptôme physique particulier, tel qu'une DT (Katerndahl, 1990, 2003). La prévalence élevée du TP parmi les patients avec des DTNC serait d'ailleurs en partie reliée à la similarité entre des symptômes associés aux maladies cardiovasculaires et à la tendance des individus avec un TP à focaliser leur attention sur certains symptômes physiques qu'ils évaluent comme étant menaçants ou dangereux. C'est en fait ce qui les rend souvent plus enclins à rechercher de l'aide via les SU ou d'autres services médicaux (Clark, 1986; Pauli et al., 1991; White et Barlow, 2004).

Des chercheurs se sont attardés à étudier les caractéristiques qui distinguent les individus qui souffrent du TP de ceux sans ce trouble parmi les patients qui consultent les services médicaux en raison d'une DT. Premièrement, certaines de ces études rapportent que les individus atteints à la fois de TP et de DTNC, en comparaison aux individus présentant uniquement des DTNC, continuent de présenter des DT, de croire qu'ils souffrent d'un problème cardiaque, de percevoir leur santé affaiblie et d'utiliser davantage les services de santé (dont les SU). Ces patients présentent aussi davantage de détresse psychologique (comportements agoraphobes ainsi que des symptômes d'anxiété et de dépression) et de difficultés

d'adaptation sociale (Beitman, Kushner, Basha et al., 1991; Dyckman, Rosenbaum, Hartmeyer et Walter, 1999; Roy-Byrne et al., 1999; Zun, 1997).

Deuxièmement, dans le cadre d'une méta-analyse, Huffman et Pollack (2003) rapportent que l'absence de maladies coronariennes chez les patients qui présentent une DT et qui consultent un SU ou une clinique de cardiologie est associée à une probabilité plus élevée d'avoir un TP (48%). Cette probabilité est largement plus restreinte pour ceux qui présentent une maladie coronarienne (8%). La présence d'anxiété auto-rapportée est également un facteur associé à la présence du TP auprès de cette population. De plus, chez les patients qui présentent une DT, les individus souffrant d'un TP concomitant sont plus jeunes (âge moyen de 45 ans) que ceux sans TP (âge moyen de 54,7 ans). Cependant, la relation entre le genre et la présence du TP n'est pas tout à fait évidente en ce qui concerne ces patients qui consultent les SU pour DTNC. Dans la population générale, la prévalence du TP est 2 à 3 fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (Association américaine de psychiatrie, 2003). On pourrait ainsi s'attendre que ce soit également le cas chez les individus avec TP qui consultent par l'entremise des SU. Or, les résultats des études sur cette question divergent, mais les conclusions de la méta-analyse de Huffman et Pollack, (2003) indiquent que la prévalence du TP est plus élevée chez les femmes (44%) que chez les hommes (30,5%) auprès de cette population. Ces femmes rapporteraient aussi davantage d'anxiété que les hommes lors de leur consultation au SU. Il est possible que les femmes soient plus informées à l'effet que les DT puissent s'expliquer par d'autres facteurs que ceux de nature cardiaque.

Troisièmement, Fraenkel, Kindler et Melmed (1996) observent la présence de cognitions de peur chez 100% des individus avec TP et sans DT, comparativement à un taux de 87% chez les individus qui présentent des DTNC et ayant à la fois un TP concomitant. Ces cognitions de peur seraient dominantes dans 83% des cas de TP sans DT ainsi que dans 39% des cas de DTNC avec TP. Ces résultats indiquent ainsi

la présence de cognitions catastrophiques auprès de cette population et l'importance accordée à celles-ci lors de DT.

Enfin, Fleet et ses collaborateurs (1996; 1998) comparent les caractéristiques des individus avec TP qui consultent un SU spécialisé en cardiologie en raison de DT à celles d'individus qui consultent pour un TP auprès d'une clinique psychiatrique. D'abord, il en ressort que la population médicale, celle consultant via les SU pour une DT et ayant un TP concomitant, est plus âgée (52,3 ans vs 36,5 ans) et est constituée davantage d'hommes (61%) que de femmes, en comparaison à la population clinique (37% d'hommes). Ce résultat est similaire à d'autres études qui ont observés que les patients présentant un TP qui consultent en raison de DT atypiques sont plus âgés, la moyenne d'âge étant entre 45-54 ans (Beitman, Basha, Flaker, DeRosear, Mukerji, Trombka et al., 1987; Beitman et al., 1989; Carter et al., 1992; Carter et al., 1994). Selon Beitman et ses collaborateurs (1991), ce résultat pourrait signifier que les hommes plus âgés sont plus enclins à attribuer la cause de leurs symptômes à une maladie cardiaque, et à plutôt rechercher de l'aide médicale pour leurs symptômes. Or, les hommes sont plus à risques que les femmes de présenter des maladies cardiovasculaires (Taylor, Bindeman, Feuerstein, Cao, Brazaitis, O'Malley, 2005). Après 50 ans, ils présentent effectivement davantage de maladies cardiovasculaires que les femmes (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003), ce qui pourrait expliquer cette tendance. Qui plus est, on a aussi observé que la présence d'AP chez les hommes augmente les risques de mortalité d'origine cardiovasculaire auprès de cette population (Weissman, Markowitz, Ouellette, Greenwald et Kahn, 1990), ce qui vient complexifier le problème. De plus, la population médicale de cette étude présente moins de symptômes de panique, de comportements agoraphobes ainsi que d'autres troubles comorbides que dans la population clinique. Par exemple, 15% de la population médicale présente des comportements agoraphobes, alors que le taux se chiffre à 100% pour la population clinique.

Ce résultat est similaire à celui d'une étude de Beck, Berisford, Taegtmeier, et Bennett (1990) qui comparent les caractéristiques des patients atteints de TP et de DTNC qui consultent un service de cardiologie à celles des patients présentant le même problème qui consultent en psychothérapie. Toutefois, aucune différence significative n'a été observée entre ces deux populations en termes de détresse psychologique, d'idéations suicidaires et de comorbidités avec le trouble d'anxiété généralisé, la dépression majeure et le trouble obsessionnel-compulsif. Il est possible que ces patients présentent un sous-type de ce trouble soit, un TP sans peur (Fleet, Marchand et al., 1998; Fleet, Martel, Lavoie, Dupuis et Beitman, 2000); c'est-à-dire des AP qui impliquent des périodes intenses d'inconfort, mais sans la présence marquée de peur. Le TP sans peur est présent chez au moins 30% des patients avec DTNC et TP concomitant et pourrait être une caractéristique particulière de cette population médicale (Beck et al., 1990; Beitman, Basha, Flaker, DeRosear, Mukerji et Lamberti, 1987). Dans une autre étude de Fleet et ses collaborateurs (2003), on observe que, lors du suivi, un nombre significativement plus élevé de patients avec un TP que de patients sans TP signalent: 1) une DT au cours du dernier mois; 2) une ou plusieurs consultations au SU ainsi qu'une hospitalisation ou plus au cours de la dernière année, et 3) une perception négative de leur état de santé général. De plus, parmi les patients ayant un TP, seulement 22% indiquent avoir reçu un traitement pour leurs symptômes.

Malgré la sévérité moindre des symptômes de la panique observés dans la population médicale, ces patients présentent tout de même une certaine comorbidité avec d'autres troubles mentaux, une détresse psychologique modérée et la présence d'idéations suicidaires (25%, Fleet et al., 1997). Ceci souligne donc l'importance de ce problème auprès de cette population et par le fait même, la nécessité d'intervenir rapidement afin de prévenir la chronicité ainsi que le développement de comportements agoraphobes ou d'autres troubles comorbides souvent observés auprès de la population clinique.

1.1.8 Le traitement des douleurs thoraciques non cardiaques

La procédure généralement utilisée par les SU envers les patients qui consultent pour une DT consiste essentiellement à déceler la présence de conditions potentiellement fatales tel qu'un infarctus du myocarde (Esler et Bock, 2004). De manière générale, pour les individus n'ayant pas de problème cardiaque ou organique, on n'offre pas de traitement spécifique. On ne fait que les informer des résultats aux différents tests physiques, qui n'ont révélé aucun problème organique (Eifert, Hodson, Tracey, Seville et Gunawardane, 1996) et on conclue généralement en posant un diagnostic de DTNC (Wulsin et Yingling, 1991). Cependant, aucune étude empirique n'a permis actuellement de soutenir que cette approche soit suffisante pour rassurer les patients de l'absence de problèmes médicaux (McDonald, Daly, Jelinek, Panetta et Gutman, 1996). Le résultat négatif aux tests cardiaques (p. ex., angiographie coronarienne, électrocardiogramme, bilan sanguin) effectuées chez les individus consultant pour une DT ne permet pas forcément de soulager l'anxiété ressentie face aux symptômes et l'inquiétude de présenter un problème cardiaque (Goodacre et al., 2001; Norell et al., 1992). En fait, plusieurs de ces patients ne savent pas quoi faire face à ces symptômes et sont souvent confus face aux conseils des médecins qui leur semblent parfois ambigus concernant la présence ou non d'une maladie cardiaque (Pearce, Mayou et Klimes, 1990; Sanders et al., 1997).

Devant ce problème, plusieurs chercheurs sont d'avis que des traitements de nature psychologique sont appropriés pour ces patients (Bass et al., 1983; Lantinga et al., 1988; Ockene et al., 1980). Quelques études prometteuses ont évalué l'efficacité de traitements psychothérapeutiques pour des patients qui présentent une DTNC, sans identification des problèmes psychologiques sous-jacents pouvant être présents au sein de cette population (Cott, McCully, Goldberg, Tanser et Parkinson, 1992; Esler et al., 2003; Klimes, Mayou, Pearce, Coles et Fagg, 1990; Mayou et al., 1997; Peski-Oosterbaan et al., 1999; Potts, Lewin, Fox et Johnstone, 1999; Sanders et al., 1997).

À ce jour, à notre connaissance, il semble que ces traitements pour les DTNC soient essentiellement d'approche cognitive-comportementale. Dans l'ensemble, ces études tendent à démontrer l'efficacité de cette approche dans le traitement des patients avec un problème de DTNC (Cott et al., 1992; Klimes et al., 1990; Mayou et al., 1997; Peski-Oosterbaan et al., 1999; Potts et al., 1999). En effet, de manière générale, ces études ont démontré des résultats significatifs tant au niveau de la diminution des symptômes (DT, anxiété, dépression), des limitations fonctionnelles, de la qualité de vie, que de l'utilisation des services de santé et de l'usage de médicaments.

Plus précisément, quatre de ces études cliniques contrôlées et randomisées portent sur l'efficacité de TCC individuelles (Cott et al., 1992; Klimes et al., 1990; Mayou et al., 1997; Peski-Oosterbaan et al., 1999) qui varient entre 4 et 16 rencontres (8-38 heures) et sont offertes par un psychologue à des patients de clinique externe de cardiologie, de clinique médicale ou d'un hôpital général. Deux autres de ces études portent sur l'efficacité de TCC de groupe (Cott et al., 1992; Potts et al., 1999) qui varie entre 12-38 heures, ce qui constitue une durée de traitement comparable à celle des interventions individuelles. L'étude de Cott et ses collaborateurs (1992) n'indique aucune différence significative d'efficacité entre les formats individuel ou de groupe.

Compte tenu de l'importance d'intervenir rapidement, et ce, dans un contexte où les ressources souvent limitées nous amènent à favoriser des interventions ayant les meilleurs rapports coûts/efficacité, deux premières études cliniques contrôlées et randomisées se sont intéressées à vérifier l'efficacité de TCC brèves (1h.) pour les patients avec DTNC; une avec des patients référés en cardiologie (Sanders et al., 1997) et une autre avec des patients qui consultent un SU (Esler et al., 2003). Dans l'ensemble, l'étude de Sanders et ses collaborateurs (1997) n'a pas démontré l'efficacité de ce type d'intervention effectuée par une infirmière spécialisée en cardiologie immédiatement après que les patients aient reçu un résultat négatif à l'angiographie coronarienne. Plus récemment, l'étude d'Esler et ses collaborateurs

(2003) a démontré partiellement l'efficacité d'une TCC brève (1h.) réalisée immédiatement après que les patients aient obtenus les résultats négatifs à leurs examens physiques. Un impact positif immédiat a été observé au niveau de la fréquence des DT, de l'anxiété et de la peur des symptômes cardiaques (suivis de 1 et 3 mois), mais sans toutefois présenter de différence significative d'efficacité en termes de sévérité des DT, de la peur d'un problème cardiaque ainsi que de la détresse psychologique et de la qualité de vie. Ceci sous-entend que ces deux derniers aspects ne s'améliorent probablement qu'avec des interventions plus longues. Il s'agit toutefois d'une des seules études suggérant que les patients avec des DTNC peuvent bénéficier d'une TCC brève dans le cadre des SU. Or, comme il y a un grand nombre de ces patients avec DTNC et un TP concomitant, cela signifie que ces traitements brefs et rapides ont pu également avoir eu un impact indirect sur cette autre facette possible du problème.

Bien que ces études pionnières semblent prometteuses, elles présentent des lacunes méthodologiques venant limiter leur validité externe et l'interprétation des résultats. D'abord, les taux de participation sont modérés (entre 40-63%) et plusieurs participants ont abandonné le traitement, suggérant ainsi une certaine difficulté dans l'acceptation ou l'observance de ce type de traitement. En effet, certains patients refuseraient de participer ou abandonneraient en raison de la nature psychologique du traitement, ce qui pourrait indiquer que cette approche soit peu attirante pour certains patients croyant qu'une cause cardiaque explique leur problème (Esler et al., 2003). Il est ainsi important de considérer cet élément dans la présentation d'un traitement psychologique à cette population. Ensuite, la taille de l'échantillon de ces études est relativement petite (entre 35 et 72; plus précisément, entre 7 et 37 participants par groupe, incluant les groupes contrôles, ou entre 18 et 37 participants par groupe expérimental, excluant les groupes contrôles). Puis, les suivis des patients sont surtout effectués à moyens termes (entre 3 mois et 9 mois). D'autres lacunes sont aussi observées dans certaines de ces études dont : (a) l'absence de condition placebo, ne

permettant pas d'évaluer si les gains observés sont spécifiques aux caractéristiques de l'intervention; (b) des niveaux de base non-équivalents suggérant un biais possible de sélection des participants; (c) des difficultés dans la transmission de l'intervention; (d) de l'absence de matériel bibliographique ayant déjà un soutien empirique et (e) des mesures auto-rapportées pour la plupart et (f) de l'impossibilité d'en obtenir toutes les données.

1.1.9 Le traitement du trouble panique

D'importants progrès ont été faits dans la compréhension scientifique et le traitement du TP au cours des vingt dernières années. Les interventions psychosociales, la pharmacothérapie et la combinaison des deux approches sont utilisées dans le traitement du TP avec ou sans agoraphobie (American Psychiatric Association, 2009). Cependant, l'approche combinée ne semble pas significativement supérieure à la pharmacothérapie seule ou à la TCC seule, bien que les psychiatres et les patients peuvent choisir cette option selon les circonstances individuelles telles que les préférences du patient (American Psychiatric Association, 2009; Barlow, Gorman, Shear et Woods, 2000; Westra et Stewart, 1998). De manière générale, les buts de ces traitements sont de réduire de manière significative les AP, l'évitement, les anticipations ainsi que de traiter les comorbidités (Kinrys et Pollack, 2004). Ces traitements s'avèrent efficaces dans 80-85% des cas de TP traités en psychiatrie (Clum et Surls, 1993; C. Goldberg, 1998), mais ils sont généralement développés dans des milieux spécialisés en santé mentale, et non pas dans les SU médicale.

La pharmacothérapie est basée sur la prémisse que la perturbation de mécanismes physiologiques et biochimiques au cerveau serait en cause dans le TP. L'efficacité des traitements pharmacologiques du TP a été démontrée dans le cas des benzodiazépines, des antidépresseurs tricycliques (ATC), des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la

sérotonine et de la noradrénaline (ISRSN) ainsi que des inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO) pour ceux n'ayant pas bien répondu aux autres formes de médication recommandées (American Psychiatric Association, 2009; Otto, Pollack et Maki, 2000). Toutefois, peu d'études contrôlées ont examinées les effets à long terme de ces traitements pharmacologiques sur le TP. On sait cependant que dans le cas des ATC et des benzodiazépines, le taux de rémission varie entre 20-50% et les rechutes sont fréquentes (25% à 85%) après l'arrêt de la médication (Pollack et Otto, 1997). De plus, plusieurs patients demeurent symptomatiques suite à l'arrêt du traitement. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à cette persistance des symptômes dont la présence de troubles comorbides et une fréquence ainsi qu'une sévérité élevée des AP et de l'agoraphobie (Cowley, Ha et Roy-Byrne, 1997). Plusieurs facteurs tels que des effets secondaires indésirables, l'abus de substance, la non-adhérence au traitement, un dosage ou une durée du traitement inadéquat, une maladie physique, un mauvais diagnostic et le choix d'une médication inappropriée peuvent contribuer également aux difficultés relatives à ce type de traitement (Cowley et al., 1997; Simon et Pollack, 1999). Selon Katon (1994), le TP serait un des troubles les plus difficiles à traiter par la médication. Cela pourrait s'expliquer par les effets secondaires présents dans tous ces types de traitements pharmacologiques, alors que ces individus ont tendance à être déjà hypervigilant à leurs sensations physiques : les effets secondaires pouvant par exemple causer des palpitations, symptôme dont ils peuvent craindre. Cependant, la pharmacothérapie (surtout les ISRS et les ISRN) est recommandée pour les individus qui préfèrent cette modalité, qui n'ont pas suffisamment le temps de s'engager dans une psychothérapie ou n'ont pas de traitements psychologiques spécialisés dans leur région (American Psychiatric Association, 2009).

La TCC est une alternative thérapeutique que les individus avec TP semblent plus enclins à accepter que la médication et serait recommandée pour ceux pouvant investir le temps nécessaire pour les séances et les exercices entre elles (American Psychiatric Association, 2009; Barlow et al., 2000; Hofmann et al., 1998; Marks et

al., 1993). La TCC (en format individuel ou de groupe) est la forme de psychothérapie ayant reçu le soutien empirique le plus robuste dans le traitement du TP (Balkom et al., 1997; Barlow, 1997; Gould, Otto et Pollack, 1995; Otto et al., 2000). La psychothérapie psychodynamique orientée sur la panique a aussi récemment démontrée de l'efficacité dans le traitement du TP (Milrod et al., 2007), mais son soutien empirique est plus limité (American Psychiatric Association, 2009). La TCC utilise plusieurs stratégies d'intervention qui permettent d'agir sur le problème, bien que la stratégie d'exposition seule ait aussi démontré son efficacité. Elle est basée sur l'hypothèse que les cognitions et les comportements dysfonctionnels maintiennent le TP. La composante comportementale de cette thérapie a pour but d'apprendre à l'individu une nouvelle séquence de comportements, non pathologique et incompatible avec le TP, de manière à ce qu'elle soit intégrée dans l'ensemble de la personnalité de l'individu (Cottraux, 2001). Par exemple, les comportements d'évitement seront découragés, car ils empêchent l'individu à remettre en question leurs croyances dysfonctionnelles ou à s'habituer à la réponse de peur. La composante cognitive permet l'identification et la remise en question d'interprétations erronées que l'individu entretient (p. ex. : interprétation catastrophique des sensations physiques) et qui contribuent au développement des symptômes de la panique, de manière à en venir à adopter un mode de pensée où les interprétations sont plus justes et réalistes et ainsi, plus rassurantes (Marchand et Boivin, 1999).

Plus d'une quarantaine d'études contrôlées démontrent l'efficacité de la TCC dans le traitement du TP avec ou sans agoraphobie (Gould et al., 1995), en plus d'avoir un impact positif sur d'autres troubles anxieux et la dépression dans le cas où cette comorbidité existe (Brown, Antony et Barlow, 1995; Laberge, Gauthier, Cote, Plamondon et Cormier, 1993; Tsao, Lewin et Craske, 1998; Tsao, Mystkowski, Zucker et Craske, 2002; Tsao, Mystkowski, Zucker et Craske, 2005). On note en effet un taux de réussite qui varie entre 70% et 90% et des gains thérapeutiques qui se

maintiennent généralement à long terme (Bakker, van Balkom, Spinhoven, Blaauw et van Dyck, 1998; Swoboda, Amering, Windhaber et Katschnig, 2003; Wolfe et Maser, 1994). Entre 80% et 95% des individus présentent une amélioration cliniquement significative et parviennent à un niveau de fonctionnement adéquat (Marchand et Boivin, 1999), en plus de voir leur qualité de vie s'améliorer (Telch, Schmidt, Jaimez, Jacquin et Harrington, 1995). Aussi, 50% à 80% de ces individus n'ont plus d'AP, de comportements d'évitement et de détresse psychologique après trois à quatre mois de traitement (Marchand et Boivin, 1999). La TCC est généralement bien tolérée, le taux d'abandon (9-12%) est souvent faible (Gould et al., 1995; Roth et Fonagy, 1996). Selon Gould et coll. (1995), la TCC posséderait un meilleur rapport coût/efficacité (600\$-1350\$ pour 15-20 séances) lorsque comparé à la pharmacothérapie (912\$-3504\$ administrée pour 2 ans). Toutefois, l'état actuel des connaissances ne permettrait pas d'évaluer avec exactitude les coûts et l'efficacité de ce type d'intervention en première ligne (Bower, Richards et Lovell, 2001). Qui plus est, elle est également plus efficace que l'absence de traitement (ex : liste d'attente, placebo), que d'autres types d'interventions psychologiques (thérapie de soutien) et que la pharmacothérapie (Craske et Barlow, 2001). Récemment, la plus grande étude clinique sur l'efficacité de l'approche combinée indique que la TCC et la pharmacothérapie sont deux traitements efficaces pour le TP. Cependant, il ne semble pas y avoir d'avantage significatif à combiner ces deux traitements. C'est plutôt les TCC qui sont les plus bénéfiques en termes de maintien des gains thérapeutiques à long terme (Barlow et al., 2000; Gould et al., 1995). Les stratégies les plus utilisées en TCC sont la psychoéducation, l'auto-observation, la relaxation ou la respiration diaphragmatique, la restructuration cognitive, l'exposition aux stimuli intéroceptifs, l'exposition in vivo et la prévention de la réponse. Selon Gould et ses collaborateurs (1995), les TCC qui utilisent comme stratégies d'interventions la restructuration cognitive ainsi que l'exposition intéroceptive sont associées à l'ampleur de l'effet la plus élevée (0.88 vs 0.68 pour d'autres formes de TCC) et au niveau le plus bas

d'attrition (5.6%) et ce, lorsqu'elles sont comparées à la pharmacothérapie (0.47 et 19.8%) ou à l'approche combinée (0.56 et 22%).

Malgré ces résultats prometteurs, certains auteurs se questionnent sur la faisabilité d'administrer une TCC à l'ensemble des individus présentant un TP (Botella et Garcia-Palacios, 1999; Côté, Gauthier, Laberge, Cormier et Plamondon, 1994). Les TCC conventionnelles (12 à 16 rencontres) ne sont souvent pas disponibles ou attrayantes pour certains patients car elles peuvent, entre autres, être longues et coûteuses. Ainsi, afin d'améliorer l'accessibilité à des traitements efficaces, la recherche se tourne graduellement vers l'identification des traitements à la fois les plus efficaces et les moins dispendieux (Roberge, Marchand, Reinharz, Marchand et Cloutier, 2004). Plusieurs études ont démontré que les interventions psychologiques peuvent avoir un meilleur rapport coût/efficacité que les traitements pharmacologiques dans le traitement du TP. On estime que les TCC du TP sont environ le tiers moins coûteuses que la pharmacothérapie et que dans l'ensemble, les interventions psychologiques entraînent des économies moyennes de coûts des soins de santé de l'ordre de 20-30%, ce qui constitue un facteur non-négligeable dans un contexte de ressources limitées (Gould et al., 1995; Hunsley, 2003).

Considérant ce problème d'accessibilité ainsi qu'un contexte où les ressources sont limitées, l'implantation d'interventions brèves pourrait s'avérer une option thérapeutique intéressante. Plusieurs études ont démontré que des traitements autogérés, ainsi que des traitements brefs ou nécessitant un contact minimal avec un thérapeute, sont plus efficaces qu'un groupe contrôle ou présentent une efficacité similaire ou supérieure aux traitements conventionnels (Botella et Garcia-Palacios, 1999; Clark et al., 1999; Côté et al., 1994; Craske, Maidenberg et Bystritsky, 1995; Ghosh et Marks, 1987; Gould et Clum, 1995; Gould, Clum et Shapiro, 1993; Hecker et al., 1996; Lidren et al., 1994; McNamee, O'Sullivan, Lelliot et Marks, 1989; Parry et Killick, 1998; Swinson, Fergus, Cox et Wickwire, 1995; Westling et Öst, 1999).

Toutefois, notons que de plus amples recherches sont nécessaires et que dans les cas d'agoraphobie sévère, les traitements conventionnels sont plus efficaces que les traitements qui nécessitent un contact minimal avec un thérapeute (Holden, O'Brien, Barlow, Stetson et Infantino, 1983; Power, Sharp, Swanson et Simpson, 2000). Par ailleurs, certaines études ont également démontré l'utilité de l'emploi seul, ou conjointement avec un traitement conventionnel dirigé par un thérapeute, d'un manuel ou de matériels bibliothérapeutiques dans le traitement du TP avec ou sans agoraphobie (Côté et al., 1994; Ghosh et Marks, 1987; Gould et Clum, 1995; Gould et al., 1993; Lidren et al., 1994; Parry et Killick, 1998; Sorby, Reavley et Huber, 1991). Dans le cas d'une de ces études, le taux d'attrition était de nul, indiquant l'attrait pour ce type d'intervention (Lidren et al., 1994). Une méta-analyse de Marrs (1995) appuie ces résultats et précise que, globalement, la bibliothérapie (incluant un contact minimal avec un thérapeute) possède une efficacité modérée dans le traitement de diverses problématiques. Toutefois, dans le cas des troubles anxieux, lorsque la durée du contact avec un thérapeute était plus élevée, la taille de l'effet augmentait de manière significative.

Les résultats de ces études sont encourageants et indiquent que ces types de traitement plus court, nécessitant un contact minimal avec un thérapeute et utilisant un soutien bibliothérapeutique pourraient être une avenue intéressante à considérer dans l'élaboration d'un nouveau traitement adapté au contexte particulier des SU ainsi qu'aux caractéristiques des individus souffrant d'un TP qui consultent ces services en raison de DT.

1.1.10 Le traitement du trouble panique adapté aux individus qui se présentent à l'urgence en raison de douleurs thoraciques non cardiaques

On observe un intérêt croissant dans le milieu de la recherche pour l'identification et le traitement des patients avec un TP qui consultent via les milieux médicaux

(Mostofsky et Barlow, 2000; Roy-Byrne et Katon, 2000). Malgré la prévalence élevée du TP chez les individus avec des DT, dans plus de 94% des cas, il n'est pas diagnostiqué lors de l'examen médical dans les SU (Fleet et al., 1996; Weissman, 1990; Wulsin et al., 1991). Les principales raisons de cette non-détection incluent les barrières du patient (ex : stigma des troubles mentaux) et du médecin (ex : tendance à rechercher des causes physiques aux symptômes) ainsi que des barrières reliées au système de santé (Roy-Byrne et Katon, 2000). Lorsque le TP est détecté, il serait soit pas exposé au patient ou parfois, traité inadéquatement (Fifer et al., 1994; Mathias et al., 1994; Montgomery, Bullock et Fineberg, 1991; Wulsin et al., 2002; Yelin et al., 1996). Or, les individus qui présentent un TP continuent d'utiliser les services médicaux pendant plusieurs années avant qu'on leur offre un traitement, celui-ci étant surtout offert dans des cliniques de santé mentale (Swinson et Kuch, 1990). Le traitement psychologique du TP est donc rarement initié dans les SU médicales; il a été observé que peu de patients reçoivent une médication (22%) ou une psychothérapie adéquate (12%) lors des soins de premières lignes (Roy-Byrne et al., 1999). Swinson, Cox et ses collaborateurs (1992) présentent des résultats similaires en indiquant que peu de patients (11%) y reçoivent une TCC. Or, non-identifié et non-traité, on sait que le TP suit généralement un cours chronique. Le fait qu'environ 25% des patients avec TP qui consultent un SU ont des pensées suicidaires (Fleet et al., 1997; Fleet et al., 1996) et que des évidences suggèrent que le stress peut constituer un facteur de risque psychosocial de développement d'un infarctus du myocarde ne viennent qu'alourdir le fardeau (Carroll, Ebrahim, Tilling, Macleod et Smith, 2002; Yusuf et al., 2004).

Certaines études récentes ont obtenu des résultats prometteurs dans le traitement psychothérapeutique des patients qui consultent les services médicaux (dont les SU) en raison de DTNC, mais sans toutefois préciser le ou les problèmes psychologiques pouvant être présents auprès de cette population. Or, nous avons vu qu'un grand nombre de ces patients avec DTNC présentent à la fois un TP, ce qui signifie que ces

traitements ont pu avoir eu un impact indirect sur cette autre facette du problème. Dans l'ensemble, ces interventions d'approche cognitive et comportementale présentent des gains thérapeutiques à court et moyen termes. Toutefois, certaines de ces études présentent des lacunes méthodologiques venant nuire à la généralisation et à l'interprétation des résultats, en plus d'éprouver des difficultés en termes d'acceptabilité et d'attrition.

Bien que le TP soit dérangeant et fréquent chez les individus qui consultent un SU médicale en raison de DTNC, le traitement de ce problème chez cette population est encore en développement. En effet, à notre connaissance, une seule étude clinique contrôlée et randomisée a mesuré l'efficacité d'une intervention auprès de cette population. Cette étude a montré qu'un traitement pharmacologique (ISRS ; paroxétine) est efficace et peut être initié par les urgentologues, quoique les différences observées entre ce traitement et les soins usuels ne sont pas significatives (Wulsin et al., 2002). Qui plus est, devant le manque d'efficacité à long terme, les rechutes fréquentes et les difficultés relatives à ce type de traitement citées précédemment, il serait souhaitable de privilégier davantage des interventions de nature psychologique auprès de cette population médicale. Celles-ci sont non seulement efficaces, mais possèdent les meilleurs rapports coûts/efficacité et ont un taux d'abandon généralement faible, à en juger par les études effectuées dans les milieux spécialisés en santé mentale que nous avons soulignés précédemment.

Or, actuellement, aucune étude au moment de l'initiation de ce projet de recherche doctorale n'a porté sur l'évaluation de l'efficacité d'interventions psychologiques brèves auprès de cette population consultant les SU en raison de DTNC et ayant un TP concomitant. Toutefois, deux études ont mesuré l'efficacité d'interventions psychologiques brèves auprès d'individus consultant les SU en raison d'attaques de panique, sans toutefois consulter pour une DT ni répondre aux critères diagnostiques du TP. Une de ces études (Swinson, Soulios et al., 1992) a montré

qu'une intervention individuelle (1h.) offerte au SU qui consistait essentiellement à de l'instruction à l'exposition semble plus efficace en termes de diminution des AP, des symptômes dépressifs et de l'évitement agoraphobique que les soins usuels offerts à ces patients. L'autre étude (Dyckman et al., 1999) a montré qu'une intervention psychologique brève offerte au SU qui consistait à la remise d'une brochure d'information sur le TP et à une rencontre (20-30 min.) avec un éducateur spécialisé provenant du département de psychiatrie est plus efficace en terme de diminution de l'utilisation des SU que la remise seule de la brochure d'information.

Bien que ces traitements semblent prometteurs, ces études comportent certaines lacunes méthodologiques, en plus de ne pas inclure certaines stratégies d'intervention importantes dans le traitement du TP. Il serait donc pertinent d'inclure, dans l'élaboration d'une intervention brève, des stratégies d'intervention telles que la psychoéducation, la démystification des symptômes, l'enseignement d'outils efficaces permettant de faire face aux AP et aux DT, tout en veillant à éliminer les comportements qui contribuent au maintien ou à l'exacerbation des symptômes.

Bien que de nombreuses études cliniques contrôlées démontrent l'efficacité de la TCC dans le traitement du TP avec ou sans agoraphobie dans les milieux spécialisés en psychologie ou en psychiatrie. (et sa supériorité à l'absence de traitement), les individus avec DT et présentant un TP concomitant sont susceptibles de moins bien répondre à la forme traditionnelle de cette intervention, car elle ne cible pas les caractéristiques particulières de cette population médicale. Ceci pourrait provoquer l'attrition des participants, la non-observance des consignes et affecter la crédibilité du traitement. En effet, en comparaison avec la population clinique, les individus de la population médicale consultent d'abord en raison d'un symptôme physique particulier tel qu'une DT et croient que leur problème est de nature physique ou cardiaque. Ils sont aussi plus âgés et composés davantage d'hommes, en plus de présenter moins de cognitions de peur, de symptômes de panique, d'anxiété, de

comportements agoraphobes et d'autres troubles comorbides (Fleet et al., 1996; Fleet, Marchand et al., 1998).

Par ailleurs, le rôle essentiel que semble jouer les facteurs psychologiques permet de croire que des interventions psychologiques brèves qui ciblent ces facteurs s'avèrent essentiels afin de contrer la chronicité de ce trouble, en plus d'avoir un impact sur la diminution des symptômes des individus atteints. Ainsi, pour qu'une intervention psychologique d'approche cognitive et comportementale soit efficace, elle devrait tenir compte précisément des caractéristiques particulières (par ex. : en offrant au besoin certaines stratégies d'intervention étant donné la symptomatologie moindre) des individus qui consultent à l'urgence pour une DTNC et présentant un TP concomitant et ce, lors de l'évaluation et de l'élaboration de l'intervention. Il serait important donc de développer de nouvelles études cliniques, non seulement afin de contrer les lacunes méthodologiques provenant des études existantes, mais aussi de peaufiner et de créer des modalités d'intervention qui répondent aux besoins spécifiques de cette population cible. L'intégration de ce type d'intervention psychologique, adaptées à cette population médicale particulière, et offerte aux patients suite à l'évaluation médicale et la réassurance des médecins quant à l'absence de problèmes cardiaques apparaît indispensable.

L'utilisation de modalités de traitements spécifiques lors de l'application d'interventions d'orientation cognitive-comportementale pour cette population médicale nous semble constituer une avenue prometteuse, entre autres pour les raisons suivantes : (1) la TCC est considérée comme une intervention de premier recours pour traiter le TP tel que suggéré par les principaux guides de pratique (American Psychiatric Association, 2009; Association des psychiatres du Canada, 2006); (2) les TCC dites brèves sont de plus en plus considérées comme des alternatives efficaces au traitement cognitif-comportemental conventionnel du TP; (3) plusieurs types d'interventions utilisant des stratégies issues de l'approche cognitive

comportementale ont démontré une certaine efficacité pour les patients souffrant de DTNC (avec ou sans AP), et ce, dans divers milieux médicaux; (4) le TP tend à devenir chronique s'il n'est pas traité, et (5) les patients avec TP ont le plus haut taux d'utilisation des SU en comparaison à d'autres troubles mentaux.

1.2 Objectifs de la thèse

Plusieurs individus vivront des DTNC au cours de leur vie et consulteront les services médicaux, en particulier les SU. Certains d'entre eux manifesteront ces DTNC dans le cadre d'attaques de panique et nombreux se verront développer un TP avec ou sans agoraphobie. Cependant, plusieurs de ces individus demeurent sans ressource adéquate ou accessible. Considérant l'utilité d'intervenir rapidement et efficacement auprès des individus souffrant de TP et de DTNC, la présente étude s'attarde tout d'abord à évaluer l'efficacité de deux interventions psychologiques brèves d'approche cognitive-comportementale adaptées spécialement pour les patients qui se présentent à l'urgence avec DTNC et un diagnostic de TP concomitant. Cette étude est novatrice puisqu'aucune étude ne s'était attardée au moment de l'initiation de ce projet à évaluer des interventions psychologiques brèves auprès de cette population.

Le premier objectif de l'étude empirique vise ainsi à développer, implanter et évaluer l'efficacité d'une intervention brève et précoce concernant la gestion de la panique (d'une durée de deux heures) auprès d'individus consultant un SU en raison de DTNC et ayant un TP concomitant. Puis, d'évaluer l'efficacité d'une autre modalité d'intervention brève et précoce auprès de cette population (sept séances d'une heure). Les deux interventions utilisent des stratégies composites de traitement, c'est-à-dire des stratégies thérapeutiques multiples transmises par un psychologue avec l'appui d'un manuel d'information remis aux participants. Les effets thérapeutiques des deux modalités d'intervention sont comparés à une condition

contrôle de type soins usuels. Les mesures d'efficacité sont les changements dans la symptomatologie du TP (sévérité du TP, peur des sensations physiques liées à la panique, cognitions agoraphobiques, sensibilité à l'anxiété, fréquence des AP, agoraphobie) et l'anxiété cardiaque des individus, entre le pré-test et le post-test, ainsi qu'aux suivis de trois et six mois.

Au total, 58 adultes souffrant de TP avec ou sans agoraphobie sont recrutés parmi les patients qui se présentent à un SU et qui reçoivent le diagnostic de DTNC. Les participants sont recrutés du lundi au vendredi, de juin 2006 à décembre 2009, dans les trois hôpitaux du Québec suivants : l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, l'Institut de Cardiologie de Montréal et l'Hôtel-Dieu de Lévis. Les documents attestant l'approbation de ce projet par les comités d'éthique et scientifique de ces hôpitaux sont présentés en Appendices A, B et C. Les participants sont assignés à l'une ou l'autre de trois cohortes (l'ordre de présentation des cohortes, une à la suite de l'autre, ayant été déterminé par le hasard; voir Figure 1 au chapitre II). Vingt-trois participants reçoivent une intervention brève (gestion de la panique) d'une séance de deux heures, quatorze participants reçoivent une autre intervention brève de sept séances d'une heure aux deux semaines et treize participants reçoivent les soins usuels généralement offerts au SU. Les appendices M et N décrivent les protocoles de traitement utilisés dans le cadre du présent projet. L'appendice O présente la grille d'intégrité thérapeutique utilisée ayant permis d'assurer l'uniformité de la transmission des interventions. Mentionnons que ces interventions, effectuées par des psychologues cliniciens, sont toutes mises de l'avant dans un délai de deux semaines maximum après la visite initiale au SU médical et dans le cadre même de ce service.

Au moment de la conception de ce programme de recherche, aucune étude n'avait porté sur l'évaluation d'interventions psychologiques brèves du TP chez les individus qui consultent pour des DTNC. Une seule étude portant sur un traitement pharmacologique pour une telle population avait été publiée. Des résultats prometteurs

ont été obtenus lors de la première étude empirique pionnière de ce projet. L'efficacité d'interventions pharmacologiques a été démontré auprès d'individus avec DTNC et TP concomitant au SU (Wulsin et al., 2002; Pelland et al., 2011). Qui plus est, soulignons l'importance et l'utilité d'intégrer des interventions précoces dans le cadre des SU. Par conséquent, il semble pertinent et à propos de recenser et d'analyser, dans un deuxième temps, et ce, le plus objectivement possible, les études cliniques qui proposent diverses interventions offertes au SU, non seulement les études psychothérapeutiques, mais aussi pharmacologiques auprès de cette population. Qui plus est, il paraît également justifié d'élargir cette recension des écrits aux problèmes reliées ou connexes tels que les réactions anxieuses de type panique (c.-à-d. les attaques de panique avec ou sans diagnostic de TP) et les DTNC (sans réactions anxieuses de type panique), qui consultent aussi fréquemment les SU. En ce sens, le deuxième objectif de cette thèse consiste à examiner de manière systématique les études qui portent sur l'efficacité des interventions psychologiques et pharmacologiques offertes aux individus qui consultent via les SU médicale soit pour des AP, soit pour un TP avec DTNC associée aux AP, soit pour des DTNC (sans que l'étude ne mentionne de problèmes d'AP pouvant être présents au sein de cette population). Puis, de cette recension, nous tenterons de suggérer des options d'interventions pouvant rejoindre ces problèmes connexes, et ce, afin d'améliorer les soins usuels offerts au SU. Six études sont identifiées et analysées dans cette première recension des écrits effectuée sur le sujet au SU. L'une d'entre elles consiste en l'étude empirique de ce projet, ce qui permet de comparer cette dernière aux autres études portant sur une population similaire ainsi que connexes. Diverses observations et conclusions sont exposées. Elles soulignent l'opportunité et le besoin de poursuivre la recherche dans ce domaine et de sensibiliser la communauté scientifique et médicale à l'importance d'initier rapidement des interventions efficaces dans le cadre des SU.

1.3 Contenu de la thèse

La thèse se divise en quatre chapitres distincts. Le chapitre I est constitué de la description du présent contexte général. Le chapitre II s'intitule "*Comparing two Brief Psychological Interventions to Usual Care in Panic Disorder Patients Presenting to the Emergency Department with Chest Pain*" (Lessard et al., 2012). Cette première étude empirique expose essentiellement les résultats obtenus quant à l'impact de deux interventions psychologiques brèves et spécifiques pour la population médicale TP/DTNC sur la symptomatologie. Nous formulons l'hypothèse que la condition comprenant les deux cohortes de participants ayant bénéficié d'une des deux modalités d'intervention brève (une intervention d'une séance portant sur des stratégies d'intervention cognitive-comportementale multiples pour la gestion de la panique et une autre intervention de sept séances incluant de plus amples stratégies) seront plus efficace que la cohorte de participants de la condition contrôle de type soins usuels, sur l'ensemble des variables dépendantes. Deuxièmement, à titre exploratoire, nous émettons l'hypothèse que l'intervention de sept séances surpassera l'intervention brève d'une séance en termes d'efficacité, et ce, sur toutes les variables dépendantes. Cette étude novatrice tente de palier à certaines limites méthodologiques observées dans les études antérieures portant sur un échantillon similaire TP-DTNC ou dans les études d'efficacité effectuées dans des SU auprès d'individus qui se présentent soit pour des AP ou pour des DTNC (sans mention de la présence possible de TP sous-jacent). La présente étude possède notamment un échantillon plus grand, deux protocoles de traitement regroupant plusieurs stratégies thérapeutiques généralement utilisées dans la TCC du TP et administrés par des psychologues qualifiés et supervisés en TCC, une mesure de l'intégrité thérapeutique, des suivis d'évaluation à moyen terme et des instruments de mesure variés (symptomatologie du TP et anxiété cardiaque), ainsi que trois sites de recrutement. Qui plus est, cette étude est, à notre connaissance, la seule menée à ce jour sur l'efficacité de deux différentes modalités d'interventions psychologiques brèves, utilisant des stratégies cognitives et

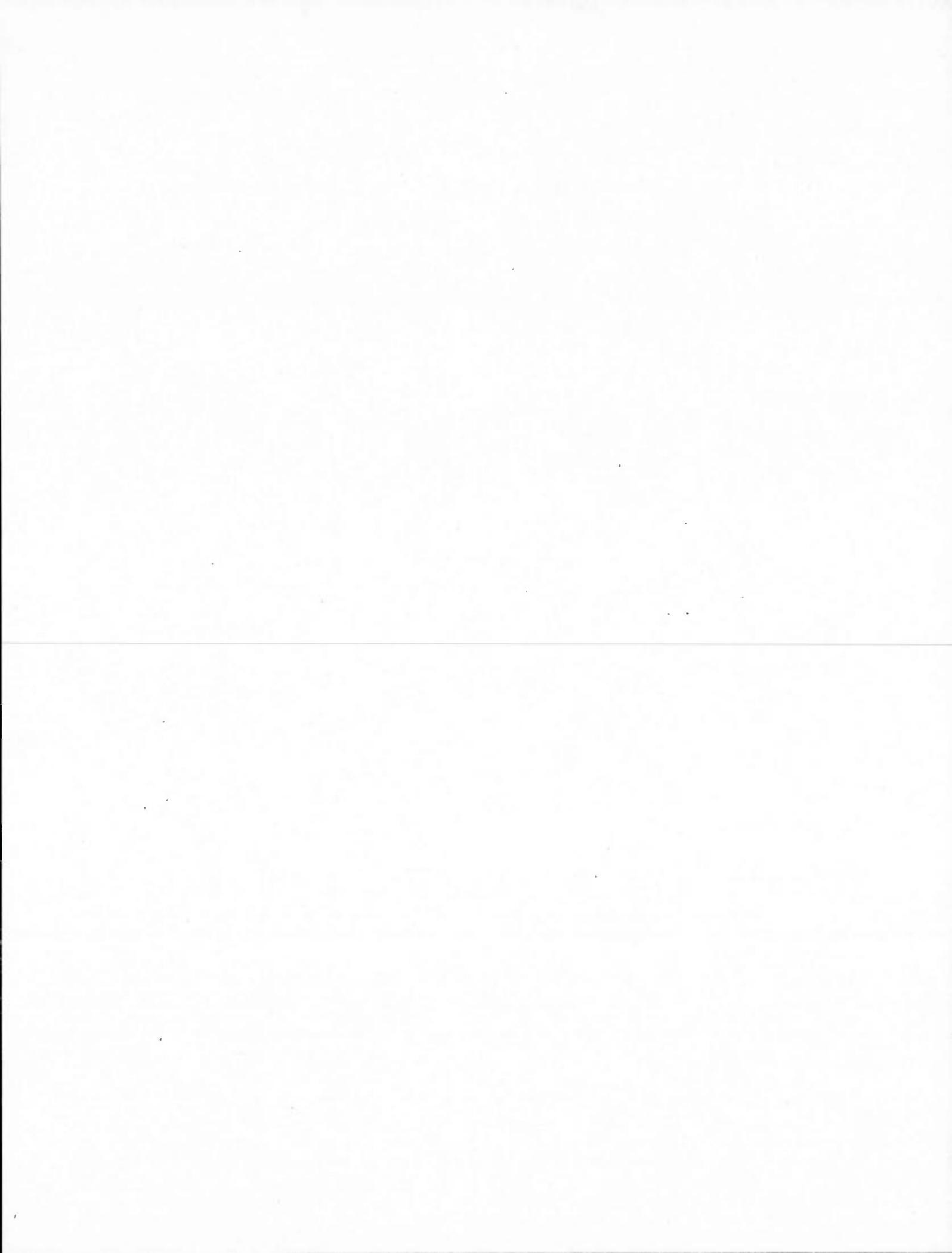
comportementales multimodales, administrée individuellement à des patients qui se présentent au SU en raison de DTNC et souffrant d'un TP concomitant.

Le chapitre III comprend un article intitulé « *Interventions à l'urgence pour douleurs thoraciques non cardiaques avec ou sans anxiété de type panique.* » (Lessard, Marchand et Lavoie, sous presse). Cet article se veut une recension des écrits mettant en lumière l'état actuel des connaissances au niveau de l'intervention auprès des patients qui consultent en raison d'AP ou de DTNC (avec ou sans TP) via les SU. Puis, l'article fait ressortir les implications cliniques et les avenues de recherches futures afin de pallier aux lacunes méthodologiques des études antérieures et de trouver les interventions les plus efficaces. Cette deuxième étude s'avère particulièrement pertinente lorsque l'on considère l'importance d'intervenir rapidement auprès de cette population et notamment, lorsque l'on constate le besoin de poursuivre la recherche sur l'efficacité, la faisabilité et les impacts, tant pour l'individu que pour les soins de santé, de mettre en œuvre des interventions efficaces dans le cadre des soins de première ligne, des milieux surtout consultés par cette population.

Pour ce qui est du chapitre IV, il présente une discussion générale à l'égard des différents résultats obtenus dans les chapitres II et III. Ce dernier chapitre fournit une synthèse et une analyse critique des résultats observés, des analyses supplémentaires sur la présence du diagnostic du TP des participants du chapitre II, en plus de faire ressortir les forces et les limites méthodologiques des deux chapitres. Certaines considérations cliniques liées à l'intervention au SU ainsi que des pistes de recherche futures sont aussi explorées.

Finalement, il est important de souligner que l'article du chapitre II est publié dans la revue « *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* » et que l'article du chapitre III est sous presse pour publication à la revue *Psychologie Canadienne*, des

revues scientifiques avec comité de pairs. Les accusés d'acceptation des éditeurs se situent aux Appendices P et Q.



CHAPITRE II

COMPARING TWO BRIEF PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS TO USUAL
CARE IN PANIC DISORDER PATIENTS PRESENTING TO THE EMERGENCY
DEPARTMENT WITH CHEST PAIN

(LESSARD ET AL., 2011)

(ARTICLE I)

Comparing two Brief Psychological Interventions to Usual Care in Panic Disorder
Patients Presenting to the Emergency Department with Chest Pain.

Marie-Josée Lessard, M.Ps., Ph.D.(c)^a, André Marchand, Ph.D.^{a,b}, Marie-Ève
Pelland, Ph.D.^a, Geneviève Belleville, Ph.D.^{a,c}, Alain Vadeboncoeur, M.D.^d, Jean-
Marc Chauny, M.D.^e, Julien Poitras, M.D.^f, Gilles Dupuis, Ph.D.^{a,g}, Richard Fleet,
Ph.D, M.D.^{a,f,h,i}, Guillaume Foldes-Busque, Ph.D.^{a,f}, Kim L. Lavoie, Ph.D.^{a,g,j}

^a Department of Psychology, University of Quebec at Montreal, Quebec, Canada

^b Fernand-Seguin Research Centre, Montreal, Quebec, Canada

^c School of Psychology, Laval University, Quebec, Quebec, Canada

^d Emergency Department, Montreal Heart Institute, Montreal, Quebec, Canada

^e Emergency Department, Sacré-Coeur Hospital, Montreal, Quebec, Canada

^f Emergency Medicine Research Axis, Hôtel-Dieu de Lévis Hospital, Quebec, Canada

^g Research Centre, Montreal Heart Institute, Montreal, Canada

^h Department of Family and Emergency Medicine, Laval University, Quebec, Canada

ⁱ Emergency Medicine Research Chair, Laval University, Quebec, Canada

^j Division of Chest Medicine, Sacré-Coeur Hospital, Montreal, Quebec, Canada

Résumé

Contexte: Le trouble panique (TP) est fréquent et souvent non-déecté chez les patients qui se présentent au service d'urgence (SU) avec une douleur thoracique. Néanmoins, il est rare qu'une intervention psychologique soit initiée. À notre connaissance, aucune étude n'aurait évalué l'efficacité de thérapies cognitive-comportementale (TCC) pour cette population. **Objectif:** Évaluer l'efficacité de deux interventions brèves d'approche cognitive-comportementale chez les patients qui se présentent au SU avec une douleur thoracique. **Méthode:** Cinquante-huit patients ont été assignés soit à une séance d'intervention sur la gestion de la panique (n = 24), une intervention de 7 séances (n = 19), ou une condition contrôle de type soins usuels (n = 15). Une entrevue diagnostique structurée et des questionnaires auto-rapportés ont été administrés au pré-test, post-test ainsi qu'à des suivis de 3 et 6 mois. **Résultats:** Les analyses statistiques ont démontré une diminution significative de la sévérité du TP suite aux deux interventions psychologiques brèves, ces dernières n'ayant pas démontré de supériorité l'une par rapport à l'autre. **Conclusions:** Les interventions d'approche cognitive-comportementale, aussi brève qu'une seule séance, initiée dans les 2 semaines après une visite au SU pour des douleurs thoraciques semblent efficaces pour le TP. Compte tenu de la forte prévalence du TP en première ligne, des efforts accrus devraient être faits pour implanter ces interventions au SU et/ou en soins de première ligne.

Mots clés: Trouble panique, thérapie cognitive-comportementale, TCC brève, douleur thoracique, département d'urgence, efficacité.

Abstract

Background: Panic disorder (PD) is a common, often unrecognized condition among patients presenting with chest pain to the emergency departments (ED). Nevertheless, psychological treatment is rarely initiated. We are unaware of studies that evaluated the efficacy of brief cognitive-behavioral therapy (CBT) for this population. **Aim:** Evaluate the efficacy of 2 brief CBT interventions in PD patients presenting to the ED with chest pain. **Method:** Fifty-eight PD patients were assigned to either a 1-session CBT-based panic management intervention (PMI) ($n = 24$), a 7-session CBT intervention ($n = 19$), or a usual-care control condition ($n = 15$). A structured diagnostic interview and self-reported questionnaires were administered at pre-test, post-test, 3 and 6 months follow-ups. **Results:** Statistical analysis showed significant reduction in PD severity following both interventions compared to pre-test, neither showing superiority compared to the other. **Conclusions:** CBT-based interventions as brief as a single session initiated within 2 weeks after an ED visit for chest pain appear to be effective for PD. Given the high prevalence of PD in emergency care settings, greater efforts should be made to implement these interventions in the ED and/or primary care setting.

Key words: Panic Disorder, cognitive-behavioural therapy, brief CBT, chest pain, emergency department, efficacy.

Introduction

Panic disorder with or without agoraphobia (PD) is common in medical settings, especially in emergency departments (ED). Individuals with PD often consult for symptoms they fear the most, such as chest pain (Katerndahl, 1990, 2003), which is the second most frequent complaint among patients presenting to the emergency department (Eslick, 2004; Ly & McCaig, 2002). In 50-90% of cases, patients presenting to the emergency department with a chief complaint of chest pain are diagnosed with non-cardiac chest pain (NCCP), or chest pain with minimal risk of heart disease (Bahr, 2000; Karlson, Herlitz, Pettersson, Ekvall, & Hjalmarson, 1991; Kroenke & Mangelsdorff, 1989; Wulsin & Yingling, 1991). Non-cardiac chest pain may have multiple causes, one of which may be PD, which is found in 24-70% of non-cardiac chest pain patients (Beitman, Mukerji, Russell, & Grafting, 1993; Carter *et al.*, 1994; Dammen, Arnesen, Ekeberg, & Friis, 2004; Dammen, Ekeberg, Arnesen, & Friis, 1999; Fleet *et al.*, 1996; Goldberg *et al.*, 1990; Hocaoglu, Gulec, & Durmus, 2008; Yingling, Wulsin, Arnold, & Rouan, 1993). Moreover, PD is 4 to 13 times more frequent in emergency department patients with non-cardiac chest pain (17-63%; Fleet *et al.*, 1996; Foldes-Busque *et al.*, 2011; Kuijpers, Dennollet, Wellens, Crijns, & Honig, 2007; Worthington *et al.*, 1997; Wulsin & Yingling, 1991; Yingling *et al.*, 1993) relative to rates observed in the general population (4.7%; Kessler *et al.*, 2006). The high prevalence of PD among non-cardiac chest pain patients is thought to be linked to similarities between certain cardiovascular symptoms and the tendency of individuals with PD to focus on physical symptoms they interpret as dangerous. This preoccupation makes them more inclined to seek help via the emergency department or other medical services (Clark, 1986; Pauli *et al.*, 1991; White & Barlow, 2004). Nevertheless, in most cases (> 92%), PD is not diagnosed following medical evaluation in the emergency department (Fleet *et al.*, 1996; Foldes-Busque *et al.*, 2011; Weissman, 1990; Wulsin, Arnold, & Hillard, 1991) and even when PD is detected, treatment is rarely initiated within the realms of these services (Dammen,

Bringager, Arnesen, Ekeberg, & Friis, 2006; Fifer *et al.*, 1994; Mathias *et al.*, 1994; Montgomery, Bullock, & Fineberg, 1991; Wulsin *et al.*, 2002; Yelin *et al.*, 1996). Unfortunately, without timely treatment, PD tends to have a chronic course (Fleet *et al.*, 2003; Kessler *et al.*, 2006; Roy-Byrne *et al.*, 1999), leads to repeated utilization of health care resources (Marchand & Boivin, 1999; Simpson, Kazmierczak, Power, & Sharp, 1994), especially emergency department resources (Zane, McAfee, Sherburne, Billeter, & Barsky, 2003), and contributes to the development of other psychiatric disorders (Beitman *et al.*, 1991; Brown & Barlow, 1992; Kessler *et al.*, 1994; Reich *et al.*, 1993; Roberge *et al.*, 2005; Roy-Byrne *et al.*, 1999; Schmidt, 1999), all of which come at high functional, occupational, and social costs. This highlights the importance of intervening rapidly to limit the chronicity and socioeconomic repercussions of this disorder.

To this day, only one controlled and randomized study has examined the efficacy of an empirically-validated treatment (i.e., the selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI] paroxetine) for PD patients presenting to the emergency department with non-cardiac chest pain (Wulsin *et al.*, 2002). In contrast, two studies have assessed the efficacy of brief psychological interventions (individual and group) for individuals presenting to the emergency department for panic attacks (Dyckman, Rosenbaum, Hartmeyer, & Walter, 1999; Swinson, Soulios, Cox, & Kuch, 1992). Finally, seven studies have assessed the efficacy of CBT-based interventions for individuals presenting to a medical setting with non-cardiac chest pain (without identifying the underlying psychological disorders) (Cott, McCully, Goldberg, Tanser, & Parkinson, 1992; Esler *et al.*, 2003; Klimes, Mayou, Pearce, Coles, & Fagg, 1990; Mayou *et al.*, 1997; Peski-Oosterbaan *et al.*, 1999; Potts, Lewin, Fox, & Johnstone, 1999; Sanders *et al.*, 1997). On the whole, the results of these trials have demonstrated the efficacy of these approaches over usual care, evaluation only, or a wait-list control condition. Significant post-treatment effects have been observed for symptom reduction (i.e. chest pain, anxiety and depression), improved functional limitations, reduced health

care service and medication use, and improved quality of life. However, in spite of these promising results, no study has yet measured the efficacy of psychological treatments in individuals suffering from PD presenting to the emergency department with non-cardiac chest pain.

The present study sought to assess the efficacy of two brief CBT interventions (a 1-session panic management intervention [PMI] and a 7-session biweekly CBT intervention for PD) for the treatment of PD in patients presenting to the emergency department with non-cardiac chest pain, with the following rationale: (a) CBT is regarded as a first-line treatment for PD according to key practice guidelines published by the American Psychiatric Association (2009) and the Canadian Psychiatric Association (Swinson *et al.*, 2006); (b) brief CBT formats or self-help approaches are increasingly considered as effective alternatives to the standard, longer (12-18 sessions) CBT formats; (c) CBT interventions have demonstrated effectiveness for non-cardiac chest pain patients in medical settings; (d) PD tends to become chronic if not treated; and (e) the fact that PD patients have the highest rate of emergency department utilization compared to other mental disorders. We hypothesized that both brief intervention conditions would be more efficacious than a usual-care control condition on all outcome measures. Secondly, on an exploratory basis, we hypothesized that the 7-session CBT would outperform the 1-session PMI in terms of efficacy on all outcome measures.

Method

Participants

Fifty-eight adults presenting to the emergency department of three Quebec hospitals who were discharged with a diagnosis of non-cardiac chest pain and who suffered from PD with (39.7%) or without (60.3%) agoraphobia were recruited.

Patients were included if they: (1) presented to the emergency department with a chief complaint of chest pain that was determined to be non-cardiac (non-cardiac chest pain); (2) had a primary diagnosis of PD (with or without agoraphobia) with a clinical severity score of at least 4 on Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV) (Di Nardo, Brown, & Barlow, 1994) for more than a month (3) were \geq 18 years of age; and (4) were French speaking. Participants were excluded if they: (1) had another Axis 1 disorder that conferred greater psychiatric morbidity than PD; (2) had any medical condition that could entail panic-like symptoms or interfere with PD treatment; and (3) had undergone CBT or any other psychological treatment or group support in the six months prior to the study, or planned to undertake one during the course of the study. Patients on antidepressants (i.e., SSRIs) or anxiolytics were included only if they agreed to maintain their doses at stable prescribed levels for the duration of the study.

Setting

Recruitment of participants took place between June 2006 to December 2009 in the emergency department of three Quebec hospitals, one specializing in cardiac care (Montreal Heart Institute), and two general university-affiliated hospitals (Montreal's Sacré-Coeur Hospital and Hôtel-Dieu of Lévis in Quebec). Ethics committees of all participating institutions approved the research protocol. Written consent was obtained from all the participants.

Research design

This was a quasi-experimental study that included three conditions (cohorts) with pre-test and post-test assessments. Intervention condition cohorts (rather than individual patients) were randomized according to a randomly determined fixed sequence that was in a sealed envelope and randomly selected by one of the

investigators (AM), where each intervention condition cohort was recruited over a 3 month period for every year of recruitment. The start and end times of the recruitment periods were asynchronous across the hospitals, thereby minimizing possible seasonal effects (see Figure 1). In order to minimize negative expectancy biases, patients in the control condition cohort were not informed about the existence of the psychological interventions. The consent form specific to the two intervention conditions described both interventions. All participants accepted the intervention conditions they were assigned to, regardless of the type. The independent variables of this study were the two intervention conditions (1-session PMI, 7-session CBT) and the usual-care control condition, as well as time (pre-test, post-test, 3 and 6 month follow-ups). The primary outcome was the severity of PD according to the Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV). Secondary outcomes were: fear of physical sensations, agoraphobic cognitions, frequency of panic attacks and agoraphobia, anxiety sensitivity, as well as cardiac anxiety.

Figure 1

Procedure

Participants were recruited directly in the emergency department, after being informed of the procedure and having signed an informed consent. First, patients were asked a series of socio-demographic, medical history questions and whether or not they are taking psychotropic medication. PD was then assessed during a structured interview (ADIS-IV) by trained clinical research assistants who were supervised by licensed clinical psychologists. All interviews were audio recorded, and a random sample of 30% was rated independently to determine the reliability of PD diagnoses of PD, which was 92%.

Eligible patients were then asked to complete a set of self-report questionnaires, after which they were assigned to one of three conditions: (1) a 1-session PMI lasting two hours ($n = 23$); (2) a 7-session biweekly CBT lasting a total of 7 hours ($n = 14$); or (3) a usual-care control condition ($n = 13$). Patients were assessed in person at baseline (prior to beginning the intervention) and 14-weeks post-intervention and at 3 and 6 months follow-up by telephone. All patients were re-administered the same clinical interview (ADIS-IV) and were sent the same set of questionnaires that were answered at baseline.

Intervention protocols

(1) Panic management intervention (PMI): The 1-session PMI lasted two hours and was initiated within two weeks of the emergency department visit. It was conducted individually by a psychologist within the emergency department and consisted of the following therapeutic strategies: information and education on chest pain, panic attacks, agoraphobia and PD as well as on the factors explaining the development and the maintenance of PD; demystification of panic symptoms, cognitive restructuring and strategies to cope with panic. At the end of the session, participants were given a self-management manual called *Les douleurs thoraciques non cardiaques et l'anxiété* [Non-cardiac chest pain and anxiety] (Marchand, Lessard, & Pelland, 2005). This manual was adapted from the book *La peur d'avoir peur* [Fear of fear] (Marchand & Letarte, 2004). It is based on cognitive-behavioural theories of PD, with a special attention to cardiac anxiety. Participants in the PMI condition were told to use this manual as a reference guide when needed after the intervention.

(2) 7-session CBT intervention: The 7-session CBT intervention was initiated within two weeks of the emergency department visit. It consisted of 7 one-hour biweekly individual sessions conducted by a psychologist within the emergency department. Therapeutic strategies were the same as those used in the 1-session PMI

but also included exposure to physical sensations related to panic symptoms, as well as in-vivo exposure when applicable. Participants were given the same self-management manual described above. They were also asked to read specific sections after each session, and to perform exercises between sessions. Therapists monitored participants' progress and were active in ensuring that participants understood the information offered and were engaged in the therapy.

(3) Usual-care control condition: Usual care in emergency departments generally involves being informed by the physician that the patient's chest pain was non-cardiac in origin and the possibility to be referred for further treatment. However, in this study, no patients were referred for subsequent treatment.

Intervention integrity

All interventions took place in the hospital where participants were recruited. Four clinical psychologists trained and supervised in CBT conducted the interventions. A structured treatment protocol adapted from Marchand and his colleagues was used to ensure treatment integrity (Marchand & Letarte, 2004). In addition, all intervention sessions were audio-recorded and 30% were randomly selected for analysis by two independent, qualified raters using a therapeutic integrity instrument developed by our team (Marchand *et al.*, 2000). Results of indicated that psychologists' adherence rates to the intervention protocol were 99%.

Flow of participants through the study

Details of the flow of participants can be found in Figure 2. In total, 183 patients presenting to the emergency department with chest pain were approached to undergo the initial psychiatric interview. After verifying eligibility, we recruited a total of 58 consenting individuals into the study who accepted to be assigned to one of the three

conditions: a 1-session PMI ($n = 24$), a 7-session CBT intervention ($n = 19$), or a usual-care control condition ($n = 15$). Participant dropouts were found in the 1-session PMI ($n = 1$, at post-test), the 7-session CBT ($n = 5$, during the intervention) and in the usual-care control condition ($n = 2$, at post-test), but the differences were not statistically significant. In total, 58 participants completed the pre-test evaluation and 50 (86%) completed at least one follow-up evaluation.

Figure 2

Measures

Diagnostic interview

Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV): We used an adapted French-Canadian translation (Boivin & Marchand, 1996) of the ADIS-IV structured interview (Di Nardo *et al.*, 1994) as our primary measure of PD and PD severity, as well to assess comorbid DSM-IV-TR disorders (Association américaine de psychiatrie, 2003). PD severity was assessed according to an 8-point scale (range 0-8), with higher scores denoting higher PD severity and interference with daily functioning (Brown, Di Nardo, & Barlow, 1994). Only participants with a score of 4 or more (suggesting at least moderate PD) were considered eligible.

Self-report questionnaires

The French-Canadian version (Stephenson, Marchand, & Lavallee, 1998) of the **Body Sensations Questionnaire** (BSQ; Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984) was used to measure the frequency and degree of fear of 17 physical sensations (e.g., chest pain) usually experienced during panic attacks or when anxious. Items are

rated on a 5-point Likert scale (range 1-5), with higher scores indicating greater fear of physical sensations.

The French-Canadian version (Stephenson, Marchand, & Lavallée, 1999) of the **Agoraphobic Cognitions Questionnaire** (ACQ; Chambless *et al.*, 1984) was used to measure the frequency of 14 catastrophic thoughts related to the negative consequences of experiencing panic attack symptoms. Items are rated on a 5-point Likert scale (range 1-5), with higher item scores indicating greater agoraphobic cognitions.

The French-Canadian version (Roberge & Marchand, 1997) of the **Panic and Agoraphobia Scale** (PAS; Bandelow, 1995) was used to measure the frequency of panic attacks and the occurrence of agoraphobia in the last seven days, using two subscales of this 13-item questionnaire

The French-Canadian version (Stephenson, Marchand, & Brillon, 1994; Stephenson, Marchand, Lavallée, & Brillon, 1996) of the **Anxiety Sensitivity Index** (ASI; Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986) was used to measure patient's sensitivity and negative reactions to their physical and cognitive symptoms of anxiety. It contains 16 items that are rated on a 5-point Likert scale (range 0-4) Likert-type scale, with higher scores indicating higher anxiety sensitivity.

A French translation of the **Cardiac Anxiety Questionnaire** (CAQ; Eifert *et al.*, 2000) was used to measure heart-focused anxiety, i.e. the fear of cardiac-related stimuli and sensations because of their perceived negative consequences. It consists of 18 items rated on a 5-point Likert-type scale (range 0-4) and has three subscales: heart-related fear, avoidance and attention, with higher scores indicating worse cardiac anxiety.

Statistical analyses

Baseline differences between the three intervention conditions, patients treated at the three intervention sites, and completers vs. non-completers were examined using analyses of variance (ANOVA) and chi-square tests for continuous and categorical variables respectively. Treatment effects were evaluated using both intent-to-treat (ITT) and completer analyses. Group mean substitution was generally employed for missing data in secondary outcome measures and was replaced with the individual's preceding scores only if more than 15% of data cases for a specific variable were missing (Allison, Gorman, & Primavera, 1993).

In this mixed design study, repeated measures factorial ANOVAs (3 conditions x 4 assessment periods) were conducted on each continuous dependant outcome variable in order to evaluate group changes over time. The three conditions represent the between-subjects factors and the assessment periods represent the within-subjects effects. For the variables PD severity (according to the ADIS-IV severity score) and the PAS sub-scales for panic attacks and avoidance, repeated measures ANOVAs were conducted on difference scores since the raw data presented a significant floor effect and parametric tests could therefore not be performed. Difference scores as outcome measures were calculated by computing the difference in the outcome variable between baseline and post-test scores, between post-test and 3 months follow-up scores, as well as between 3 months and 6 months follow-up scores. In addition, logarithmic and square root transformations were used for repeated measures ANOVAs in the ACQ variable, as the distribution was not normal. In cases of significant time and treatment interactions on repeated measures ANOVAs, post-hoc analyses using the same analysis methodology were carried out on each condition separately, in order to analyze the time effect for each condition. Significance was set at 0.05 and the effect size was assessed using η^2 . All analyses were carried out using version 17 of the SPSS statistical package (SPSS, Chicago, III).

Results

Sample characteristics

Participants were 47% female ($n = 27$) and had a mean age of 42.41 years ($SD = 13.42$; range 21-81). The mean duration of PD was 5.05 years ($SD = 6.65$) and the mean frequency of panic attacks per month was 4.76 ($SD = 2.57$). PD was found to interfere moderately to severely with daily functioning, with a mean severity score on the ADIS-IV of 5.40 ($SD = 0.92$). Comorbid anxiety disorders were diagnosed in 67% of the participants, the most frequent being generalized anxiety disorder (26%), specific phobia (17%) and social phobia (14%). Comorbid major depressive disorder was diagnosed in 19% of cases. A summary of sociodemographic and clinical characteristics can be found in Table 1.

Baseline comparisons

As presented in Table 1, with the exception of a higher prevalence of major depressive disorder at baseline in patients in the 1-session PMI relative to the 7-session CBT ($p = 0.03$), there were no other significant differences between the three conditions regarding socio-demographic, cardiac risk factor, and psychological characteristics (including on all outcome variables, data not shown). Additional analyses revealed that with the exception of dropouts (who had higher levels of avoidance than completers, $F(1, 52) = 5.836$, $p = 0.019$), no other significant differences in socio-demographic or clinical characteristics between completers and dropouts or between patients treated at the three recruitment centers (data not shown).

Table 1

Treatment outcome

Table 2 lists the means and standard deviations of all three conditions for all outcome measures over time, according to ITT analyses. Chi squared tests showed that a greater number of participants in the two brief psychotherapy interventions no longer met criteria for PD after treatment, compared to those in the usual-care control condition $\chi^2(2, n = 58) = 5.95, p = 0.05$ (54.2% in 1-session PMI, 68.4% in 7-session CBT, vs. 26.7% in usual-care condition).

Table 2

Table 3 contains results of treatment efficacy for all three conditions. Since ITT and completer analyses yielded same results, only ITT analyses are presented. Results revealed a significant ($p < 0.001$) time effect on all outcome measures at post-test, as well as at 3 and 6 months follow-ups, on the following outcomes: severity of PD; fear of physical sensations; agoraphobic cognitions; panic attacks; avoidance; anxiety sensitivity; and cardiac anxiety. Trend analyses on all outcome measures show significant improvement in symptoms from baseline to post-test, and a floor effect indicative of little change in symptoms from post-test to 3 and 6 months follow-ups (see Figure 3).

For all but one variable, no statistically significant Group by Time interaction was observed, demonstrating that despite a marked overall reduction of symptoms, no significant difference over time was observed for any particular condition on most outcome variables (see Table 3). However, for the primary outcome measure, the severity of PD according to the ADIS-IV, there was a significant Group x Time interaction ($F(4, 110) = 2.74, p = 0.03, \eta^2 = 0.07$), in addition to an overall reduction

in symptoms, with post-hoc analyses indicating that severity of PD (ADIS-IV) decreased significantly in both intervention conditions relative to the usual care condition over time. Also, no significant differences between the efficacy of the 7-session CBT and the 1-session PMI were found at any given time. No other significant group effects were found. As can be seen in Table 3, the effect sizes associated with time are consistently higher than those associated with group or their interaction.

Table 3 and Figure 3

Discussion

Overall, the results of this study demonstrated a noteworthy improvement on all outcome measures, indicating that as hypothesized, among patients presenting to the emergency department with non-cardiac chest pain, the severity of PD (with or without agoraphobia), frequency of panic attacks and agoraphobia, cardiac anxiety, and anxiety sensitivity, were all lower at post-intervention and at 3 and 6 months follow-up in patients in the two brief CBT interventions conditions relative to the usual care condition. The first hypothesis is supported by the results for the severity of PD, indicating that receiving either one of the intervention conditions is more beneficial in short and medium term than receiving solely the information by the physician without further treatment.

The findings of this study only partially confirmed our second exploratory hypothesis: while preliminary non-parametric analyses done on the severity of PD (ADIS-IV) did show a significant difference between the two brief CBT interventions favoring the 7-session intervention, these differences disappeared when doing

parametric analyses using the difference score. This suggests that a greater number of subjects would most likely show the same superiority in the statistical analysis. While several outcome measures yielded no significant statistical differences between the two brief intervention conditions and the usual-care control condition as well as between the one-session PMI and the 7-sessions CBT, a sample size of at least 165 participants (55 per condition) would be necessary to show such significant differences between the three conditions (power of 0.80, significance threshold of 0.05).

Results demonstrating the efficacy of both psychotherapies (1-session PMI and 7-session CBT) on PD severity are consistent with previous studies, which show that brief CBT formats are both an effective and efficient form of intervention for PD in psychological settings (Côté, Gauthier, Laberge, Cormier, & Plamondon, 1994; Deacon & Abramowitz, 2006; Ghosh & Marks, 1987; Gould & Clum, 1993; Gould, Clum, & Shapiro, 1993; Hecker, Losee, Fritzler, & Fink, 1996; Lidren *et al.*, 1994). To our knowledge, this is the first study to examine the efficacy of two brief CBT-based interventions for PD patients with non-cardiac chest pain presenting to the emergency department using multiple CBT strategies. Our results also appear consistent with those of previous studies with non-cardiac chest pain patients (knowing that this population includes patients with PD) consulting different medical services who received individual or group CBT treatment varying between 8 and 38 hours (Cott *et al.*, 1992; Klimes *et al.*, 1990; Mayou *et al.*, 1997; Peski-Oosterbaan *et al.*, 1999; Potts *et al.*, 1999).

With the exception of PD severity, there were no other significant differences in secondary panic self-report outcome measures between the conditions over time, which was contrary to our first hypotheses. Moreover, our results revealed no superiority of the 7-session over the 1-session CBT intervention on any outcomes, which was also contrary to our second hypotheses. The reasons for these unexpected

findings are not clear. However, we could speculate on why we may have observed this pattern of results. First, the time effect observed in the usual-care control condition suggests that receiving information from the emergency department physician of the absence of organic or cardiac disease may be seen as reassuring and consequently, may have had a therapeutic effect on most outcome measures, which is generally inconsistent with the previous literature (McDonald, Daly, Jelinek, Panetta, & Gutman, 1996). Indeed, previous research shows that negative cardiac test results in patients with chest pain do not reduce anxiety or worry about having a cardiac event (Goodacre, Mason, Arnold, & Angelini, 2001; Norell *et al.*, 1992). Similarly, the frequent evaluation contacts by a research assistant among patients in the usual care group may have also been seen as reassuring and could have contributed to the symptom reduction observed. Nevertheless, both intervention conditions also might have benefited from these possible therapeutic effects. Future studies assessing the impact of receiving a non-cardiac diagnosis by the emergency department physician or frequent contacts (attention) by research personnel is therefore warranted.

Study limitations and strengths

The results of this study should be interpreted in light of some methodological limitations. First, this was not a traditional randomized controlled trial in that individual participants were not randomly assigned to the conditions. Rather, the order of the three intervention condition cohorts was randomly pre-determined, a design chosen for logistical reasons. However, the lack of baseline differences on the vast majority of measures between the three intervention groups increases our confidence that participants were similar across the three groups. Second, most of our outcome measures were self-reported by patients using questionnaires, some of which may not have been sensitive enough to detect changes in our population. Previous studies comparing PD patients in psychiatric and emergency department settings indicate that in the latter, panic symptoms, agoraphobic cognitions and sensitivity to

anxiety are generally lower (Beitman, Kushner, Lamberti, & Mukerji, 1990; Belleville, Foldes-Busque, & Marchand, 2010; Fleet, Martel, Lavoie, Dupuis, & Beitman, 2000). It is also possible that these measures may have been more sensitive for the detection of longer-term changes. Indeed, a 12-month follow-up is currently under way for this project and results will be presented in a later article.

Despite the above limitations, this study also has a number of important strengths. First, we used an adapted version of a validated, structured treatment protocol that was administered by qualified clinical psychologists with expertise in CBT strategies. Second, the interventions also involved the utilization of a self-management manual and the use of reliable and valid diagnostic and evaluation instruments, which increases the validity of the results obtained. Third, our assessment of PD diagnosis reliability (92%) and treatment integrity on the part of interventionists (99%) further highlights the scientific rigor of the present study. Fourth, the presence of a usual-care control condition, of limited negative expectancy biases due to the use of separate consent forms for both intervention conditions and for the control condition, and of controlling a possible seasonal effect by using non-synchronized recruitment periods between the recruitment centers, also adds to the quality of the study. The use of multiple recruitment centers also ensured a more representative sample and enhances generalizability. Moreover, the sample was made up of individuals who had PD that interfered moderately to severely with daily functioning, accompanied in many cases, by anxiety or mood comorbid disorders. It is interesting to note that the two brief CBT interventions proved to be effective for reducing PD severity despite the presence of comorbidities, which may increase the external validity of the findings.

Clinical implications and future research

The results obtained by this study are very promising because they provide support for the efficacy of offering brief psychological interventions to individuals who consult first line care services for their non-cardiac chest pain related to PD symptoms. To our knowledge, this study is the first to assess the efficacy of two brief interventions using multiple conventional CBT strategies for PD patients presenting to the emergency department with non-cardiac chest pain that are initiated soon after their emergency department visit. Results of this study suggest that the strategies used in the brief CBT interventions were indeed effective for reducing PD severity. It would therefore be interesting to see if certain strategies are more efficient than others. Overall, this study highlights the importance of integrating specialized psychological interventions adapted to PD patients presenting to first line of care into the usual-care services offered by primary care health care providers. Such interventions can help these individuals to improve their well-being, overall functioning and psychosocial adaptation as well as facilitate the accessibility of best treatments by the appropriate services, and reduce the strain on the emergency department.

Acknowledgements

This study was supported by a grant from the Canadian Institute of Health Research (CIHR, no. 157824) awarded to André Marchand, Kim Lavoie, Richard Fleet, Julien Poitras, Alain Vadeboncoeur, Jean-Marc Chauny, André Arsenault, Simon Bacon and Gilles Dupuis. In addition, post-graduate scholarships were given to the first author, Marie-Josée Lessard, from the Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences (GIRU) and from the Fonds de recherche sur la société et la culture (FQRSC) to carry out this research project. Salary support was also provided by a Research Scholar award from the Fonds de la recherche en santé du

Quebec (FRSQ) (KLL). We would also like to thank the department of Psychology at the University of Quebec at Montreal, the Montreal Heart Institute, the Sacré-Coeur Hospital Research Centre, the Hôtel Dieu de Lévis hospital for their ongoing support throughout the project. The authors also wish to thank all the participants who took part in the project as well as the research assistants and the psychologists, without whom this study could not have been realized.

References

- Allison, D. B., Gorman, B. S. and Primavera, L. H. (1993). Some of the Most Common Questions Asked of Statistical Consultants: Our Favorite Responses and Recommended Readings. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs.*, 119, 155-185.
- American Psychiatric Association. (2009). Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. (2nd ed ed.). Washington (DC): American Psychiatric Association (APA).
- Association américaine de psychiatrie. (2003). Manuel *diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé.* (4e édition. ed.). Washington (DC).
- Bahr, R. (2000). Chest pain centers : moving toward proactive acute coronary care. *International Journal of cardiology*, 72, 101-110. doi:10.1016/S0167-5273(99)00160-6.
- Bandelow, B. (1995). Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. II. The Panic and Agoraphobia Scale. *International Clinical Psychopharmacology*, 10(2), 73-81.
- Beitman, B. D., Kushner, M., Lamberti, J. W. and Mukerji, V. (1990). Panic disorder without fear in patients with angiographically normal coronary arteries. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(5), 307-312. doi:10.1016/0002-9149(89)91056-4.
- Beitman, B. D., Kushner, M. G., Basha, I., Lamberti, J., Mukerji, V. and Bartels, K. (1991). Follow-up status of patients with angiographically normal coronary arteries and panic disorder. *Jama*, 265(12), 1545-1549.
- Beitman, B. D., Mukerji, V., Russell, J. L. and Grafting, M. (1993). Panic disorder in cardiology patients: a review of the Missouri Panic/Cardiology Project. *Journal of Psychiatric Research*, 27 Suppl 1, 35-46. doi:10.1016/0022-3956(93)90016-U.
- Belleville, G., Foldes-Busque, G. and Marchand, A. (2010). Characteristics of panic disorder patients consulting an emergency department with noncardiac chest pain. *Primary Psychiatry.*, 17(3), 35-42.
- Boivin, I. and Marchand, A. (1996). *Évaluation structurée pour les troubles anxieux pour le DSM-IV.* Montréal, Québec: Université du Québec à Montréal, Département de psychologie.

- Brown, T. A. and Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(6), 835-844. doi:10.1037/0022-006X.60.6.835.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A. and Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. San Antonio: Psychological Corporation/Graywind Publications Inc.
- Carter, C., Maddock, R., Zoglio, M., Lutrin, C., Jella, S. and Amsterdam, E. (1994). Panic disorder and chest pain: a study of cardiac stress scintigraphy patients. *American Journal of Cardiology, 74*(3), 296-298. doi:10.1016/0002-9149(94)90381-6.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P. and Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*(6), 1090-1097. doi:10.1037/0022-006X.52.6.1090.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy, 24*(4), 461-470. doi:10.1016/0005-7967(86)90011-2.
- Côté, G., Gauthier, J. G., Laberge, B., Cormier, H. J. and Plamondon, J. (1994). Reduced therapist contact in the cognitive behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy, 25*, 123-145. doi:10.1016/S0005-7894(05)80149-2.
- Cott, A., McCully, J., Goldberg, W. M., Tanser, P. H. and Parkinson, W. (1992). Interdisciplinary treatment of morbidity in benign chest pain. *Angiology, 43*(3 Pt 1), 195-202. doi:10.1177/000331979204300304.
- Dammen, T., Arnesen, H., Ekeberg, O. and Friis, S. (2004). Psychological factors, pain attribution and medical morbidity in chest-pain patients with and without coronary artery disease. *General Hospital Psychiatry, 26*(6), 463-469. doi:10.1016/j.genhosppsy.2004.08.004.
- Dammen, T., Bringager, C. B., Arnesen, H., Ekeberg, O. and Friis, S. (2006). A 1-year follow-up study of chest-pain patients with and without panic disorder. *General Hospital Psychiatry, 28*(6), 516-524. doi:10.1016/j.genhosppsy.2006.08.005.
- Dammen, T., Ekeberg, O., Arnesen, H. and Friis, S. (1999). The detection of panic disorder in chest pain patients. *General Hospital Psychiatry, 21*(5), 323-332. doi:S0163834399000377 [pii].

- Deacon, B. and Abramowitz, J. (2006). A pilot study of two-day cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Behavior Research and Therapy*, 44, 807-817. doi:10.1016/j.brat.2005.05.008.
- Di Nardo, P. A., Brown, T. A. and Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version (ADIS-IV-L)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation/Graywind Publications Incorporated.
- Dyckman, J. M., Rosenbaum, R. L., Hartmeyer, R. J. and Walter, L. J. (1999). Effects of psychological intervention on panic attack patients in the emergency department. *Psychosomatics*, 40(5), 422-427.
- Eifert, G. H., Thompson, R. N., Zvolensky, M. J., Edwards, K., Frazer, N. L., Haddad, J. W. and Davig, J. (2000). The cardiac anxiety questionnaire: development and preliminary validity. *Behaviour Research and Therapy*, 38(10), 1039-1053. doi:10.1016/S0005-7967(99)00132-1.
- Esler, J. L., Barlow, D. H., Woolard, R. H., Nicholson, R. A., Nash, J. M. and Erogul, M. H. (2003). A brief-cognitive behavioral intervention for patients with noncardiac chest pain. *Behavior Therapy*, 34(2), 129-148. doi:10.1016/S0005-7894(03)80009-6.
- Eslick, G. D. (2004). Noncardiac chest pain: epidemiology, natural history, health care seeking, and quality of life. *Gastroenterology Clinics of North America*, 33(1), 1-23. doi:10.1016/S0889-8553(03)00125-0.
- Fifer, S. K., Mathias, S. D., Patrick, D. L., Mazonson, P. D., Lubeck, D. P. and Buesching, D. P. (1994). Untreated anxiety among adult primary care patients in a Health Maintenance Organization. *Archives of General Psychiatry*, 51(9), 740-750.
- Fleet, R. P., Dupuis, G., Marchand, A., Burelle, D., Arsenault, A. and Beitman, B. D. (1996). Panic disorder in emergency department chest pain patients: prevalence, comorbidity, suicidal ideation, and physician recognition. *American Journal of Medicine*, 101(4), 371-380. doi:10.1016/S0002-9343(96)00224-0.
- Fleet, R. P., Lavoie, K. L., Martel, J. P., Dupuis, G., Marchand, A. and Beitman, B. D. (2003). Two-year follow-up status of emergency department patients with chest pain: Was it panic disorder? *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 5, 247-254.

- Fleet, R. P., Martel, J. P., Lavoie, K. L., Dupuis, G. and Beitman, B. D. (2000). Non-fearful panic disorder: a variant of panic in medical patients? *Psychosomatics*, 41(4), 311-320.
- Foldes-Busque, G., Marchand, A., Chauny, J.-M., Poitras, J., Diodati, J., Denis, I., Lessard, M.-J., Pelland, M.-E. and Fleet, R. P. (2010). Unexplained chest pain in the ED: could it be panic? *American Journal of Emergency Medicine*, *In press*. doi:10.1016/j.ajem.2010.02.021.
- Ghosh, A. and Marks, I. M. (1987). Self-treatment of agoraphobia by exposure. *Behavior Therapy*, 18, 3-16. doi:10.1016/S0005-7894(87)80047-3.
- Goldberg, R., Morris, P., Christian, F., Badger, J., Chabot, S. and Edlund, M. (1990). Panic disorder in cardiac outpatients. *Psychosomatics*, 31(2), 168-173.
- Goodacre, S., Mason, S., Arnold, J. and Angelini, K. (2001). Psychologic morbidity and health-related quality of life of patients assessed in a chest pain observation unit. *Annals of emergency medicine*, 38(4), 369-376. doi:10.1067/mem.2001.118010.
- Gould, R. A. and Clum, G. A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review*, 13, 169-186. doi:10.1016/0272-7358(93)90039-O.
- Gould, R. A., Clum, G. A. and Shapiro, D. (1993). The use of bibliotherapy in the treatment of panic: A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, 24, 241-252. doi:10.1016/S0005-7894(05)80266-7.
- Hecker, J. E., Losee, M. C., Fritzler, B. K. and Fink, C. M. (1996). Self-directed versus therapist-directed cognitive-behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 253-265. doi:10.1016/0887-6185(96)00010-2.
- Hocaoglu, C., Gulec, M. Y. and Durmus, I. (2008). Psychiatric comorbidity in patients with chest pain without a cardiac etiology. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 45(1), 49-54.
- Karlson, B. W., Herlitz, J., Pettersson, P., Ekvall, H. E. and Hjalmarson, A. (1991). Patients admitted to the emergency room with symptoms indicative of acute myocardial infarction. *Journal of Internal Medicine*, 230(3), 251-258. doi:10.1111/j.1365-2796.1991.tb00439.x.
- Katerndahl, D. A. (1990). Factors associated with persons with panic attacks seeking medical care. *Family Medicine*, 22(6), 462-466.

- Katerndahl, D. A. (2003). Initial care seeking for panic attacks. *Psychiatric Services*, 54(8), 1168.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K. and Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 415-424. doi:63/4/415 [pii] 10.1001/archpsyc.63.4.415.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U. and Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Klimes, I., Mayou, R. A., Pearce, M. J., Coles, L. and Fagg, J. R. (1990). Psychological treatment for atypical non-cardiac chest pain: a controlled evaluation. *Psychological Medicine*, 20(3), 605-611. doi:10.1017/S0033291700017116.
- Kroenke, K. and Mangelsdorff, A. D. (1989). Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *American Journal of Medicine*, 86(3), 262-266.
- Kuijpers, P. M. J. C., Dennollet, J., Wellens, H. J. J., Crijns, H. M. and Honig, A. (2007). Noncardiac chest pain in the emergency department: the role of cardiac history, anxiety or depression and Type D personality. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 14, 273-279. doi:10.1097/HJR.0b013e32801da0fc.
- Lidren, D. M., Watkins, P. L., Gould, R. A., Clum, G. A., Asterino, M. and Tulloch, H. L. (1994). A comparison of bibliotherapy and group therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 865-869. doi:10.1037/0022-006X.62.4.865.
- Ly, N. and McCaig, L. F. (2002). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2000 outpatient department summary. *Advance Data*, 327, 1-27.
- Marchand, A. and Boivin, I. (1999). Le trouble panique. In R. Ladouceur, A. Marchand & J. M. Boisvert (Eds), *Les troubles anxieux: approche cognitive et comportementale*. Montréal, QC: Gaétan Morin.
- Marchand, A., Lessard, M.-J. and Pelland, M.-E. (2005). *Non-cardiac chest pain and anxiety*. Unpublished manuscript, Montreal, QC: University of Quebec at Montreal.

- Marchand, A. and Letarte, A. (2004). *La peur d'avoir peur : guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie*. Outremont, QC: Éditions internationales Alain Stanké.
- Marchand, A., Roberge, P., Dupuis, G., Contrandriopoulus, A. P., Mainguy, N. and Savard, P. (2000). *Évaluation clinique, psychosociale et économique de trois modalités de traitement du trouble panique avec agoraphobie : rapport de recherche présenté au Conseil Québécois de la Recherche Sociale (RS-3166)*. Montréal, QC: Hôpital Louis-H. Lafontaine, Centre de recherche Fernand-Séguin.
- Mathias, S. D., Fifer, S. K., Mazonson, P. D., Lubeck, D. P., Buesching, D. P. and Patrick, D. L. (1994). Necessary but not sufficient: the effect of screening and feedback on outcomes of primary care patients with untreated anxiety. *Journal of General Internal Medicine*, 9(11), 606-615. doi:10.1007/BF02600303.
- Mayou, R. A., Bryant, B. M., Sanders, D., Bass, C., Klimes, I. and Forfar, C. (1997). A controlled trial of cognitive behavioural therapy for non-cardiac chest pain. *Psychological Medicine*, 27(5), 1021-1031. doi:10.1017/S0033291797005254.
- McDonald, I. G., Daly, J., Jelinek, V. M., Panetta, F. and Gutman, J. M. (1996). Opening Pandora's box: the unpredictability of reassurance by a normal test result. *Bmj*, 313(7053), 329-332.
- Montgomery, S., Bullock, T. and Fineberg, N. (1991). Serotonin selectivity for obsessive compulsive and panic disorders. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 16 (suppl. 1), 30-35.
- Norell, M., Lythall, D., Coghlan, G., Cheng, A., Kushwaha, S., Swan, J., Ilsley, C. and Mitchell, A. (1992). Limited value of the resting electrocardiogram in assessing patients with recent onset chest pain: lessons from a chest pain clinic. *British Heart Journal*, 67(1), 53-56. doi:10.1136/hrt.67.1.53.
- Pauli, P., Marquardt, C., Hartl, L., Nutzinger, D. O., Holzl, R. and Strian, F. (1991). Anxiety induced by cardiac perceptions in patients with panic attacks: a field study. *Behaviour Research and Therapy*, 29(2), 137-145. doi:10.1016/0005-7967(91)90042-2.
- Peski-Oosterbaan, A. S. v., Spinhoven, P., Rood, Y. v., Does, J. W. v., Brusckke, A. V. and Rooijmans, H. G. (1999). Cognitive-behavioral therapy for noncardiac chest pain: a randomized trial. *American Journal of Medicine*, 106(4), 424-429.

- Potts, S. G., Lewin, R., Fox, K. A. and Johnstone, E. C. (1999). Group psychological treatment for chest pain with normal coronary arteries. *Qjm*, 92(2), 81-86. doi:10.1093/qjmed/92.2.81.
- Reich, J., Warshaw, M., Peterson, L. G., White, K., Keller, M., Lavori, P. and Yonkers, K. A. (1993). Comorbidity of panic and major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 27 Suppl 1, 23-33. doi:10.1016/0022-3956(93)90015-T.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M. and McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24(1), 1-8. doi:10.1016/0005-7967(86)90143-9.
- Roberge, P. and Marchand, A. (1997). *L'échelle d'évaluation de la panique et de l'agoraphobie*. Montréal, Québec: Université du Québec à Montréal, Département de psychologie.
- Roberge, P., Marchand, A., Cloutier, K., Mainguy, N., Miller, J. M., Bégin, J. and Turcotte, J. (2005). Healthcare Utilization Following cognitive-behavioral therapy for Panic Disorder with Agoraphobia. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(3), 1-10. doi:10.1080/16506070510008443.
- Roy-Byrne, P. P., Stein, M. B., Russo, J., Mercier, E., Thomas, R., McQuaid, J. R., Katon, W. J., Craske, M. G., Bystritsky, A. and Sherbourne, C. D. (1999). Panic disorder in the primary care setting: Comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(7), 492-499.
- Sanders, D., Bass, C., Mayou, R. A., Goodwin, S., Bryant, B. M. and Tyndel, S. (1997). Non-cardiac chest pain: why was a brief intervention apparently ineffective? *Psychological Medicine*, 27(5), 1033-1040. doi:10.1017/S0033291797005266.
- Schmidt, N. (1999). Panic disorder: cognitive-behavioral and pharmacological treatment strategies. *Journal of Clinical Psychological Medicine Settings*, 6, 89-111. doi:10.1023/A:1026207414971.
- Simpson, R. J., Kazmierczak, T., Power, K. G. and Sharp, D. M. (1994). Controlled comparison of the characteristics of patients with panic disorder. *British Journal of General Practice*, 44(385), 352-356.
- Stephenson, R., Marchand, A. and Brillou, P. (1994). *Index de sensibilité à l'anxiété*. Montréal, Québec: Université du Québec à Montréal, Département de psychologie.

- Stephenson, R., Marchand, A. and Lavallée, M.-C. (1999). French-Canadian adaptation of the Agoraphobic Cognitions Questionnaire: Cross-cultural validation and gender differences. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*, 28, 58-69. doi:10.1080/028457199440016.
- Stephenson, R., Marchand, A. and Lavallee, M. C. (1998). Validation du Questionnaire des sensations physiques auprès de la population canadienne-française. *Encephale*, 24(5), 415-425.
- Stephenson, R., Marchand, A., Lavallée, M. C. and Brillon, P. (1996). Translation and transcultural validation of the Anxiety Sensitivity Index., *Paper presented at the XXVIe Congrès International de Psychologie*. Montréal, QC.
- Swinson, R. P., Antony, M. M., Bleau, P., Chokka, P., Craven, M. and Fallu, M. (2006). Clinical practice guidelines: Management of anxiety disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(Suppl.2), 1S-92S.
- Swinson, R. P., Soulios, C., Cox, B. J. and Kuch, K. (1992). Brief treatment of emergency room patients with panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 944-946.
- Weissman, M. M. (1990). The hidden patient: unrecognized panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51 Suppl, 5-8.
- White, K. S. and Barlow, D. H. (2004). Panic Disorder and Agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed), *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. (2nd. ed., pp. 328-379). New York: The Guilford Press.
- Worthington, J. J., 3rd, Pollack, M. H., Otto, M. W., Gould, R. A., Sabatino, S. A., Goldman, L., Rosenbaum, J. F. and Lee, T. H. (1997). Panic disorder in emergency ward patients with chest pain. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(4), 274-276. doi:10.1097/00005053-199704000-00009.
- Wulsin, L. R., Arnold, L. M. and Hillard, J. R. (1991). Axis I disorders in ER patients with atypical chest pain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 21(1), 37-46. doi:10.2190/HFQ4-J41N-6M1E-MBN3.
- Wulsin, L. R., Liu, T., Storrow, A., Evans, S., Dewan, N. and Hamilton, C. (2002). A randomized, controlled trial of panic disorder treatment initiation in an emergency department chest pain center. *Annals of Emergency Medicine*, 39(2), 139-143. doi:10.1067/mem.2002.121484.

- Wulsin, L. R. and Yingling, K. (1991). Psychiatric aspects of chest pain in the emergency department. *The Medical Clinics of North America*, 75(5), 1175-1188.
- Yelin, E., Mathias, S. D., Buesching, D. P., Rowland, C., Calucin, R. Q. and Fifer, S. (1996). The impact on unemployment of an intervention to increase recognition of previously untreated anxiety among primary care physicians. *Social Science and Medicine*, 42(7), 1069-1075. doi:10.1016/0277-9536(95)00297-9.
- Yingling, K. W., Wulsin, L. R., Arnold, L. M. and Rouan, G. W. (1993). Estimated prevalences of panic disorder and depression among consecutive patients seen in an emergency department with acute chest pain. *Journal of General Internal Medicine*, 8(5), 231-235. doi:10.1007/BF02600087.
- Zane, R. D., McAfee, A. T., Sherburne, S., Billeter, G. and Barsky, A. (2003). Panic disorder and emergency services utilization. *Academic Emergency Medicine*, 10(10), 1065-1069. doi:10.1197/S1069-6563(03)00349-X.

Figure 1: Randomization on sequence of cohorts

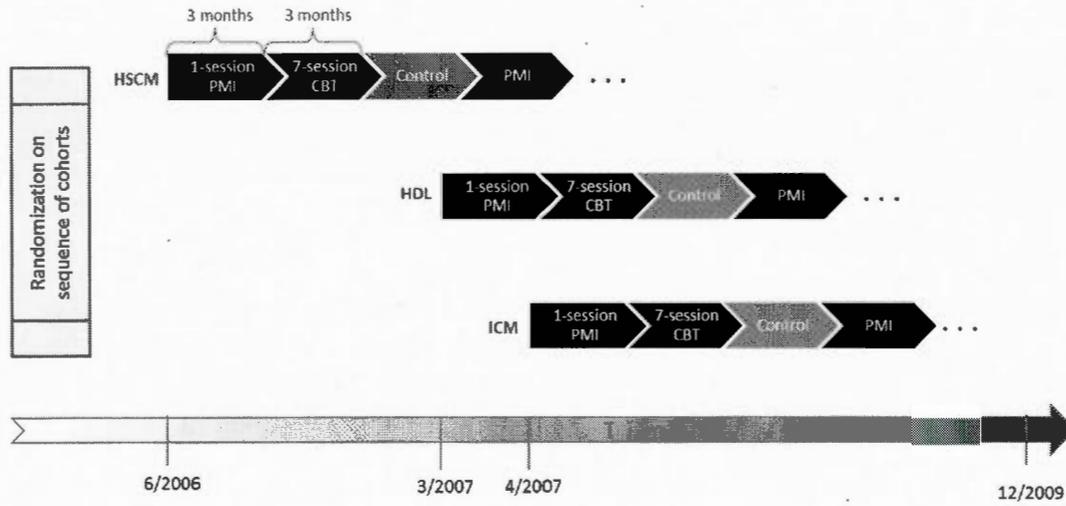


Figure 2: Flow of participants' recruitment

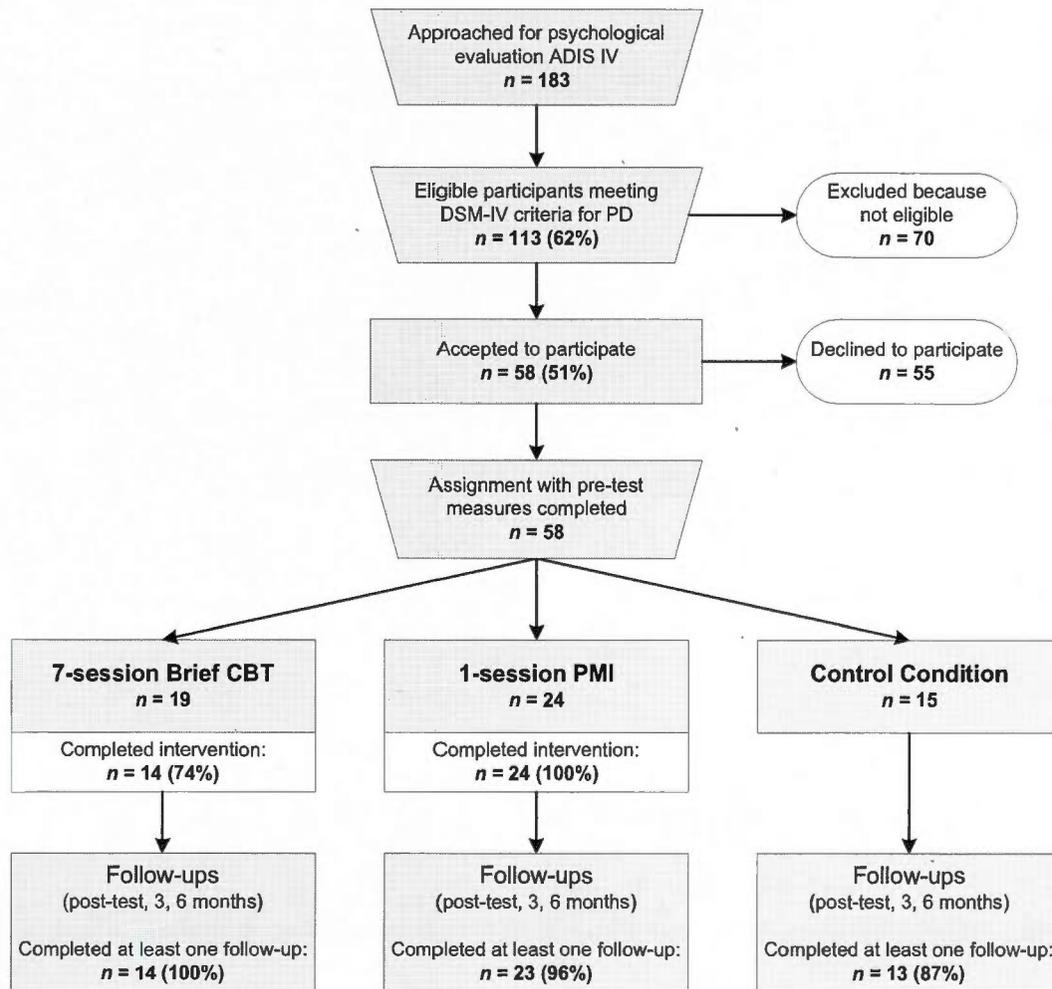


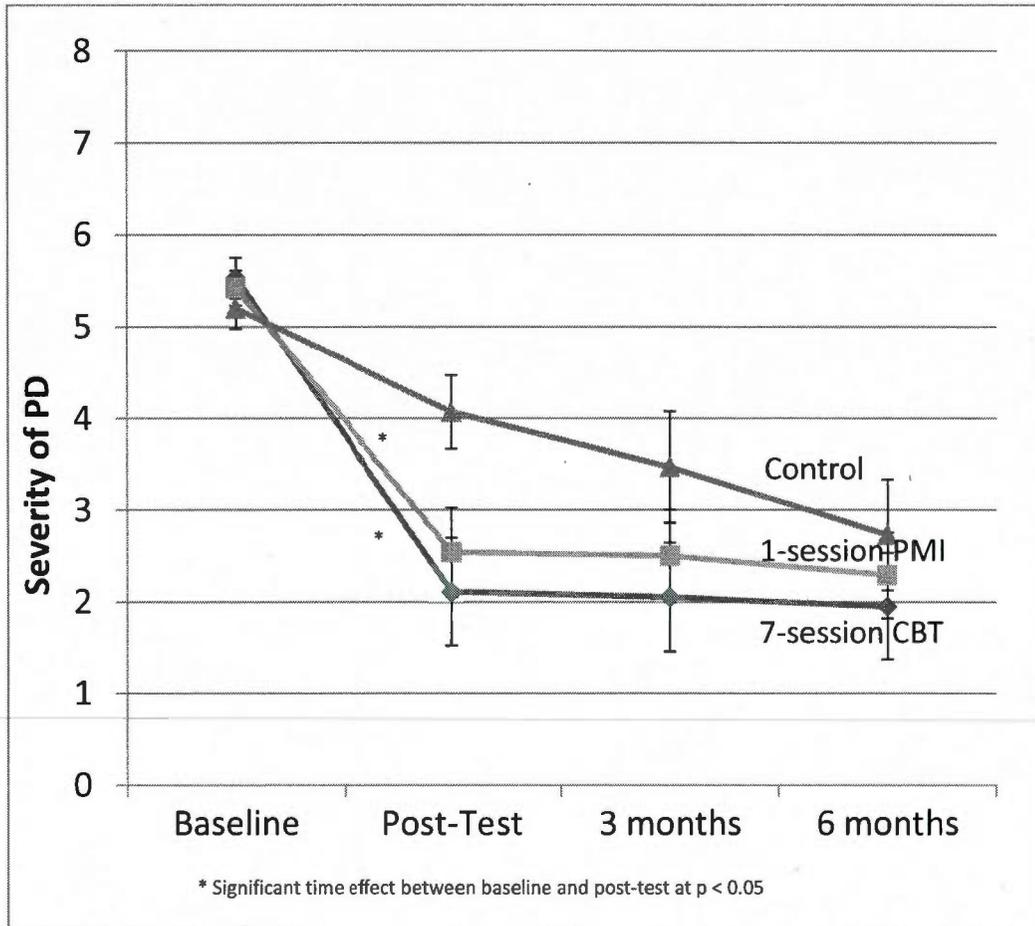
Figure 3: Severity of PD (ADIS-IV) over time

Table 1: Baseline Characteristics of PD Patients presenting with non-cardiac chest pain to the emergency department by Conditions (n = 58)

Characteristics	Brief Cognitive-Behavioural Interventions		Control (n = 15)	Statistics	P
	PMI-1 (n = 24)	CBT-7 (n = 19)			
Sociodemographics					
Mean age (SD)	41.08 (13.89)	46.58 (13.65)	39.27 (11.80)	1.47 ^a	0.24
Female (%)	11 (46%)	10 (53%)	6 (40%)	0.55 ^b	0.76
Living with partner (%)	16 (67%)	12 (67%)	7 (47%)	1.87 ^b	0.39
College degree or higher (%)	12 (50%)	13 (68%)	8 (53%)	1.57 ^b	0.46
Income below 59.999\$	14 (64%)	11 (58%)	9 (60%)	0.15 ^b	0.93
Cardiac risk factors					
Body mass index (SD)	26.36 5.75	26.72 5.54	24.29 3.29	1.00 ^a	0.37
Current smoker (%)	6 (25%)	7 (37%)	3 (20%)	1.33 ^b	0.52
Hypertension (%)	8 (33%)	5 (26%)	5 (33%)	0.29 ^b	0.86
Hypercholesterolemia (%)	5 (21%)	6 (32%)	1 (7%)	≥ 0.64 ^c	ns
Diabetes (%)	1 (4%)	1 (5%)	0 (0%)	≥ 0.03 ^c	ns
Family history of cardiac disease (%)	13 (56%)	12 (67%)	7 (50%)	0.94 ^b	0.62
Psychological factors					
Number of years with PD (SD)	3.62 (3.72)	9.07 (10.01)	2.85 (3.26)	2.02 ^a	0.15
Mean severity of PD at ADIS-IV (SD)	5.42 (0.93)	5.53 (0.96)	5.20 (0.86)	0.53 ^a	0.59
Mean frequency of PA per month (SD)	5.22 (2.19)	5.06 (3.09)	3.64 (2.27)	1.86	0.17
Comorbid Anxiety Disorder (%)	13 (54%)	16 (84%)	10 (67%)	4.35 ^b	0.11
Comorbid Major Depressive Disorder (%)	1 (4%)	6 (32%)	4 (27%)	5.85 ^b	0.03*

These analyses were conducted on the intend-to-treat participants.

Note: PMI-1 = 1-session Panic Management Intervention; CBT-7 = 7-session Cognitive Behavioural Therapy; Control = Usual-care control condition; PA = panic attack.

* There is a significant difference between the 1-session PMI and the 7-session CBT at $p < 0.05$ as indicated by the Fisher's Exact Test.

^a ANOVA

^b Pearson Chi-square.

^c There is no significant difference between the conditions at $p < 0.05$ as indicated by the Fisher's Exact Test.

Table 2: Means and standard deviations (SD) of the 1-session PMI, the 7-session CBT and the usual-care control condition on all outcome measures over time (ITT analysis)

Measure	Baseline			Post-test			3months			6 months		
	Mean	SD	<i>n</i>	Mean	SD	<i>n</i>	Mean	SD	<i>n</i>	Mean	SD	<i>n</i>
Severity of Panic Disorder on ADIS-IV												
PMI-1	5.42	0.93	24	2.54	2.36	24	2.50	2.47	24	2.29	2.29	24
CBT-7	5.53	0.96	19	2.11	2.56	19	2.05	2.59	19	1.95	2.55	19
Control	5.20	0.86	15	4.07	1.58	15	3.47	2.36	15	2.73	2.34	15
Body Sensations Questionnaire (BSQ)												
PMI-1	3.02	0.95	24	2.79	0.93	24	2.73	1.08	24	2.60	1.00	24
CBT-7	2.92	0.86	18	2.36	0.94	18	2.31	0.93	18	2.37	0.92	18
Control	2.44	0.54	14	2.22	0.77	14	2.07	0.69	14	2.10	0.66	14
Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ)												
PMI-1	2.42	1.06	24	2.03	0.74	24	1.96	0.71	24	1.82	0.63	24
CBT-7	2.19	0.60	19	1.93	0.64	19	2.01	0.75	19	1.89	0.71	19
Control	1.98	0.41	15	1.78	0.44	15	1.84	0.47	15	1.76	0.58	15
Sub-scale panic attacks of the Panic and Agoraphobia Scale (PAS)												
PMI-1	5.23	2.25	22	1.91	2.47	22	2.55	2.30	22	2.00	2.60	22
CBT-7	5.00	3.18	16	2.38	3.03	16	2.31	3.01	16	2.94	2.98	16
Control	3.64	2.27	14	1.21	2.05	14	1.71	2.64	14	1.14	1.96	14
Sub-scale avoidance of the Panic and Agoraphobia Scale (PAS)												
PMI-1	2.73	2.05	22	1.68	1.70	22	1.55	1.44	22	1.27	1.24	22
CBT-7	3.94	1.84	16	2.06	2.32	16	2.31	2.18	16	2.75	2.60	16
Control	2.64	2.17	14	1.93	2.37	14	1.79	2.29	14	1.71	2.34	14
Anxiety Sensitivity Index (ASI)												
PMI-1	29.58	12.41	24	24.04	12.00	24	24.12	11.23	24	22.50	12.57	24
CBT-7	29.79	10.45	19	21.16	13.39	19	21.42	10.80	19	21.16	9.93	19
Control	23.93	10.07	14	21.00	12.17	14	20.64	11.30	14	19.29	8.79	14
Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)												
PMI-1	1.74	0.64	24	1.34	0.77	24	1.38	0.77	24	1.36	0.83	24
CBT-7	2.14	0.62	18	1.44	0.75	18	1.51	0.85	18	1.45	0.83	18
Control	2.11	0.62	15	1.77	0.77	15	1.66	0.81	15	1.60	0.82	15

Note: PMI-1 = 1-session Panic Management Intervention; CBT-7 = 7-session Cognitive Behavioural Therapy; Control = Usual-care control condition; ADIS-IV = Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV; PAS = Panic and Agoraphobia Scale; ITT = Intend-To-Treat.

Table 3: Analysis of Variance (ANOVA) Results for PD Patients consulting for DTNC in the emergency department

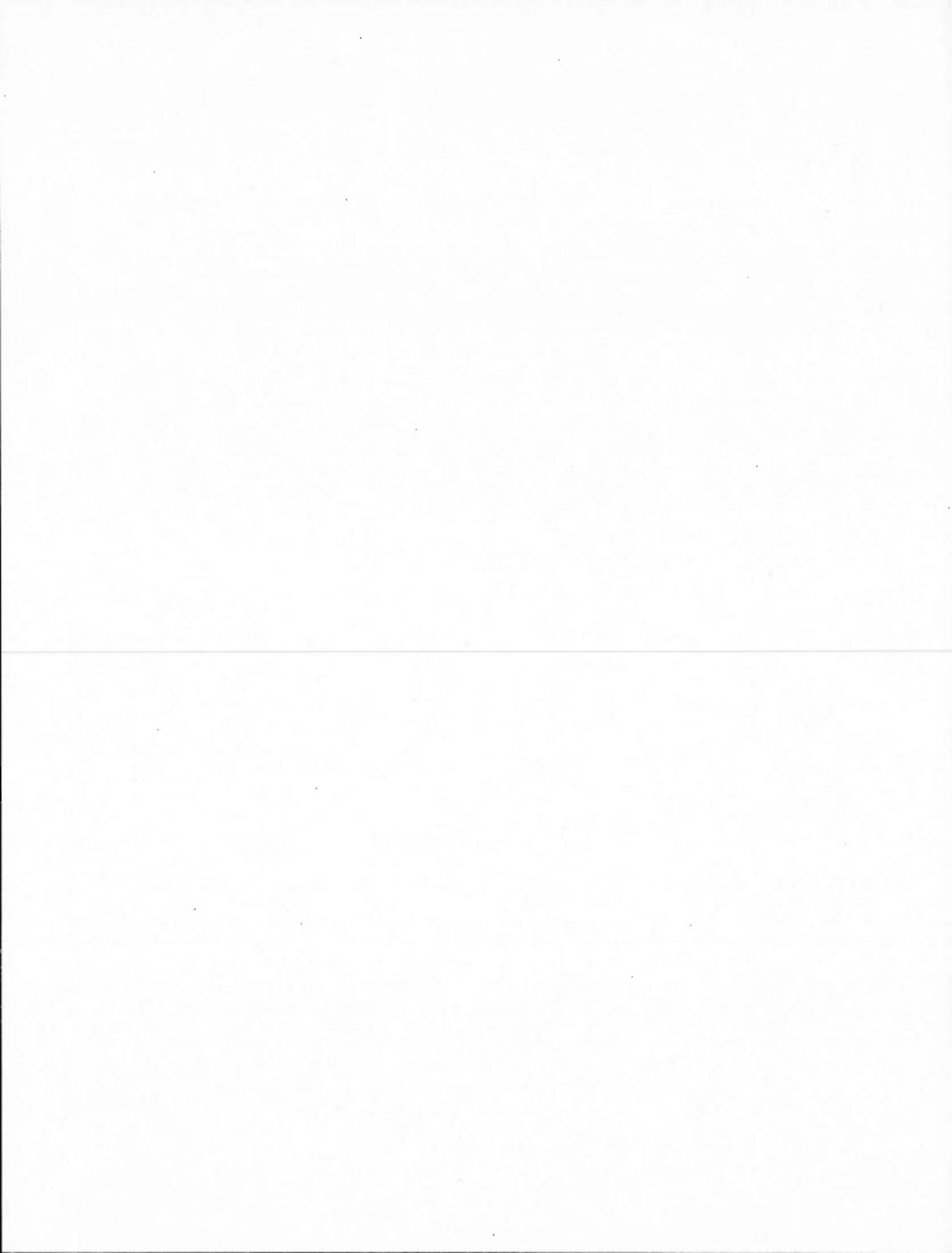
Measures	Time Effect			Group x Time Interaction			Group Effect		
	F	(df)	η^2	F	(df)	η^2	F	(df)	η^2
PD on ADIS-IV ^a	19.35***	(2, 110)	0.24	2.74*	(4, 110)	0.07	0.96	(2, 55)	0.01
BSQ	9.08***	(3, 159)	0.14	0.63	(6, 159)	0.02	2.45	(2, 53)	0.01
ACQ	8.92***	(3, 165)	0.14	0.35	(6, 165)	0.01	0.33	(2, 55)	0.00
PAS-panic attacks ^a	21.83***	(2, 98)	0.30	0.92	(4, 98)	0.03	0.65	(2, 49)	0.02
PAS-avoidance ^a	11.72***	(2, 98)	0.18	1.96	(4, 98)	0.06	0.25	(2, 49)	0.01
ASI	12.23***	(3, 162)	0.18	0.67	(6, 162)	0.02	0.66	(2, 54)	0.00
CAQ	20.24***	(3, 162)	0.27	0.92	(6, 162)	0.02	1.13	(2, 54)	0.01

These analyses were conducted on the intend-to-treat participants.

The Greenhouse-Geisser correction was used when necessary.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

^a ANOVAs on these variables were done on the difference scores.



CHAPITRE III

INTERVENTIONS A L'URGENCE POUR DOULEURS THORACIQUES NON
CARDIAQUES AVEC OU SANS ANXIETE DE TYPE PANIQUE.

(LESSARD, MARCHAND ET LAVOIE, SOUS PRESSE)

(ARTICLE II)

Interventions à l'urgence pour douleurs thoraciques non cardiaques avec ou sans
anxiété de type panique.

Marie-Josée Lessard, M. Ps.

Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

André Marchand, Ph.D.

Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Centre de recherche Fernand-Séguin, Québec, Canada

Kim L. Lavoie, Ph.D.

Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Institut de Cardiologie de Montréal, Québec, Canada

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Québec, Canada

Résumé

Cette recension des écrits porte sur l'efficacité d'interventions psychologiques et pharmacologiques offertes aux patients qui se présentent à un département d'urgence médicale (DU) pour des réactions anxieuses de type panique ou des douleurs thoraciques non-cardiaques (liées ou non à la panique). La recherche d'articles a été conduite à partir de bases de données électroniques du milieu médical et psychologique couvrant la période de 1967 à juillet 2011, en fonction de critères de sélection préétablis. Six études sont recensées. Les interventions utilisent principalement des stratégies brèves d'approche cognitive-comportementale (unique ou multimodale) ou pharmacologiques (ISRS) et les résultats démontrent la supériorité des diverses interventions lorsqu'on les compare à une condition contrôle de type soins usuels généralement offert au DU. Des études additionnelles s'avèrent nécessaires pour valider les résultats obtenus. Il paraît de plus en plus essentiel d'intervenir rapidement dans les DU chez une population qui tend à utiliser fréquemment les services médicaux coûteux, en particulier les DU.

Mots clés: trouble panique, attaque de panique, douleur thoracique non-cardiaques, département d'urgence, traitement pharmacologique, psychothérapie.

Abstract

This literature review examines the effectiveness of psychological and pharmacologic interventions offered to patients who present to emergency department (ED) for panic-like anxiety reactions or noncardiac chest pain (panic-related or not). The search for articles was conducted using electronic databases from medical and psychological settings for the period from 1967 to November 2011 using predetermined selection criteria. Six studies are reviewed. The results suggest that the interventions, mainly using single or multiple brief cognitive-behavioural strategies or pharmacotherapy (SSRI), are superior for treating these patients as compared to a usual care control condition, which is the care generally offered in the ED. This review highlights the need for additional studies in the field and the need to act quickly in primary care in a population that tends to frequently use costly medical services, particularly EDs.

Key words: panic attack, noncardiac chest pain, emergency department, pharmacotherapy, psychotherapy

Introduction

Les symptômes ressentis par un grand nombre d'individus qui se présentent à l'urgence d'un hôpital sont souvent attribuables à l'anxiété ou à des réactions anxieuses de type panique (Ross, Walker, Norton & Neufeld, 1988). L'une des manifestations les plus handicapantes d'une réaction anxieuse excessive est l'attaque de panique (AP), qui peut s'inscrire dans le cadre d'un trouble mental, dont le plus fréquent est le trouble panique (TP) avec ou sans agoraphobie (Kessler et al., 2006). Les caractéristiques cliniques d'une AP et du TP, en plus de l'intensité accablante de la peur, mènent jusqu'à 91% des patients qui présentent des réactions anxieuses de type panique (c.-à-d. des AP ou un TP avec ou sans agoraphobie) à rechercher de l'aide auprès de services médicaux, en particulier les services d'urgence (SU). Souvent, cette consultation se fait en raison d'un symptôme somatique particulier qu'ils craignent le plus, les douleurs thoraciques (DT) (Austin, Blashki, Barton & Klein, 2005; Katerndahl, 1990, 2002, 2003; Katerndahl & Realini, 1995). Les DT constituent le second motif de consultation le plus fréquent rencontré dans les SU (Eslick, 2004; Ly & McCaig, 2002).

La plupart des patients (50-90%) qui se présentent à un SU en raison de DT reçoivent un diagnostic de douleurs thoraciques non cardiaques (DTNC) (Bahr, 2000; Karlson, Herlitz, Pettersson, Ekvall & Hjalmarson, 1991; Kroenke & Mangelsdorff, 1989; Wulsin & Yingling, 1991). Plusieurs études indiquent qu'un grand pourcentage (> 65%) de patients avec DTNC continuent à présenter des DT et à craindre une maladie cardiaque, plusieurs années après avoir été rassurés de l'origine non cardiaque de leurs symptômes (Eslick & Talley, 2008; Papanicolaou et al., 1986; Potts & Bass, 1995; Roll, Kollind & Theorell, 1992). Ils continuent également de vivre des limitations fonctionnelles et occupationnelles, de voir leur qualité de vie diminuée et d'utiliser largement les services de santé (Atienza, Velasco, Brown, Ridocci & Kaski, 1999; Eslick & Talley, 2004; Goodacre, Mason, Arnold &

Angelini, 2001; Jerlock et al., 2008; Potts & Bass, 1993, 1995). Les causes organiques des DTNC seraient multiples (par ex., reflux gastroesophagien, douleur musculo-squelettique) mais n'expliqueraient qu'une minorité des DTNC en milieu hospitalier (Eslick, Coulshed & Talley, 2002). On estime que de 17 à 63% des patients qui se présentent à un SU pour des DTNC souffriraient d'un TP concomitant (Fleet et al., 1996; Foldes-Busque et al., 2011; Kuijpers, Dennollet, Wellens, Crijns & Honig, 2007; Worthington et al., 1997; Wulsin & Yingling, 1991; Yingling, Wulsin, Arnold & Rouan, 1993), ce qui serait 4 à 13 fois plus fréquent que le taux observé dans la population générale, 4,7% (Kessler et al., 2006).

Sept des 13 symptômes d'une AP s'apparentent à ceux des maladies cardiovasculaires (Fleet, Lavoie & Beitman, 2000). La prévalence élevée des AP et du TP parmi les patients présentant des DTNC pourrait être reliée à cette similarité et à la tendance de ces individus à focaliser leur attention sur certains symptômes physiques qu'ils évaluent comme étant menaçants ou indicateurs d'un infarctus. Cette préoccupation les rendrait souvent plus enclin à rechercher de l'aide à des SU ou à d'autres services médicaux (Clark, 1986; Pauli et al., 1991; White & Barlow, 2004). Il reste que dans plus de 92% des cas, le TP n'est pas diagnostiqué après l'évaluation médicale au SU (Fleet et al., 1996; Foldes-Busque et al., 2011; Weissman, 1990; Wulsin & Yingling, 1991) et même lorsqu'il est détecté, une intervention est rarement entamée dans le cadre de ces services. Or, sans traitement, les AP et le TP suivent généralement un cours chronique, et les DT tendent à persister (Fleet et al., 2003; Kessler et al., 2006; Kessler et al., 1994; Pollack & Marzol, 2000; Roy-Byrne et al., 1999; Wulsin et al., 2002). Qui plus est, sans traitement, les réactions anxieuses de type panique, comme les DTNC, mènent à l'utilisation répétée des services de santé, dont les visites au SU (Coley, Saul & Seybert, 2009; Katon, Von Korff & Lin, 1992; Klerman, Weissman, Ouellette, Johnson & Greenwald, 1991; Roy-Byrne et al., 1999; Zane, McAfee, Sherburne, Billeter & Barsky, 2003). Les conséquences sur le fonctionnement psychosocial et la qualité de vie de ceux qui sont atteints de réactions

anxieuses de type panique ainsi que les coûts économiques et sociaux importants connexes ne viennent qu'alourdir le fardeau (Edlund & Swann, 1987; Leon, Portera & Weissman, 1995; Rees, Richards & Smith, 1998; Salvador-Carulla, Segui, Fernandez-Cano & Canet, 1995; Weissman, 1991). En effet, on évalue à 33 millions de dollars américains par année les coûts résultant de l'utilisation des services médicaux chez les individus avec TP (Katon, 1992).

On observe un intérêt croissant dans le milieu de la recherche pour le dépistage des patients présentant des réactions anxieuses de type panique qui consultent les milieux médicaux (Mostofsky & Barlow, 2000; Roy-Byrne & Katon, 2000) ainsi que pour l'amélioration de l'accessibilité aux traitements les plus efficaces et les moins dispendieux. De nombreuses études empiriques, surtout effectuées en milieux psychiatriques, démontrent l'efficacité de la psychothérapie d'approche cognitive-comportementale (TCC), de la pharmacothérapie ou de la combinaison des deux dans le traitement du TP (Bakker, van Balkom & Stein, 2005; Clum & Surls, 1993; Craske & Barlow, 2001; Furukawa, Watanabe & Churchill, 2006; Gould, Otto & Pollack, 1995; Landon & Barlow, 2004; Mitte, 2005). Par ailleurs, en ce qui concerne les DTNC, les soins usuels habituellement offerts au SU pour ce problème ne semblent pas être suffisants pour soulager l'anxiété face aux symptômes (Goodacre et al., 2001; McDonald, Daly, Jelinek, Panetta & Gutman, 1996; Norell et al., 1992). Certaines études ont toutefois obtenu des résultats prometteurs en offrant des interventions utilisant des stratégies cognitive-comportementales aux patients qui présentent des DTNC en clinique médicale et de cardiologie (Cott, McCully, Goldberg, Tanser & Parkinson, 1992; Klimes, Mayou, Pearce, Coles & Fagg, 1990; Mayou et al., 1997; Peski-Oosterbaan, Spinhoven, Does, Bruschke & Rooijmans, 1999; Potts, Lewin, Fox & Johnstone, 1999). En ce qui concerne l'efficacité d'interventions pour le TP, la plupart des connaissances actuelles proviennent d'études réalisées dans des milieux cliniques spécialisés en santé mentale. Cet article a pour objectif de recenser les études qui portent sur l'évaluation de l'efficacité des

interventions immédiates offertes aux individus qui se présentent au SU en raison de réactions anxieuses de type panique ou de symptômes physiques qui préoccupent ces patients, tels que des DTNC, pouvant ou non être liées aux AP.

Méthodologie

Critères de sélection des études

Types d'études. Pour être retenues dans cette recension des écrits, les études devaient être rédigées en français ou en anglais et répondre aux critères suivants : être effectuées selon un protocole de recherche exigeant des contrôles méthodologiques, comme les protocoles contrôlés et randomisés, quasi expérimentaux, à séries temporelles multiples, pré-test post-test avec condition témoin équivalente et pré-expérimentaux (par ex., étude à cas unique). Les thèses doctorales étaient également incluses. Aucune méta-analyse n'existait à ce moment.

Types de participants. Les études sélectionnées devaient recruter des participants qui se présentaient à un SU pour l'un ou l'autre des motifs de consultation suivant : (a) attaques de panique ou trouble panique avec ou sans agoraphobie; (b) douleur thoracique déterminée comme étant d'origine non cardiaque suite à l'évaluation médicale, avec ou sans réactions anxieuses de type panique concomitantes.

Types d'intervention. Les études recensées devaient porter sur l'évaluation de l'efficacité d'interventions amorcées dans un SU et ne pas se limiter à des interventions précises, mais plutôt, porter sur toutes les études d'évaluation de l'efficacité d'interventions amorcées au SU pour les problématiques en question.

Stratégie de recherche. Les études présentées dans cette recension des écrits proviennent de recherches effectuées à l'aide des bases de données suivantes : *Medline/PubMed*, *PsycINFO* (1967 – novembre 2011), *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2005 - 2011). Afin de repérer les études pertinentes à l'objectif, les mots-clés « trouble panique/panic disorder », « attaque de panique/panic attack », « douleur thoracique non cardiaque/noncardiac chest pain » et « douleur thoracique non expliquée/unexplained chest pain » ont chacun été associés aux termes « département d'urgence/emergency department » ou « salle d'urgence/emergency room ». Ces mots-clés ont été employés afin de couvrir l'ensemble des études pouvant avoir trait aux DTNC, au TP et aux AP dans le cadre des soins reçus dans un SU. Par la suite, la sélection a été affinée afin d'inclure seulement les études s'intéressant au traitement de ces problèmes par l'ajout des mots-clés « traitement/treatment » ou « thérapie/therapy. Enfin, une lecture des études citées dans les articles recensés a été effectuée afin d'en extraire d'autres articles pouvant répondre aux critères d'inclusion.

Procédure de sélection. La stratégie de recherche a permis d'extraire 164 articles. Une première lecture des titres de ces articles fut effectuée afin de déterminer lesquels pouvaient être reliés à l'objectif de la présente recension, ce qui réduisit le nombre d'articles à 58. Après la lecture des résumés, 11 articles furent retenus pour une lecture complète, incluant leur liste de références. Six études furent finalement retenues et analysées dans l'échantillon final puisqu'elles correspondaient aux critères de sélection préétablis (voir Figure 1). Un évaluateur externe fit la lecture des titres et résumés pré-sélectionnés afin d'obtenir un accord interjuges quant à l'exclusion des études en fonction des critères d'exclusion préétablis.

Figure 1

Extraction et analyse des données

Chaque article sélectionné a été examiné selon une grille d'analyse tirée des normes méthodologiques du *Cochrane Handbook For Systematic Reviews Of Interventions* (Higgins & Green, 2009). Les éléments d'analyse suivants furent retenus : l'efficacité des interventions, le type d'intervention, la durée des suivis, la taille de l'échantillon, le calcul de la puissance, le lieu de l'étude, la description des variables dépendantes, la description des résultats principaux, l'assignation des participants et les caractéristiques sociodémographiques. Puis, l'estimation de la qualité des études sélectionnées fut effectuée en tenant compte des critères suivants : la protection contre les biais de sélection, la proportion des participants ayant complété les suivis, le type d'entrevue diagnostique, l'équivalence du niveau de base, les instruments de mesure validés, les accords interjuges portant sur le diagnostic principal et la description du protocole de traitement utilisé (par ex., protocole validé, intégrité thérapeutique, type d'intervenant). Une approche consensuelle entre les auteurs a été utilisée lors du choix des éléments d'analyse, de l'extraction des données ainsi que de l'analyse. Les tailles de l'effet concernant la comparaison entre les groupes au post-test furent calculées pour chaque étude recensée. Pour ce faire, le d de Cohen (en utilisant l'écart-type combiné) fut utilisé. Lorsque des informations étaient manquantes, le logiciel de calcul GPower 3.1 fut utilisé pour estimer la taille de l'effet (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007). Afin de comparer l'efficacité des interventions des différentes études sur les variables ayant un lien avec les DTNC et les AP, les moyennes des tailles de l'effet des variables principales furent rapportées.

Résultats

Description des études recensées

Une synthèse des principales caractéristiques des six études sélectionnées est présentée au Tableau 1. Deux des études portent sur l'efficacité d'intervention pour les individus qui se présentent à un SU en raison d'AP, une examine les DTNC (sans que l'étude ne mentionne de réactions anxieuses de type panique pouvant être présentes au sein de cette population) et les trois autres analysent les DTNC avec TP concomitant.

Il est intéressant d'observer que toutes les études recensées utilisent des stratégies reconnues et admises pour le TP, telles que la thérapie cognitive-comportementale (TCC) et la pharmacothérapie de type ISRS, qui sont considérées comme des traitements de premier recours par les principaux guides de pratique (American Psychiatric Association, 2009; Association des psychiatres du Canada, 2006). Les interventions psychologiques sont de courte durée et toutes utilisent des stratégies d'approche cognitive et comportementale, uniques ou multiples, d'une durée allant de 20 minutes à sept heures. Les interventions pharmacologiques consistent en la prise d'un inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine (ISRS; paroxétine ou paroxétine générique), administrée pour une durée allant de trois à six mois.

Tableau 1

La qualité méthodologique des études recensées se situe généralement de modérée à élevée. La taille de l'échantillon ($n = 33-354$) est faible à satisfaisante pour les six études. Quatre d'entre elles indiquent qu'une taille supérieure à celle utilisée

aurait été préférable afin d'augmenter la puissance des analyses statistiques. Quatre études indiquent que plus de 80% des participants ont effectué les suivis d'évaluation. Quatre études utilisent des entrevues structurées validées afin d'évaluer le diagnostic de TP ou la présence d'AP. Le taux d'accord interjuges quant à l'établissement du diagnostic de TP et de la présence d'AP est indiqué dans quatre études et s'avère relativement élevé (entre 79% et 93%; Dyckman, Rosenbaum, Hartmeyer & Walter, 1999; Lessard et al., 2012; Pelland et al., 2011; Wulsin et al., 2002). Seulement trois études (Esler et al., 2003; Lessard et al., 2012; Pelland et al., 2011) utilise un protocole d'intervention du TP validé en milieu psychologique et adapté à la population consultant au SU pour DTNC. Seulement deux études (Lessard et al., 2012; Pelland et al., 2011) rapportent effectuer une analyse de l'intégrité thérapeutique de leurs interventions psychologiques permettant de s'assurer de l'application standardisée des interventions. Ces études sont aussi les seules à décrire avec précision les qualifications de l'intervenant ayant prodigué les interventions, ces dernières étant administrés au SU par un psychologue clinicien spécialisé dans le traitement de l'anxiété. Par ailleurs, dans une seule étude (Esler et al., 2003), les participants n'étaient pas au courant de l'autre condition, protégeant ainsi contre le biais de sélection. Toutefois, deux études (Lessard et al., 2012; Pelland et al., 2011) mentionnent que les participants de leurs conditions contrôles n'étaient pas au courant du recours à deux modalités d'intervention, alors que trois études n'en font pas mention. Les études obtiennent, dans l'ensemble, des scores équivalents sur le plan des données sociodémographiques et de la symptomatologie entre les différentes conditions expérimentales au pré-test. Enfin, l'évaluation des variables principales (incluant les symptômes principaux des AP, du TP et des DTNC) s'effectue, dans l'ensemble, à l'aide d'instruments de mesure objectifs et validés (entrevues et questionnaires auto-rapportés).

Analyse des études recensées

Études portant sur les attaques de panique. Une étude de Dyckman et al. (1999) mesure l'impact de deux interventions psychologiques brèves sur l'utilisation de certains services médicaux chez les individus qui consultent un SU pour des AP. Il s'agit de la seule étude qui n'évalue pas l'efficacité des interventions en se basant sur le changement de l'intensité de la symptomatologie; elle se sert plutôt de la diminution de la fréquence des visites au SU et chez un professionnel de la santé. Un total de 354 adultes qui présentent des AP sont répartis à l'aide d'une séquence pré-déterminée selon la journée de la semaine dans les deux conditions traitements (condition « brochure » ou condition « brochure et instructions sur des techniques de gestion de l'anxiété ») ou dans une condition contrôle de type historique (par une recherche dans les archives médicales afin de retracer les patients qui présentent les critères d'une AP). Notons que la plupart des participants proviennent de la condition contrôle, qui ne fait pas partie du même mode de recrutement que les deux autres conditions, ce qui rend problématique la comparaison des conditions.

Les résultats indiquent une diminution significative du taux de visites au SU après l'intervention brève comportant un contact de 20-30 minutes avec l'éducateur (c.-à-d., dans les 12 mois suivants la visite initiale au SU), mais non dans les deux autres conditions. En comparant les conditions entre elles, la condition contrôle et l'intervention comportant un contact avec l'éducateur ont significativement une plus grande diminution du taux de visite au SU que l'intervention sans contact. Toutefois, notons que bien que le nombre de visites au SU ait été normalisé, cette variable n'est pas équivalente lors du pré-test, ce qui limite la portée des résultats.

Par ailleurs, le taux de visites en psychiatrie a augmenté significativement dans les trois conditions. En effet, environ 65% des participants des deux modalités d'intervention suivent le conseil des urgentologues de consulter en psychiatrie. Qui

plus est, pour les participants ayant bénéficié d'une consultation en psychiatrie, ceux de l'intervention comportant un contact avec l'éducateur auraient tendance à visiter significativement moins les SU (70% moins de visites) et demeurent significativement plus longtemps en traitement que ceux ayant bénéficié de l'intervention sans contact.

L'étude de Swinson, Soulios, Cox et Kuch (1992) évalue l'impact d'une intervention psychologique brève chez des individus qui se présentent à un SU avec des AP. Trente-trois adultes ayant des AP sont répartis aléatoirement dans la condition traitement (une heure de formation à l'application de l'exposition aux situations qui déclenchent les AP) ou une condition contrôle.

Au suivi de trois mois, après l'intervention psychologique brève, les chercheurs observent une réduction significative sur toutes les mesures, à savoir la fréquence des AP (journal d'enregistrement des AP), les symptômes dépressifs, les interprétations catastrophiques et l'évitement agoraphobique. La condition contrôle ne présente aucune amélioration significative dans le temps et ce, pour toutes les mesures. Toutefois, les chercheurs observent une différence statistiquement significative au suivi de 3 et 6 mois entre l'intervention brève et la condition contrôle uniquement dans le cas des symptômes dépressifs, bien qu'elle est presque atteinte au suivi de 6 mois pour la fréquence des AP ($p = 0,08$). Il n'y a pas de différence significative entre l'intervention brève et la condition contrôle en ce qui concerne l'évitement agoraphobique. Les résultats révèlent ainsi que les soins usuels au SU sont insuffisants pour réduire les interprétations catastrophiques, les symptômes dépressifs ainsi que l'évitement agoraphobique, ce dernier ayant même augmenté significativement dans la condition contrôle.

Études sur les douleurs thoraciques non cardiaques avec un trouble panique concomitant. Trois études s'attardent à évaluer l'efficacité d'interventions pour les

patients qui se présentent à un SU pour des DTNC avec un TP concomitant (Lessard et al., 2012; Pelland et al., 2011; Wulsin et al., 2002). Les études de Lessard et al. (2012) ainsi que celle de Pelland et al. (2011) présentent des données issues d'un même projet de recherche, mais chacune vise des objectifs distincts.

D'abord, l'étude de Lessard et al. (2012) évalue l'efficacité de deux modalités d'interventions psychologiques brèves auprès de patients qui présentent des DTNC avec TP concomitant, en comparaison aux soins usuels. Les participants sont répartis dans l'une de trois cohortes (l'ordre de présentation des cohortes, une à la suite de l'autre, a été déterminé au hasard). Dans les deux interventions psychologiques, un protocole de traitement du TP (Marchand & Letarte, 2004) est utilisé et adapté aux individus avec DTNC. Dans l'intervention d'une séance, les stratégies thérapeutiques prodiguées sont multiples et portent principalement sur la psychoéducation sur les DTNC et le TP, la démystification des symptômes de la panique, la restructuration cognitive et les stratégies de gestion de la panique. À la fin de la rencontre, les participants reçoivent un manuel inédit, intitulé « *Les douleurs thoraciques non cardiaques et l'anxiété* », adapté d'un texte de Marchand et Letarte (2004), portant sur la TCC et s'attardant particulièrement sur l'anxiété créée par l'impression d'avoir un problème cardiaque. Dans l'intervention de sept séances, les stratégies thérapeutiques utilisées sont les mêmes que celles qui sont décrites précédemment avec, en plus, les deux stratégies suivantes : l'identification et l'exposition aux sensations physiques liées aux symptômes des AP ainsi que l'exposition *in vivo* aux situations évitées (au besoin). Les participants reçoivent le même manuel offert dans l'autre intervention brève.

Les résultats montrent une diminution statistiquement significative de la sévérité du TP au post-test pour les deux modalités d'intervention psychologique brève, comparativement à la condition contrôle. Par contre, il n'y a pas de différences significatives entre les deux modalités d'intervention. On observe aussi un effet

temps significatif, soit une réduction significative au niveau des mesures auto-rapportées au post-test, et ce, dans les trois conditions, mais pas de différence significative entre elles. Aux suivis de trois et de six mois, ces gains thérapeutiques se maintiennent dans les trois conditions. La présence du diagnostic du TP (ADIS-IV) diminue significativement au post-test dans les deux modalités d'intervention, comparativement à la condition contrôle, mais il n'y a pas de différence significative entre les deux modalités d'intervention.

Une étude de Pelland et al. (2011), basé sur le même protocole de recherche que l'étude précédente, de Lessard et al. (2012), s'attarde à comparer les soins usuels au SU à un traitement pharmacologique et une intervention psychologique de sept séances (la même qui est décrite dans l'étude de Lessard et al., 2012) auprès de cette population. Le traitement pharmacologique consiste en l'administration de la paroxétine générique (ISRS pris pendant six mois), d'abord à 10 mg/jour, pour une augmentation graduelle jusqu'à 40mg/jour maintenue pendant quatre mois; la dose est ensuite réduite graduellement et cessée durant le dernier mois.

Les résultats indiquent qu'après les deux modalités de traitement, la sévérité du TP (ADIS-IV) a significativement diminué au post-test, contrairement à la condition contrôle. Cependant, il n'y a pas de différence significative entre le traitement pharmacologique et l'intervention psychologique brève. Les gains thérapeutiques sont maintenus aux suivis de trois et de six mois. De plus, dans les deux modalités de traitement ainsi que dans la condition contrôle, il y a une diminution significative de la fréquence des AP au post-test. La réduction de la fréquence des AP dans les deux modalités d'intervention est significativement supérieure à la condition contrôle. Par ailleurs, au post-test, dans les deux modalités de traitement ainsi que dans la condition contrôle, il y a une diminution significative des symptômes dépressifs. La diminution observée dans la condition pharmacologique s'avère significativement plus importante que la condition contrôle. Un effet temps significatif est également

observé au post-test pour les mesures d'anxiété cardiaque, de sensibilité à l'anxiété, de pensées agoraphobiques ainsi qu'à l'échelle de panique et d'agoraphobie, et ce, dans les trois conditions, sans aucune différence significative entre elles. Aux suivis de trois et de six mois, ces gains thérapeutiques sont maintenus.

L'étude de Wulsin et al. (2002) évalue l'impact d'entamer dans un SU un protocole de dépistage du TP ainsi qu'un traitement pharmacologique (paroxétine) chez cette population. Les participants sont répartis aléatoirement dans une condition traitement et une condition contrôle de type soins usuels. Une dose de 20mg/jour de paroxétine est initialement donnée au SU pour une durée d'un mois. Notons qu'il est généralement recommandé que la prise de paroxétine soit d'une plus longue durée et à une dose plus élevée (Ballenger, Wheaton, Steiner, Bushnell & Gergel, 1998; Mavissakalian & Ryan, 1997). L'adhésion à la prise de médication et à la consultation médicale est évaluée pour tous les participants, incluant ceux de la condition contrôle ayant reçu une référence médicale, au besoin.

Les résultats indiquent que l'adhésion à la médication est significativement plus élevée dans la condition traitement (c'est-à-dire la durée de la prise de la médication), comparativement à la condition contrôle. Au suivi d'un mois, 56% des participants affirment avoir adhéré à la paroxétine, tandis que 24% des participants de la condition contrôle rapportent avoir pris une médication pour traiter le TP. Au suivi de trois mois, cette adhésion est de l'ordre de 36% dans la condition pharmacologique et de 8% pour la condition contrôle. Quarante-quatre pour cent des participants de la condition pharmacologique poursuivent une médication pour leur TP au-delà du mois offert dans l'étude. De plus, au suivi de trois mois, les symptômes du TP diminuent significativement après le traitement pharmacologique ainsi que dans la condition contrôle. Il n'y a cependant pas de différence significative sur cette variable entre les deux conditions. Par ailleurs, l'étude indique un taux de détection du TP au SU (32%)

comparable à celui observé dans l'étude de Fleet et ses collaborateurs (25%; Fleet et al., 1996).

Études sur les douleurs thoraciques non cardiaques. D'autres chercheurs (Esler et al., 2003) comparent aux soins usuels au SU l'efficacité d'une intervention psychologique brève offerte après l'évaluation médicale ayant établi le diagnostic d'une DTNC. L'intervention comporte les stratégies d'interventions cognitives et comportementales, telles que la psychoéducation sur les DT et la relation entre le stress, les émotions et les DT, ainsi que des techniques de respiration diaphragmatique et de restructuration cognitive sur les symptômes physiques. Cette intervention brève se base sur le traitement de la panique décrit par Barlow et Craske (1989, 1994; Craske, Barlow & Meadows, 2000), en l'adaptant de manière à retirer la terminologie du mot « panique » et en visant spécifiquement les symptômes reliés à la douleur thoracique. Après l'intervention, les participants reçoivent des informations écrites sur les stratégies thérapeutiques enseignées, de même qu'une cassette audio portant sur la respiration diaphragmatique.

Les résultats indiquent que la sensibilité à l'anxiété diminue significativement suite à l'intervention brève, mais non dans la condition contrôle. La diminution de la fréquence d'apparition des DTNC, du niveau de sensibilité à l'anxiété ainsi que de la peur d'avoir un problème cardiaque est significativement plus grande dans la condition intervention brève que dans la condition contrôle aux suivis d'un et de trois mois. Une réduction significative de la sévérité de la DTNC s'observe dans les deux conditions aux suivis d'un et de trois mois. Toutefois, il n'y a pas de différence significative entre les deux conditions sur cette variable. En ce qui concerne les mesures de détresse psychologique et de qualité de vie, aucun changement significatif n'a été observé ni aucune différence significative entre les deux conditions.

Tailles de l'effet des études. Le tableau 2 rapporte les tailles de l'effet concernant la comparaison entre les groupes au post-test. Les tailles de l'effet des variables dites principales de l'ensemble des études recensées varient entre 0,10 et 1,09, pour une taille moyenne de 0,56. Étant donné que l'étude de Wulsin et al. (2002) présente plusieurs lacunes méthodologiques rendant difficile l'estimation de cette taille, il nous apparaît plus opportun d'exclure cette étude du calcul. La moyenne des tailles de l'effet des études recensées se situe alors à 0,63, ce qui représente une taille de l'effet modérée.

Table 2

Discussion

Les recherches montrent un intérêt croissant à l'égard de l'amélioration du dépistage des réactions anxieuses de type panique et de la qualité des soins offerts par les professionnels de la santé. Baldwin et al. (2005) proposent un guide de pratique basé sur des données probantes et des conseils d'experts afin d'aider les médecins en première et deuxième ligne à administrer des interventions efficaces pour les troubles anxieux. Ils recommandent comme traitement de choix du TP les thérapies cognitives-comportementales et pharmacologiques (ISRS). Les résultats de cette recension soutiennent l'utilisation de telles modalités d'interventions. En effet, les interventions pharmacologiques ainsi que des interventions brèves privilégiant des stratégies cognitives-comportementales (accompagné d'un manuel ou d'une brochure d'information) non seulement semblent présenter une efficacité certaine, mais elles représentent des interventions pertinentes pouvant être adoptées par les SU. Ceci pourrait permettre d'améliorer la qualité des soins des patients, à la fois pour ceux qui

présentent des réactions anxieuses de type panique, et pour ceux qui ont des DTNC (liées ou non à la panique).

En effet, les résultats des études recensées laissent supposer que des interventions cognitives et comportementales brèves (d'une durée de sept heures ou moins) pourraient être efficaces, autant pour les patients avec AP que pour ceux avec DTNC et un diagnostic de TP concomitant. Intervenir rapidement lors des visites au SU permettrait d'éviter que les AP apparaissent plus fréquemment et qu'elles n'engendrent éventuellement un TP chronique. La pharmacothérapie quant à elle (d'une durée variant de 3 à 6 mois) s'avère aussi adéquate pour traiter les individus qui se rendent au SU en raison de DTNC et qui présentent un TP concomitant. De plus, offrir une intervention brève composée de certaines stratégies cognitives et comportementales semble donner des résultats intéressants chez une population consultant en raison de DTNC, et ce, sans que l'on ait détecté nécessairement la présence de réactions anxieuses de type panique. Offrir une telle intervention de courte durée (une heure) serait ainsi bénéfique pour certains aspects, même si certaines études démontrent qu'une durée plus longue est généralement plus avantageuse pour les individus avec DTNC qui consultent en clinique de première ligne ou en cardiologie (Cott et al., 1992; Klimes et al., 1990; Mayou et al., 1997; Peski-Oosterbaan et al., 1999; Potts et al., 1999).

Par ailleurs, lorsque l'information est mentionnée, les données révèlent qu'un taux élevé de participants potentiellement admissibles refusent de s'engager dans les études (30% - 62%) alors que le taux d'abandon en cours de traitement semble plutôt modéré (14% - 39%). Il est possible que ce taux de refus puisse s'expliquer par une certaine stigmatisation envers le fait de présenter des symptômes d'anxiété, surtout que ces patients se présentent à un SU parce qu'ils s'inquiètent que leurs symptômes indiquent un problème organique. Il semble que les interventions de nature psychologique brèves, amorcées à même le SU soient particulièrement prometteuses

puisque leur efficacité est comparable à celle de la pharmacothérapie (Pelland et al., 2011; Wulsin et al., 2002) et qu'elles sont dans l'ensemble bien acceptées (83% - 100%) par les patients avec réactions anxieuses de type panique (Esler et al., 2003; Lessard et al., 2012; Pelland et al., 2011; Swinson et al., 1992). De plus, il apparaît que tous les types d'interventions recensées soient plus efficaces que les soins usuels généralement offerts au SU, ce qui est appuyé par la taille de l'effet modérée de l'ensemble des études recensées (0,63). Ce constat semble conforme à celui de certaines études qui ont rapporté que le fait de recevoir uniquement les soins usuels (être informé de l'absence de problème cardiaque après les examens médicaux) n'est pas suffisant pour soulager l'anxiété ressentie face aux symptômes de douleurs thoraciques (Goodacre et al., 2001; McDonald et al., 1996; Norell et al., 1992).

Limites des études recensées

Les observations extraites de cette recension doivent être reçues avec une certaine réserve puisque les études contiennent des limites méthodologiques. D'abord, il y a eu très peu d'études contrôlées ayant porté sur la pertinence et l'impact d'amorcer des interventions rapidement auprès des individus qui consultent un SU pour des réactions anxieuses de type panique et des DTNC. Cette constatation apparaît plutôt étonnante étant donné la nature invalidante et perturbante des AP et des DTNC, de la forte prévalence des réactions anxieuses de type panique parmi les patients avec DTNC qui consultent au SU, des coûts économiques et sociaux importants associés à ces problèmes ainsi que de l'impact sur le bien-être des individus qui en souffrent.

En ce qui a trait à la sélection des participants, les études possèdent des tailles échantillonnelles oscillant entre des niveaux faibles à modérés et toutes sont circonscrites à l'Amérique du Nord. Plusieurs études ne tiennent pas compte de l'origine ethnique ni du niveau socioéconomique des participants (à l'exception de l'étude d'Esler et al., 2003) ainsi que de leur souscription à une assurance maladie (à

l'exception de l'étude de Dyckman et al., 1999). Il serait important de prendre en considération ces facteurs dans le cadre de recherches futures afin de pouvoir faire des analyses comparatives entre les résultats obtenus ainsi que leur généralisation.

Bien que les variables mesurées aient été pertinemment choisies et clairement définies, les instruments de mesure sont variés et différents d'une étude à l'autre, ce qui restreint l'analyse comparative des résultats. La plupart ont fait usage d'instruments auto-rapportés et administrés rétrospectivement. Malgré leur facilité d'administration, ces instruments peuvent être faussés par certains facteurs, tels que le biais de la mémoire, la désirabilité sociale, la minimisation ou l'exagération des symptômes. Ce dernier facteur est particulièrement important chez les individus ayant des réactions anxieuses de type panique qui ont tendance à adopter des interprétations catastrophiques de leurs sensations physiques. Qui plus est, il est possible que certaines mesures n'aient pas été assez sensibles pour détecter des changements dans cette population généralement moins symptomatique que les individus qui consultent par l'entremise de services en santé mentale.

De plus, plusieurs études utilisent plus d'une stratégie d'intervention. Bien que pertinent, il devient difficile d'isoler les ingrédients thérapeutiques ou les mécanismes efficaces sur le plan de l'intervention. Dans la grande majorité des études, on constate aussi un biais de co-intervention possible : peu d'études ont contrôlé l'effet thérapeutique possible de recevoir une autre forme d'intervention concomitante et aucune n'a fait d'analyses différentielles sur ces facteurs. En effet, bien que favorable sur le plan de la validité écologique, l'inclusion de participants prenant des psychotropes et effectuant peut-être un traitement psychologique autre que celui de l'étude a pu avoir un effet thérapeutique. Qui plus est, le temps de contact avec l'assistant de recherche lors des différents moments d'évaluation, la rassurance lors de l'évaluation médicale de l'absence de problèmes organiques, la remise de brochures d'information ainsi que l'information transmise sur le TP (une stratégie

thérapeutique en soit) utilisées en plus de la prise de paroxétine dans le cas de l'étude de Wulsin (2002), ont tous pu avoir un certain effet thérapeutique. Les études n'ont pas contrôlé ces effets, ce qui pourrait avoir eu pour résultat la surestimation des différences entre les conditions.

Il y a d'autres limites à souligner, présentes dans certaines études : a) certaines stratégies d'intervention psychologique n'ont pas été administrées par des psychologues qualifiés et supervisés en TCC (Dyckman et al., 1999; Esler et al., 2003; Swinson et al., 1992; Wulsin et al., 2002); b) absence d'instruments de mesure valides et fiables (Dyckman et al., 1999); c) absence d'une mesure de l'intégrité thérapeutique (Dyckman et al., 1999; Esler et al., 2003; Swinson et al., 1992; Wulsin et al., 2002); d) formulaires de consentement pas toujours propres à une seule condition expérimentale (Lessard et al., 2012; Pelland et al., 2011) ; e) échantillon était parfois recruté auprès d'un seul SU (Esler et al., 2003; Wulsin et al., 2002). Par contre, les études de Lessard et al. (2012) et de Pelland et al. (2011) ont tenté de pallier la plupart de ces lacunes méthodologiques.

Implications cliniques

Cette recension nous a permis de dégager certains points intéressants sur le plan clinique. Non seulement nous apparaît-il essentiel d'améliorer le dépistage précoce des réactions anxieuses de type panique chez les patients qui se présentent dans un SU, mais il semble d'autant plus nécessaire d'envisager que des interventions psychologiques et/ou pharmacologiques soient offertes systématiquement lorsque nécessaire aux SU. Les SU pourraient être un endroit privilégié où offrir ces options d'interventions, car les patients auraient la possibilité d'être traités rapidement, sans avoir à être dirigés à un service psychiatrique, ce qui pourrait les stigmatiser; de plus, certains pourraient ne pas y donner suite.

L'amorce systématique d'interventions psychologiques, individuelles et de courte durée, nous apparaît constituer une option thérapeutique de premier recours puisque, dans les études recensées, l'approche psychologique semble mieux acceptée que la pharmacothérapie par les patients qui souffrent de DTNC avec ou sans réactions anxieuses de type panique. En effet, les taux de refus et d'abandon dans les études recensées impliquant la pharmacothérapie sont plus élevés. Qui plus est, l'approche psychologique cognitive et comportementale préviendrait davantage les rechutes que la pharmacothérapie dans le traitement du TP (Gould et al., 1995; Landon & Barlow, 2004). Les études recensées portaient sur des patients qui se présentaient à un SU en raison d'inquiétudes quant à leurs sensations physiques. Les interventions psychologiques qui proposeraient comme stratégie une meilleure tolérance des sensations physiques anticipées seraient à privilégier par rapport à une médication qui occasionne parfois des effets secondaires désagréables pouvant être craints par ces patients. Néanmoins, le choix du type d'intervention devrait prendre en compte les caractéristiques cliniques, les besoins et les préférences des patients ainsi que l'accessibilité des soins. Par ailleurs, le taux d'agoraphobie chez cette population médicale (40% en moyenne) est moindre comparativement à ce qui peut être observé en milieu psychiatrique (Belleville, Foldes-Busque & Marchand, 2010; Fleet, Marchand, Dupuis, Kaczorowski & Beitman, 1998). Il faudrait donc inclure dans les protocoles d'intervention psychologiques des stratégies d'exposition *in vivo* pour les patients qui présentent de l'agoraphobie ainsi que des stratégies d'exposition aux stimuli intéroceptifs pour tous les patients présentant des réactions anxieuses de type panique.

Enfin, il serait très important d'évaluer l'efficacité de la présence d'au moins un psychologue sur place aux SU (ou à d'autres services de première ligne) afin d'offrir des interventions brèves et immédiates. L'évaluation de la faisabilité d'entamer des interventions psychologiques utilisant un protocole standardisé à séances limitées par

un membre du personnel médical du SU nous apparaît également une avenue intéressante à envisager.

Conclusion

La présente recension met en lumière pour une première fois les études sur l'efficacité des interventions offertes dans les SU pour les réactions anxieuses de type panique et les DTNC liées ou non à la panique. Elle soulève un enjeu important concernant les soins optimaux à offrir à ces populations, qui ont tendance à rechercher de l'aide d'abord auprès des services médicaux. Compte tenu des ressources limitées du système de santé et de l'achalandage dans les SU, il importe d'examiner la possibilité d'une intégration systématique d'interventions brèves et efficaces et, par le fait même, de favoriser un meilleur accès à des services de qualité.

Une analyse des coûts-efficacité des interventions et de l'impact sur l'utilisation des soins de santé devrait être effectuée dans le futur. Il y aurait lieu aussi de reproduire les études d'efficacité des modalités d'intervention brèves d'approche cognitive et comportementale ainsi que de l'approche pharmacologique dans le traitement de ces problèmes au sein des SU. Une évaluation du maintien des gains thérapeutiques à plus long terme serait aussi à envisager. Qui plus est, il serait intéressant d'étudier l'efficacité différentielle de chacune des stratégies thérapeutiques, prise isolément, afin de mieux comprendre les ingrédients thérapeutiques des interventions et de cibler les plus efficaces. Une validation des instruments de mesure adaptés à cette population médicale devrait faire aussi l'objet d'études plus approfondies. Enfin, il apparaît opportun d'orienter nos efforts de recherche vers l'amélioration des interventions offertes à cette population qui consulte dans les SU ainsi que dans d'autres services médicaux afin d'améliorer le bien-être et la qualité de vie de ces individus, tout en veillant à limiter la chronicité des symptômes et l'utilisation répétée des services médicaux.

Remerciements

Cette recension a été rendue possible grâce à des bourses d'excellence du Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences (GIRU) et des Fonds de recherche sur la société et la culture (FQRSC) accordées à la première auteure, ainsi qu'à une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) accordée aux second et troisième auteurs.

Toute correspondance concernant le présent article doit être adressée à: André Marchand, Université du Québec à Montréal, Département de psychologie, C. P. 8888, Succ. Centre-Ville, Montréal, Québec, H3C 3P8, Canada. Courriel: marchand.andre@uqam.ca.

Références

Les références notées d'un astérisque indiquent les études incluses dans la recension.

- American Psychiatric Association. (2009). Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. doi : 10.1176/appi.books.9780890423905.154688
- Association des psychiatres du Canada. (2006). Guide de pratique clinique : Traitement des troubles anxieux. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue canadienne de psychiatrie*, 51(8, suppl. 2), 1S–96S.
- Atienza, F., Velasco, J. A., Brown, S., Ridocci, F., & Kaski, J. C. (1999). Assessment of quality of life in patients with chest pain and normal coronary arteriogram (syndrome X) using a specific questionnaire. *Clinical Cardiology*, 22(4), 283–290. doi : 10.1002/clc.4960220406
- Austin, D., Blashki, G., Barton, D., & Klein, B. (2005). Managing panic disorder in general practice. *Australian Family Physician*, 34(7), 563–571.
- Bahr, R. (2000). Chest pain centers: Moving toward proactive acute coronary care. *International Journal of Cardiology*, 72, 101–110. doi : 10.1016/S0167-5273(99)00160-6
- Bakker, A., Van Balkom, A. J., & Stein, D. J. (2005). Evidence-based pharmacotherapy of panic disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 8(3), 473–482. doi : S1461145705005201 [pii]10.1017/S1461145705005201
- Baldwin, D. S., Anderson, I. M., Nutt, D. J., Bandelow, B., Bond, A., Davidson, J. R., ... Wittchen, H.U. (2005). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 19(6), 567–596. doi : 19/6/567 [pii]10.1177/0269881105059253
- Ballenger, J. C., Wheadon, D. E., Steiner, M., Bushnell, W., & Gergel, I. P. (1998). Double-blind, fixed-dose, placebo-controlled study of paroxetine in the treatment of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(1), 36–42.
- Barlow, D. H., & Craske, M. (éds). (1989). *Mastery of your anxiety and panic*. Albany, É.-U. : Graywind Publications.

- Barlow, D. H., & Craske, M. (éds). (1994). *Mastery of your anxiety and panic*. San Antonio, É.-U. : The Psychological Corporation/Graywind Publications.
- Belleville, G., Foldes-Busque, G., & Marchand, A. (2010). Characteristics of panic disorder patients consulting an emergency department with non cardiac chest pain. *Primary Psychiatry, 17*(3), 35–42.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy, 24*(4), 461–470. doi : 10.1016/0005-7967(86)90011-2
- Clum, G. A., & Surls, R. (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(2), 317–326. doi : 10.1037/0022-006X.61.2.317
- Coley, K. C., Saul, M. I., & Seybert, A. L. (2009). Economic burden of not recognizing panic disorder in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine, 36*(1), 3–7. doi : S0736-4679(07)00394-0[pii],10.1016/j.jemermed.2007.06.002
- Cott, A., McCully, J., Goldberg, W. M., Tanser, P. H., & Parkinson, W. (1992). Interdisciplinary treatment of morbidity in benign chest pain. *Angiology, 43*(3, partie 1), 195–202. doi : 10.1177/000331979204300304
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2001). Panic disorder and agoraphobia. Dans D. H. Barlow (éd.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3^e éd.). New York, É.-U. : Guilford Press.
- Craske, M. G., Barlow, D. H., & Meadows, E. A. (2000). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide for anxiety, panic, and agoraphobia* (3^e éd.). San Antonio, É.-U. : Graywind Publications/The Psychological Corporation.
- *Dyckman, J. M., Rosenbaum, R. L., Hartmeyer, R. J., & Walter, L. J. (1999). Effects of psychological intervention on panic attack patients in the emergency department. *Psychosomatics, 40*(5), 422–427. doi : 10.1016/S0033-3182(99)71207-7
- Edlund, M. J., & Swann, A. C. (1987). The economic and social costs of panic disorder. *Hospital & Community Psychiatry, 38*(12), 1277–1279, 1288.
- *Esler, J. L., Barlow, D. H., Woolard, R. H., Nicholson, R. A., Nash, J. M., & Erogul, M. H. (2003). A brief-cognitive behavioral intervention for patients with noncardiac chest pain. *Behavior Therapy, 34*(2), 129–148. doi : 10.1016/S0005-7894(03)80009-6

- Eslick, G. D. (2004). Noncardiac chest pain: Epidemiology, natural history, health care seeking, and quality of life. *Gastroenterology Clinics of North America*, 33(1), 1–23. doi : 10.1016/S0889-8553(03)00125-0
- Eslick, G. D., Coulshed, D. S., & Talley, N. J. (2002). The burden of illness of non-cardiac chest pain. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* (16), 1677–1682. doi : 10.1046/j.1365-2036.2002.01296.x
- Eslick, G. D., & Talley, N. J. (2004). Non-cardiac chest pain : Predictors of health care seeking, the types of health care professional consulted, work absenteeism and interruption of daily activities. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 20(8), 909–915. doi : 10.1111/j.1365-2036.2004.02175.x
- Eslick, G. D., & Talley, N. J. (2008). Natural history and predictors of outcome for non-cardiac chest pain: A prospective 4-year cohort study. *Neurogastroenterology and Motility*, 20(9), 989–997. doi : NMO1133[pii],10.1111/j.1365-2982.2008.01133.x
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191 doi : 10.3758/BF03193146
- Fleet, R. P., Dupuis, G., Marchand, A., Burelle, D., Arsenault, A., & Beitman, B. D. (1996). Panic disorder in emergency department chest pain patients: Prevalence, comorbidity, suicidal ideation, and physician recognition. *American Journal of Medicine*, 101(4), 371–380. doi : 10.1016/S0002-9343(96)00224-0#
- Fleet, R. P., Lavoie, K., & Beitman, B. D. (2000). Is panic disorder associated with coronary artery disease? A critical review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(4–5), 347–356. doi : 10.1016/S0022-3999(99)00101-4
- Fleet, R. P., Lavoie, K. L., Martel, J. P., Dupuis, G., Marchand, A., & Beitman, B. D. (2003). Two-year follow-up status of emergency department patients with chest pain: Was it panic disorder? *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 5, 247–254.
- Fleet, R. P., Marchand, A., Dupuis, G., Kaczorowski, J., & Beitman, B. D. (1998). Comparing emergency department and psychiatric setting patients with panic disorder. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 39(36), 512–518.

- Foldes-Busque, G., Marchand, A., Chauny, J.-M., Poitras, J., Diodati, J., Denis, I., ... Fleet, R. P. (2011). Unexplained chest pain in the ED: Could it be panic? *American Journal of Emergency Medicine*, 29(7), 743-751. doi : 10.1016/j.ajem.2010.02.021
- Furukawa, T. A., Watanabe, N., & Churchill, R. (2006). Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 188, 305-312. doi : 10.1192/bjp.188.4.305
- Goodacre, S., Mason, S., Arnold, J., & Angelini, K. (2001). Psychologic morbidity and health-related quality of life of patients assessed in a chest pain observation unit. *Annals of Emergency Medicine*, 38(4), 369-376. doi : 10.1067/mem.2001.118010
- Gould, R. A., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15(8), 819-844. doi : 10.1016/0272-7358(95)00048-8
- Higgins, J.P.T., Green, S. (éds). (2009). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (version 5.0.2, mise à jour en septembre 2009) : The Cochrane Collaboration, 2009. Disponible au www.cochrane-handbook.org
- Jerlock, M., Kjellgren, K. I., Gaston-Johansson, F., Lissner, L., Manhem, K., Rosengren, A., & Welin, C. (2008). Psychosocial profile in men and women with unexplained chest pain. *Journal of Internal Medicine*, 264(3), 265-274. doi : 10.1111/j.1365-2796.2008.01961.x
- Karlson, B. W., Herlitz, J., Pettersson, P., Ekvall, H. E., & Hjalmarson, A. (1991). Patients admitted to the emergency room with symptoms indicative of acute myocardial infarction. *Journal of Internal Medicine*, 230(3), 251-258. doi : 10.1111/j.1365-2796.1991.tb00439.x
- Katerndahl, D. A. (1990). Factors associated with persons with panic attacks seeking medical care. *Family Medicine*, 22(6), 462-466.
- Katerndahl, D. A. (2002). Factors influencing care seeking for a self-defined worst panic attack. *Psychiatric Services*, 53(4), 464-470. doi : 10.1176/appi.ps.53.4.464
- Katerndahl, D. A. (2003). Initial care seeking for panic attacks. *Psychiatric Services*, 54(8), 1168. doi : 10.1176/appi.ps.54.8.1168

- Katerndahl, D. A., & Realini, J. P. (1995). Where do panic attack sufferers seek care? *Journal of Family Practice, 40*(3), 237–243.
- Katon, W. (1992). Panic disorder: Somatization, medical utilization, and treatment. *The American Journal of Medicine, 92*(1A), 1–2. doi : 10.1016/0002-9343(92)90128-X
- Katon, W., Von Korff, M., & Lin, E. (1992). Panic disorder: Relationship to high medical utilization. *American Journal of Medicine, 92*(1A), 7S–11S. doi : 10.1016/0002-9343(92)90130-4
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., & Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 63*(4), 415–424. doi : 63/4/415[pii]10.1001/archpsyc.63.4.415
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*(1), 8–19. doi : 10.1001/archpsyc.1994.03950010008002
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Ouellette, R., Johnson, J., & Greenwald, S. (1991). Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization. *Journal of the American Medical Association, 265*(6), 742–746. doi : 10.1001/jama.1991.03460060074027
- Klimes, I., Mayou, R. A., Pearce, M. J., Coles, L., & Fagg, J. R. (1990). Psychological treatment for atypical non-cardiac chest pain: A controlled evaluation. *Psychological Medicine, 20*(3), 605–611. doi : 10.1017/S0033291700017116
- Kroenke, K., & Mangelsdorff, A. D. (1989). Common symptoms in ambulatory care: Incidence, evaluation, therapy, and outcome. *American Journal of Medicine, 86*(3), 262–266. doi : 10.1016/0002-9343(89)90293-3
- Kuijpers, P. M. J. C., Dennollet, J., Wellens, H. J. J., Crijns, H. M., & Honig, A. (2007). Noncardiac chest pain in the emergency department: The role of cardiac history, anxiety or depression and Type D personality. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 14*, 273–279. doi : 10.1097/HJR.0b013e32801da0fc

- Landon, T. M., & Barlow, D. H. (2004). Cognitive-behavioral treatment for panic disorder: Current status. *Journal of Psychiatric Practice, 10*(4), 211–226. doi : 10.1097/00131746-200407000-00002
- Leon, A. C., Portera, L., & Weissman, M. M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry, 166* (suppl. 27), 19–22.
- *Lessard, M. J., Marchand, A., Pelland, M. E., Belleville, G., Vadeboncoeur, A., Chauny, J. M., ... Lavoie, K. L. (2012). Comparing two brief psychological interventions to usual care in panic disorder patients presenting to the emergency department with chest pain. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 40*(2), 129-147. doi : 10.1017/S1352465811000506
- Ly, N., & McCaig, L. F. (2002). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2000 outpatient department summary. *Advance Data, 327*, 1–27.
- Marchand, A., & Letarte, A. (2004). *La peur d'avoir peur : guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie*. Outremont, Qc : Éditions internationales Alain Stanké.
- Mavissakalian, M., & Ryan, M. (1997). *The role of medication*. San Francisco, É.-U. : Josey-Bass.
- Mayou, R. A., Bryant, B. M., Sanders, D., Bass, C., Klimes, I., & Forfar, C. (1997). A controlled trial of cognitive behavioural therapy for non-cardiac chest pain. *Psychological Medicine, 27*(5), 1021–1031. doi : 10.1017/S0033291797005254
- McDonald, I. G., Daly, J., Jelinek, V. M., Panetta, F., & Gutman, J. M. (1996). Opening Pandora's box: The unpredictability of reassurance by a normal test result. *British Medical Journal, 313*(7053), 329–332. doi : 10.1136/bmj.313.7053.329
- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorders, 88*(1), 27–45. doi : S0165-0327(05)00127-8[pii]10.1016/j.jad.2005.05.003
- Mostofsky, D., & Barlow, D. H. (2000). *The management of stress and anxiety in medical disorders*. Boston, É.-U. : Allyn & Bacon.
- Norell, M., Lythall, D., Coghlan, G., Cheng, A., Kushwaha, S., Swan, J., ... Mitchell, A. (1992). Limited value of the resting electrocardiogram in assessing patients with recent onset chest pain: Lessons from a chest pain clinic. *British Heart Journal, 67*(1), 53–56. doi : 10.1136/hrt.67.1.53

- Papanicolaou, M. N., Califf, R. M., Hlatky, M. A., McKinnis, R. A., Harrell, F. E., Jr., Mark, D. B., ... Pryor, D. B. (1986). Prognostic implications of angiographically normal and insignificantly narrowed coronary arteries. *American Journal of Cardiology*, 58(13), 1181–1187. doi : 10.1016/0002-9149(86)90378-4
- Pauli, P., Marquardt, C., Hartl, L., Nutzinger, D. O., Holzl, R., & Strian, F. (1991). Anxiety induced by cardiac perceptions in patients with panic attacks: A field study. *Behaviour Research and Therapy*, 29(2), 137–145. doi : 10.1016/0005-7967(91)90042-2
- *Pelland, M. E., Marchand, A., Lessard, M. J., Belleville, G., Chauny, J. M., Vadeboncoeur, A., ... Lavoie, K. L. (2011). Efficacy of 2 interventions for panic disorder in patients presenting to the ED with chest pain. *American Journal of Emergency Medicine*, 29(9), 1051-1061. doi : 10.1016/j.ajem.2010.06.027
- Peski-Oosterbaan, A. S. V., Spinhoven, P., Van der Does, A. J., Brusckhe, A. V., & Rooijmans, H. G. (1999). Cognitive change following cognitive behavioural therapy for non-cardiac chest pain. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(4), 214–220. doi : 10.1159/000012335
- Pollack, M. H., & Marzol, P. C. (2000). Panic: Course, complications and treatment of panic disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 14(2, suppl. 1), S25–30.
- Potts, S. G., & Bass, C. M. (1993). Psychosocial outcome and use of medical resources in patients with chest pain and normal or near-normal coronary arteries: A long-term follow-up study. *QJM: An International Journal of Medicine*, 86(9), 583–593.
- Potts, S. G., & Bass, C. M. (1995). Psychological morbidity in patients with chest pain and normal or near-normal coronary arteries: A long-term follow-up study. *Psychological Medicine*, 25(2), 339–347. doi : 10.1017/S0033291700036242
- Potts, S. G., Lewin, R., Fox, K. A., & Johnstone, E. C. (1999). Group psychological treatment for chest pain with normal coronary arteries. *QJM: An International Journal of Medicine*, 92(2), 81–86. doi : 10.1093/qjmed/92.2.81
- Rees, C. S., Richards, J. C., & Smith, L. M. (1998). Medical utilisation and costs in panic disorder: A comparison with social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(5), 421–435. doi : 10.1016/S0887-6185(98)00026-7

- Roll, M., Kollind, M., & Theorell, T. (1992). Five-year follow-up of young adults visiting an emergency unit because of atypical chest pain. *Journal of Internal Medicine*, 231(1), 59–65. doi : 10.1111/j.1365-2796.1992.tb00499.x
- Ross, C. A., Walker, J. R., Norton, G. R., & Neufeld, K. (1988). Management of anxiety and panic attacks in immediate care facilities. *General Hospital Psychiatry*, 10(2), 129-131. doi : 10.1016/0163-8343(88)90098-9
- Roy-Byrne, P. P., & Katon, W. (2000). Anxiety management in the medical setting: Rationale, barriers to diagnosis and treatment, and proposed solutions. Dans D. Mostofsky & D. Barlow (éds), *The management of stress and anxiety in medical disorders*. Boston, É.-U. : Allyn & Bacon.
- Roy-Byrne, P. P., Stein, M. B., Russo, J., Mercier, E., Thomas, R., McQuaid, J. R., ... Sherbourne, C. D. (1999). Panic disorder in the primary care setting: Comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(7), 492–499. doi : 10.4088/JCP.v60n0713
- Salvador-Carulla, L., Segui, J., Fernandez-Cano, P., & Canet, J. (1995). Costs and offset effect in panic disorders. *British Journal of Psychiatry* (suppl. 27), 23–28.
- *Swinson, R. P., Soulios, C., Cox, B. J., & Kuch, K. (1992). Brief treatment of emergency room patients with panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 944–946.
- Weissman, M. M. (1990). The hidden patient: Unrecognized panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, suppl. 51, 5–8.
- Weissman, M. M. (1991). Panic disorder: Impact on quality of life. *Journal of Clinical Psychiatry*, suppl. 52, 6–8, discussion 9.
- White, K. S., & Barlow, D. H. (2004). Panic Disorder and Agoraphobia. Dans D. H. Barlow (éd.), *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (2e éd., pp. 328–379). New York, É.-U. : The Guilford Press.
- Worthington, J. J., 3rd, Pollack, M. H., Otto, M. W., Gould, R. A., Sabatino, S. A., Goldman, L., ... Lee, T. H. (1997). Panic disorder in emergency ward patients with chest pain. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(4), 274–276. doi : 10.1097/00005053-199704000-00009
- *Wulsin, L. R., Liu, T., Storrow, A., Evans, S., Dewan, N., & Hamilton, C. (2002). A randomized, controlled trial of panic disorder treatment initiation in an

emergency department chest pain center. *Annals of Emergency Medicine*, 39(2), 139–143. doi : 10.1067/mem.2002.121484

Wulsin, L. R., & Yingling, K. (1991). Psychiatric aspects of chest pain in the emergency department. *The Medical Clinics of North America*, 75(5), 1175–1188.

Yingling, K. W., Wulsin, L. R., Arnold, L. M., & Rouan, G. W. (1993). Estimated prevalences of panic disorder and depression among consecutive patients seen in an emergency department with acute chest pain. *Journal of General Internal Medicine*, 8(5), 231–235. doi : 10.1007/BF02600087

Zane, R. D., McAfee, A. T., Sherburne, S., Billeter, G., & Barsky, A. (2003). Panic disorder and emergency services utilization. *Academic Emergency Medicine*, 10(10), 1065–1069. doi : 10.1111/j.1553-2712.2003.tb00576.x

Tableau 1 : Synthèse des études recensées

Auteurs, lieu, qualité de l'étude	Participants	Conditions expérimentales (type d'intervenant)	Entrevue diagnostique (accord interjuges), mesures d'évaluation de l'efficacité.	Intégrité thérapeutique, suivis, refus et acceptation, attrition, équivalence au pré-test, analyses ITT	Résultats significatifs
<p>Dyckman et al., 1999 États-Unis. SU de 2 cliniques de soins ambulatoires comptent une clinique psychiatrique. Étude quasi-expérimentale pré-test post-test avec groupe contrôle non équivalent</p>	<p>AP 47,2 ans 70,1 % femmes N = 354</p>	<p>- Brève intervention - brochure: référence en psychiatrie + remise d'une brochure d'information sur le TP (n = 53) (urgentologue) - Brève intervention - contact: référence en psychiatrie + remise d'une brochure d'information sur le TP + 20-30 minutes d'instructions sur des techniques de gestion de l'anxiété (n = 32) (éducateur spécialisé provenant du service de psychiatrie) - Condition contrôle de type historique : soins usuels + avec ou sans référence en psychiatrie (n = 269). <i>Soins usuels</i> : assurance de l'absence de problème organique après l'évaluation médicale et la passation d'examen, pouvant inclure une médication contre l'anxiété.</p>	<p>- Ø entrevue d'évaluation structurée (80 % accord interjuges). - Ø mesure auto-rapportée. - Taux de visites au SU, au service de psychiatrie et dans les services de santé non psychiatrique. - Adhésion à la remise de la référence en psychiatrie et durée du traitement psychiatrique (condition brochure et contact seulement).</p>	<p>- Ø mesure d'intégrité thérapeutique. Suivi à 12 mois. - Ø données sur le taux de refus/acceptation. - Ø données sur le taux d'attrition (non-applicable). - Équivalence au pré-test (à l'exception sur l'âge, le taux de visites au SU et dans d'autres services de première en ligne. - Ø analyses ITT.</p>	<p>- ↓ taux de visites au SU dans la condition contact. - Conditions contact et contrôle sont > à la condition brochure en termes du taux de visites au SU. - ↑ taux de visites en psychiatrie dans les trois conditions. - Condition contact > condition brochure en termes du taux de visites au SU concernant les patients ayant adhéré à la référence en psychiatrie. - Condition contact > condition brochure en termes de durée du traitement en psychiatrie concernant les patients ayant adhéré à la référence en psychiatrie.</p>
<p>Swinson et al., 1992 Toronto, Canada. SU de 2 hôpitaux Étude contrôlée randomisée</p>	<p>AP (40 % TPA) 31,5 ans 39,4 % femmes N = 33</p>	<p>- Intervention brève: instruction de 60 minutes à la stratégie d'exposition aux situations déclenchant les AP (n = 17) (Ø). - Condition contrôle de type soins usuels (n = 16). <i>Soins usuels</i> : assurance de l'absence de problème organique ou psychiatrique après l'évaluation médicale et la passation d'examen.</p>	<p>- Entrevue d'évaluation structurée (SCID-III-R) (Ø accord interjuges) - Mesures auto-rapportées : Sous-échelle agoraphobie du Fear Questionnaire; MIA; BDI. - Journal d'auto-enregistrement des AP.</p>	<p>- Ø mesure d'intégrité thérapeutique. Suivi à 3 et 6 mois - Ø données sur le taux de refus - 83 % acceptent la condition assignée - Ø données sur le taux d'attrition - Équivalence au pré-test - Ø analyse ITT</p>	<p>- ↓ fréquence des AP, ↓ symptômes dépressifs et ↓ évitement agoraphobique pour l'intervention brève au suivi de 3 mois. - Intervention brève > condition contrôle en termes de symptômes dépressifs. - ↑ évitement agoraphobique dans la condition contrôle.</p>
<p>Lessard et al., 2012 Québec, Canada. SU de 3 hôpitaux Étude quasi-expérimentale avec groupe contrôle</p>	<p>DTNC & TP 42,41 ans 47 % femmes N = 58</p>	<p>- Intervention brève : 1 séance de 2 heures basée sur des stratégies cognitivo-comportementales multiples et remise d'un manuel (n = 24) (psychologue clinicien). - TCC brève: 7 séances d'une heure avec stratégies cognitivo-comportementales multiples et remise d'un manuel (n = 19) (psychologue clinicien) - Condition contrôle de type soins usuels (n = 15). <i>Soins usuels</i> : assurance de l'absence de problème organique après l'évaluation médicale et la passation d'examen.</p>	<p>- Entrevue d'évaluation structurée (ADIS-IV) (92 % accord interjuges) - Sévérité du TP (ADIS-IV) - Mesures auto-rapportées : BSO; ACO; sous-échelle fréquence des AP et agoraphobie du PAS; ASI; CAQ.</p>	<p>- 98,5 % d'intégrité thérapeutique pour les deux interventions. - Suivi à 14 semaines, 3 et 6 mois. - 49 % refusent de participer - 100 % acceptent la condition assignée - 14 % d'attrition pendant et après les interventions (4 % = 1 séance, 26 % = 7 séances, 13 % = contrôle) - Équivalence au pré-test - Analyse ITT – Équivalence</p>	<p>- ↓ sévérité du TP pour les deux interventions psychologiques au post-test. - Deux interventions > condition contrôle en termes de sévérité du TP. - ↓ symptômes sur toutes les autres mesures auto-rapportées dans les trois conditions au post-test. - ↓ présence du diagnostic de TP plus élevé pour la TCC brève au post-test que dans les autres conditions.</p>

<p>Pelland et al., 2011</p> <p>Québec, Canada. SU de 3 hôpitaux</p> <p>Étude quasi-expérimentale avec groupe contrôle</p>	<p>DTNC & TP</p> <p>42,5 ans</p> <p>48 % femmes</p> <p>N = 47</p>	<p>- Pharmacothérapie: paroxétine générique offerte gratuitement pendant 6 mois (n = 13).</p> <p>- TCC brève: 7 séances d'une heure avec stratégies cognitive-comportementale multiples et remise d'un manuel (n = 19) (psychologue clinicien).</p> <p>- Condition contrôle de type soins usuels (n = 15). <i>Soins usuels</i> : rassurance de l'absence de problème organique après l'évaluation médicale et la passation d'examen.</p>	<p>- Entrevue d'évaluation structurée (ADIS-IV) (92 % accord interjuges)</p> <p>- Sévérité du TP (ADIS-IV)</p> <p>- Mesures auto-rapportées : ACQ; ASI; PAS; sous-échelle fréquence des AP du PAS; BDI-II; CAQ.</p>	<p>- 99 % d'intégrité thérapeutique pour la TCC brève.</p> <p>- Suivi à 14 semaines, 3 et 6 mois.</p> <p>- 30 % refusent de participer</p> <p>- 67 % acceptent la condition assignée</p> <p>- 17 % d'attrition pendant et après les interventions (15 % = pharma, 21 % = TCC brève, 13 % = contrôle)</p> <p>- Équivalence au pré-test (exception : revenu du ménage)</p> <p>- Analyse ITT – différence significative pour l'ACQ</p>	<p>- ↓ sévérité du TP, ↓ fréquence des AP, ↓ symptômes dépressifs pour les deux interventions au post-test.</p> <p>- Deux interventions > condition contrôle en termes de sévérité du TP.</p> <p>- ↓ fréquence des AP dans les trois conditions au post-test.</p> <p>- Deux interventions > condition contrôle en termes de fréquence des AP.</p> <p>- ↓ symptômes dépressifs dans les trois conditions au post-test.</p> <p>- Pharmacothérapie > condition contrôle en termes de symptômes dépressifs.</p> <p>- ↓ anxiété cardiaque, ↓ sensibilité à l'anxiété et ↓ pensées agoraphobiques dans les trois conditions au post-test.</p>
<p>Walasin et al., 2002</p> <p>États-Unis.</p> <p>Centre de DT d'un SU d'un hôpital universitaire.</p> <p>Étude contrôlée randomisée.</p>	<p>DTNC & TP</p> <p>39,4 ans (traitement)</p> <p>47,2 ans (soins usuels)</p> <p>68 % femmes</p> <p>N = 50</p>	<p>- Intervention: information sur le TP basée sur un protocole (assistant de recherche) + médication offerte gratuitement (paroxétine 20mg pendant un mois) + référence offerte à un médecin de première ligne ou à un psychiatre, rendez-vous à prendre dans un maximum d'un mois suivant leur visite au SU (n = 25)</p> <p>- Condition contrôle de type soins usuels (n = 25). <i>Soins usuels</i> : rassurance de l'absence de problème organique après l'évaluation médicale et la passation d'examen ainsi que la possibilité d'être référé au besoin à un médecin en première ligne.</p>	<p>- Entrevue d'évaluation structurée (SCID-IV) + mesure auto-rapportée basée sur le DSM-IV (PSC) pour établir le diagnostic: (79 % accord interjuges)</p> <p>- Sévérité du TP au PDSS</p> <p>- % des patients ayant initié la médication, l'ayant poursuivi après un mois et jusqu'à 3 mois.</p> <p>- % des patients ayant consulté un médecin en première ligne ou un psychiatre.</p> <p>- Fidélité interjuges dans l'établissement du diagnostic de TP entre l'urogénéologue et un psychiatre.</p>	<p>- Ø mesure d'intégrité thérapeutique</p> <p>- Suivi à 1 et 3 mois</p> <p>- 62 % refusent de participer</p> <p>- Ø données sur le taux d'acceptation</p> <p>- 16 % d'attrition pour le groupe traitement.</p> <p>- Équivalence au pré-test</p> <p>- Ø analyses ITT</p>	<p>- Condition traitement > condition contrôle en terme d'adhésion à la médication aux suivi d'un et trois mois.</p> <p>- ↓ symptômes du TP pour l'intervention et la condition contrôle au suivi de trois mois.</p> <p>- Fidélité interjuges élevée</p>

<p>Esler et al., 2003 États-Unis. Centre traumatique d'un SU d'un hôpital universitaire. Étude contrôlée randomisée.</p>	<p>DTNC 40,7 ans 55,8 % femmes N = 59</p>	<p>- TCC brève: une séance d'une heure avec 3 stratégies cognitive-comportementale + remise d'informations écrites sur les stratégies thérapeutiques vues, incluant une cassette audio sur la respiration diaphragmatique (n = 29) (Ø). - Condition contrôlée de type soins usuels (n = 30). <i>Soins usuels</i>: assurance de l'absence de problème organique après l'évaluation médicale et la passation d'exams, incluant de l'information et la possibilité d'une médication (ISRS, benzodiazépines) habituellement prescrite aux patients avec DTNC.</p>	<p>- Entrevue sur la DT (historique, fréquence, médication et services médicaux utilisés) (Ø accord interjuges) - Mesures auto-rapportées : ASI; CAQ; BSI; MOS SF-36.</p>	<p>- Ø mesure d'intégrité thérapeutique. - Suivi à 1 et 3 mois - 40 % refusent de participer - 100 % acceptent la condition assignée - 39 % d'attrition pendant et après l'intervention (41 % = TCC, 36 % = contrôle). - Équivalence au pré-test - Analyse ITT : différences significatives sur l'ethnicité, la scolarité, le nombre de visites au SU lors du pré-test entre les deux types de données.</p>	<p>- ↓ sensibilité à l'anxiété pour la TCC brève aux suivis d'un et trois mois. - TCC brève > condition contrôlée en termes de fréquence d'apparition des DTNC, de sensibilité à l'anxiété et de peur d'avoir un problème cardiaque aux suivis d'un et trois mois. - ↓ sévérité de la DT pour les deux conditions aux suivis d'un et trois mois.</p>
---	---	---	---	---	---

Note. AP = Attaque de panique; TP = trouble panique; TPA = trouble panique avec agoraphobie; DT = Douleur thoracique; DTNC = Douleur thoracique non cardiaque; SU = service d'urgence; TCC = thérapie cognitive-comportementale; DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; SCID-III-R = Structured Clinical Interview for DSM-III-R; SCID-IV-R = Structured Clinical Interview for DSM-IV-R; ADIS-IV = Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV; BSQ = Body Sensations Questionnaire; ACQ = Agoraphobic Cognitions Questionnaire; PAS = Panic and Agoraphobia Scale; ASI = Anxiety Sensitivity Index; CAQ = Cardiac Anxiety Questionnaire; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; BDI = Beck Depression Inventory; PRIME-MD = Primary Care Evaluation of Mental Disorders; PSC = Panic Syndrome Checklist tiré du PRIME-MD; BSI = Brief Symptom Inventory; PDSS = Panic Disorder Severity Scale; SCID-UP-R = Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Uppjohn Version; MIA = Mobility Inventory for Agoraphobia; MOS SF-36 = Medical Outcomes Study Short Form; ISRS = inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine; ITT = intention d'être traité; 'Ø' = pas d'information; '→' = efficacité significativement supérieure; '↓/↑/↔' = diminution/augmentation significative.

Tableau 2 : Taille de l'effet des études recensées

Étude	Mesure	<i>d</i> de Cohen (post-test)		
		Tx1 vs Contrôle	Tx2 vs Contrôle	Moyenne**
Dyckman, 1999				
Tx1 : brochure Tx2 : contact	Taux de visites au SU *	0,43***	0,50***	0,47
Swinson, 1992	Fréquence des AP *	0,44		0,48
Tx1 : 1 séance	Évitement agoraphobique *	0,51		
	Sévérité du TP (ADIS-IV) *	0,73	0,90	0,81
	BSQ	0,65	0,16	
Lessard, 2011	ACQ	0,39	0,27	
Tx1 : 1 séance Tx2 : 7 séances	Sous-échelle AP du PAS	0,30	0,62	
	Sous-échelle évitement PAS	0,13	0,06	
	ASI	0,25	0,01	
	CAQ	0,56	0,43	
	Sévérité du TP (ADIS-IV) *	1,09	0,90	1,00
	ACQ	0,09	0,27	
Pelland, 2010	PAS	0,19	0,01	
Tx1 : médication Tx2 : 7 séances	Sous-échelle AP du PAS	0,03	0,35	
	ASI	0,04	0,12	
	BDI-II	0,71	0,12	
	CAQ	0,13	0,43	
Wulsin, 2002	Symptômes du TP (PDSS) *	0,17***		0,17
	Fréquence des DT *	0,65		0,41
	ASI *	0,48		
Esler, 2003	Sous-échelle peur du CAQ *	0,10		
Tx1 : 1 séance	Sévérité de la DT	0,23		
	Sous-évitement du CAQ	0,41		
	Sous-échelle attention CAQ	0,01		

Moyenne des tailles de l'effet des mesures principales de toutes les études recensées

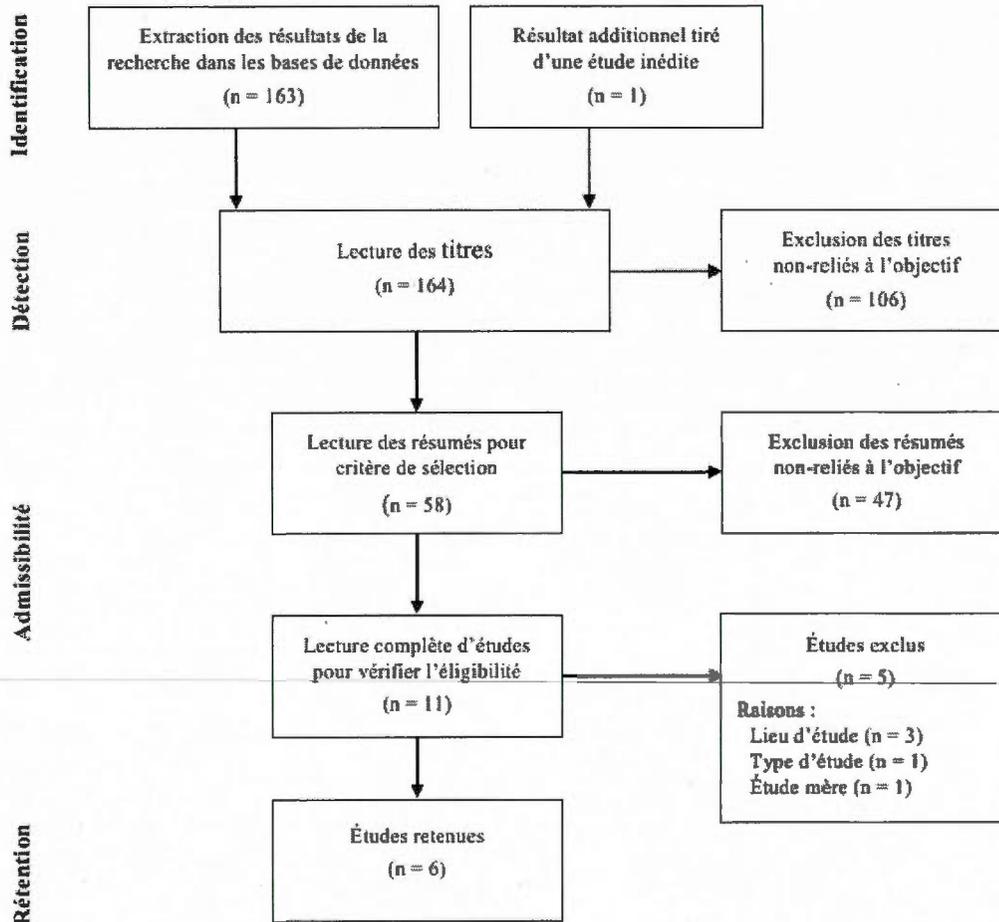
0.56

Note. Tx1 et Tx2 = Selon que l'étude évalue une seule intervention (Tx1) ou deux interventions (Tx2).

AP = Attaque de panique; TP = trouble panique avec ou sans agoraphobie; DTNC = Douleur thoracique; SU = service d'urgence; ADIS-IV = Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV; BSQ = Body Sensations Questionnaire; ACQ = Agoraphobic Cognitions Questionnaire; PAS = Panic and Agoraphobia Scale; ASI = Anxiety Sensitivity Index; CAQ = Cardiac Anxiety Questionnaire; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; PDSS = Panic Disorder Severity Scale.

*Mesure principale de l'étude. **Moyenne des tailles de l'effet des mesures principales. ***Taille de l'effet estimé à l'aide de GPower 3.1 lorsque l'information n'était pas disponible.

Figure 1 : Processus de sélection des études recensées.



CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce chapitre fait le point sur l'ensemble de cette thèse et se divise en quatre parties. Tout d'abord, une synthèse des résultats des deux articles de l'étude est exposée. Puis, des analyses supplémentaires en termes de présence du diagnostic de TP des participants du chapitre II sont présentées. Ensuite, il est question de traiter des considérations méthodologiques en soulignant les forces et les limites de l'étude. Certaines considérations pratiques et cliniques dans le domaine de l'intervention au SU sont ensuite proposées. La dernière section, pour sa part, traite du transfert des connaissances pour ensuite aborder les avenues de recherches futures pouvant découler de cette étude et par le fait même, pouvant permettre d'élargir et d'approfondir les connaissances sur le sujet.

4.1 Synthèse des résultats des deux articles de thèse

Le premier volet de cette étude visait à approfondir les connaissances au sujet de l'évaluation de l'efficacité d'interventions brèves initiées dans le cadre même des SU. Aucune étude ne s'était attardée auparavant à mesurer l'impact, de mettre en œuvre systématiquement après l'évaluation médicale offerte au SU, des interventions psychologiques brèves, combinées à la remise d'un manuel d'information, adressant les symptômes du TP chez les patients qui consultent pour des douleurs thoraciques. Les interventions de courte durée pour les patients qui se présentent au SU avec des DTNC et un TP concomitant, qu'elles soient d'une séance ou de sept séances, sont plus efficaces pour réduire la sévérité du TP que les soins usuels généralement offerts au SU (c'est-à-dire recevoir de l'information sur l'absence de problème cardiaque suite à l'évaluation médicale sans que l'on initie systématiquement des interventions adressant directement les symptômes). Les résultats du chapitre II démontrent aussi

que les deux interventions brèves d'approche cognitive et comportementale sont efficaces pour diminuer la sévérité du TP (avec ou sans agoraphobie) ainsi que le nombre de participants avec le diagnostic de TP. Malgré une diminution marquée des symptômes dans le temps dans les trois conditions, sur l'ensemble des mesures (voir en appendice R), les deux modalités d'intervention ne diffèrent pas significativement (mise à part sur le nombre de participants avec le diagnostic du TP où l'intervention de sept séances est supérieure à celle d'une séance). À court et moyen terme, les gains thérapeutiques se maintiennent.

Ces résultats corroborent ceux obtenus auparavant sur l'efficacité de formes brèves d'interventions d'approches cognitives et comportementales pour le TP (avec ou sans agoraphobie) offertes en milieu psychiatrique (Gould et Clum, 1995; Marchand, Roberge, Primiano et Germain, 2009) et pour les DTNC (sachant que cette population inclut un certain nombre d'individus avec TP) chez les individus consultant par l'entremise de clinique médicale et de cardiologie (Cott et al., 1992; Klimes et al., 1990; Mayou et al., 1997; Peski-Oosterbaan et al., 1999; Potts et al., 1999). L'intervention psychologique brève utilisant des stratégies d'approche cognitive et comportementale (multiples et/ou combinées à la remise d'informations écrites) semble ainsi constituer une approche efficace et prometteuse lorsqu'elle est appliquée dans le cadre des SU médicaux, notamment dans le traitement du TP (avec ou sans agoraphobie).

Sur la plupart des variables lors des analyses statistiques paramétriques, aucune différence significative n'est observée entre l'intervention de sept séances et celle d'une séance. Il est étonnant d'observer que cinq heures de plus d'intervention ne semblent pas donner de résultats supérieurs à deux heures de rencontres. Ce résultat inattendu semble suggérer qu'il n'est pas nécessaire d'ajouter des rencontres additionnelles, mais plutôt, qu'il serait souhaitable de privilégier une seule séance d'intervention psychologique dans le contexte des SU. D'autres études doivent

cependant être effectuées afin de valider davantage cette observation. Une telle intervention d'une séance apparaît ainsi avantageuse en termes de rapport coûts/efficacité. Il est possible que la symptomatologie modérée du TP observée auprès de cette population médicale explique que l'intervention d'une séance de deux heures puisse être suffisante, alors qu'une intervention de sept séances pourrait être davantage de mise dans le cas de symptomatologie plus élevée et de comorbidité. De plus, cette intervention comporte tout de même plusieurs stratégies (p. ex. : deux stratégies de moins que l'intervention de sept séances) dont les informations sont inscrites dans un manuel remis aux participants. Ainsi, l'absence de différence significative entre les deux interventions pourrait s'expliquer, en partie, par le manque relatif de distinctions importantes entre ces formes interventions. En effet, la majorité des stratégies thérapeutiques sont les mêmes ainsi que le manuel remis aux participants. Cependant, nous observons une diminution plus grande du nombre de participants avec le diagnostic de TP suite à l'intervention de sept séances, comparativement celle d'une séance.

Malgré cette absence de différence significative entre les deux interventions psychologiques sur la plupart des variables, une taille de l'échantillon plus élevée aurait, probablement, permis d'observer une supériorité de l'intervention de sept séances face à l'intervention d'une séance, et ce, sur un plus grand nombre de variables. Comment est-il possible d'expliquer que l'intervention de sept séances pourrait être plus bénéfique? Cette intervention était non seulement d'une durée plus longue (cinq heures de plus), mais aussi, impliquait la pratique d'exercices entre les rencontres, leurs révisions avec le thérapeute ainsi que la lecture complète d'un manuel éducatif sur les DTNC, le TP et les stratégies d'intervention. Les participants assignés à cette intervention avaient ainsi plus de temps pour mettre en pratique les informations transmises. Le retour sur les exercices entre les rencontres et la place accordée (p. ex., pratiquer la restructuration cognitive) en début de rencontre aux questions sur la rencontre précédente permettent aussi de favoriser la rétention des

informations, tout en favorisant une meilleure acquisition des apprentissages. Dans cette intervention, nous pouvons affirmer que les participants ont vu en rencontre et lu toutes les informations décrites dans le manuel, ce que nous ne pouvons pas affirmer dans le cas de l'intervention d'une séance (car nous n'avons pas prévue dans l'étude de questionner les participants de cette condition s'ils ont effectivement lu et suivi la procédure décrite dans le manuel, suite à la rencontre. Qui plus est, l'intervention de sept séances comportait deux stratégies additionnelles, particulièrement importantes pour le TP soit, l'identification et l'exposition aux sensations physiques liées aux symptômes des AP ainsi que l'exposition in vivo aux situations évitées (au besoin). En plus de permettre au participant d'avoir des outils supplémentaires, l'inclusion de stratégies d'exposition intéroceptive et de restructuration cognitive est associée à une plus grande ampleur de l'effet (Gould et al., 1995).

Il est aussi possible que certains facteurs (autres que l'intervention) aient pu avoir une influence sur l'amélioration des symptômes dans les deux modalités d'intervention psychologique. D'abord, la remise d'un manuel d'information à tous les participants assignés aux deux conditions d'intervention psychologique a pu être un facteur d'amélioration. En effet, il est important de rappeler que les participants des deux interventions ont reçu le même manuel d'information, qui à lui seul, peut avoir été une composante ayant contribué à l'amélioration des symptômes. Un aspect commun à ces deux interventions est que le participant reçoit un texte qui décrit de manière exhaustive et opérationnelle une procédure à suivre, en plus d'informations sur leur problématique. En ce sens, on peut considérer le manuel d'information comme une forme de « bibliothérapie », qui se définit comme une « forme de thérapie qui utilise du matériel à lire structuré... un ajout à la psychothérapie » (VandenBos, G., & American Psychological Association, 2007). En effet, la première étude suggère que qu'un bref contact de deux heures avec un thérapeute, appliquée conjointement avec de la « bibliothérapie » (intervention d'une séance), ou un contact

plus fréquent avec un thérapeute (intervention de sept séances) est efficace dans le traitement du TP chez les patients avec DTNC au SU. En ce sens, le manuel d'information a agi comme composante et complément aux deux modalités d'intervention, en tant que guide exposant de manière détaillée la procédure à suivre pour favoriser le changement. Cependant, une étude de Febbro et al. (1999) rapporte que la « bibliothérapie » utilisée *seule* (c'est-à-dire, sans contact avec un thérapeute, ni avec un évaluateur) ne permet pas de réduire de manière significative les symptômes du TP, lorsque comparé à une condition contrôle de type liste d'attente. Ce résultat souligne l'importance du contact avec le psychologue (et/ou l'évaluateur lors des suivis d'évaluation) lors de la mise en place d'une intervention comportant la remise d'informations écrites, car ce contact, même minimal, contribuerait à augmenter la motivation du participant et l'observance au traitement (Febbro, Clum, Roodman, Wright, 1999).

Qui plus est, d'autres facteurs (autres que l'intervention) ont pu avoir une influence sur l'amélioration des symptômes dans les deux modalités d'intervention psychologique. Des études suggèrent que recevoir des explications sur la psychothérapie avant la première séance peut augmenter les attentes et la place qu'occupe le patient dans le changement, ainsi que les chances d'avoir des effets positifs sur le déroulement de la psychothérapie (Acosta, Yamamoto, Evans et Skilbeck, 1983; Hoehn-Saric et al., 1964). Ainsi, dans ce projet, avoir un contact avec l'assistant de recherche qui donne des informations quant à l'intervention psychologique (lors de la présentation du formulaire de consentement) peut avoir suscité des attentes positives quant à l'efficacité du traitement psychologique. Ensuite, selon la théorie de l'efficacité personnelle (Bandura, 1977), les interventions thérapeutiques génèrent des résultats positifs en améliorant les attentes des participants sur le plan de leur efficacité personnelle à émettre un comportement donné et en encourageant l'émission et la persistance de comportements d'adaptation (Bernier et Avard, 1986).

Le second volet de cette étude visait à recenser les études portant sur l'efficacité d'interventions psychologiques et pharmacologiques offertes aux patients qui se présentent à un SU pour des réactions anxieuses de type panique (c.-à-d. des AP et/ou TP) ou des DTNC (liées ou non à la panique). Les résultats présentés au chapitre III permettent de constater que malgré l'importance d'intervenir rapidement, il existe très peu d'études rigoureuses qui se sont attardées à mesurer l'efficacité d'offrir des interventions rapidement à ces individus qui recherchent de l'aide auprès d'un SU. Six études ont été recensées. Les interventions psychologiques sont toutes brèves (d'une durée variant de 20-30 minutes à sept heures) et utilisent toutes des stratégies d'approche cognitive et comportementale uniques ou multimodales. Les interventions pharmacologiques consistent en la prise d'inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine (ISRS : paroxétine) administré pour une durée variant entre trois mois et six mois. Ces interventions psychologiques et pharmacologiques évaluées sont toutes comparées à une condition contrôle de type soins usuels. Les résultats démontrent la supériorité des diverses interventions lorsque comparé à la condition contrôle.

Les études soutenant les interventions psychologiques brèves pour les AP semblent efficaces en termes de diminution de la fréquence des AP et du nombre de visites au SU. Les études ciblant les individus avec DTNC et TP concomitants offrent des interventions de type psychologique ou pharmacologique. De manière générale, ces interventions psychologiques brèves, utilisant des stratégies cognitives et comportementales multiples, sont efficaces pour traiter le TP (avec ou sans agoraphobie), en particulier en permettant de réduire la sévérité du trouble. Puis, la pharmacothérapie (paroxétine, ISRS), semble efficace pour réduire la fréquence et la sévérité du TP auprès de cette population. De plus, l'étude portant sur une intervention psychologique brève d'une séance pour les individus avec DTNC s'est avérée efficace pour réduire la fréquence et la sévérité des DT ainsi que la sensibilité à l'anxiété et la peur d'avoir un problème cardiaque. Cependant, les études recensées

comportent certaines lacunes méthodologiques venant limiter la portée des résultats et il faudrait poursuivre les études d'efficacité auprès de cette population à l'avenir.

Une analyse des coûts-efficacité des interventions et de l'impact sur l'utilisation des soins de santé devrait être effectuée dans le futur. Il aurait lieu aussi de démontrer davantage l'efficacité des modalités d'interventions brèves d'approche cognitive comportementale ainsi que pharmacologiques dans le traitement de ces problèmes au sein des SU. Une évaluation du maintien des gains thérapeutiques à plus long terme serait aussi à envisager. Qui plus est, l'efficacité différentielle de chacune des stratégies thérapeutiques, prise isolément (p. ex. : la psychoéducation seule ou la remise seule d'un manuel d'information), serait intéressante à considérer afin de mieux comprendre les ingrédients thérapeutiques propres aux interventions et de cibler les stratégies les plus efficaces. Une validation des instruments de mesure adaptés à cette population médicale devrait faire aussi l'objet d'études plus approfondies puisqu'il est possible que certaines mesures n'aient pas été assez sensibles pour détecter des changements dans cette population généralement moins symptomatique que la population psychiatrique. Enfin, il apparaît opportun d'orienter nos efforts de recherche vers l'amélioration des interventions offertes à cette population qui consulte via les SU ainsi que d'autres services médicaux, et ce, afin d'améliorer le bien-être et la qualité de vie de ces individus, tout en veillant à limiter la chronicité des symptômes et l'utilisation répétée des services médicaux.

Des explications peuvent être mises de l'avant quant à la diminution des symptômes sur certaines variables dans les conditions contrôles de type soins usuels recensés dans la recension des écrits. D'abord, bien qu'il ait été déjà démontré que les soins usuels au SU ne soit généralement pas suffisant pour rassurer les patients de l'absence de problème organique (McDonald et al., 1996), deux études recensées (Esler et al., 2003; Lessard et al., 2012) suggèrent que les soins usuels pourraient avoir un certain effet thérapeutique. Cependant, cette assurance seule semble avoir

un effet à court terme sur l'anxiété, mais ne semble pas suffisante étant donné que ces patients tendent à consulter de nouveau et de manière répétée les SU ou d'autres services médicaux pour leurs symptômes. La présence de facteurs de risque cardiaque peut être présente chez ces patients (ce qui fut le cas pour 66% des participants de l'étude empirique du chapitre II) et a pu contribuer à alimenter les inquiétudes des patients et justifier leur demande d'aide via un service de première ligne.

Les conclusions provenant de cette recension s'avèrent primordiales, car : (1) peu de patients sont référés à une intervention appropriée pour leurs symptômes lors des soins au SU; (2) les patients recherchent dans la majorité des cas de l'aide via un service médical; (3) il existe des interventions appropriées et efficaces et (4) il paraît nécessaire d'intervenir rapidement afin d'éviter la chronicité des DTNC, des réactions anxieuses de type panique ainsi que les visites répétées au SU. Il semble ainsi essentiel pour les milieux de la santé d'offrir systématiquement des interventions psychologiques et/ou pharmacologiques dans le cadre des SU et ce, rapidement après leur visite initiale.

Les résultats de la recension des écrits (chapitre III) et des deux interventions psychologiques brèves (chapitre II) montrent que peu importe le type d'intervention initié au SU (ISRS ou psychologique brève utilisation des stratégies unique ou multimodale d'approche cognitive-comportementale), celles-ci s'avèrent supérieures à l'emploi unique des soins usuels. Qui plus est, les résultats indiquent que l'intervention psychologique de sept séances n'est pas supérieure à celle d'une séance, ce qui suggère qu'une seule rencontre présente un meilleur rapport coûts/efficacité. Il est aussi possible que l'amélioration observée dans les soins usuels s'explique par la régression vers la moyenne de la population : les participants sont recrutés au SU alors que leur DTNC était possiblement à une intensité particulièrement élevée. Il est également possible que la désirabilité sociale ait pu influencer les réponses des participants aux questionnaires auto-rapportés, ce qui a pu

affecter les résultats. Les résultats observés auprès de chaque participant de toutes les études recensées, peu importe la condition (intervention ou contrôle) à laquelle ils ont été assignés, ont pu être influencés par ces facteurs.

4.2 Diagnostic du trouble panique

Des analyses statistiques supplémentaires non-paramétriques indiquent qu'il y a un nombre de participants plus élevé qui ne répondent plus aux critères diagnostiques du TP dans la condition intervention de 7 séances comparativement à la condition intervention d'une séance. Toutefois, cette différence ne fut pas observée lors d'analyses statistiques paramétriques (décrites au chapitre II) portant cette fois-ci sur la sévérité du TP (ADIS-IV). Un plus grand nombre de participants aurait possiblement permis de démontrer une supériorité de la TCC de sept séances sur les deux autres conditions. À titre indicatif, une taille d'échantillon d'au moins 165 participants au total (55 par condition) aurait été nécessaire pour démontrer des différences significatives notables entre les trois conditions. Les résultats de ces analyses non-paramétriques appuient partiellement la seconde hypothèse de l'étude présentée au chapitre II stipulant que de recevoir une intervention de plus longue durée (sept séances) favoriserait une meilleure amélioration clinique qu'une intervention d'une séance.

4.3 Considérations méthodologiques

4.3.1 Forces

On observe présentement dans les écrits scientifiques un manque important d'études empiriques valides portant sur l'efficacité d'interventions au SU pour les individus qui s'y présentent pour des réactions anxieuses de type panique ou des DTNC (liées ou non à la panique). Le peu d'études sur le sujet se révèle plutôt

anecdotique, mais à la fois des plus pertinentes et prometteuses. Il convient donc de combler ce manque par une étude comportant plusieurs améliorations méthodologiques par rapport aux recherches antérieures effectuées dans des SU. D'abord, il importe de mentionner que l'échantillon utilisé est relativement supérieur, en termes de nombre de participants, que ceux provenant des deux autres études d'efficacité portant sur une population similaire qui se présentent au SU pour des DTNC avec TP concomitant (Pelland et al., 2011; Wulsin et al., 2002). Qui plus est, le programme de recherche incorpore plusieurs sites de recrutement afin d'assurer un échantillon plus représentatif. Il introduit également deux modalités d'interventions psychologiques spécifiquement adaptées pour la population médicale à l'étude, ce qui augmente sa validité externe. En effet, les deux modalités d'intervention sont non seulement basées sur des stratégies d'interventions d'orientation cognitive et comportementale validées empiriquement pour le TP en milieu psychiatrique, mais elles sont adaptées de manière distinctive à une population consultant un milieu médical. L'adaptation des modalités s'est faite de la manière suivante : explications sur l'évaluation médicale au SU de la DTNC incluant les examens médicaux généralement administrés; emphase mise sur l'anxiété cardiaque; informations sur la différence entre les symptômes d'anxiété et les symptômes indicateurs d'un problème cardiaque. Un manuel d'information inédit intitulé « *les douleurs thoraciques non cardiaques et l'anxiété* » est remis aux participants des conditions interventions. Donc, l'intervention psychologique, combiné à la remise d'un manuel d'information, constitue une force de la présente étude, car elle permet non seulement de favoriser l'observance au traitement (Febbraro et al., 1999) mais aussi, une meilleure rétention de l'information transmise pendant la ou les rencontres, favorisant ainsi, une meilleure compréhension du problème et le maintien des apprentissages. Qui plus est, une autre des forces notables de ce projet concerne l'utilisation d'une condition contrôle permettant de comparer les résultats.

Par ailleurs, l'utilisation de stratégies d'intervention valides et structurées dans chacune des modalités d'intervention, la participation de psychologues formés et spécialisés dans l'application de l'approche cognitive et comportementale, le taux élevé d'intégrité thérapeutique obtenu et l'excellent accord inter-juges observé concernant la présence du diagnostic de TP primaire augmentent sensiblement la validité interne de l'étude. En effet, le choix de psychologues cliniciens spécialisés et supervisés assure d'avoir sur place des intervenants dont les qualifications sont optimales. Un taux d'intégrité thérapeutique de l'ordre de 98.5% obtenu pour les deux modalités d'intervention permet de témoigner de la standardisation des stratégies d'interventions et de l'application rigoureuse des modalités de traitement par un personnel qualifié. Qui plus est, les psychologues du projet étaient assignés aux deux conditions d'interventions.

D'autres éléments prévus dans cette étude contribuent à augmenter sa validité interne. D'abord, le recours à une entrevue diagnostique structurée et à des instruments de mesure de la symptomatologie fiables et pour la plupart valides. La plupart des instruments de mesure utilisés possèdent d'ailleurs de bonnes qualités psychométriques. L'inclusion d'instruments de mesure multiples et représentatifs de la symptomatologie du TP constitue un apport important par rapport aux études antérieures. De plus, les instruments de mesure sont administrés à différents moments dans le temps, soit à court et moyen terme. Le programme de recherche prévoit aussi une variable propre à cette population cible soit, la mesure de l'anxiété cardiaque. En effet, un questionnaire validé en anglais et portant sur l'anxiété cardiaque (*Cardiac Anxiety Questionnaire*) a été traduit en français. Puis, 86% des participants ont complété au moins un des suivis d'évaluation, ce qui augmente la fidélité des résultats. La comparaison des résultats des participants ayant complété les différentes conditions jusqu'au post-test avec les scores des participants ayant abandonnés (intention d'être traitée) sur toutes les variables contribue aussi à augmenter la validité interne.

Une autre force importante du programme de recherche provient, à notre connaissance, de la première recension systématique des écrits (présentée au chapitre III) qui documente et critique les connaissances acquises concernant l'efficacité d'interventions psychologiques et pharmacologiques chez les individus qui consultent un SU en raison de réactions anxieuses de type panique et de DTNC, liées ou non à la panique. Une recherche quantitative exhaustive dans les principales bases de données médicales et psychologiques a été effectuée afin de repérer les études les plus pertinentes, et ce, sur la base des quarante dernières années. La structure et l'analyse de cette recension des écrits sont inspirées des recommandations du *Cochrane Handbook For Systematic Reviews Of Interventions* (Higgins et Green, 2009). Chaque article sélectionné est examiné systématiquement et qualitativement à l'aide d'une grille d'analyse tirée de normes méthodologiques prédéterminées. La recension compare trois populations (AP et DTNC avec ou sans TP) qui ont tendance à rechercher de l'aide au SU pour leurs symptômes et dont la composante anxieuse est au premier plan, tout en permettant d'en dégager des suggestions de stratégies d'intervention.

4.3.2 Limites

L'étude actuelle présente néanmoins certaines lacunes dont il faudrait tenir compte au niveau de l'interprétation des résultats et des recherches futures. Une des limites importantes concerne l'absence d'assignation aléatoire des participants. En effet, malgré le fait qu'il aurait été souhaitable d'utiliser un protocole expérimental randomisé et contrôlé, il n'a pas été possible pour des raisons d'éthique et de logistique au niveau de la coordination de la procédure de recrutement d'assigner aléatoirement les participants aux différentes conditions. La randomisation a plutôt été faite préalablement sur l'ordre de présentation des cohortes, une à la suite de l'autre. L'ordre des cohortes a été déterminé par le hasard, ce qui permet aux participants d'une cohorte d'être recrutés au cours d'une période de trois mois pour

chaque année de recrutement. Toutefois, avec ce type de protocole, un biais imputable à l'effet saisonnier peut apparaître. Cependant, l'étude a tenté de contrôler ou d'éviter la possibilité d'effets saisonniers en utilisation des périodes de recrutement non-synchronisées entre les trois centres hospitaliers (voir figure 2.1).

À titre indicatif, cette étude utilise un devis de recherche quasi-expérimental à cohortes avec pré-test et post-test. Le terme «cohorte» fait référence aux groupes d'individus qui consultent de façon cyclique les SU. Les devis de recherche utilisant des cohortes présument que lesdites cohortes se suivent d'une année à l'autre ou d'une saison à l'autre et sont assez semblables. Par conséquent, nous assumons qu'une cohorte peut servir de comparaison à l'autre. Un des principaux avantages de ce devis est qu'il ne requiert pas une assignation aléatoire des participants qui peut poser parfois certains problèmes éthiques, de faisabilité (p. ex., dans la logistique de l'organisation de l'assignation aléatoire, du recrutement et de la procédure d'intervention) et la nécessité de procédure à double insu. Généralement, une étude avec assignation aléatoire emploie un seul formulaire de consentement qui peut avoir des effets négatifs créés par les attentes des participants quant à la possibilité d'être placés dans une condition contrôle ou sur une liste d'attente (ce qui peut être mentionné sur le formulaire de consentement). C'est pour cette raison que notre protocole de recherche permet de conclure que les différences observées ne sont pas affectées par ces facteurs puisqu'il n'y a pas de listes d'attente et que les participants ne sont pas avisés de la présence d'une condition contrôle. Un autre avantage de ce protocole avec cohortes est que la procédure à double insu n'est pas utilisée puisqu'elle n'est ni possible, ni nécessaire. Il en est ainsi puisque les thérapeutes doivent être attentifs à l'intervention administrée et que les participants peuvent être conscients de celle qu'ils reçoivent. Une autre limite concerne le fait qu'un des SU est spécialisé en cardiologie, contrairement aux deux autres, ce qui peut constituer un biais d'échantillonnage. Cependant, un contrôle à postériori effectué sur les variables sociodémographiques et sur la symptomatologie SU TP ne montre pas de différences

significatives, non seulement entre les participants des trois conditions, mais aussi entre les trois centres hospitaliers de recrutement. De plus, un biais attribuable au lieu géographique peut apparaître, car les trois centres de recrutement sont tous situés dans la province de Québec, à l'intérieur d'un système d'assurance maladie provincial dont les frais sont assumés par le gouvernement, ce qui peut limiter la généralisation des résultats au-delà du Québec ou de systèmes de santé non universel.

Malgré la taille relativement modeste de l'échantillon, des résultats significatifs ont été observés sur certaines variables, résultats qui démontrent l'efficacité supérieure de recevoir une des deux modalités d'intervention psychologique comparée à la condition contrôle de type soins usuels au SU. Cependant, l'absence de différence significative entre les deux interventions brèves pourrait être attribuable à cette taille de l'échantillon non suffisamment élevée pour distinguer une divergence significative entre les deux modalités d'intervention. De plus, malgré les bonnes qualités psychométriques des instruments de mesure utilisés, il est possible qu'ils ne soient pas suffisamment sensibles pour détecter des changements tangibles dans cette population, ce qui pourrait expliquer l'absence de certains résultats significatifs. Les auteurs ont constaté que les symptômes de panique, les cognitions agoraphobiques, l'évitement agoraphobique et la sensibilité à l'anxiété semblent généralement moins élevés dans cette population médicale DTNC/TP comparés à ce qui est observé en milieu psychiatrique (Belleville, Foldes-Busque et Marchand, 2010; Fleet, Martel et al., 2000). En effet, ces instruments ont été surtout validés en milieu psychiatrique où les diverses réactions anxieuses sont plus élevées contrairement à notre population médicale, ce qui pourrait expliquer en partie l'absence de différence significative sur certaines variables. Étant donné que l'ensemble des instruments de mesure sont auto-rapportés, il est aussi possible que la désirabilité sociale ait pu influencer les résultats.

Une différence statistiquement significative a été obtenue entre les conditions en termes de présence de dépression en comorbidité au pré-test. Elle se trouvait

effectivement plus élevé dans la modalité d'intervention de sept séances, comparé aux deux autres conditions. En effet, plus de participants dans cette condition présentaient de symptômes dépressifs (six participants, comparé à un participant dans l'intervention d'une séance et quatre participants dans la condition contrôle) pouvant affecter l'efficacité du traitement en venant alourdir le tableau clinique. Les symptômes dépressifs affecte la motivation et la concentration, ce qui peut affecter l'observance au traitement psychologique (p. ex., difficulté de se mobiliser, à faire les exercices entre les séances). Il est ainsi possible que l'intervention de sept séances aurait obtenu des résultats supérieurs à l'intervention d'une séance si les symptômes dépressifs étaient distribués de manière équivalente entre les conditions.

Un résultat inattendu et controversé de cette étude est d'avoir observé que les participants de la condition contrôle de type soins usuels se sont améliorés sur plusieurs variables, au même titre que les deux modalités d'intervention (voir en appendice R). Étant donné que les participants de la condition contrôle ne reçoivent pas d'intervention psychologique et se sont tout de même améliorés, l'amélioration des symptômes dans les trois conditions au post-test pourrait être attribuable à d'autres facteurs que l'intervention psychologique. Certains facteurs peuvent ainsi avoir un effet thérapeutique dans l'ensemble des trois conditions (biais de co-intervention). En effet, tous les participants des trois conditions bénéficient d'une évaluation médicale et de tests médicaux menant à les informer et les assurer de l'absence de problème organique pouvant expliquer leurs symptômes. Cette rassurance médicale pourrait avoir eu un certain impact thérapeutique chez l'ensemble des participants, incluant ceux de la condition contrôle, ce qui peut expliquer l'amélioration dans les trois conditions sur plusieurs variables ainsi que le manque de différences significatives entre les conditions. Dans cette étude, la condition contrôle de type soins usuels n'est ainsi pas vraiment « sans ingrédients thérapeutiques », ce qui peut contribuer à expliquer l'absence de différence significative entre la condition contrôle et les deux interventions sur plusieurs

mesures. Rappelons toutefois qu'il n'aurait pas été éthique, pour cette population médicale, d'assigner des participants qui se présentent à un SU pour DT à une condition sans soins usuels (c'est-à-dire, sans évaluation médicale et examens médicaux). Un biais de co-intervention peut également être présent étant donné que tous les participants recevaient à des fins d'évaluation un contact avec l'assistant de recherche à différents moments de leur participation soit, au post-test ainsi qu'aux suivis de trois et six mois, ce qui pourrait avoir eu également un certain effet thérapeutique. Puis, dans cette étude, les participants sont inclus s'ils prennent une médication pour leurs symptômes d'anxiété (incluant les participants de la condition contrôle), ce qui peut constituer un autre biais possible de co-intervention. Nous avons tenté de limiter ce biais en n'incluant dans l'étude que les sujets qui prennent une médication depuis un certain temps et de manière stable (ce qui n'est pas le cas pour la plupart des études recensées), puis en excluant les participants qui ont participé, avant ou pendant la durée de l'étude, à une forme quelconque de psychothérapie.

Toutes les études recensées, incluant l'étude du chapitre II, n'ont pas mesuré la présence ou non de trouble de la personnalité à l'Axe II, ce qui peut avoir un impact négatif sur l'efficacité thérapeutique (Hecker et al., 1996). Un biais imputable aux attentes est aussi possible dans les deux modalités d'intervention, car en acceptant de participer au projet, les sujets s'attendaient à recevoir une intervention (les interventions sont effectuées dans un délai maximal de deux semaines après la visite initiale au SU). Un biais de sélection est aussi possible en raison de l'utilisation de deux formulaires de consentement au lieu de trois: un pour les participants recevant l'une ou l'autre des interventions et un autre, pour les participants assignés à la condition contrôle. Ainsi, les participants des deux interventions étaient au courant de la présence de l'autre intervention psychologique. Il aurait été toutefois préférable d'avoir un formulaire de consentement spécifique à chacune des conditions expérimentales.

Finalement, il aurait été intéressant de collecter les informations relatives aux individus ayant au départ refusé de participer au projet, notamment en raison de la modalité d'intervention où ils auraient été assignés ainsi que de l'intérêt à s'engager à une intervention de nature psychologique. Un questionnaire qui évalue les motifs du refus aurait permis d'appuyer davantage les données sur l'initiation et la faisabilité d'une intervention au SU. Pour des raisons d'éthique, nous n'avons pu collecter ces informations. Des données sociodémographiques et symptomatiques sur les individus ayant refusé auraient permis une évaluation des différences entre ces participants et ceux ayant accepté de participer au projet.

4.4 Considérations cliniques

Les implications cliniques de ce projet sont diverses. Tout d'abord, il s'agit de la première étude à évaluer l'efficacité d'initier deux modalités d'interventions (combinées à la remise d'un manuel d'information) de courte durée et de nature psychologique au SU chez les individus qui se présentent avec DTNC et TP concomitant. Une seule rencontre de deux heures avec un psychologue sur place au SU s'est avérée aussi efficace et par le fait même, représente un meilleur rapport coûts/efficacité qu'une intervention plus longue de sept rencontres. De plus, pour une première fois, on en évalue son évolution à moyen terme et on recense les études portant sur des interventions initiées au SU pour des patients avec DTNC avec ou sans réactions anxieuses de type panique.

Dans cette étude ainsi que les études recensées, les caractéristiques de cet échantillon médical diffèrent des patients qui consultent par l'entremise de services en santé mentale. En effet, les patients qui se présentent au SU présenteraient une symptomatologie du TP ainsi qu'une durée du TP moindre, en plus d'être plus âgés et d'être composés d'un plus grand nombre d'hommes. Il est possible que les individus avec une symptomatologie disons modérée soient plus susceptibles de s'améliorer

avec des formes brèves de TCC, alors que des modalités d'intervention plus conventionnelles et par le fait même d'une durée plus grande seraient davantage indiquées dans les cas de TP avec agoraphobie plus sévère et autres troubles comorbides. Par ailleurs, certaines informations que nous avons soulevées concernant les individus avec TP qui consultent les SU pour DTNC demanderaient à être intégrées dans le modèle représentant les facteurs explicatifs du TP et qui représente la séquence de développement du trouble panique et de l'agoraphobie. Cela permettrait d'avoir un modèle, plus complet, et tenant compte des caractéristiques des individus avec TP qui proviennent à la fois des milieux de clinique en santé mentale et des SU. Ainsi, nous suggérons d'apporter certaines nuances et modifications au modèle explicatif de développement du TP formulé par Marchand et Letarte (2004), présentée à la Figure 1.1 de la section 1.1.5. Les informations additionnelles sont inspirées, entre autres, du modèle étiologique des DTNC de Mayou (1998). D'abord, au niveau des facteurs prédisposants du TP, nous pourrions ajouter : (1) la connaissance des maladies cardiovasculaires ou d'autres maladies; (2) la familiarité avec les services médicaux et (3) un historique de maladies cardiovasculaires ou d'exams cardiaques. Ensuite, au niveau des facteurs précipitants du TP, nous pourrions préciser qu'un des stressors physiques possibles pourrait être la présence de DTNC ou des DT non expliquée récurrentes. Puis, des stressors chroniques tels que la présence de facteurs de risque cardiovasculaires et de maladies cardiovasculaires peuvent également être considérés comme des facteurs pouvant contribuer à déclencher une AP. Au niveau des facteurs cognitifs d'entretien, nous pourrions ajouter les interprétations erronées des causes de la sensation physique (p. ex. : la tendance à attribuer la cause des symptômes physiques à une maladie cardiaque). De plus, étant donné qu'environ 30% des patients avec DTNC et TP concomitant présenterait un TP sans peur (c'est-à-dire des AP qui impliquent des périodes intenses d'inconfort, mais sans la présence marquée de peur), il serait intéressant de préciser que les facteurs cognitifs peuvent inclure *ou non* des interprétations catastrophiques. Le recours à des consultations médicales répétées au

SU ou auprès d'autres services médicaux à des fins de rassurance pourraient être ajouté en tant que facteurs comportementaux contribuant également à maintenir le problème. Enfin, les facteurs environnementaux d'entretien pourraient impliquer : (1) la persistance des DTNC ou d'autres symptômes physiques; (2) l'absence ou le manque d'explications sur les symptômes physiques d'anxiété; et (3) les conseils des médecins parfois ambigus concernant la présence ou non d'une maladie cardiaque (Pearce, Mayou et Klimes, 1990; Sanders et al., 1997).

Les résultats s'avèrent d'une grande importance pour l'amélioration des soins offerts dans les SU pour cette population qui tend à consulter de manière répétée les services de santé. Un dépistage précoce et rapide des patients avec réactions anxieuses de type panique, alors qu'ils recherchent de l'aide pour leurs symptômes, s'avère primordial. La mise en place immédiate au SU d'interventions (psychologiques ou pharmacologiques) qui ont le potentiel d'avoir un impact significatif sur la symptomatologie et d'en limiter son développement constituerait une amélioration importante aux soins usuels déjà offerts. Selon Salvador-Carulla et coll. (1995), recevoir une intervention psychologique ou psychiatrique appropriée pour le TP permettrait aussi de diminuer de 94% les visites subséquentes auprès des services médicaux (incluant les SU), en plus de réduire de 79% les coûts indirects. Aussi, l'initiation d'interventions rapides et efficaces au SU auprès de cette population est encore un domaine de recherche peu développé et cette étude contribue au développement de la qualité des soins initiés dans ce cadre.

4.4.1 Applicabilité à l'organisation des SU

Bien que l'initiation d'une intervention psychologique brève au SU procurerait l'avantage d'accroître l'accès aux ressources en santé mentale et d'être facilitant pour le patient en limitant les déplacements, étant déjà sur place, certaines considérations pratiques et cliniques doivent être discutées. D'abord, une intervention offerte dans

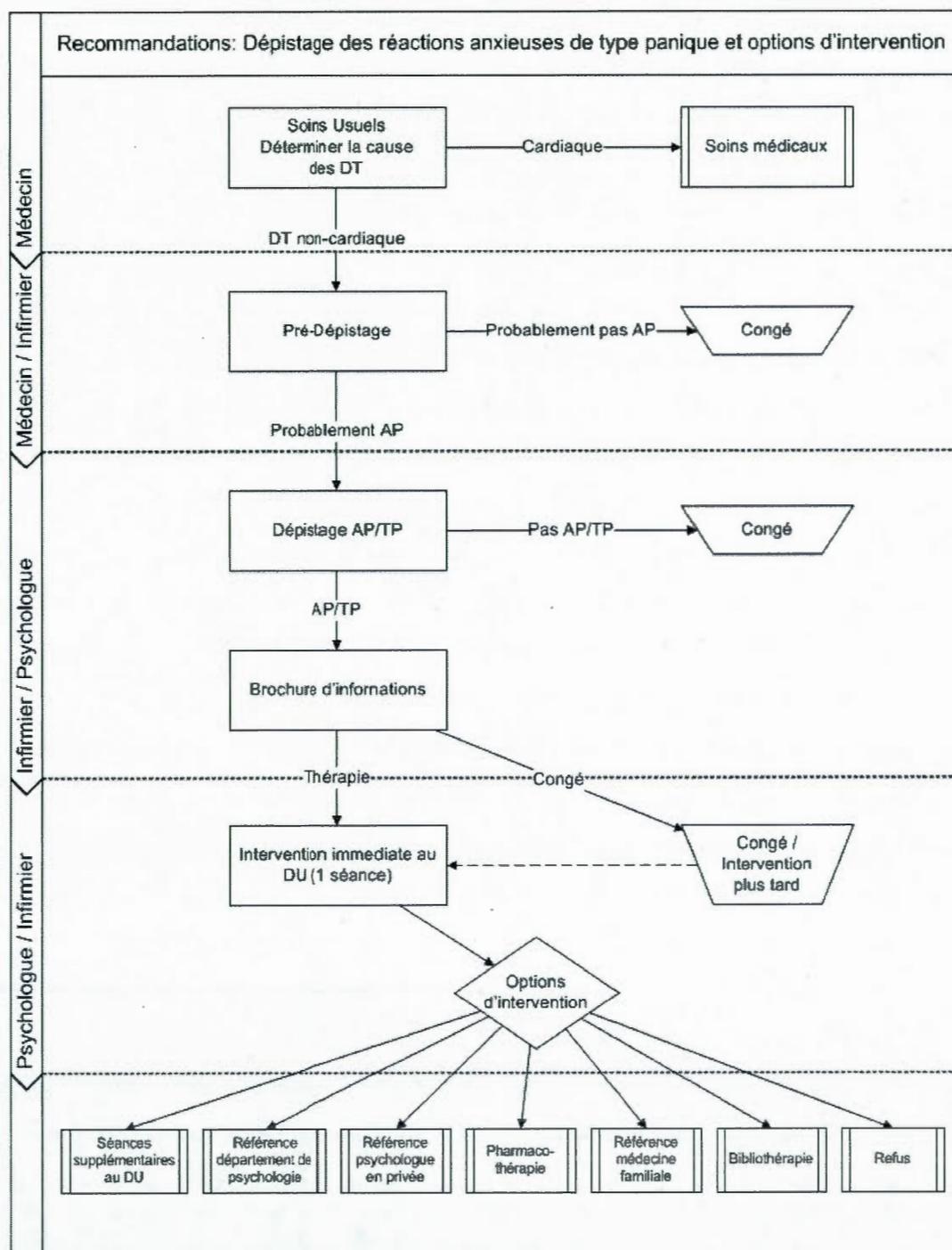
un contexte hospitalier comme les SU requiert une certaine adaptation de la part de l'organisation pouvant complexifier l'octroi du service. En effet, un thérapeute spécialisé (tel un psychologue) ou formé (tel un infirmier) doit idéalement être facilement disponible sur les lieux afin d'accueillir le patient, veiller à se doter d'un local où la séance prendra place, s'assurer de trouver un endroit calme et disponible pour toute la durée de la rencontre, sans qu'il y ait trop de va-et-vient, ou encore remettre une brochure d'information ou autres documents faisant partie de l'intervention. De plus, l'intervenant doit aussi demeurer facilement accessible advenant par exemple que le patient présente un malaise physique ou un risque suicidaire nécessitant une intervention d'urgence. Il devrait aussi être en mesure de rejoindre rapidement un médecin du SU advenant le cas où il aurait des questions concernant la santé du patient. Par ailleurs, l'intervenant sur place doit planifier à l'avance un plan alternatif afin de pouvoir octroyer ses services advenant que le patient ait à quitter rapidement après avoir reçu les résultats de son évaluation médicale (parfois après avoir attendu plusieurs heures). À cet effet, le contact par téléphone demeure une alternative intéressante pour planifier une séance, mais aussi, pour conclure correctement une séance interrompue. Dans un contexte d'urgence hospitalière et lors d'achalandage, la disponibilité des locaux peut être limitée et l'intervenant doit être en mesure de contacter d'autres départements (idéalement à proximité de l'urgence) afin de leur demander un accès temporaire. Finalement, advenant que l'intervenant sur place évalue des besoins supplémentaires en termes d'interventions (par exemple, un besoin de rencontres additionnelles), il doit être en mesure de planifier d'autres rencontres et ce, en tenant compte de l'horaire du patient, son propre horaire ainsi que des locaux disponibles. Tenir compte de tous ces éléments peut constituer parfois un processus complexe.

4.4.2 Dépistage et options d'interventions

L'initiation d'un traitement passe avant tout par le dépistage qui prend toute son importance en première ligne, particulièrement au SU, étant donné la forte prévalence des individus avec réactions anxieuses de type panique (c.-à-d., avec AP ou TP) recherchant d'abord de l'aide via ses services. Une sensibilisation du personnel médical à ce type de problème, et ce, à l'aide d'une brève formation (répétée au besoin), leur indiquant quelques questions permettant de dépister rapidement les réactions anxieuses de type panique ou bien leur indiquant des règles de décision apparaît essentielle. Cette formation du personnel médical devrait également préciser le rationnel justifiant non seulement l'importance du dépistage, mais aussi, de l'initiation ou de la référence précoce et systématique au SU d'une intervention efficace et efficiente. Par exemple, cette formation devrait inclure des informations sur le faible taux de dépistage des réactions anxieuses de type panique au SU, l'impact et les conséquences de ce non-dépistage pour le patient (persistance des symptômes ou chronicisation, visites répétées à divers services médicaux, passation de multiples examens médicaux, absentéisme au travail, baisse de productivité) et la société (coûts directs et indirects), etc.

Dans le contexte des soins de première ligne, il est important que le personnel médical ait rapidement l'information permettant d'offrir diverses options d'intervention. Nous suggérons un diagramme à considérer (voir la figure 4.1) comme outil permettant de guider le personnel du SU dans le dépistage et le choix d'interventions à envisager, ce qui contribuerait à améliorer les soins offerts à cette population. Cet outil de décision pourrait agir comme complément à un guide de pratique adressé aux médecins en première ligne, comme celui proposé par Baldwin et coll. (2005), pour les éclairer dans la démarche à suivre afin d'offrir des interventions psychologiques ou pharmacologiques optimales.

Figure 4.1 : Dépistage et options d'intervention



Les soins des patients qui se présentent avec des réactions anxieuses de type panique devraient continuer d'inclure tout d'abord, une évaluation médicale et les examens médicaux nécessaires permettant d'éliminer les problèmes organiques ainsi que de rassurer le patient. Par la suite, les soins usuels au SU devraient inclure systématiquement le dépistage des réactions anxieuses de type panique, et ce, soit par l'urgentologue ou un membre du personnel infirmier qualifié. Une étude récente (Foldes-Busque et al., 2011) propose quatre questions (bien qu'elles demandent encore à être validées) permettant d'évaluer rapidement la possibilité de ce type de problème chez des patients qui consultent les SU pour des DTNC : (1) Est-ce que le patient a un historique de troubles anxieux?; (2) Veuillez indiquer la fréquence de cette pensée lorsque vous êtes nerveux? « Je vais m'étouffer à mort » (échelle allant de jamais à habituellement); (3) Est-ce que ce patient est arrivé au SU en ambulance?; (4) Veuillez répondre à cette affirmation en encerclant le chiffre qui vous correspond le mieux (échelle allant de très peu à beaucoup) ? « Lorsque je remarque que mon cœur bat rapidement, je crains que je pourrais faire une crise cardiaque ». Ce type de questions brèves pourraient servir de pré-dépistage pouvant indiquer s'il est nécessaire de poursuivre davantage l'évaluation afin d'établir si le patient répond dans un premier temps, aux critères d'une AP et ensuite, aux critères diagnostiques d'un TP avec ou sans agoraphobie. Dans l'affirmative, nous suggérons qu'un membre du personnel médical (urgentologue ou infirmier) informe les patients qu'il existe des options d'intervention (psychologiques ou pharmacologiques) pouvant les aider.

Par la suite, nous suggérons que ces patients avec AP (avec ou sans TP) reçoivent d'abord systématiquement une brochure d'informations sur les réactions anxieuses de type panique (symptômes physiques et psychologiques de l'anxiété, facteurs explicatifs et comment la persistance des symptômes peut mener au développement d'un TP) avant qu'ils quittent le SU. Cette brochure devrait aussi inclure les coordonnées téléphoniques de l'intervenant (infirmier ou psychologue) faisant partie du personnel du SU qui serait responsable de les informer des options d'interventions

envisageables. Cette brochure nous apparaît importante afin de s'assurer qu'ils reçoivent l'information concernant la possibilité de recevoir un traitement, s'ils le désirent. Le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale (CLIPP) serait un organisme qui pourrait soutenir la diffusion de cette brochure d'information. La brochure pourrait aussi inclure un lien internet à consulter qui documenterait un bilan des connaissances sur les réactions anxieuses de type panique, particulièrement chez les patients qui consultent par l'entremise des soins de première ligne. Il s'agirait d'un document détaillé qui pourrait comprendre les informations suivantes : (1) définitions des symptômes physiques et psychologiques de l'anxiété; (2) examens médicaux effectués afin d'éliminer les causes organiques des symptômes; (3) critères diagnostiques d'une AP et du TP (avec ou sans agoraphobie); (4) facteurs explicatifs des réactions anxieuses de type panique; (5) prévalence et données épidémiologiques; (6) coûts sociaux; (7) conséquences sur la santé physique et psychologique, le fonctionnement et la qualité de vie; (8) options de traitement basées sur les données probantes (approche psychologique, approche pharmacologique, approche bibliographique); (9) références utiles (p. ex., coordonnées du site de l'OPQ, de cliniques privées et publiques spécialisées en anxiété).

Des options d'intervention devraient être soit, offertes immédiatement au SU après que les patients aient reçu la brochure d'informations, soit planifiées ultérieurement lorsque le patient contacte l'intervenant responsable. Une séance d'intervention psychologique de deux heures avec un intervenant qualifié devrait être d'abord initiée ou planifiée au SU et ce, le plus rapidement possible. C'est ce qui ressort d'ailleurs de notre étude empirique indiquant qu'une telle intervention brève est efficace et par le fait même, devrait être priorisée à des interventions de plus longues durées, devant être considérées dans le cas où le patient demeure symptomatique. Cette séance d'intervention psychologique aurait pour but de transmettre des informations sur les réactions anxieuses de type panique (critères d'un

AP et du TPA; les facteurs explicatifs de développement et de maintien; retour sur le résultat du bilan médical ayant éliminé les problèmes organiques) et de proposer des stratégies d'interventions additionnelles pouvant les aider dans la gestion de leurs symptômes. Par exemple, on pourrait leur proposer de : (a) poursuivre une intervention psychologique individuelle (ou par vidéoconférence dans le cas des patients en région) à séance limitée au SU, (b) les référer au service de psychologie de l'hôpital dans le cas où l'intervention doit se prolonger à moyen ou plus long terme (p. ex., dans le cas d'éléments de troubles de la personnalité ou d'agoraphobie sévère, une TCC conventionnelle serait plus appropriée), (c) de débiter un protocole de traitement pharmacologique initié au SU et gérer par la suite par leur médecin de famille, (d) leur donner uniquement la référence d'un manuel de traitement autogéré reconnu pour le TP « La peur d'avoir peur : guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie » (Marchand et Letarte, 2004). L'intervenant devrait discuter de ces options avec le patient afin d'aider ce dernier à choisir une option qui réponde à ses caractéristiques cliniques ainsi qu'à ses besoins et préférences.

Bien que l'initiation d'une intervention pharmacologique peut sembler être relativement plus pratique dans le contexte des SU, cette forme d'intervention implique que l'individu expérimente possiblement des effets secondaires indésirables. Ces réactions physiques peuvent être craintes par les individus avec une anxiété de type panique puisqu'un des éléments centraux au TP est la tendance à être hypervigilant aux sensations physiques interprétées comme catastrophiques. De plus, une médication peut être contre-indiquée dans certains cas. En ce sens, des interventions de nature psychologique nous semblent le traitement de premier recours pour ces patients, et ce, dans la mesure où elles incluent une stratégie permettant d'aider les individus à apprivoiser et tolérer les sensations physiques. Dans l'étude du chapitre II, aucun participant n'a refusé la modalité d'intervention psychologique auxquelles ils ont été assignés, ce qui suggère que ces interventions psychologiques puissent constituer une option plus attrayante pour cette population. Néanmoins, la

pharmacothérapie doit demeurer une option de traitement étant donné que certains patients vont peut-être la préférer à l'approche psychothérapeutique.

D'ailleurs, une étude auprès d'une population TP-DTNC au SU a démontré que cette approche est aussi efficace qu'une intervention psychologique de sept séances (Pelland et al., 2011). L'intervention psychologique devrait inclure les stratégies d'intervention cognitive et comportementale suivantes reconnues pour les individus avec réactions anxieuses de type panique, mais de manière adaptée à cette population médicale: psychopédagogie, démystification des symptômes de la panique et de la peur associée au TP, restructuration cognitive, identification et exposition aux sensations physiques liées aux symptômes des AP, respiration diaphragmatique, relaxation musculaire progressive ainsi que l'exposition in vivo aux situations évitées (au besoin) et le maintien des acquis et la prévention des rechutes. Plusieurs de ces stratégies ont été démontrées comme pouvant être bien insérées dans un protocole d'une ou de sept séances, mais nous suggérons d'être flexible afin de s'ajuster aux caractéristiques des patients soit, selon l'intensité de sa symptomatologie et la comorbidité (p. ex., agoraphobie, dépression). Compte tenu, que la durée moyenne du TP est beaucoup moins élevée dans cette population médicale (5.3 ans vs 11.7 ans pour la population psychiatrique), les interventions devraient être adaptées en tenant compte de la chronicité moindre du TP (p. ex., un patient qui ne présente pas d'évitement de situations ayant déclenché les AP pourrait se voir enseigné cette stratégie à titre préventif; en ajoutant des techniques de respiration diaphragmatique et de relaxation advenant un autre trouble anxieux comorbide) et ce, tout en s'assurant d'intervenir rapidement afin, justement, de limiter cette chronicité. Qui plus est, une adaptation de l'intervention devrait se faire de la manière suivante : explications sur l'évaluation médicale au SU de la DTNC incluant les examens médicaux généralement administrés; emphase mise sur l'anxiété normale vs pathologique de présenter un problème cardiaque; informations sur la différence entre les symptômes d'anxiété et les symptômes indicateurs d'un problème cardiaque, tout

en prenant soin d'avoir une approche non-stigmatisante. De plus, tel que mentionné précédemment, 30% de cette population médicale avec DTNC et TP concomitants pourraient présenter un sous-type de ce trouble, soit un TP sans peur (Fleet, Martel et al., 2000), alors que d'autres présenteraient moins de cognitions de peur que les patients avec TP sans DTNC (Fraenkel et al., 1996). L'intervention psychologique devrait tenir compte de cette caractéristique particulière, soit en enseignant brièvement à titre informatif et préventif la stratégie de restructuration cognitive, ou bien en faisant moins de pratique en rencontre.

De par leur formation et expérience, les psychologues sont des professionnels à favoriser et à intégrer dans le cadre des services au SU, particulièrement ceux ayant une formation en psychologie de la santé. En effet, ces derniers possèdent une expertise dans l'évaluation des troubles mentaux ainsi que dans la promotion de bonnes habitudes de vie, de la prévention des maladies et dans la connaissance des facteurs psychologiques et comportementaux dans le traitement des problèmes de santé physique. Le psychologue doit aussi idéalement posséder certaines connaissances en intervention auprès d'individus présentant des problèmes spécifiques de santé physique, en particulier les maladies cardiovasculaires (p. ex., les facteurs de risque et de protection) et savoir distinguer les symptômes susceptibles d'être associés à l'anxiété de type panique, des symptômes pouvant indiquer un événement cardiaque. Avoir de tels psychologues disponibles sur place (ou en vidéoconférence lorsque le déplacement ou la distance devient un enjeu) pouvant répondre rapidement aux demandes d'interventions serait un atout important à considérer dans l'amélioration des soins offerts à cette population qui consulte par l'entremise des SU.

Par ailleurs, une option alternative (p. ex., dans le cas où il n'y a pas de psychologues spécialisés disponibles) serait qu'un membre du personnel infirmier du SU effectue, uniquement, la première séance d'intervention psychologique. Ce

dernier devrait alors être formé à l'administration d'un protocole d'intervention structuré d'une séance comportant les éléments d'informations décrits précédemment ainsi que d'être en mesure de leur proposer les options d'intervention pouvant être initiée au SU (ex : référence à un psychologue, médication, bibliothérapie).

Dans l'ensemble, un taux élevé de participants potentiellement éligibles refuse de s'engager dans les études (surtout dans le cas des interventions pharmacologiques) alors que le taux d'abandon en cours de traitement semble plutôt modéré. Il est possible que ce taux de refus important s'explique en partie par une forme de stigmatisation envers le fait de présenter des symptômes d'anxiété. Devant cette stigmatisation possible et sachant que ces patients recherchent de l'aide via un SU en craignant souvent d'avoir un problème médical, recevoir une première brève intervention par un membre du personnel médical (tel un infirmier) pourrait avoir un impact positif sur l'adhérence au traitement initié et poursuivi. D'ailleurs, il est possible que certaines caractéristiques de cet échantillon (tels que l'âge moyen élevé et le nombre d'hommes plus élevé) les rendent moins réceptifs à des interventions de nature psychologique, d'où l'importance d'adapter notre approche en expliquant ces aspects aux patients. Aussi, les individus plus motivés et prêts à faire les exercices en rencontre et entre elles sont peut-être plus susceptibles de mieux répondre à l'approche thérapeutique cognitive et comportementale. Cependant, les psychologues spécialisés en médecine comportementale et à l'approche cognitive et comportementale demeurent à notre avis les intervenants les mieux qualifiés, ce qui porte à croire qu'ils seraient une valeur ajoutée à l'équipe des soins au SU. De plus, l'intervenant sur place (qu'il soit psychologue ou infirmier) doit avoir les compétences nécessaires pour développer et maintenir une bonne alliance thérapeutique avec son patient. Cette compétence du thérapeute pourrait être un facteur très important expliquant la variabilité des résultats thérapeutiques (Lecomte, Drouin, Savard et Guillon, 2004).

4.4.3 Intervenir pour prévenir les maladies cardiovasculaires

Dans l'étude présentée au chapitre II, 66% des participants qui se présentent au SU pour des DT ont rapporté avoir un ou plusieurs facteurs de risque généralement attribuables aux maladies cardiovasculaires (MCV), tel un infarctus du myocarde (c.-à-d., tabagisme, hypertension, hypercholestérolémie, diabète, obésité). En plus de ces facteurs, de plus en plus d'évidences indiquent que les facteurs psychosociaux (p. ex., stress en général) constituent aussi un facteur de risque non-négligeable des MCV. En effet, la présence d'un ou plusieurs facteurs psychosociaux augmenterait de 2.67 fois le risque de ce type de maladie chronique (Yusuf et al., 2004). Ces données s'avèrent d'une grande importance pour la prévention des MCV, sachant que les interventions psychologiques peuvent réduire les réactions anxieuses, en particulier lorsqu'un patient consulte en première ligne avec des réactions anxieuses de type panique (un facteur psychosocial en soi) et qu'il présente également d'autres facteurs de risque des MCV. Le TP affecterait 10 - 30% des patients avec MCV et les réactions anxieuses de type panique seraient associées à 2.5 - 4 fois plus de risque de mort cardiaque soudaine chez les patients initialement en bonne santé (Fleet, Lavoie et al., 2000). Qui plus est, l'anxiété sévère suite à un infarctus du myocarde est associée à 2.5 - 5 fois plus de risque d'incidents subséquents (Fleet, Lavoie et al., 2000). En ce sens, intervenir rapidement au SU auprès des individus qui présentent de l'anxiété pourrait contribuer également à prévenir les MCV et ce, autant chez des individus avec ou sans antécédents de MCV.

4.5 Transfert des connaissances

La communauté clinique et scientifique pourrait être informée des connaissances tirées de cette étude par des présentations dans des congrès ainsi que des conférences d'informations qui auraient lieu d'abord dans les trois hôpitaux ayant collaboré à ce projet et ensuite à d'autres milieux de première ligne. Celles-ci auraient pour but non

seulement de transmettre les résultats des études d'efficacité des interventions offertes au SU pour cette population, mais aussi, d'en souligner leur rationnel et l'impact d'une initiation systématique et précoce pour l'individu et la société. Suite à ces conférences, nous pourrions être disponibles pour aider les SU à intégrer des psychologues dans le cadre de leurs services en offrant une brève formation à ces derniers sur les connaissances acquises dans le cadre de cette thèse. Qui plus est, il serait important de sensibiliser les paliers de gouvernement responsables de la santé et les gestionnaires des hôpitaux du rapport coûts/efficacité d'investir dans le traitement précoce des patients qui consultent au SU pour des réactions anxieuses de type panique. De plus, le grand public pourrait être informé des résultats de cette étude par l'entremise d'émissions télévisés ou radiodiffusés orientées vers la divulgation d'informations liées à la santé. Puis, le CLIPP pourrait, tel que mentionné précédemment, mettre disponible sur leur site internet un document d'informations détaillés sur les réactions anxieuses de type panique.

4.6 Avenues de recherches futures

Les études portant sur l'intervention au SU pour les réactions anxieuses de type panique demeurent un enjeu important dans le domaine de la recherche clinique. Bien que la présente étude ait apporté une contribution certaine, il est primordial de poursuivre le travail dans cette voie. Au niveau de la recherche, il serait d'abord souhaitable de répliquer cette étude auprès d'un échantillon de participants plus élevé au SU (tout en évaluant si l'intervention de sept séance s'avérerait supérieure à une seule séance) ainsi qu'au sein d'autres milieux de première ligne, tout en évaluant les coûts-efficacité de ce type d'interventions précoces. Une étude clinique contrôlée et randomisée portant sur ces interventions psychologiques d'une et de sept séances ainsi que comportant une condition pharmacologique serait aussi à entreprendre. Ensuite, il serait intéressant de poursuivre les études pour mieux comprendre l'efficacité des interventions brèves et précoces dans une perspective longitudinale, et

ce, malgré que les études discutées dans cette thèse semblent suggérer le maintien des gains à moyen terme.

Qui plus est, dans ce programme de recherche, 19% de l'échantillon présentait un trouble dépressif majeur comorbide. La dépression affecte la motivation et la concentration, ce qui peut affecter l'adhérence au traitement psychologique (p. ex., difficulté de se mobiliser, à faire les exercices entre les séances). Il est intéressant de noter que les deux modalités d'interventions psychologiques se sont avérées efficaces malgré la présence chez quelques participants d'un trouble anxieux ou de l'humeur comorbides. Il serait intéressant de voir comment la présence d'un trouble dépressif majeur affecte l'efficacité du traitement et ce, en le comparant à une population sans cette comorbidité. D'autres études pourraient également sélectionner les participants sur la base d'autres symptômes physiques (que les DT) associés également aux réactions anxieuses de type panique (ex : palpitations) ainsi qu'auprès de patients avec MCV et TP concomitant. Dans une perspective de recherche, il serait important de valider les propriétés psychométriques des questionnaires évaluant la symptomatologie auprès de cette population médicale.

Il serait aussi particulièrement intéressant d'étudier, sur cette même population, les variables pouvant prédire le succès thérapeutique dans un contexte d'interventions brèves. Par exemple, est-t-il particulièrement important de s'assurer d'un certain niveau de motivation avant d'entreprendre systématiquement une forme brève d'intervention? Les composantes de la TCC brève les plus efficaces et représentant la meilleure ampleur de l'effet nous apparaissent également importantes à étudier davantage dans le contexte des SU. Puis, l'efficacité et la faisabilité d'autres formats de TCC brèves devraient faire l'objet d'études futurs (ex : en groupe, par vidéoconférence) ainsi que la comparaison de l'efficacité d'initier et d'effectuer le suivi psychologique au SU, comparativement à référer directement au département de psychologie ou de psychiatrie.

Par ailleurs, il serait pertinent d'évaluer l'impact spécifique de distribuer uniquement une brochure d'informations (sur les réactions anxieuses de type panique et les modalités d'interventions recommandées) ou de la remise d'un manuel d'auto-traitement sans contact avec un thérapeute, non seulement sur la réduction des symptômes, mais aussi, sur la perception des patients de l'importance qu'on accorde à leurs symptômes au SU. Finalement, il serait à propos de développer un groupe de travail, par exemple en collaboration avec les urgentologues et infirmiers en chef des principaux SU de Montréal et des psychologues experts dans l'intervention brève auprès de cette population, afin de déterminer la meilleure marche à suivre pour être en mesure d'implanter systématiquement des interventions psychologiques dans le cadre des SU.

4.7 Conclusion générale

L'étude actuelle constitue un effort important afin de démontrer que des interventions brèves et précoces représentent une avenue fort valable et prometteuse à intégrer systématiquement au SU dans le traitement des DTNC avec ou sans réactions anxieuses de type panique. En effet, dans la mesure où les interventions psychologiques brèves (en format individuel) et pharmacologiques (ISRS) s'avèrent plus efficaces pour réduire la symptomatologie du TP que les soins usuels, qu'elles permettent d'agir rapidement pour en restreindre son développement, auprès d'une population qui a tendance à consulter d'abord les services médicaux de première ligne, il apparaît des plus opportuns d'initier et de favoriser l'accès à ces formes d'interventions dans le cadre des SU. Dans le contexte du manque de ressources spécialisées et des coûts importants associés aux consultations médicales répétées, les interventions brèves initiées directement dans le cadre des SU par un personnel qualifié constituent une solution intéressante et prometteuse avec un rapport coûts/efficacité des plus probant. Plus particulièrement, cette étude souligne qu'une intervention psychologique d'approche cognitive et comportementale d'une seule

séance de deux heures représente un investissement suffisant en termes de temps et de ressources. Bien qu'il puisse parfois paraître difficile d'en ajouter à l'approche des soins usuels offert au SU, l'efficacité des interventions, particulièrement des interventions psychologiques cognitives-comportementales, ainsi que les coûts économiques et sociaux générés par l'absence de traitement, justifient de rendre ces types d'intervention accessibles afin d'octroyer davantage de services spécialisés et efficaces. Malgré le peu d'études actuelles sur le sujet et certaines limites qu'elles présentent, il semble nécessaire d'envisager que des psychologues soient disponibles sur place au SU, au même titre, que les autres professionnels au SU. Les psychologues pourraient aussi servir à former et superviser les professionnels des SU n'ayant pas accès à ce service spécialisé (ex : en région) à l'intervention auprès de cette population. Ils pourraient contribuer aux rencontres multidisciplinaires (si nécessaire) de l'établissement où il est affecté. Considérant les avantages d'intervenir rapidement au SU, des efforts futurs devront aussi tenir compte de la mise en place de normes cliniques susceptibles de faciliter une utilisation accrue et optimale d'interventions brèves pour cette population. Les dimensions organisationnelles, éthiques, économiques et humaines devront être davantage explorées afin d'en souligner l'importance pour une implantation de programme de soins réussie, tout en contribuant à réduire le fardeau lié à l'achalandage au SU.

APPENDICE A

APPROBATION DU COMITÉ SCIENTIFIQUE ET D'ÉTHIQUE DE LA
RECHERCHE DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL



APPROBATION D'UN PROJET DE RECHERCHE

TITRE: Évaluation de l'efficacité de traitements du trouble panique chez les individus consultant à l'urgence pour des douleurs thoraciques à faible risque de problèmes cardiaques
- *Version de septembre 2005*
- *Questionnaires*

LIEU: Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, 5400, boul. Gouin Ouest, Montréal (Québec) H4J 1C5

CHERCHEUR(s): Kim Lavoie, Ph. D., André Marchand, Ph. D., Richard Fleet, M.D., Ph.D., Marie-Josée Lessard, Ph. D., et Marie-Ève Pelland, Ph. D.

PROVENANCE DES FONDS: Fonds du département de l'urgence, des chercheurs et en attente d'une réponse de l'IRSC

PROBLÉMATIQUE et OBJECTIF DE L'ÉTUDE: Le trouble panique est fréquent à l'urgence. Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité de trois différentes modalités d'intervention auprès de cette population. Elle pourrait permettre l'implantation de différents traitements spécialisés dans un souci d'améliorer les services offerts à cette population, faciliter l'accessibilité à des traitements adéquats et diminuer l'achalandage dans les services d'urgence

TYPE DE RECHERCHE: Cohortes avec pré-test et post-test (cycle institutionnel)

ADMISSIBILITÉ DES SUJETS: Sujets de plus de 18 ans, maîtrisant le français ou l'anglais et présentant un diagnostic de douleur thoracique non-cardiaque ou à faible risque de problèmes cardiaques

CONSÉQUENCES ÉTHIQUES: Liberté de participer: oui Consentement éclairé: oui
Confidentialité: oui Liberté d'en sortir sans contrainte: oui

FORMULAIRES(8) DE CONSENTEMENT: versions française (4) et anglaise (4)
requis: oui (versions initiales du 13 février 2006)
approuvé: oui 15 février 2006

COMITÉ D'ÉTHIQUE: No de code: C.E. 2005-10-81

DATE DE L'ÉTUDE PAR LE COMITÉ: 24 octobre 2005 (séance plénière)

- 1^{er} octobre 2006 (renouvellement)
- 30 avril 2007 (modification au protocole et ajout de questionnaires (Index de sévérité de l'insomnie et Croyances et attitudes envers le sommeil))
- 1^{er} octobre 2007 (renouvellement)
- 1^{er} octobre 2008 (renouvellement)

MEMBRES DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE ET DE L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

AVIS FAVORABLE: Dre Chantal Lambert, scientifique non médecin, présidente
Mme Marie-France Thibaudau, scientifique non médecin, vice-présidente
Mc Chantal Roy, juriste
M. Guy Beaugard, personne spécialisée en éthique
Dr Marcel Boulanger, membre non affilié représentant la collectivité
Mme Henriette Bourassa, membre non affilié représentant la collectivité
Mme Isabelle Larouche, scientifique non médecin
Dre Jadranka Spahija, scientifique non médecin
Dr Axel Tosikyan, scientifique médecin
Dr Colin Verdant, scientifique médecin

M. F. Thibaudau
Marie-France Thibaudau

N.B.: Le Comité d'éthique de la recherche de l'HSCM poursuit ses activités en accord avec *Les bonnes pratiques cliniques (Santé Canada)* et tous les règlements applicables

Cette approbation est valable pour une période d'un an seulement. Une demande de renouvellement doit être faite après cette période.

APPENDICE B

APPROBATION DU COMITÉ SCIENTIFIQUE ET D'ÉTHIQUE DE LA
RECHERCHE DE L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL



**INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL**

Le 4 avril 2008

Docteur Kim Lavoie
À l'attention de : Madame Catherine Laurin
Centre de recherche, Roulotte R-2200
Institut de Cardiologie de Montréal

**Projet #06-910 MADONA II - Évaluation de l'efficacité de traitements du trouble panique
chez les individus consultant à l'urgence pour des douleurs thoraciques à
faible risque de problèmes cardiaques.**

Chère Docteur Lavoie,

Nous vous adressons la décision du Comité d'éthique lors de l'analyse de vos documents soumis à la réunion du 26 mars 2008 concernant votre projet.

2008-03-05 Formulaire de demande de renouvellement annuel 2008-2009, rétroactif au
9 février 2008.

Décision du Comité : Le Comité renouvelle rétroactivement l'approbation au 9 février 2008 et
pour l'année 2008-2009.

Veuillez agréer, Chère Docteur Lavoie, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Aline Masson, Coordonnatrice aux activités en éthique / pour
L. Conrad Pelletier, MD., MBA, FRCSC
Président,
Comité d'éthique de la recherche et
du développement des nouvelles technologies
LCP/jp

APPENDICE C

APPROBATION DU COMITÉ SCIENTIFIQUE ET D'ÉTHIQUE DE LA
RECHERCHE DE L'HÔTEL-DIEU DE LÉVIS



Le 19 février 2008

Docteur André Marchand
Département de psychologie
Université du Québec à Montréal
C.P. 8888, Succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3P8

Objet : Projet de recherche : MADONA II «Évaluation de l'efficacité de différents traitements du trouble panique chez les individus consultant à l'urgence pour des douleurs thoraciques à faible risque de problèmes cardiaques» - CER-0607-039

Docteur,

Lors de la rencontre du comité d'éthique de la recherche tenue le 13 février 2008, les membres ont pris connaissance des documents transmis en vue du renouvellement du projet de recherche susmentionné.

Après analyse de ces documents, c'est avec plaisir que nous vous informons de la décision favorable du comité d'éthique de la recherche à la poursuite de votre projet de recherche.

Veuillez agréer, Docteur, l'expression de nos sentiments distingués.

La secrétaire-trésorière du comité d'éthique
de la recherche,

Suzanne Chayer

Suzanne Chayer, M. Sc.

SC/mo

p. j. extrait du procès-verbal

c.c. Mme Geneviève Belleville, coordonnatrice, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal
Mme Guyliane Martineau, directrice de l'enseignement et de la recherche
Dr Julien Poltras, Département de médecine d'urgence, CHAU Hôtel-Dieu de Lévis

SITE PRINCIPAL
143, rue Wolfe
Lévis (Québec) G6V 9Z1

SITE PAUL-GILBERT
8330, boulevard Centre-Hospitalier
Chary (Québec) G6X 1L9

APPENDICE D

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE
MONTRÉAL: CONDITIONS D'INTERVENTIONS



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude : Évaluation de l'efficacité de trois modalités d'intervention auprès des individus qui consultent en salle d'urgence pour des douleurs thoraciques non-cardiaque et ayant un trouble panique.

Chercheurs principaux :

Kim Lavoie, Ph. D., Psychologie
Axe de recherche en santé respiratoire
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Téléphone : (514) 338-2222 poste 3709
Département de psychologie
Université du Québec à Montréal
Téléphone : (514) 987-3000 poste 3835

Richard Fleet MD., Ph.D. Psychologie
Département de psychiatrie
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Télé avertisseur: (514) 930-4999

André Marchand Ph.D., Psychologie
Département de psychologie
Université du Québec à Montréal
Téléphone: (514) 987-3000 poste 8439

Cochercheurs :

Jean-Marc Chauny M.D.
Département de Médecine d'Urgence
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Téléphone: (514) 335-1252

Raoul Daoust, M.D.
Département de Médecine d'Urgence
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Téléphone: (514) 335-1252

Pierre Verrier, M.D., Psychiatrie
Département de psychosomatique
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Téléphone : (514) 338-2070

Donald Bouthillier, Ph.D., Psychologie
Département de psychosomatique
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Téléphone : (514) 338-2222 poste 2941

Marie-Josée Lessard Ph.D. (c)
Marie-Ève Pelland Ph.D. (c)
Étudiantes au doctorat en psychologie
Directeurs : André Marchand et Kim Lavoie
Département de psychologie
Université du Québec à Montréal
Téléphone : (514) 251-4000 poste 2555

INFORMATION

1. Nature et objectifs de l'étude

Nous vous invitons à participer à une étude portant sur la condition psychologique des personnes se présentant à l'urgence pour une douleur ou un malaise à la poitrine d'origine non-cardiaque. Certaines études semblent en effet montrer que ces malaises physiques à la poitrine peuvent parfois s'accompagner d'anxiété de type « panique ». L'étude porte sur l'évaluation de l'efficacité de trois différentes modalités d'intervention, dont deux de nature psychologique et une de nature pharmacologique, pour les personnes se présentant à l'urgence pour une douleur ou un malaise à la poitrine d'origine non-cardiaque et chez qui on a détecté de l'anxiété de type « panique ».

Si vous êtes sélectionné(e), vous aurez la possibilité de participer à cette étude où nous cherchons donc à observer si, suite au traitement bref ou au traitement de plus longue durée ou bien au traitement pharmacologique, vos malaises d'estompe, votre niveau d'anxiété diminue et votre fonctionnement psychosocial s'améliore. Toutes les personnes qui participeront à cette étude bénéficieront d'un traitement gratuit pour leurs malaises physiques et leur anxiété de type « panique ». Dans le cadre de cette recherche, un total de 90 participant(e)s seront recrutés à l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.

Avant de signer ce formulaire de consentement, veuillez prendre tout le temps nécessaire pour lire (ou vous faire lire) attentivement les informations suivantes et poser toutes les questions nécessaires afin de bien comprendre les implications de votre participation.

2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Phase I : Si vous acceptez de participer à cette étude, vous assisterez d'abord à une rencontre d'évaluation réalisée par un(e) assistant(e) de recherche lors de votre visite à l'urgence. Nous vous poserons alors des questions sur votre santé, vos habitudes de vie, l'anxiété et d'autres symptômes physiques et psychologiques que vous pourriez avoir. Cette rencontre durera environ 45 minutes et est essentielle puisqu'elle permet de déterminer si vous êtes éligible à participer à cette étude. Suite à cette évaluation, l'assistant de recherche vous avisera si vous êtes éligibles à participer et vous indiquera la démarche à suivre pour débiter votre traitement.

Le choix du traitement est établi selon un ordre pré-déterminé, il ne sera donc pas possible pour vous de choisir le type de traitement. Si le choix du traitement que nous vous proposons ne vous convient pas, nous pourrions vous référer, si vous le désirez, à des ressources et nous devrions à ce moment cesser votre participation à cette étude. De plus, il est possible que vous soyez affecté au suivi habituel offert aux patients qui se présentent à l'urgence pour des douleurs thoraciques non-cardiaque. Ceci nous permettra d'évaluer la pertinence des traitements proposés par rapport au suivi habituel. Toutefois, à la fin de la recherche, si un des traitements s'avère plus efficace que le suivi habituel, nous pourrions vous offrir gratuitement, si cela vous intéresse, ce ou ces traitements efficaces.

Chaque participant(e), dans la mesure du possible, ne devra pas participer à une autre forme d'intervention ou à un groupe de soutien pendant toute la durée de l'étude et ne devra pas débiter la prise d'une médication de type psychotrope pour diminuer son anxiété/panique durant toute la durée de cette étude, soit 1 an.

Si vous acceptez les conditions précédentes, vous devrez, en plus de l'entrevue initiale d'évaluation, remplir quelques questionnaires; certains sur place et d'autres à votre domicile. Une enveloppe pré-affranchie et pré-adressée est prévue à cet effet. L'entrevue sera enregistrée sur bande audio uniquement pour permettre une écoute ultérieure afin de s'assurer de la qualité des entrevues. Ces enregistrements seront détruits à la fin de l'étude.

Pour être en mesure de bien compléter l'étude, nous vous demandons l'autorisation de consulter votre dossier médical et votre dossier RAMQ pour recueillir des informations pertinentes aux objectifs de l'étude, c'est-à-dire qui concernent votre malaise à la poitrine et d'autres aspects de votre santé.

Phase II :

A. Participant(e)s à l'intervention autogérée :

Les participant(e)s bénéficieront d'une psychothérapie individuelle de type cognitive-comportementale pour le traitement pour les personnes présentant des douleurs thoraciques non-cardiaque et ayant de l'anxiété de type « panique ». Cette thérapie sera d'une durée de 14 semaines, à raison d'une rencontre, durant 1 heure approximativement, aux deux semaines et sera offerte par un psychologue formé à cette approche. Au cours de la thérapie, nous vous demanderons de noter certaines observations et d'effectuer des exercices pratiques durant les rencontres, puis seul(e) entre les rencontres. Les participant(e)s seront amenés à prendre en charge graduellement leur intervention avec le soutien de leur thérapeute. Les personnes prenant un médicament pour les symptômes d'anxiété/panique devront maintenir la prise et la posologie de leur médication pendant au moins six mois. Les personnes ne prenant pas de médicament pour les symptômes d'anxiété/panique ne devront prendre aucune médication pour le soulagement de l'anxiété.

B. Participant(e)s à l'intervention psychologique brève : XXX nécessite un déplacement de votre part les jours suivants votre visite à l'urgence (max une semaine).

Les participant(e)s bénéficieront d'une intervention psychologique brève gratuite pour le traitement pour les personnes présentant des malaises physiques et de l'anxiété de type « panique ». Celle-ci est d'une durée d'environ deux heures et aura lieu à l'hôpital même immédiatement après avoir obtenu les résultats négatifs de vos examens physiques. Au cours de cette intervention, nous vous transmettrons certaines informations concernant vos malaises physiques ainsi que l'anxiété/panique et nous vous demanderons d'effectuer des exercices pratiques.

C. Participant(e)s au traitement pharmacologique :

Les participant(e)s bénéficieront d'un traitement pharmacologique gratuit. La médication offerte sera un antidépresseur de type ISRS (inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine), approprié pour soulager l'anxiété de type « panique ». La prescription initiale sera fournie par l'urgentologue que vous avez consulté lors de votre visite à l'urgence. Les suivis de cette médication seront assurés par Dr. Pierre Verrier, psychiatre de l'Hôpital du Sacré-Cœur. La médication sera prise pour une durée de 6 mois et ensuite sera diminuée graduellement, selon les recommandations du médecin. Le dosage sera ajusté selon les recommandations du médecin. Si la médication n'est pas bien tolérée par le participant(e), le psychiatre pourra décider de la cesser ou de la modifier.

D. Participant(e)s du groupe contrôle de type soins usuels :

Les participant(e)s bénéficieront des soins normalement offerts dans le cas où une personne se présente dans un service d'urgence avec une plainte de douleur thoracique non-cardiaque soit, ce qu'ils reçoivent généralement comme intervention (réassurance par le médecin de l'absence de problèmes cardiaque ou organique établis suite aux examens physiques).

Phase 3 : Suivis

A. Participant(e)s à l'intervention autogérée :

À la fin du traitement, ainsi qu'à 3, 6 et 12 mois après ce dernier, vous assisterez à une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer vos progrès. La rencontre à la fin du traitement, soit deux semaines après la thérapie, aura lieu à l'Hôpital du Sacré-Cœur et exige donc un déplacement de votre part. Les rencontres d'évaluation subséquentes, soit celles de 3, 6 et 12 mois, seront fait par téléphone, nécessitant aucun déplacement de votre part. De plus, nous vous demanderons de remplir une série de questionnaire à la fin du traitement ainsi qu'à 3, 6 et 12 mois. Vous devrez les remplir et nous retourner par la poste dans une enveloppe pré-affranchie et pré-adressée.

B. Participant(e)s à l'intervention psychologique brève :

À la fin de l'intervention, ainsi qu'à 3, 6 et 12 mois après ce dernier, vous assisterez à une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer vos progrès. La rencontre à la fin de l'intervention, soit deux semaines après la thérapie, aura lieu à l'Hôpital du Sacré-Cœur et exige donc un déplacement de votre part. Les rencontres d'évaluation subséquentes, soit celles de 3, 6 et 12 mois, seront fait par téléphone, nécessitant aucun déplacement de votre part. De plus, nous vous demanderons de remplir une série de questionnaire à la fin du traitement ainsi qu'à 3, 6 et 12 mois. Vous devrez les remplir et nous retourner par la poste dans une enveloppe pré-affranchie et pré-adressée.

C. Participant(e)s au traitement pharmacologique :

Huit semaines après le début de la prise de médication, ainsi qu'à 3, 6 et 12 mois après le début de celle-ci, vous assisterez à une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer vos progrès. La rencontre à 8 semaines aura lieu à l'Hôpital du Sacré-Cœur et exige donc un déplacement de votre part. Les rencontres d'évaluation subséquentes, soit celles de 3, 6 et 12 mois, seront fait par téléphone, nécessitant aucun déplacement de votre part. De plus, nous vous demanderons de remplir une série de questionnaire à la fin du traitement ainsi qu'à 3, 6 et 12 mois. Vous devrez les remplir et nous retourner par la poste dans une enveloppe pré-affranchie et pré-adressée.

D. Participant(e)s du groupe contrôle de type soins usuels :

Deux semaines suivant votre séjour à l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur, ainsi qu'à 3, 6 et 12 mois après ce dernier, vous assisterez à une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer votre état. La rencontre suivant votre séjour, soit deux semaines après celui-ci, aura lieu à l'Hôpital du Sacré-Cœur et exige donc un déplacement de votre part. Les rencontres d'évaluation subséquentes, soit celles de 3, 6 et 12 mois, seront fait par téléphone, nécessitant aucun déplacement de votre part. De plus, nous vous demanderons de remplir une série de questionnaire à la fin du traitement ainsi qu'à 3, 6 et 12 mois. Vous devrez les remplir et nous retourner par la poste dans une enveloppe pré-affranchie et pré-adressée.

3. Risques, effets secondaires et désagréments

Il n'y a pas de risques prévisibles pour votre santé physique et psychologique à participer à cette étude. Cependant, il est possible que quelques petits inconvénients résultent de votre participation. Par exemple, en exécutant les exercices demandés pendant ou entre les rencontres d'intervention, il est possible que vous éprouviez un certain niveau d'anxiété comparable à ce que vous avez déjà éprouvée jusqu'à ce jour dans diverses situations. Par contre, ceci est rarement un problème et la majorité des participant(e)s affirment dans ce type de thérapie que l'expérience est bien moins pénible qu'anticipé.

De plus, dans le cas du traitement pharmacologique, il est possible que vous éprouviez certains effets secondaires indésirables durant les premiers jours, quoique ces derniers s'estompent généralement une fois habituation, entre une et deux semaines après l'augmentation de la dose. La prise de médication de type ISRS peut, dans certains cas, entraîner de effets secondaires indésirables tels que : troubles digestifs, dysfonction sexuelle, céphalée, etc. Les mesures suivantes seront prises afin de minimiser ou contrôler ces effets secondaires indésirables : a) début du traitement selon la dose recommandée; b) possibilité de contacter le médecin afin d'ajuster la médication si nécessaire; c) changement ou arrêt complet de la médication dans le cas où celle proposé dans le cadre de cette étude vous procure trop d'effets indésirables.

Par ailleurs, votre participation exige des disponibilités de temps et, le cas échéant, que vous vous déplaçiez pour participer aux rencontres avec le thérapeute ou le médecin effectuant le suivi de votre médication. Nous croyons fermement que vous bénéficierez de ces traitements et que les efforts en valent la peine. Soyez également assuré que le thérapeute, l'intervenant et le médecin sauront entretenir un climat d'acceptation et de respect.

4. Bénéfices et avantages

L'avantage principal que vous tirez en participant(e) à ce projet de recherche est que vous bénéficierez gratuitement d'un traitement et à la fine pointe des découvertes les plus récentes. De plus, vous bénéficierez d'un temps d'attente moins long que les listes d'attente naturelles actuelles dans les différents centres hospitaliers qui offrent ce type de traitement et par conséquent, vous serez traité plus rapidement. Par ailleurs, votre participation nous permettra de mieux connaître la condition psychologique des personnes présentant une douleur thoracique à faible risque de cause cardiaque, tout en nous permettant d'évaluer l'efficacité de traitements psychologiques et pharmacologiques par le personnel de la santé et ce, afin d'améliorer les services offerts aux patients.

5. Autres moyens diagnostiques ou thérapeutiques possibles

Dans le cas où le choix du traitement que nous vous proposons ne vous convient pas ou si vous préféreriez ne pas participer à cette étude mais vivez une détresse importante, nous pouvons vous référer au département de psychosomatique de l'Hôpital du Sacré-Coeur où vous pourrez rencontrer un professionnel de la santé mentale ou bien vous offrir d'autres ressources pertinentes.

6. Versement d'une compensation financière

Aucune compensation financière n'est prévue dans le cadre de cette étude. Cependant, les participant(e)s bénéficieront d'un traitement psychothérapeutique ou pharmacologique gratuit.

7. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels, dans les limites prévues par la loi, et tous les moyens seront employés afin de

respecter la confidentialité. Par exemple, vous ne serez identifié que par un code et vos dossiers seront conservés dans des classeurs fermés à clé. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital du Sacré-Coeur ainsi que par des représentants du commanditaire du traitement pharmacologique (son nom XXX) et de la Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA) du Canada qui adhèrent tous à une politique de stricte confidentialité.

8. Indemnisation en cas de préjudice

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par suite de l'administration d'un médicament ou de toute autre procédure reliée à l'étude, vous recevrez tous les soins médicaux nécessaires, sans frais de votre part. Toutefois, ceci ne vous empêche nullement d'exercer un recours légal en cas de faute reprochée à toute personne impliquée dans l'étude.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les établissements impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

9. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un des membres de l'équipe de recherche. Toute nouvelle information qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délais.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite et sur vos relations avec votre médecin ou les autres intervenants.

Le chercheur pourra aussi décider, sans votre consentement, d'interrompre votre participation à l'étude pour les raisons suivantes : a) une cause cardiovasculaire explique votre douleur ou malaise thoracique; b) il estime que votre état physique ou psychologique nécessite un autre traitement plus approprié; c) vous refusez de suivre les consignes de l'étude.

10. Persomes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps l'une des coordinatrices, Marie-Josée Lessard ou Marie-Ève Pelland au (514) 251-4000 poste 2555.

Si vous voulez poser des questions à un professionnel ou à un chercheur qui n'est pas impliqué dans cette étude vous pouvez contacter le XXX (Gilles Dupuis?), psychiatre, au 338-222 poste XXX.

Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que sujet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la direction générale de l'Hôpital du Sacré-Coeur, au (514) 338-2222, poste 3581.

CONSENTEMENT

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu à ma satisfaction.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec mon médecin et les autres intervenants et sans préjudices d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

_____	_____	_____
Nom du sujet (en lettres moulées)	Signature du sujet	Date

_____	_____	_____
Nom du chercheur ou de son représentant (en lettres moulées)	Signature	Date

_____	_____	_____
Nom du témoin (en lettres moulées)	Signature	Date

J'autorise les chercheurs de l'étude à consulter mon dossier de l'hôpital ou de la RAMQ au sujet de mon malaise thoracique : _____

APPENDICE E

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE
MONTREAL: CONDITION CONTRÔLE DE TYPE SOINS USUELS



Hôpital
du Sacré-Coeur
de Montréal

1

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude : Évolution de la symptomatologie chez les individus consultant à l'urgence pour des douleurs thoraciques à faible risque de problèmes cardiaques et ayant un trouble panique.

Chercheurs principaux :

Kim Lavoie, Ph. D., Psychologie
Axe de recherche en santé respiratoire
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Département de psychologie
Université du Québec à Montréal

Téléphone : (514) 338-2222 poste 3709
Téléphone : (514) 987-3000 poste 3835

André Marchand Ph.D., Psychologie
Département de psychologie
Université du Québec à Montréal

Téléphone: (514) 987-3000 poste 8439

Richard Fleet MD., Ph.D. Psychologie
Département de Médecine d'Urgence
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

Télé avertisseur: (514) 930-4999

Cochercheurs :

Marie-Josée Lessard Ph.D. (c)
Marie-Ève Pelland Ph.D. (c)
Étudiantes au doctorat en psychologie
Directeurs : André Marchand et Kim Lavoie
Département de psychologie
Université du Québec à Montréal

Téléphone : (514) 251-4000 poste 2555

Collaborateurs :

Jean-Marc Chauny M.D.
Département de Médecine d'Urgence
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

Téléphone: (514) 335-1252

Raoul Daoust, M.D.
Département de Médecine d'Urgence
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

Téléphone: (514) 335-1252

Pierre Verrier, M.D., Psychiatrie
Département de psychosomatique
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

Téléphone : (514) 338-2070

Donald Bouthillier, Ph.D., Psychologie
Département de psychosomatique
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

Téléphone : (514) 338-2222 poste 2941

INFORMATION

1. Nature et objectifs de l'étude

Nous vous invitons à participer à une étude portant sur la condition psychologique des personnes se présentant à l'urgence pour une douleur ou un malaise à la poitrine d'origine non-cardiaque ou à faible risque de problèmes cardiaques. Certaines études semblent en effet montrer que ces malaises physiques à la poitrine peuvent parfois s'accompagner d'anxiété de type « panique ». L'étude porte sur l'évaluation de l'évolution des symptômes physiques et psychologiques chez ces individus.

Si vous êtes sélectionné(e), vous aurez la possibilité de participer à cette étude où nous cherchons donc à observer la progression de vos symptômes au cours d'une période de 15 mois. Plus spécifiquement, nous nous intéressons à mesurer l'évolution de vos malaises à la poitrine, de votre niveau d'anxiété, et de votre fonctionnement psychosocial durant cette période. Dans le cadre de cette recherche, un total de 30 participant(e)s seront recrutés à l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.

Avant de signer ce formulaire de consentement, veuillez prendre tout le temps nécessaire pour lire (ou vous faire lire) attentivement les informations suivantes et poser toutes les questions nécessaires afin de bien comprendre les implications de votre participation.

2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Phase I :

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous assisterez d'abord à une rencontre d'évaluation réalisée par un(e) assistant(e) de recherche lors de votre visite à l'urgence. Nous vous poserons alors des questions sur votre santé, vos habitudes de vie, l'anxiété et d'autres symptômes physiques et psychologiques que vous pourriez avoir. Cette rencontre durera environ 45 minutes et est essentielle puisqu'elle permet de déterminer si vous êtes éligible à participer à cette étude. Suite à cette évaluation, l'assistant de recherche vous avisera si vous êtes éligible à participer et vous indiquera la démarche à suivre pour que nous puissions débiter l'observation de la l'évolution de vos symptômes.

Chaque participant(e), dans la mesure du possible, ne devra pas participer à une forme d'intervention ou à un groupe de soutien pendant toute la durée de l'étude et ne devra pas débiter la prise d'une médication de type psychotrope pour diminuer son anxiété/panique, durant toute la durée de cette étude, soit 15 mois.

Si vous acceptez les conditions précédentes, vous devrez, en plus de l'entrevue initiale d'évaluation, remplir quelques questionnaires; certains sur place et d'autres à votre domicile. Une enveloppe pré-affranchie et pré-adressée est prévue à cet effet. L'entrevue sera enregistrée sur bande audio uniquement pour permettre une écoute ultérieure afin de s'assurer de la qualité des entrevues. Ces enregistrements seront détruits à la fin de l'étude.

Pour être en mesure de bien compléter l'étude, nous vous demandons également l'autorisation de consulter votre dossier médical et votre dossier RAMQ pour recueillir des informations pertinentes aux objectifs de l'étude, c'est-à-dire qui concernent votre malaise à la poitrine et d'autres aspects de votre santé.

Si vous choisissez de ne pas participer, nous pourrions vous référer, si vous le désirez, à des ressources pertinentes.

Phase II :

Les participant(e)s bénéficieront des soins normalement offerts dans le cas où une personne se présente dans un service d'urgence avec une plainte de douleur thoracique non-cardiaque ou à faible risque de problèmes cardiaques soit, ce qu'ils reçoivent généralement comme intervention (réassurance par le médecin de l'absence de problèmes cardiaque ou organique établie suite aux examens physiques).

Phase III : Suivis

Quatorze semaines suivant votre séjour à l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur, ainsi qu'à 3, 6 et 12 mois après la dernière évaluation, vous assisterez à une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer votre état. La rencontre suivant votre séjour à l'urgence, soit 14 semaines après celui-ci, aura lieu à l'Hôpital du Sacré-Cœur et exige donc un déplacement de votre part. Les rencontres d'évaluation subséquentes, soit celles de 3, 6 et 12 mois, seront faites par téléphone, nécessitant aucun déplacement de votre part. De plus, lors de ces quatre moments d'évaluation, nous vous demanderons de remplir une série de questionnaires. Vous devrez les remplir et nous les retourner par la poste dans une enveloppe pré-affranchie et pré-adressée que nous aurons prévu à cet effet.

3. Risques, effets secondaires et désagréments

Il n'y a pas de risques prévisibles pour votre santé physique et psychologique à participer à cette étude. Les inconvénients reliés à cette étude se limitent au temps nécessaire pour répondre aux questionnaires et aux entrevues (en personne et au téléphone) et à la nécessité de venir à l'Hôpital du Sacré-Cœur à une seule reprise suivant votre congé.

4. Bénéfices et avantages

Aucun bénéfice direct découlant de votre participation à cette étude ne vous est garanti. Toutefois, votre participation nous permettra de faire avancer les connaissances sur l'évolution de la symptomatologie et du fonctionnement psychosocial des individus se présentant à l'urgence pour une douleur ou un malaise à la poitrine d'origine non-cardiaque ou à faible risque de problèmes cardiaques et chez qui on a détecté de l'anxiété de type « panique ». À la fin de l'étude, nous pourrions, si vous le désirez, vous référer à des ressources pertinentes.

5. Autres moyens diagnostiques ou thérapeutiques possibles

Dans le cas où vous préféreriez ne pas participer à cette étude mais vivez une détresse importante, nous pouvons vous référer au département de psychosomatique de l'Hôpital du Sacré-Cœur où vous pourrez rencontrer un professionnel de la santé mentale ou bien vous offrir d'autres ressources pertinentes.

6. Versement d'une compensation financière

Aucune compensation financière n'est prévue dans le cadre de cette étude.

7. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels, dans les limites prévues par la loi, et tous les moyens seront employés afin de respecter la confidentialité. Par exemple, vous ne serez identifié que par un code et vos dossiers seront conservés dans des classeurs fermés à clé. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur qui adhère à une politique de stricte confidentialité.

8. Indemnisation en cas de préjudice

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par suite de l'administration d'un médicament ou de toute autre procédure reliée à l'étude, vous recevrez tous les soins médicaux nécessaires, sans frais de votre part. Toutefois, ceci ne vous empêche nullement d'exercer un recours légal en cas de faute reprochée à toute personne impliquée dans l'étude.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les établissements impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

9. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un des membres de l'équipe de recherche. Toute nouvelle information qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délais.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite et sur vos relations avec votre médecin ou les autres intervenants.

Le chercheur pourra aussi décider, sans votre consentement, d'interrompre votre participation à l'étude pour les raisons suivantes : a) une cause cardiovasculaire explique votre douleur ou malaise thoracique; b) il estime que votre état physique ou psychologique nécessite un autre traitement plus approprié; c) vous refusez de suivre les consignes de l'étude.

10. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou si il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps l'une des coordinatrices, Marie-Josée Lessard ou Marie-Ève Pelland au (514) 251-4000 poste 2555.

Si vous voulez poser des questions à un professionnel ou à un chercheur qui n'est pas impliqué dans cette étude vous pouvez contacter le Dr. Gilles Dupuis au 514-987-3000 poste 7794. Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que sujet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la direction générale de l'Hôpital du Sacré-Coeur, au (514) 338-2222, poste 3581.

CONSENTEMENT

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu à ma satisfaction.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec mon médecin et les autres intervenants et sans préjudices d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

_____	_____	_____
Nom du sujet (en lettres moulées)	Signature du sujet	Date

_____	_____	_____
Nom du chercheur ou de son représentant (en lettres moulées)	Signature	Date

_____	_____	_____
Nom du témoin (en lettres moulées)	Signature	Date

J'autorise les chercheurs de l'étude à consulter mon dossier de l'hôpital ou de la RAMQ au sujet de mon malaise à la poitrine :

Signature du sujet

APPENDICE F

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT DE L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL: CONDITIONS D'INTERVENTIONS



**INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

PROJET DE RECHERCHE: ICM #06-910

Évaluation de l'efficacité de trois traitements pour les individus se présentant à l'urgence en raison de douleur thoracique à faible risque de maladie cardiaque et présentant un trouble panique
(MADONA II)

Investigateur principal et collaborateurs

Kim Lavoie, Ph.D., André Marchand, Ph.D., Simon Bacon, Ph.D., Alain Vadeboncoeur, M.D.,
Gilles Dupuis, Ph.D., André Arsenault, M.D., Ph.D. & Marc-André Laliberté, M.D.

Commanditaire : Instituts de recherche en santé du Canada IRSC

INFORMATION

DESCRIPTION GÉNÉRALE

Nous vous invitons à participer à une étude clinique subventionnée par les Instituts de recherche en santé du Canada parce que vous présentez des douleurs thoraciques à faible risque cardiaque. L'équipe de recherche recevra des fonds pour gérer cette étude.

Ce formulaire de consentement décrit les procédures que vous devrez suivre si vous acceptez de participer à cette étude.

Avant de signer ce formulaire de consentement, veuillez prendre tout le temps nécessaire pour lire (ou vous faire lire) et comprendre l'information présentée ci-dessous. Vous pouvez consulter vos proches avant de prendre votre décision. Veuillez poser à votre médecin ou à l'équipe de recherche toutes les questions que vous avez à propos de la présente étude et sur vos droits. Lis devraient être en mesure de répondre à toutes vos questions.

La participation simultanée à plusieurs études peut être dangereuse pour vous. Si vous participez déjà à une étude clinique, veuillez en aviser votre médecin.

But de l'étude

Cette étude porte sur la condition psychologique des personnes se présentant à l'urgence pour une douleur ou un malaise à la poitrine d'origine non-cardiaque et chez qui on a détecté de l'anxiété de type «panique». Certaines études semblent montrer que ces malaises physiques à la poitrine peuvent parfois s'accompagner d'anxiété de type «panique». L'étude porte sur l'évaluation de l'efficacité de trois différents traitements, dont deux de nature psychologique et un de nature pharmacologique. Si vous rencontrez les critères nécessaires, vous aurez la possibilité de participer à cette étude ou nous cherchons donc à observer si, 1) suite au traitement psychologique bref et précoce, ou 2) au traitement psychologique de plus longue durée, ou bien 3) au traitement pharmacologique, vos malaises physiques s'estompent, votre niveau d'anxiété diminue et votre fonctionnement psychosocial s'améliore. Toutes les personnes qui participeront à cette étude bénéficieront d'un traitement gratuit. Dans le cadre de cette recherche, un total de 153 participants seront recrutés dans trois centres hospitaliers, dont 51 à l'urgence de l'Institut de Cardiologie de Montréal. La participation à l'étude s'échelonne sur une période de 15 mois, débutant lors de la visite à l'urgence ou votre participation a été sollicitée.

CÉRDN-T-ICM-MHI: version courante no. 2 : 30 mai 2007
Initiales du patient : _____

Page 1 de 7

5000, rue Bélanger, Montréal (Québec) H1T 1C8 • Tél. : (514) 376-3330

Institut universitaire affilié à l'Université de Montréal

Phase I : Évaluation

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous assisterez d'abord à une rencontre d'évaluation réalisée par un(e) assistant(e) de recherche lors de votre visite à l'urgence. Nous vous poserons alors des questions sur votre santé, vos habitudes de vie, l'anxiété et d'autres symptômes physiques et psychologiques que vous pourriez avoir. Cette rencontre durera environ 45 minutes et est essentielle puisqu'elle permet de déterminer si vous êtes éligible à participer à cette étude. Suite à cette évaluation, l'assistant de recherche vous avisera si vous êtes éligible à participer. Vous serez alors assigné à l'un des 3 groupes de la recherche (traitement psychologique autogéré, traitement psychologique bref ou traitement pharmacologique).

Le choix du groupe est établi d'avance, il ne sera donc pas possible pour vous de choisir le groupe. Si le groupe que nous vous proposons ne vous convient pas, vous pourrez choisir de ne pas participer à l'étude et nous pourrions vous référer, si vous le désirez, à des ressources appropriées. Cette étude nous permettra d'évaluer la pertinence et l'utilité des traitements proposés dans le contexte des services d'urgence. Toutefois, à la fin de la recherche, si une de ces interventions s'avère plus efficace que les autres, nous pourrions, si cela vous intéresse, vous l'offrir gratuitement si vous ne l'avez pas reçue.

Puisque le but de cette étude consiste à évaluer différentes formes d'interventions, vous ne devez pas participer à une autre forme d'intervention psychologique ou à un groupe de soutien pendant toute la durée de l'étude et ne devez pas commencer la prise d'une médication de type psychotrope pour diminuer votre anxiété/panique durant toute la durée de cette étude, soit 15 mois, faute de quoi, vous devrez cesser votre participation au projet de recherche.

Vous devrez, en plus de l'entrevue initiale d'évaluation, remplir quelques questionnaires; certains sur place et d'autres à votre domicile. L'entrevue initiale dure entre une heure et demie et deux heures, et les questionnaires vous prendront environ une heure à compléter. Une enveloppe préaffranchie et pré-adressée est prévue à cet effet. L'entrevue initiale d'évaluation sera enregistrée sur bande audio afin de s'assurer de la qualité des entrevues et des traitements proposés. Ces enregistrements seront détruits à la fin de l'étude. Nous vous demanderons également de tenir un journal quotidien de la fréquence de vos attaques de panique et de votre sommeil pendant une semaine. Cette procédure vous prendra 5 minutes chaque matin.

Si vous ne rencontrez pas les critères d'éligibilité de l'étude, vous en serez informé dans les sept jours suivant votre évaluation à l'urgence. Si vous le désirez, à ce moment, nous vous offrirons des références de services publiques ou privées en lien avec vos difficultés.

Pour être en mesure de bien compléter l'étude, nous vous demandons aussi l'autorisation de consulter votre dossier médical de l'institut de Cardiologie de Montréal et votre dossier RAMO pour recueillir des informations pertinentes aux objectifs de l'étude, c'est-à-dire qui concernent votre malaise à la poitrine et les soins associés.

Phase II : Interventions et traitements

Vous serez soumis(e) à l'un ou l'autre des interventions et traitements suivants :

A. Participant(e)s à l'intervention autogérée :

Vous bénéficierez d'une psychothérapie individuelle de type cognitive-comportementale pour le traitement des personnes présentant des douleurs ou des malaises physiques à la poitrine et ayant de l'anxiété de type «panique». Cette thérapie sera d'une durée de 14 semaines, à raison d'une rencontre, d'une heure approximativement, aux deux semaines et sera offerte par un psychologue formé à cette approche. Au cours de la thérapie, nous vous demanderons de noter certaines observations et d'effectuer des exercices pratiques durant les rencontres, puis seul(e) entre les rencontres. Vous serez amenés à prendre en charge graduellement votre intervention avec le

soutien de votre thérapeute. Si vous prenez un médicament pour les symptômes d'anxiété/panique, vous devrez maintenir la prise et la posologie de votre médication pendant au moins six mois. Si vous ne prenez pas de médicament pour les symptômes d'anxiété de type «panique», vous ne devrez prendre aucune médication afin de soulager ces symptômes pendant les 15 mois de participation à l'étude. Si de l'avis de votre médecin, un médicament s'avérait nécessaire, vous devrez cesser votre participation à cette recherche.

B. Participant(e)s à l'intervention psychologique brève et précoce :

Vous bénéficierez d'une intervention psychologique brève et précoce pour le traitement des personnes présentant des douleurs ou des malaises physiques à la poitrine et ayant de l'anxiété de type «panique». Celle-ci est d'une durée d'environ deux heures et aura lieu à l'Institut de Cardiologie de Montréal quelques jours après avoir obtenu les résultats normaux de vos examens physiques. Ce traitement nécessitera donc un déplacement de votre part. Au cours de cette intervention, nous vous transmettrons certaines informations concernant vos malaises physiques ainsi que sur l'anxiété de type «panique» et nous vous demanderons d'effectuer des exercices pratiques. Si vous prenez un médicament pour les symptômes d'anxiété/panique, vous devrez maintenir la prise et la posologie de votre médication pendant au moins six mois. Si vous ne prenez pas de médicament pour les symptômes d'anxiété de type «panique», vous ne devrez prendre aucune médication afin de soulager ces symptômes pendant les 15 mois de participation à l'étude. Si de l'avis de votre médecin, un médicament s'avérait nécessaire, vous devrez cesser votre participation à cette recherche.

C. Participant(e)s au traitement pharmacologique :

Vous bénéficierez d'un traitement pharmacologique. La médication offerte sera un antidépresseur de type ISRS (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine), la paroxétine (PaxilTM), approuvé pour traiter l'anxiété de type «panique». La prescription initiale sera fournie par l'urgentologue que vous avez consulté lors de votre visite à l'urgence, alors que les suivis de cette médication seront assurés par un médecin affilié à l'Institut de Cardiologie, qui pourra ajuster le dosage selon votre condition. En effet, si vous ne tolérez pas bien la médication, le médecin pourra décider de la cesser ou de la modifier. La médication sera prise pour une durée de 6 mois et sera ensuite diminuée graduellement, selon les recommandations du médecin jusqu'à son arrêt. Si vous prenez déjà une médication pour les symptômes d'anxiété (anxiolytique) vous devrez aviser les chercheurs s'il y a cessation ou modification de la dose.

Phase III : Suivis

Quatorze semaines après le début du traitement (pharmacologique ou psychologique), vous aurez une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer vos progrès. Cette rencontre aura lieu à l'Institut de Cardiologie et exige donc un déplacement de votre part. D'autres évaluations similaires auront lieu 3, 6 et 12 mois après cette première évaluation. Elles seront faites par téléphone, ne nécessitant aucun déplacement de votre part. Ces évaluations sont d'une durée d'environ 30 à 45 minutes. De plus, lors de ces quatre moments d'évaluation (à la fin du traitement ainsi qu'à 3, 6 et 12 mois), nous vous demanderons de remplir une série de questionnaire qui vous sera expédié par la poste. Ces questionnaires prendront environ une heure à compléter. Vous devrez les remplir et nous les retourner par la poste dans une enveloppe préaffranchie et pré-adressée que nous aurons prévu à cet effet. Nous vous demanderons également de tenir un journal quotidien de la fréquence de vos attaques de panique et de votre sommeil pendant une semaine. Cette procédure vous prendra 5 minutes chaque matin.

RISQUES ET INCONVENIENTS

Il est possible que des incon vénients résultent de votre participation selon le type d'intervention et de traitement que vous recevrez:

Intervention autogérée et intervention psychologique brève:

Il est possible qu'en exécutant les exercices demandés pendant ou entre les rencontres d'intervention, vous éprouviez un certain niveau d'anxiété comparable à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations et qui pourrait être inconfortable pour certaines personnes. Ceci ne pose aucun danger et la majorité des participant(e)s affirment dans ce type d'intervention que l'expérience est bien moins pénible qu'anticipé.

Traitement pharmacologique :

Il est possible que vous éprouviez certains effets secondaires indésirables durant les premiers jours, quoique ces derniers s'estompent généralement entre une et deux semaines après l'augmentation de la dose. La prise de médication de type ISRS peut, dans certains cas, entraîner des effets secondaires indésirables tels que: nausées (22.8%)¹, troubles digestifs (1.7-18.1%), céphalées (25.4%), infections (5.3%), diarrhée (10.3%), bouche sèche (18.1%), constipation (15.7%), diminution d'appétit (7.0%), somnolence (18.8%), étourdissements (14.1%), diminution de libido (0-15%), impuissance (2-9%), anorgasmie (2-9%), nervosité (7.9%), tremblements (8.5%), bâillements (1.9%), transpiration (14.3%), faiblesses (13.6%) ou insomnie (17.9%). Certains patients ont eu des idées suicidaires, dans de rares cas, des suicides ont été rapportés. Les mesures suivantes seront prises afin de minimiser ou de contrôler ces effets: a) début du traitement selon la dose recommandée; b) possibilité de contacter le médecin afin d'ajuster la médication si nécessaire; c) changement ou arrêt complet de la médication dans le cas où celle proposée dans le cadre de cette étude vous procure trop d'effets indésirables.

Par ailleurs, votre participation exige des disponibilités de temps (pour répondre aux questionnaires et aux entrevues en personne et par téléphone) et que vous vous déplaçiez pour participer aux rencontres avec le thérapeute ou le médecin effectuant le suivi de votre médication.

TRAITEMENTS ALTERNATIFS

Dans le cas où le choix du traitement que nous vous proposons ne vous convient pas ou si vous préférez ne pas participer à cette étude, mais vivez une détresse importante, nous pouvons vous référer à des ressources professionnelles pertinentes selon votre condition et nous assurerons le suivi psychologique et médical si nécessaire jusqu'au moment de votre prise en charge par un professionnel.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Les femmes enceintes sont exclues de ce projet. Les femmes ne doivent ni être enceintes, ni le devenir, ni allaiter pendant leur participation à cette étude: le traitement pharmacologique proposé est susceptible d'avoir des effets chez l'enfant à naître. Par conséquent, toutes les femmes doivent être en postménopause, avoir subi une stérilisation chirurgicale ou employer une méthode contraceptive tout au long du traitement.

AVANTAGES

Aucun bénéfice direct découlant de votre participation à cette étude ne vous est garanti. Toutefois, votre participation nous permettra de mieux connaître la condition psychologique des personnes présentant une douleur ou un malaise à la poitrine d'origine non-cardiaque ou à faible risque de problèmes cardiaques et chez qui on a détecté de l'anxiété de type «panique». Votre participation nous permettra également d'évaluer l'efficacité de traitements psychologiques et pharmacologiques offerts par le personnel de la santé et ce, afin d'améliorer les services offerts aux patients.

¹ Les nombres entre parenthèses correspondent au pourcentage de participants ayant rapporté le symptôme dans un échantillon de 469 personnes souffrant de trouble panique chez qui on a administré la paroxétine.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Vous êtes libre de participer à cette étude ou de vous en retirer en tout temps sur simple avis verbal sans avoir à préciser les motifs de votre décision. Si vous décidez de ne pas y participer ou de vous en retirer, vous recevrez les soins médicaux usuels pour le traitement de votre condition. Quelle que soit votre décision, celle-ci n'influencera en rien la qualité des soins que vous êtes en droit de recevoir.

Vous serez informé de toute nouvelle découverte importante faite au cours de l'étude et susceptible d'influencer votre décision de maintenir ou non votre participation à l'étude.

Il se pourrait également qu'en apprenant de nouveaux faits, les chercheurs, les intervenants affiliés à l'étude ou encore votre médecin traitant à l'Institut de Cardiologie de Montréal (le cas échéant) décident qu'il vaut mieux pour vous que vous soyez retiré de l'étude. Le cas échéant, ils vous donneront des explications et prendront des mesures pour la poursuite de vos traitements.

Le chercheur pourra aussi décider, sans votre consentement, d'interrompre votre participation à l'étude pour les raisons suivantes: a) une cause cardiovasculaire explique votre douleur ou malaise thoracique; b) il estime que votre état physique ou psychologique nécessite un autre traitement plus approprié; c) il ne vous est pas possible de suivre les consignes de l'étude.

CONFIDENTIALITE

Durant votre participation à cette étude, l'équipe de recherche consultera votre dossier médical et recueillera des données personnelles et de santé (histoire médicale, examen physique, résultats de laboratoire) afin de réaliser ce projet de recherche.

Tous les renseignements obtenus seront strictement confidentiels (à moins d'une autorisation de votre part à les communiquer à d'autres personnes ou d'une exception de la loi nous autorisant à les communiquer).

L'équipe de recherche utilisera vos données et les analysera avec les données des autres participants pour réaliser ce projet de recherche. Pour protéger votre identité, vos données personnelles ne seront identifiées que par un code qui vous sera assigné en remplacement de votre nom. Les données révélant votre identité de même que les enregistrements audio sont conservés à l'ICM sous la responsabilité du Dr^o Kim Lavoie, Ph.D. Tous les dossiers de recherche seront conservés sous clé et dans des fichiers sécurisés pendant 5 ans.

Aux fins de s'assurer du bon déroulement du projet, il est possible qu'un délégué du comité d'éthique de la recherche ou des organismes réglementaires tels que Santé Canada et de la "United States Food and Drug Administration" (FDA) consultent les données de recherche et votre dossier médical.

Les résultats de cette étude seront publiés et diffusés mais aucune information permettant de vous identifier ne sera alors dévoilée.

COMPENSATION

Dans l'éventualité où vous seriez victime d'un préjudice causé par le médicament à l'étude ou par toute autre procédure ou technologie requise par le protocole de recherche, Dr^o Kim Lavoie et l'Institut de Cardiologie veilleront à ce que vous receviez tous les soins que nécessite votre état de santé.

Si votre participation engendrait d'autres coûts qui ne sont pas présentement assurés par les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie du Québec, ceux-ci ne sont pas couverts. Vous devrez donc en déboursier les frais. De plus, aucune compensation pour perte de revenus, invalidité ou inconfort n'est prévue.

MADONA II Évaluation de l'efficacité de trois traitements**ICM: #06-910**

Toutefois, en signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits. Notamment, vous ne libérez pas l'investigateur de ses responsabilités légales et professionnelles advenant une situation qui vous causerait préjudice.

PERSONNES A CONTACTER

Vous pouvez contacter en tout temps:

Institut de Cardiologie de Montréal

Mme Geneviève Belleville, Ph.D., coordonnatrice	Tel.: (514) 805-7271
Mme Kim Lavioie, Ph.D., chercheure principale	Tel.: (514) 376-3330, poste 3654
Dr Alain Vadeboncoeur, MD, chercheur affilié	Tel.: (514) 376-3330, poste 2092

- Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude,
- S'il survient un incident quelconque,
- Si vous désirez vous retirer de l'étude.

Pour tout renseignement concernant vos droits à titre de participant à une recherche, vous pouvez contacter pendant les heures d'ouverture le Docteur L. Conrad Palletier, Président du Comité d'éthique de la recherche au numéro de téléphone suivant: (514) 376-3330, poste 3533 ou la Commissaire aux plaintes de l'Institut de Cardiologie de Montréal au numéro (514) 376-3330 poste 3398.



**INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

PROJET DE RECHERCHE: ICM #06-910

Évaluation de l'efficacité de trois traitements pour les individus se présentant à l'urgence en raison de douleur thoracique à faible risque de maladie cardiaque et présentant un trouble panique
(MADONA II)

Investigateur principal et collaborateurs

Kim Laviole, Ph.D., André Marchand, Ph.D., Simon Bacon, Ph.D., Alain Vadeboncoeur, M.D.,
Gilles Dupuis, Ph.D., André Arsenault, M.D., Ph.D. & Marc-André Laliberté, M.D.

Commanditaire : *Instituts de recherche en santé du Canada IRSC*

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions voulues au sujet de ce projet et on y a répondu à ma satisfaction.

Je comprends que je demeure libre de me retirer de ce projet en tout temps sans que cela n'affecte en aucune façon les soins dont je pourrais bénéficier à l'avenir.

J'ai lu ou l'on m'a lu ce formulaire de consentement et j'en comprends le contenu.

Je, soussigné(e), accepte de participer au présent projet de recherche.

J'accepte que mon médecin de famille soit informé de ma participation à ce projet :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
J'autorise le chercheur à consulter mon dossier RAMQ pour ce projet :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Signature du patient Nom du patient en lettres moulées Date (s/m/j) Heure

Signature de l'un des chercheurs Nom du chercheur en lettres moulées Date (s/m/j) Heure

Je certifie que j'ai expliqué les buts du projet à _____ et il (elle) a signé le consentement en ma présence

Signature du chercheur ou de son délégué Nom du chercheur ou de son délégué en lettres moulées Date (s/m/j) Heure

Le Comité d'éthique de la recherche et du développement des nouvelles technologies de l'Institut de Cardiologie de Montréal autorise le début du recrutement en date du 20 février 2007. La version courante no. 2 du consentement en français datée du 30 mai 2007 est approuvée.

N.B.: L'original de ce formulaire doit être inséré au dossier du patient, une copie gardée par l'investigateur et une copie remise au patient.

CÉRDNT-ICM-MHI: version courante no. 2 : 30 mai 2007
Initiales du patient : _____

Page 7 de 7

5000, rue Bélanger, Montréal (Québec) H1T 1C8 • Tél. : (514) 376-3330

Institut universitaire affilié à l'Université de Montréal

APPENDICE G

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT DE L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL: CONDITION CONTRÔLE DE TYPE SOINS USUELS



**INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

PROJET DE RECHERCHE: ICM #06-010

Évolution de la symptomatologie chez les individus consultant à l'urgence pour des douleurs thoraciques à faible risque de problèmes cardiaques et ayant un trouble panique
(MADONA II)

Investigateur principal et collaborateurs

Kim Laviole, Ph.D., André Marchand, Ph.D., Simon Bacon, Ph.D., Alain Vadeboncoeur, M.D.,
Gilles Dupuis, Ph.D., André Arsenault, M.D., Ph.D. & Marc-André Laliberté, M.D.

Commanditaire : Instituts de recherche en santé du Canada IRSC

INFORMATION

DESCRIPTION GÉNÉRALE

Nous vous invitons à participer à une étude clinique subventionnée par les Instituts de recherche en santé du Canada parce que vous présentez des douleurs thoraciques à faible risque de maladie cardiaque. L'équipe de recherche recevra des fonds pour gérer cette étude.

Ce formulaire de consentement décrit les procédures que vous devrez suivre si vous acceptez de participer à cette étude.

Avant de signer ce formulaire de consentement, veuillez prendre tout le temps nécessaire pour lire (ou vous faire lire) et comprendre l'information présentée ci-dessous. Vous pouvez consulter vos proches avant de prendre votre décision. Veuillez poser à votre médecin ou à l'équipe de recherche toutes les questions que vous avez à propos de la présente étude et sur vos droits. Ils devraient être en mesure de répondre à toutes vos questions.

But de l'étude

Nous vous invitons à participer à une étude portant sur la condition psychologique des personnes se présentant à l'urgence pour une douleur ou un malaise à la poitrine d'origine non-cardiaque ou à faible risque de problèmes cardiaques. Certaines études semblent montrer que ces malaises physiques à la poitrine peuvent parfois s'accompagner d'anxiété de type «panique». L'étude porte sur l'évaluation de l'évolution des symptômes physiques et psychologiques chez ces individus. Si vous rencontrez les critères nécessaires, vous aurez la possibilité de participer à cette étude où nous cherchons à observer l'évolution de vos symptômes au cours d'une période s'échelonnant sur 15 mois. Plus spécifiquement, nous souhaitons mesurer l'évolution de vos malaises à la poitrine, votre niveau d'anxiété, et votre fonctionnement psychosocial durant cette période. Dans le cadre de cette recherche, un total de 66 participants seront recrutés dans trois centres hospitaliers, dont 17 à l'urgence de l'Institut de Cardiologie de Montréal. La participation à l'étude s'échelonne sur une période de 15 mois, débutant lors de la visite à l'urgence ou votre participation a été sollicitée.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Phase I : Évaluation

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous assisterez d'abord à une rencontre d'évaluation réalisée par un(e) assistant(e) de recherche lors de votre visite à l'urgence. Nous vous poserons alors des questions sur votre santé, vos habitudes de vie, l'anxiété et d'autres symptômes

CÉRDN-ICM-MHI: version courante no. 2 : 30 mai 2007
Initiales du patient : _____

Page 1 de 5

MADONA II Évolution de la symptomatologie

ICM: #06-910

physiques et psychologiques que vous pourriez avoir. Cette rencontre durera environ 45 minutes et est essentielle puisqu'elle permet de déterminer si vous êtes éligible à participer à cette étude. Suite à cette évaluation, l'assistant de recherche vous avisera si vous êtes éligible à participer et vous indiquera la démarche à suivre pour que nous puissions commencer l'observation de l'évolution de vos symptômes.

Vous devrez, en plus de l'entrevue initiale d'évaluation, remplir quelques questionnaires; certains sur place et d'autres à votre domicile. L'entrevue initiale durera entre une heure et demie et deux heures, et les questionnaires prendront environ une heure à compléter. Une enveloppe préaffranchie et pré-adressée est prévue à cet effet. L'entrevue sera enregistrée sur bande audio uniquement pour permettre une écoute ultérieure afin de s'assurer de la qualité des entrevues. Ces enregistrements seront détruits à la fin de l'étude. Nous vous demanderons également de tenir un journal quotidien de la fréquence de vos attaques de panique et de votre sommeil pendant une semaine. Cette procédure vous prendra 5 minutes chaque matin.

Pour être en mesure de bien compléter l'étude, nous vous demandons également l'autorisation de consulter votre dossier médical de l'Institut de Cardiologie de Montréal et votre dossier RAMQ pour recueillir des informations pertinentes aux objectifs de l'étude, c'est-à-dire qui concernent votre malaise à la poitrine et d'autres aspects de votre santé.

Si vous choisissez de ne pas participer, nous pourrions vous référer, si vous le désirez, à des ressources pertinentes pour votre condition.

Phase II: Suivis

Quatorze semaines suivant votre séjour à l'urgence de l'Institut de Cardiologie, ainsi qu'à 3, 6 et 12 mois après la dernière évaluation, vous aurez une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer votre état. La rencontre suivant votre séjour à l'urgence, soit 14 semaines après celui-ci, aura lieu à l'Institut de Cardiologie et exige donc un déplacement de votre part. Les évaluations subséquentes, soit celles de 3, 6 et 12 mois, seront faites par téléphone, ne nécessitant aucun déplacement de votre part. Ces évaluations sont d'une durée d'environ 30 à 45 minutes chacune. De plus, lors de ces quatre moments d'évaluation, nous vous demanderons de remplir une série de questionnaires. Ces questionnaires vous prendront environ une heure à compléter. Vous devrez les remplir et nous les retourner par la poste dans une enveloppe préaffranchie et pré-adressée que nous aurons prévu à cet effet. Nous vous demanderons également de tenir un journal quotidien de la fréquence de vos attaques de panique et de votre sommeil pendant une semaine. Cette procédure vous prendra 5 minutes chaque matin.

RISQUES ET INCONVENIENTS

Les incon vénients reliés à cette étude se limitent au temps nécessaire pour répondre aux questionnaires et aux entrevues (en personne et au téléphone) et à la possibilité de venir à l'Institut de Cardiologie à une seule reprise suivant votre congé.

TRAITEMENTS ALTERNATIFS

Dans le cas où le choix du traitement que nous vous proposons ne vous convient pas ou si vous préférez ne pas participer à cette étude, mais vivez une détresse importante, nous pouvons vous référer à des ressources professionnelles pertinentes selon votre condition et nous assurerons le suivi psychologique et médical si nécessaire jusqu'au moment de votre prise en charge par un professionnel.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Les femmes enceintes sont exclues de ce projet.

AVANTAGES

Aucun bénéfice direct découlant de votre participation à cette étude ne vous est garanti. Toutefois, votre participation nous permettra de faire avancer les connaissances sur l'évolution de la

symptomatologie et du fonctionnement psychosocial des individus se présentant à l'urgence pour une douleur ou un malaise à la poitrine d'origine non-cardiaque ou à faible risque de problèmes cardiaques et chez qui on a détecté de l'anxiété de type «panique». À la fin de l'étude, nous pourrions, si vous le désirez, vous référer à des ressources pertinentes.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Vous êtes libre de participer à cette étude ou de vous en retirer en tout temps sur simple avis verbal sans avoir à préciser les motifs de votre décision. Si vous décidez de ne pas y participer ou de vous en retirer, vous recevrez les soins médicaux usuels pour le traitement de votre condition. Quelle que soit votre décision, celle-ci n'influencera en rien la qualité des soins que vous êtes en droit de recevoir.

Le chercheur pourra aussi décider, sans votre consentement, d'interrompre votre participation à l'étude pour les raisons suivantes: a) une cause cardiovasculaire explique votre douleur ou malaise thoracique; b) il estime que votre état physique ou psychologique nécessite un autre traitement plus approprié; c) il ne vous est pas possible de suivre les consignes de l'étude.

CONFIDENTIALITE

Durant votre participation à cette étude, l'équipe de recherche consultera votre dossier médical et recueillera des données personnelles et de santé (histoire médicale, examen physique, résultats de laboratoire) afin de réaliser ce projet de recherche.

Tous les renseignements obtenus seront strictement confidentiels (à moins d'une autorisation de votre part à les communiquer à d'autres personnes ou d'une exception de la loi nous autorisant à les communiquer).

L'équipe de recherche utilisera vos données et les analysera avec les données des autres participants pour réaliser ce projet de recherche. Pour protéger votre identité, vos données personnelles ne seront identifiées que par un code qui vous sera assigné en remplacement de votre nom. Les données révélant votre identité de même que les enregistrements audio sont conservés à l'ICM sous la responsabilité du D^{re} Kim Lavoie, Ph.D. Tous les dossiers de recherche seront conservés sous clé et dans des fichiers sécurisés pendant 5 ans.

Aux fins de s'assurer du bon déroulement du projet, il est possible qu'un délégué du comité d'éthique de la recherche ou des organismes réglementaires tels que Santé Canada et de la "United States Food and Drug Administration" (FDA) consultent les données de recherche et votre dossier médical.

Les résultats de cette étude seront publiés et diffusés mais aucune information permettant de vous identifier ne sera alors dévoilée.

COMPENSATION

Dans l'éventualité où vous seriez victime d'un préjudice causé par le médicament à l'étude ou par toute autre procédure ou technologie requise par le protocole de recherche, D^{re} Kim Lavoie et l'Institut de Cardiologie veilleront à ce que vous receviez tous les soins que nécessite votre état de santé.

Si votre participation engendrait d'autres coûts qui ne sont pas présentement assurés par les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie du Québec, ceux-ci ne sont pas couverts. Vous devrez donc en déboursier les frais. De plus, aucune compensation pour perte de revenus, invalidité ou inconfort n'est prévue.

Toutefois, en signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits. Notamment, vous ne libérez pas l'investigateur de ses responsabilités légales et professionnelles advenant une situation qui vous causerait préjudice.

PERSONNES A CONTACTER

Vous pouvez contacter en tout temps:

Institut de Cardiologie de Montréal

Mme Geneviève Belleville, Ph.D., coordonnatrice

Tel.: (514) 805-7271

Mme Kim Lavoie, Ph.D., chercheure principale

Tel.: (514) 376-3330, poste 3654

Dr Alain Vadeboncoeur, MD, chercheur affilié

Tel.: (514) 376-3330, poste 2092

- Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude,
- S'il survient un incident quelconque,
- Si vous désirez vous retirer de l'étude.

Pour tout renseignement concernant vos droits à titre de participant à une recherche, vous pouvez contacter pendant les heures d'ouverture le Docteur L. Conrad Pelletier, Président du Comité d'éthique de la recherche au numéro de téléphone suivant: (514) 376-3330, poste 3533 ou la Commissaire aux plaintes de l'Institut de Cardiologie de Montréal au numéro (514) 376-3330 poste 3398.



**INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

PROJET DE RECHERCHE: ICM #06-910

Évaluation de l'efficacité de trois traitements pour les individus se présentant à l'urgence en raison de douleur thoracique à faible risque de maladie cardiaque et présentant un trouble panique
(MADONA II)

Investigateur principal et collaborateurs

Kim Lavoie, Ph.D., André Marchand, Ph.D., Simon Bacon, Ph.D., Alain Vadeboncoeur, M.D., Gilles Dupuis, Ph.D., André Arsenault, M.D., Ph.D. & Marc-André Laliberté, M.D.

Commanditaire : *Instituts de recherche en santé du Canada IRSC*

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions voulues au sujet de ce projet et on y a répondu à ma satisfaction.

Je comprends que je demeure libre de me retirer de ce projet en tout temps sans que cela n'affecte en aucune façon les soins dont je pourrais bénéficier à l'avenir.

J'ai lu ou l'on m'a lu ce formulaire de consentement et j'en comprends le contenu.

Je, soussigné(e), accepte de participer au présent projet de recherche.

J'accepte que mon médecin de famille soit informé de ma participation à ce projet :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
J'autorise le chercheur à consulter mon dossier RAMQ pour ce projet :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Signature du patient *Nom du patient en lettre moulées* *Date (sm/j)* *Heure*

Signature de l'un des chercheurs *Nom du chercheur en lettres moulées* *Date (sm/j)* *Heure*

Je certifie que j'ai expliqué les buts du projet à _____ et il (elle) a signé le consentement en ma présence

Signature du chercheur ou de son délégué *Nom du chercheur ou de son délégué en lettres moulées* *Date (sm/j)* *Heure*

Le Comité d'éthique de la recherche et du développement des nouvelles technologies de l'Institut de Cardiologie de Montréal autorise le début du recrutement en date du 20 février 2007. La version courante no. 2 du consentement en français datée du 30 mai 2007 est approuvée.

N.B.: L'original de ce formulaire doit être inséré au dossier du patient, une copie gardée par l'investigateur et une copie remise au patient.

CÉRDNT-ICM-MHI: version courante no. 2 : 30 mai 2007
Initiales du patient : _____

Page 5 de 5

APPENDICE H

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT DE L'HÔTEL-DIEU DE LÉVIS:
CONDITIONS D'INTERVENTIONS

Titre du projet : Évaluation de l'efficacité de différents traitements pour les individus se présentant à l'urgence en raison de douleur thoracique à faible risque de maladie cardiaque et présentant un trouble panique.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Évaluation de l'efficacité de différents traitements pour les individus se présentant à l'urgence en raison de douleur thoracique à faible risque de maladie cardiaque et présentant un trouble panique.

Responsable du projet de recherche à l'Hôtel-Dieu de Lévis

Julien Poitras, M.D.
Chef du département de médecine d'urgence
Hôtel-Dieu de Lévis

Téléphone : (418) 835-7121

Collaborateurs au projet de recherche

Chercheurs principaux :

André Marchand Ph.D., Psychologie
Département de psychologie
Université du Québec à Montréal

Téléphone : (514) 987-3000 poste 8439

Kim Lavoie, Ph. D., Psychologie
Axe de recherche en santé respiratoire
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Département de psychologie
Université du Québec à Montréal

Téléphone : (514) 338-2222 poste 3709

Téléphone : (514) 987-3000 poste 3835

Coordonnatrice :

Geneviève Belleville, Ph.D. Psychologie
Département de Psychologie
Université du Québec à Montréal

Téléphone : à venir

Téléavertisseur : à venir

Commanditaire du projet de recherche

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

Initiales : _____

Titre du projet : Évaluation de l'efficacité de différents traitements pour les individus se présentant à l'urgence en raison de douleur thoracique à faible risque de maladie cardiaque et présentant un trouble panique.

Introduction

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, il est important de prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

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

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

Si vous décidez de ne pas participer à ce projet de recherche, vous recevrez le traitement standard reconnu qui vous sera expliqué par votre médecin traitant.

Description et but du projet de recherche

Cette étude porte sur la condition psychologique des personnes se présentant à l'urgence pour une douleur ou un malaise à la poitrine d'origine non-cardiaque et chez qui on a détecté de l'anxiété de type « panique ». Certaines études semblent en effet montrer que ces malaises physiques à la poitrine peuvent parfois s'accompagner d'anxiété de type « panique ». L'étude porte sur l'évaluation de l'efficacité de trois différentes modalités d'intervention, dont deux de nature psychologique et une de nature pharmacologique. Si vous êtes sélectionné(e), vous aurez la possibilité de participer à cette étude où nous cherchons donc à observer si, suite au traitement psychologique bref et précoce, ou au traitement psychologique de plus longue durée, ou bien au traitement pharmacologique, vos malaises physiques s'estompent, votre niveau d'anxiété diminue et votre fonctionnement psychosocial s'améliore. Toutes les personnes qui participeront à cette étude bénéficieront d'un traitement gratuit. Dans le cadre de cette recherche, un total de 51 participant(e)s seront recrutés à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Nature et durée de la participation au projet de recherche

Phase I : Évaluation

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous assisterez d'abord à une rencontre d'évaluation réalisée par un(e) assistant(e) de recherche lors de votre visite à l'urgence. Nous vous poserons alors des questions sur votre santé, vos habitudes de vie, l'anxiété et d'autres symptômes physiques et psychologiques que vous pourriez avoir. Cette rencontre durera environ 45 minutes et est essentielle puisqu'elle permet de déterminer si vous êtes éligible à participer à cette étude. Suite à cette évaluation, l'assistant de recherche vous avisera si vous êtes éligible à participer et vous indiquera la démarche à suivre pour commencer votre traitement.

Le choix du traitement est établi d'avance, il ne sera donc pas possible pour vous de choisir le type de traitement. Si le choix du traitement que nous vous proposons ne vous convient pas, nous pourrions

Initiales : _____

Titre du projet : Évaluation de l'efficacité de différents traitements pour les individus se présentant à l'urgence en raison de douleur thoracique à faible risque de maladie cardiaque et présentant un trouble panique.

vous référer, si vous le désirez, à des ressources appropriées et nous devons à ce moment cesser votre participation à cette étude. Cette étude nous permettra d'évaluer la pertinence et l'utilité des traitements proposés dans le contexte des services d'urgence. Toutefois, à la fin de la recherche, si un des traitements s'avère plus efficace que les autres, nous pourrions vous offrir gratuitement, si cela vous intéresse, ce ou ces traitements efficaces si vous ne les avez pas reçus.

Puisque le but de cette étude consiste à évaluer différentes formes de traitement, vous ne devez pas participer à une autre forme d'intervention psychologique ou à un groupe de soutien pendant toute la durée de l'étude et ne devez pas commencer la prise d'une médication de type psychotrope pour diminuer son anxiété/panique durant toute la durée de cette étude, soit 15 mois.

Vous devrez, en plus de l'entrevue initiale d'évaluation, remplir quelques questionnaires; certains sur place et d'autres à votre domicile. Ces questionnaires vous prendront environ une heure à compléter. Une enveloppe pré-affranchie et pré-adressée est prévue à cet effet. L'entrevue sera enregistrée sur bande audio uniquement pour permettre une écoute ultérieure afin de s'assurer de la qualité des entrevues et des traitements proposés. Ces enregistrements seront détruits à la fin de l'étude.

Pour être en mesure de bien compléter l'étude, nous vous demandons aussi l'autorisation de consulter votre dossier médical de l'Hôtel-Dieu de Lévis et votre dossier RAMQ pour recueillir des informations pertinentes aux objectifs de l'étude, c'est-à-dire qui concernent votre malaise à la poitrine et d'autres aspects de votre santé.

Phase II : Traitements

Vous serez soumis(e) à l'un ou l'autre des traitements suivants :

A. Participant(e)s à l'intervention autogérée :

Les participant(e)s bénéficieront d'une psychothérapie individuelle de type cognitive-comportementale pour le traitement des personnes présentant des douleurs ou des malaises physiques à la poitrine et ayant de l'anxiété de type « panique ». Cette thérapie sera d'une durée de 14 semaines, à raison d'une rencontre, d'une heure approximativement, aux deux semaines et sera offerte par un psychologue formé à cette approche. Au cours de la thérapie, nous vous demanderons de noter certaines observations et d'effectuer des exercices pratiques durant les rencontres, puis seul(e) entre les rencontres. Les participant(e)s seront amenés à prendre en charge graduellement leur intervention avec le soutien de leur thérapeute. Les personnes prenant un médicament pour les symptômes d'anxiété/panique devront maintenir la prise et la posologie de leur médication pendant au moins six mois. Les personnes ne prenant pas de médicament pour les symptômes d'anxiété de type « panique » ne devront prendre aucune médication afin de soulager ces symptômes, faute de quoi ils seront exclus de l'étude.

B. Participant(e)s à l'intervention psychologique brève et précoce :

Les participant(e)s bénéficieront d'une intervention psychologique brève et précoce gratuite pour le traitement des personnes présentant des douleurs ou des malaises physiques à la poitrine et ayant de l'anxiété de type « panique ». Celle-ci est d'une durée d'environ deux heures et aura lieu à l'Institut de Cardiologie quelques jours après avoir obtenu les résultats normaux de vos examens physiques. Ce traitement nécessitera donc un déplacement de votre part. Au cours de cette intervention, nous vous transmettrons certaines informations concernant vos malaises physiques ainsi que sur l'anxiété de type « panique » et nous vous demanderons d'effectuer des exercices pratiques. Les personnes prenant un médicament pour

Initiales : _____

Titre du projet : Évaluation de l'efficacité de différents traitements pour les individus se présentant à l'urgence en raison de douleur thoracique à faible risque de maladie cardiaque et présentant un trouble panique.

les symptômes d'anxiété/panique devront maintenir la prise et la posologie de leur médication pendant au moins six mois. Les personnes ne prenant pas de médicament pour les symptômes d'anxiété de type « panique » ne devront prendre aucune médication afin de soulager ces symptômes, faute de quoi ils seront exclus de l'étude.

C. Participant(e)s au traitement pharmacologique :

Les participant(e)s bénéficieront d'un traitement pharmacologique gratuit. La médication offerte sera un antidépresseur de type ISRS (inhibiteur sélectif de la recaptation de la sérotonine), approuvé pour traiter l'anxiété de type « panique ». La prescription initiale sera fournie par l'urgentologue que vous avez consulté lors de votre visite à l'urgence, alors que les suivis de cette médication seront assurés par un médecin affilié à l'Institut de Cardiologie, qui pourra ajuster le dosage selon votre condition. En effet, si la médication n'est pas bien tolérée par le participant(e), le médecin pourra décider de la cesser ou de la modifier. La médication sera prise pour une durée de 6 mois et sera ensuite diminuée graduellement, selon les recommandations du médecin jusqu'à son arrêt. Les individus prenant déjà une médication pour les symptômes d'anxiété (anxiolytique) devront aviser les chercheurs si il y a cessation ou modification de la dose.

Phase III : Suivis

A. Participant(e)s à l'intervention autogérée :

Quatorze semaines après le début de l'intervention, ainsi qu'à 3, 6 et 12 mois après cette dernière, vous aurez une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer vos progrès. La rencontre à la fin de l'intervention, soit deux semaines après celle-ci, aura lieu à l'Hôtel-Dieu de Lévis et exige donc un déplacement de votre part. Les évaluations subséquentes, soit celles de 3, 6 et 12 mois, seront faites par téléphone, ne nécessitant aucun déplacement de votre part. De plus, lors de ces quatre moments d'évaluation (à la fin du traitement ainsi qu'à 3, 6 et 12 mois), nous vous demanderons de remplir une série de questionnaires. Ces questionnaires vous prendront environ une heure à compléter. Vous devrez les remplir et nous les retourner par la poste dans une enveloppe pré-affranchie et pré-adressée que nous aurons prévu à cet effet.

B. Participant(e)s à l'intervention psychologique brève :

Quatorze semaines après le début de l'intervention, ainsi qu'à 3, 6 et 12 mois après cette dernière, vous aurez une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer vos progrès. La rencontre à la fin de l'intervention, soit deux semaines après celle-ci, aura lieu à l'Hôtel-Dieu de Lévis et exige donc un déplacement de votre part. Les évaluations subséquentes, soit celles de 3, 6 et 12 mois, seront faites par téléphone, ne nécessitant aucun déplacement de votre part. De plus, lors de ces quatre moments d'évaluation (à la fin du traitement ainsi qu'à 3, 6 et 12 mois), nous vous demanderons de remplir une série de questionnaires. Vous devrez les remplir et nous les retourner par la poste dans une enveloppe pré-affranchie et pré-adressée que nous aurons prévu à cet effet.

C. Participant(e)s au traitement pharmacologique :

Quatorze semaines après le début de la prise de médication, vous aurez une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer vos progrès. D'autres

Initiales : _____

Titre du projet : Évaluation de l'efficacité de différents traitements pour les individus se présentant à l'urgence en raison de douleur thoracique à faible risque de maladie cardiaque et présentant un trouble panique.

évaluations similaires auront lieu 3, 6 et 12 mois après cette première évaluation. La rencontre à 14 semaines après le début de la prise de médication aura lieu à l'Hôtel-Dieu de Lévis et exige donc un déplacement de votre part. Les évaluations subséquentes, soit celles de 3, 6 et 12 mois, seront faites par téléphone, ne nécessitant aucun déplacement de votre part. De plus, lors de ces quatre moments d'évaluation (à la fin du traitement ainsi qu'à 3, 6 et 12 mois), nous vous demanderons de remplir une série de questionnaire. Vous devrez les remplir et nous les retourner par la poste dans une enveloppe pré-affranchie et pré-adressée que nous aurons prévu à cet effet.

Avantages pouvant découler de la participation au projet de recherche

L'avantage principal que vous tirez en participant à ce projet de recherche est que vous bénéficierez gratuitement d'un traitement à la fine pointe des découvertes les plus récentes. Par ailleurs, votre participation nous permettra de mieux connaître la condition psychologique des personnes présentant une douleur ou un malaise à la poitrine d'origine non-cardiaque ou à faible risque de problèmes cardiaques et chez qui on a détecté de l'anxiété de type « panique », en plus de nous permettre d'évaluer l'efficacité de traitements psychologiques et pharmacologique offerts par le personnel de la santé et ce, afin d'améliorer les services offerts aux patients.

Inconvénients pouvant découler de la participation au projet de recherche

Aucun inconvénient majeur ne peut découler de votre participation. Cependant, outre le temps et le déplacement consacrés à votre participation, vous pourriez ressentir du stress et de la fatigue. Aussi, votre participation pourrait susciter des remises en question.

Risques

La participation à ce projet ne vous fait courir aucun risque connu sur le plan médical. Il est également entendu que votre participation au projet de recherche n'aura aucun effet sur tout traitement auquel vous serez éventuellement soumis.

Les femmes ne doivent être ni enceintes, ni le devenir, ni allaiter pendant leur participation à cette étude.

Compensation financière

Aucune compensation financière n'est prévue dans le cadre de cette étude. Cependant, les participant(e)s bénéficieront d'un traitement psychothérapeutique ou pharmacologique gratuit.

Information complémentaire concernant le projet de recherche

Dans le cadre d'un projet de recherche, on peut parfois obtenir de l'information nouvelle sur le traitement à l'étude. Si cette situation se produit, le chercheur responsable du projet ou son représentant vous en informera et en discutera avec vous afin de décider si vous voulez continuer à

Initiales : _____

Titre du projet : Évaluation de l'efficacité de différents traitements pour les individus se présentant à l'urgence en raison de douleur thoracique à faible risque de maladie cardiaque et présentant un trouble panique.

participer à ce projet de recherche. Si vous décidez de vous retirer, le chercheur vous proposera d'autres arrangements pour vos soins. Si vous décidez de continuer à y participer, il vous demandera de signer un formulaire de consentement mis à jour.

Retrait de la participation au projet de recherche

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous restez, à tout moment, libre d'y mettre fin sans avoir ni à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Le retrait de votre participation n'affectera d'aucune façon les services ou les traitements ultérieurs qui vous seront offerts.

En cas de retrait de votre part au projet de recherche, les données qui vous concernent pourront être détruites à votre demande.

Arrêt du projet de recherche

Le projet de recherche peut être interrompu par le chercheur pour différents motifs ou dans certaines circonstances, par exemple, des contre-indications d'ordre éthique ou l'établissement de nouveaux critères de sélection auxquels vous ne répondez plus. Le médecin de l'étude peut aussi vous retirer du projet de recherche à tout moment, s'il juge que c'est dans votre intérêt et après vous en avoir expliqué les raisons.

Accès au dossier médical

Pour être en mesure de bien compléter l'étude, nous vous demandons aussi l'autorisation de consulter votre dossier médical de l'Hôtel-Dieu de Lévis et votre dossier de la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec (RAMQ) pour recueillir des informations pertinentes aux objectifs de l'étude, c'est-à-dire qui concernent votre malaise à la poitrine et d'autres aspects de votre santé.

Accès au dossier de recherche

Tout comme pour votre dossier médical, des représentants désignés du projet de recherche, des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) ainsi que des organismes de santé (Santé Canada ou la *Food and Drug Administration* (FDA) des États-Unis) pourront accéder aux données de recherche pour pouvoir confirmer que les renseignements recueillis sont exacts. Dans ce cas, votre identité pourra être révélée. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

De plus, les représentants désignés du Comité d'éthique de la recherche de l'Hôtel-Dieu de Lévis peuvent avoir accès à ces données.

Autorisation de communiquer les résultats

Votre médecin traitant (à l'HDL) pourra être informé de votre participation à ce projet de recherche, de même que des résultats obtenus lors de l'évaluation associée au projet.

Initiales : _____

Titre du projet : Évaluation de l'efficacité de différents traitements pour les individus se présentant à l'urgence en raison de douleur thoracique à faible risque de maladie cardiaque et présentant un trouble panique.

Confidentialité

Les renseignements personnels (nom, adresse et autres coordonnées) vous concernant seront gardés confidentiels dans les limites prévues par la loi. Ils seront codifiés et gardés par le chercheur responsable dans un classeur sous clé, auquel seuls les responsables du projet de recherche auront accès. De plus, toutes les données, y compris les enregistrements audio vous concernant, seront conservées pendant 25 ans et détruites à la fin de ce délai. En cas de présentation des résultats de cette recherche ou de publication dans des revues spécialisées, rien ne pourra permettre de vous identifier ou de vous retracer.

Registre

Conformément à la mesure 9 du *Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique* qui concerne l'identification des personnes qui prêtent leur concours à des activités de recherche en respectant la confidentialité, vos coordonnées seront inscrites au registre des participants qui est tenu par le responsable du projet de recherche.

Accès au chercheur et procédure d'urgence

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou si il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps la coordonnatrice de l'étude, Madame Geneviève Belleville (numéros de téléphone cellulaire et de téléavertisseur à venir).

En cas de plainte

Pour tout problème concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez, après en avoir discuté avec la personne responsable du projet, expliquer vos préoccupations au commissaire local à la qualité des services de l'Hôtel-Dieu de Lévis, M. André Prévost, que vous pouvez joindre au numéro (418) 835-7170.

Surveillance éthique du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôtel-Dieu de Lévis a approuvé ce projet de recherche et s'assure du respect des règles éthiques durant tout son déroulement. Pour toute information, vous pouvez joindre madame Lise DeBeaumont, secrétaire-trésorière du Comité d'éthique de la recherche, ou son représentant, au (418) 835-7121, poste 1360.

Initiales : _____

Titre du projet : Évaluation de l'efficacité de différents traitements pour les individus se présentant à l'urgence en raison de douleur thoracique à faible risque de maladie cardiaque et présentant un trouble panique.

Déclaration de l'investigateur ou de son représentant

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

« Je, soussigné, _____, certifie :

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

Nom du chercheur ou de son représentant
(lettres mouluées)

Signature du chercheur ou de son représentant

Fait à _____,

le _____.

Consentement du participant

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

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

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

Nom du participant

Signature du participant

Nom du témoin

Signature du témoin

Nom du représentant (si applicable)

Signature du représentant (si applicable)

Fait à _____,

le _____.

APPENDICE I

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT DE L'HÔTEL-DIEU DE LÉVIS:
CONDITION CONTRÔLE DE TYPE SOINS USUELS

Titre du projet : Évaluation de l'efficacité de différents traitements pour les individus se présentant à l'urgence en raison de douleur thoracique à faible risque de maladie cardiaque et présentant un trouble panique.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Évaluation de l'efficacité de différents traitements pour les individus se présentant à l'urgence en raison de douleur thoracique à faible risque de maladie cardiaque et présentant un trouble panique.

Responsable du projet de recherche à l'Hôtel-Dieu de Lévis

Julien Poitras, M.D.
Chef du département de médecine d'urgence
Hôtel-Dieu de Lévis

Téléphone : (418) 835-7121

Collaborateurs au projet de recherche

Chercheurs principaux :

André Marchand Ph.D., Psychologie
Département de psychologie
Université du Québec à Montréal

Téléphone : (514) 987-3000 poste 8439

Kim Lavoie, Ph. D., Psychologie
Axe de recherche en santé respiratoire
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Département de psychologie
Université du Québec à Montréal

Téléphone : (514) 338-2222 poste 3709
Téléphone : (514) 987-3000 poste 3835

Coordonnatrice :

Geneviève Belleville, Ph.D. Psychologie
Département de Psychologie
Université du Québec à Montréal

Téléphone : à venir
Téléavertisseur : à venir

Commanditaire du projet de recherche

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

Initiales : _____

Titre du projet : Évaluation de l'efficacité de différents traitements pour les individus se présentant à l'urgence en raison de douleur thoracique à faible risque de maladie cardiaque et présentant un trouble panique.

Introduction

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, il est important de prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

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

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

Si vous décidez de ne pas participer à ce projet de recherche, vous recevrez le traitement standard reconnu qui vous sera expliqué par votre médecin traitant.

Description et but du projet de recherche

Nous vous invitons à participer à une étude portant sur la condition psychologique des personnes se présentant à l'urgence pour une douleur ou un malaise à la poitrine d'origine non-cardiaque ou à faible risque de problèmes cardiaques. Certaines études semblent en effet montrer que ces malaises physiques à la poitrine peuvent parfois s'accompagner d'anxiété de type « panique ». L'étude porte sur l'évaluation de l'évolution des symptômes physiques et psychologiques chez ces individus. Si vous êtes sélectionné(e), vous aurez la possibilité de participer à cette étude où nous cherchons à observer l'évolution de vos symptômes au cours d'une période s'échelonnant sur 15 mois. Plus spécifiquement, nous nous intéressons à mesurer l'évolution de vos malaises à la poitrine, de votre niveau d'anxiété, et de votre fonctionnement psychosocial durant cette période. Dans le cadre de cette recherche, un total de 17 participant(e)s seront recrutés à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Nature et durée de la participation au projet de recherche

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous assisterez d'abord à une rencontre d'évaluation réalisée par un(e) assistant(e) de recherche lors de votre visite à l'urgence. Nous vous poserons alors des questions sur votre santé, vos habitudes de vie, l'anxiété et d'autres symptômes physiques et psychologiques que vous pourriez avoir. Cette rencontre durera environ 45 minutes et est essentielle puisqu'elle permet de déterminer si vous êtes éligible à participer à cette étude. Suite à cette évaluation, l'assistant de recherche vous avisera si vous êtes éligible à participer et vous indiquera la démarche à suivre pour que nous puissions commencer l'observation de l'évolution de vos symptômes.

Vous devrez, en plus de l'entrevue initiale d'évaluation, remplir quelques questionnaires; certains sur place et d'autres à votre domicile. Ces questionnaires prendront environ une heure à compléter. Une enveloppe pré-affranchie et pré-adressée est prévue à cet effet. L'entrevue sera enregistrée sur bande audio uniquement pour permettre une écoute ultérieure afin de s'assurer de la qualité des entrevues. Ces enregistrements seront détruits à la fin de l'étude.

Initiales : _____

Titre du projet : Évaluation de l'efficacité de différents traitements pour les individus se présentant à l'urgence en raison de douleur thoracique à faible risque de maladie cardiaque et présentant un trouble panique.

Pour être en mesure de bien compléter l'étude, nous vous demandons également l'autorisation de consulter votre dossier médical de l'Hôtel-Dieu de Lévis et votre dossier RAMQ pour recueillir des informations pertinentes aux objectifs de l'étude, c'est-à-dire qui concernent votre malaise à la poitrine et d'autres aspects de votre santé.

Si vous choisissez de ne pas participer, nous pourrions vous référer, si vous le désirez, à des ressources pertinentes.

Phase II : Soins médicaux

Vous bénéficierez des soins normalement offerts dans le cas où une personne se présente dans un service d'urgence avec une plainte de douleur thoracique non-cardiaque ou à faible risque de problèmes cardiaques, c'est-à-dire que le cas échéant, vous serez rassuré(e) par le médecin de l'absence de problèmes cardiaque ou organique établie suite aux examens physiques.

Phase III : Suivis

Quatorze semaines suivant votre séjour à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis, ainsi qu'à 3, 6 et 12 mois après la dernière évaluation, vous aurez à une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer votre état. La rencontre suivant votre séjour à l'urgence, soit 14 semaines après celui-ci, aura lieu à l'Hôtel-Dieu de Lévis et exige donc un déplacement de votre part. Les évaluations subséquentes, soit celles de 3, 6 et 12 mois, seront faites par téléphone, ne nécessitant aucun déplacement de votre part. De plus, lors de ces quatre moments d'évaluation, nous vous demanderons de remplir une série de questionnaires. Ces questionnaires vous prendront environ une heure à compléter. Vous devez les remplir et nous les retourner par la poste dans une enveloppe pré-affranchie et pré-adressée que nous aurons prévu à cet effet.

Avantages pouvant découler de la participation au projet de recherche

Aucun bénéfice direct découlant de votre participation à cette étude ne vous est garanti. Toutefois, votre participation nous permettra de faire avancer les connaissances sur l'évolution de la symptomatologie et du fonctionnement psychosocial des individus se présentant à l'urgence pour une douleur ou un malaise à la poitrine d'origine non-cardiaque ou à faible risque de problèmes cardiaques et chez qui on a détecté de l'anxiété de type « panique ». À la fin de l'étude, nous pourrions, si vous le désirez, vous référer à des ressources pertinentes.

Inconvénients pouvant découler de la participation au projet de recherche

Aucun inconvénient majeur ne peut découler de votre participation. Cependant, outre le temps et le déplacement consacrés à votre participation, vous pourriez ressentir du stress et de la fatigue. Aussi, votre participation pourrait susciter des remises en question.

Initiales : _____

Titre du projet : Évaluation de l'efficacité de différents traitements pour les individus se présentant à l'urgence en raison de douleur thoracique à faible risque de maladie cardiaque et présentant un trouble panique.

Risques

La participation à ce projet ne vous fait courir aucun risque connu sur le plan médical. Il est également entendu que votre participation au projet de recherche n'aura aucun effet sur tout traitement auquel vous serez éventuellement soumis.

Les femmes ne doivent être ni enceintes, ni le devenir, ni allaiter pendant leur participation à cette étude.

Compensation financière

Aucune compensation financière n'est prévue dans le cadre de cette étude. Cependant, les participant(e)s bénéficieront d'un traitement psychothérapeutique ou pharmacologique gratuit.

Information complémentaire concernant le projet de recherche

Dans le cadre d'un projet de recherche, on peut parfois obtenir de l'information nouvelle sur le traitement à l'étude. Si cette situation se produit, le chercheur responsable du projet ou son représentant vous en informera et en discutera avec vous afin de décider si vous voulez continuer à participer à ce projet de recherche. Si vous décidez de vous retirer, le chercheur vous proposera d'autres arrangements pour vos soins. Si vous décidez de continuer à y participer, il vous demandera de signer un formulaire de consentement mis à jour.

Retrait de la participation au projet de recherche

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous restez, à tout moment, libre d'y mettre fin sans avoir ni à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Le retrait de votre participation n'affectera d'aucune façon les services ou les traitements ultérieurs qui vous seront offerts.

En cas de retrait de votre part au projet de recherche, les données qui vous concernent pourront être détruites à votre demande.

Arrêt du projet de recherche

Le projet de recherche peut être interrompu par le chercheur pour différents motifs ou dans certaines circonstances, par exemple, des contre-indications d'ordre éthique ou l'établissement de nouveaux critères de sélection auxquels vous ne répondez plus. Le médecin de l'étude peut aussi vous retirer du projet de recherche à tout moment, s'il juge que c'est dans votre intérêt et après vous en avoir expliqué les raisons.

Initiales : _____

Titre du projet : Évaluation de l'efficacité de différents traitements pour les individus se présentant à l'urgence en raison de douleur thoracique à faible risque de maladie cardiaque et présentant un trouble panique.

Accès au dossier médical

Pour être en mesure de bien compléter l'étude, nous vous demandons aussi l'autorisation de consulter votre dossier médical de l'Hôtel-Dieu de Lévis et votre dossier de la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec (RAMQ) pour recueillir des informations pertinentes aux objectifs de l'étude, c'est-à-dire qui concernent votre malaise à la poitrine et d'autres aspects de votre santé.

Accès au dossier de recherche

Tout comme pour votre dossier médical, des représentants désignés du projet de recherche, des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) ainsi que des organismes de santé (Santé Canada ou la *Food and Drug Administration* (FDA) des États-Unis) pourront accéder aux données de recherche pour pouvoir confirmer que les renseignements recueillis sont exacts. Dans ce cas, votre identité pourra être révélée. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

De plus, les représentants désignés du Comité d'éthique de la recherche de l'Hôtel-Dieu de Lévis peuvent avoir accès à ces données.

Autorisation de communiquer les résultats

Votre médecin traitant pourra être informé de votre participation à ce projet de recherche, de même que des résultats obtenus lors de l'évaluation associée au projet.

Confidentialité

Les renseignements personnels (nom, adresse et autres coordonnées) vous concernant seront gardés confidentiels dans les limites prévues par la loi. Ils seront codifiés et gardés par le chercheur responsable dans un classeur sous clé, auquel seuls le responsables du projet de recherche auront accès. De plus, toutes les données, y compris les enregistrements audio vous concernant, seront conservées pendant 25 ans et détruites à la fin de ce délai. En cas de présentation des résultats de cette recherche ou de publication dans des revues spécialisées, rien ne pourra permettre de vous identifier ou de vous retracer.

Registre

Conformément à la mesure 9 du *Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique* qui concerne l'identification des personnes qui prêtent leur concours à des activités de recherche en respectant la confidentialité, vos coordonnées seront inscrites au registre des participants qui est tenu par le responsable du projet de recherche.

Accès au chercheur et procédure d'urgence

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou si il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps la coordonnatrice de l'étude, Madame Geneviève Belleville (numéros de téléphone cellulaire et de téléavertisseur à venir).

Initiales : _____

Titre du projet : Évaluation de l'efficacité de différents traitements pour les individus se présentant à l'urgence en raison de douleur thoracique à faible risque de maladie cardiaque et présentant un trouble panique.

En cas de plainte

Pour tout problème concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez, après en avoir discuté avec la personne responsable du projet, expliquer vos préoccupations au commissaire local à la qualité des services de l'Hôtel-Dieu de Lévis, M. André Prévost, que vous pouvez joindre au numéro (418) 835-7170.

Surveillance éthique du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôtel-Dieu de Lévis a approuvé ce projet de recherche et s'assure du respect des règles éthiques durant tout son déroulement. Pour toute information, vous pouvez joindre madame Lise DeBeaumont, secrétaire-trésorière du Comité d'éthique de la recherche, ou son représentant, au (418) 835-7121, poste1360.

Initiales : _____

Titre du projet : Évaluation de l'efficacité de différents traitements pour les individus se présentant à l'urgence en raison de douleur thoracique à faible risque de maladie cardiaque et présentant un trouble panique.

Déclaration de l'investigateur ou de son représentant

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

« Je, soussigné, _____, certifie :

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

Nom du chercheur ou de son représentant
(lettres mouillées)

Signature du chercheur ou de son représentant

Fait à _____,

le _____.

Consentement du participant

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

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

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

Nom du participant

Signature du participant

Nom du témoin

Signature du témoin

Nom du représentant (si applicable)

Signature du représentant (si applicable)

Fait à _____,

le _____.

APPENDICE J

QUESTIONNAIRES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES.

ID: _____
 DATE: _____

QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE ET MÉDICAL

1. Date de naissance (a/m/j): _____

2. Sexe: (1) F (2) M

3. Poids: _____

4. Taille: _____

5. Habitez-vous avec quelqu'un?

- (0) Non () Oui ⇨ (1) Conjoint(e)
 (2) Conjoint(e) et famille (enfants et parents)
 (3) Famille (enfants, parents)
 (4) Colocataire(s)
 (5) Chambre ou Pension
 (6) Autre

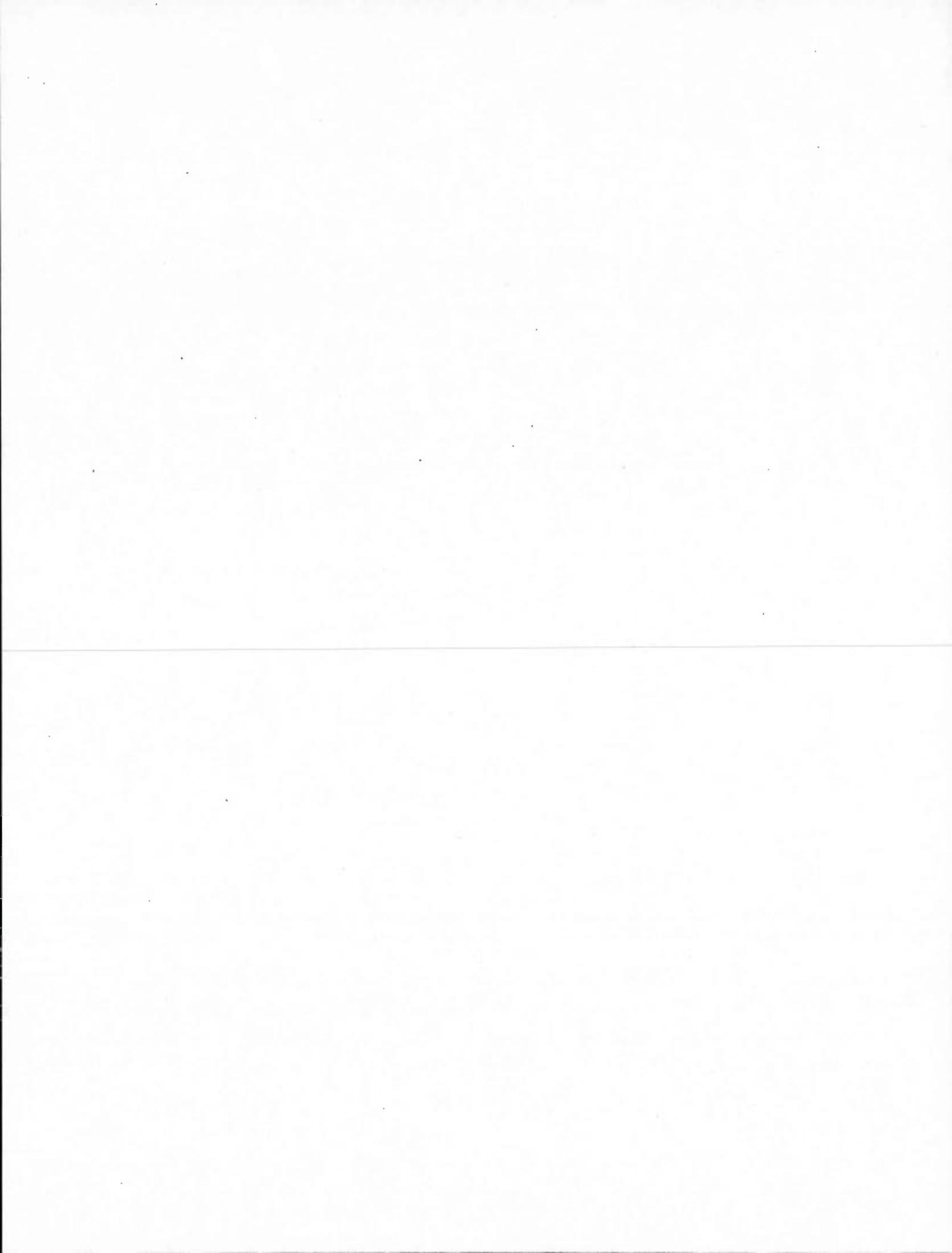
6. Avez-vous des enfants?

(0) Non (1) Oui

7. Revenu annuel (ménage): (1) moins de 29 999\$ (2) 30 000 à 59 999\$
 (3) 60 000 à 89 999\$ (4) 90 000\$ et plus

8. Scolarité complétée: (1) Primaire (2) Secondaire
 (3) Collégial (ou équivalent) (4) Universitaire

9. Statut de travail: (1) Temps plein (35 hre ou +) nombre d'heures / semaine: _____
 (2) Temps partiel (- de 35 hre)
 (3) Retraite
 (4) Chômage
 (5) Aide sociale
 (6) Invalidité
 (7) Sans emploi / travaille dans la maison
 (8) Arrêt temporaire ⇨ Statut antérieur: _____
 (9) Autre



APPENDICE K

ENTREVUE D'ÉVALUATION

Nom: _____

Date: _____

No. Dossier: _____

Évaluateur: _____

ADIS-IV Condensé**Trouble panique**

- 1) Présence actuelle de poussées d'anxiété soudaine très intense - impression que quelque chose de grave va se produire? Attaque la plus récente?
- 2) Quelles situations? Inattendues et spontanées?
- 3) Combien de temps avant que l'anxiété devienne intense (moins de 10 min.)?
- 4) Combien de temps dure l'anxiété à son niveau plus élevé?
- 5) Symptômes ressentis: encadrer symptômes pertinents et coter sévérité de 0 à 8

Symptômes	Sévérité
a) souffle court ou sensation d'étouffement	
b) étranglement	
c) palpitations	
d) douleur thoracique	
e) transpiration abondante	
f) étourdissement, vertige, perte d'équilibre	
g) nausée, maux de ventre	
h) dépersonnalisation / irréalité	
i) engourdissement, picotements	
j) bouffées de chaleur / frissons	
k) tremblements / tension musculaire	
l) peur de mourir	
m) peur de devenir fou / perdre le contrôle	
n) autres:	

- Ressentis à chaque attaque de panique ou non? Présence d'attaques à symptômes limités (mini-crisis)? Spécifier symptômes des attaques limitées (moins de 4 symptômes).
- 6) Nombre d'attaques au cours du dernier mois / des 6 derniers mois?
 - 7) Anticipation à propos d'autres paniques au cours du dernier mois? Sévérité actuelle de l'anticipation 0-8?
 - 8) Événements anticipés à la suite d'une attaque de panique: crise cardiaque, étouffement, mourir, devenir fou, perdre le contrôle, s'évanouir, tomber, avoir l'air fou, devenir paralysé ou aveugle?
 - 9) Changements dans le comportement résultant des crises (évitement, fuite, sensibilité interoceptive, comportements sécurisants, distraction, changement style de vie)? Coter détresse et interférence de 0 à 8.

2

10) Histoire de la première attaque de panique: quand, où, comment, avec qui, stressors à l'époque, substance psychoactive, comment a-t-elle réagi?

11) Quand est-ce devenu un problème?

12) Déclencheurs actuels des attaques de panique?

10) Actuellement, comment faites-vous face à vos attaques?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Agoraphobie:

1) Présence d'évitement de certaines situations par crainte de paniquer / de ressentir des malaises? Occasion la plus récente? Anticipation de ces situations? Symptômes redoutés?

2) Situations problématiques: encadrer situations pertinentes et coter appréhension et évitement de 0 à 8 (coter seulement situations relatives à l'agoraphobie)

Situation	Appréhension	Évitement	Commentaires
a) conduire ou aller en automobile			
b) épicerie			
c) centre d'achat			
d) foule			
e) transports en commun			
f) avion			
g) médecin / dentiste			
h) coiffeur			
i) attendre en ligne			
j) marcher à l'extérieur			
k) ponts			
l) être à la maison seul			
m) s'éloigner de chez soi			
n) cinéma / théâtre			
o) restaurants			
p) église			
q) espaces clos et petits			
r) espaces vastes			
s) travail			
t) autres:			

3) Comportements sécurisants: besoin d'être accompagné? transporter objets? évitement des heures d'achalandage?

4) Conséquences sur le fonctionnement quotidien (travail, vie social, activités routinières)? Coter détresse et interférence de l'évitement de 0 à 8.

5) Date d'apparition de l'évitement agoraphobique?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Phobie sociale:

- 1) Dans les situations sociales où vous pouvez être observé ou évalué par les autres, vous sentez-vous anxieux(se)? Incident le plus récent?
- Etes-vous préoccupé par le fait de pouvoir faire ou dire des chose embarrassantes ou humiliantes devant les autres et d'être jugé négativement?
- 2) **Situations problématiques:** encerclez situations pertinentes reliées à l'anxiété sociale et coter crainte et évitement de 0 à 8.

Situations	Crainte	Évitement	Commentaires
a) rencontres sociales b) réunions / cours c) parler formellement devant un groupe d) parler à des inconnus e) manger en public f) utiliser les toilettes publiques g) écrire en public h) rendez-vous galant i) parler à une personne en position d'autorité j) vous affirmer k) initier une conversation l) maintenir une conversation m) autres:			

3) Que craignez-vous dans ces situations?

4) Etes-vous anxieux presque à chaque fois que vous y faites face?

5) Anxiété apparaît avant d'entrer? au moment d'entrer dans la situation? avec délai? inattendue?

6) Crainte d'y faire une attaque de panique? Présence d'attaques de panique actuelles ou antérieures? (Voir liste de symptômes de panique à la première page et relever symptômes pertinents et leur sévérité de 0 à 8.). Si oui, la phobie sociale était-elle présente avant l'apparition des attaques de panique?

7) Conséquences sur le fonctionnement quotidien (travail, routine, vie sociale)? Influence sur la vie professionnelle ou académique? Coter degré de détresse et d'interférence de 0 à 8.

8) Début du problème à un niveau sévère?

9) Facteurs ayant pu entraîner le problème?

Impression clinique - présence du trouble?

OUI

NON

4

Trouble d'anxiété généralisée

- 1) Présence d'inquiétude excessive au cours des derniers mois à propos de plusieurs événements ou aspects de la vie quotidienne? Occasion la plus récente
- 2) Qu'est-ce qui vous inquiète?
- 3) Sujets d'inquiétude: encrer les situations pertinentes et coter à quel point l'inquiétude est fréquente, excessive et difficile à contrôler (incapable d'arrêter, aspect intrusif) de 0 à 8.

Sujet d'inquiétude	Fréquence	Excessif	Diff. contrôle	Commentaires
a) affaires mineures				
b) travail / études				
c) famille				
d) finances				
e) social / interpersonnel				
f) santé (soi)				
g) santé (proches)				
h) communauté / affaires mondiales				
i) autres:				

- 4) Fréquence de l'inquiétude au cours des 6 derniers mois (presque à tous les jours / % de la journée / nombre d'heures par jour)?
- 5) Est-ce que votre entourage trouve que vous vous inquiétez de façon excessive? Est-ce que quelqu'un vivant les mêmes situations que vous s'inquiéterait autant que vous?
- 6) Conséquences négatives redoutées?
- 7) Symptômes physiques: présence au cours des 6 derniers mois, coter sévérité de 0 à 8.

Symptômes ressentis	Sévérité	La plupart du temps (O / N)
a) agitation / se sentir sur les nerfs		
b) facilement fatigué		
c) difficulté à se concentrer		
d) irritabilité		
e) tension musculaire		
f) insomnie / sommeil difficile		

- 8) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 9) Début du problème à un niveau sévère?
- 10) Facteurs ayant pu entraîner le problème? stressseurs? Que se passait-il à l'époque?
- 11) Facteurs qui déclenchent l'inquiétude? Fréquence d'inquiétude spontanée (0 à 8)?
- 12) Comportements sécurisants: vérifications, mesures de prévention, chercher à être rassuré, distraction)? Fréquence des comportements les plus fréquents de 0 à 8.
- Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble obsessionnel-compulsif

1) Êtes-vous dérangé par des pensées/images/impulsions qui vous reviennent constamment à l'esprit, qui semblent insensées mais que vous ne pouvez pas empêcher (eg. penser de blesser quelqu'un)? Présent? Passé?

- Présence de comportements ou de pensées répétitives afin de soulager l'anxiété? Présent? Passé?

2) Cotation des obsessions et compulsions

Obsessions: encircler obsessions pertinentes et coter persistance / détresse et résistance de 0 à 8.

Types d'obsession	Persistance / Détresse	Résistance	Commentaires
a) doute b) contamination c) impulsions insensées d) impulsions agressives e) sexuel f) religieux / satanique g) blesser autrui h) images horribles i) pensées/images insensées (e.g., chiffres, lettres) j) autres:			

Compulsions: Encercler comportements pertinents et coter fréquence de 0 à 8.

Types de compulsion	Fréquence	Commentaires
a) compter b) vérifier c) laver d) accumuler e) répéter (physiquement, mentalement) f) séquence / ordre stéréotypé(e) g) autres:		

3) Pourcentage de la journée occupé par chaque obsession / par l'ensemble des obsessions (au moins 1 heure / jour)?

4) Pourcentage de croyance en chaque obsession au moment où elle occupe l'esprit? lorsqu'elle n'occupe pas l'esprit?

5) Facteurs déclenchants? Obsessions imposées de l'extérieur?

6) Signification accordée aux obsessions?

7) Pourcentage de la journée occupée par chaque compulsion / par l'ensemble des compulsions (au moins 1 heure/jour)?

6

- 8) Conscience de l'absurdité des compulsions / de leur caractère excessif? Présent? Passé?
- 9) Résistance aux compulsions: fréquence de la résistance? degré d'anxiété provoqué? conséquences redoutées?
- 10) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter détresse et interférence des obsessions et compulsions de 0 à 8.
- 11) Début du problème à un niveau sévère?
- 12) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?
- Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Phobie spécifique

- 1) Présence de crainte ou d'évitement face à une des situations suivantes? Présent? Passé? Coter crainte et évitement de 0 à 8.

Situation anxiogène	Crainte	Evitement	Commentaires
a) animaux			
b) environnement naturel (hauteurs, tempêtes, eau)			
c) sang/injections/blessures-soi			
d) sang/inject./blessures-autrui			
e) avion			
f) espaces clos			
g) autres (interv. chirurg., dentiste, étouffement, vomiss., maladies):			

- 2) Conséquences redoutées dans chaque situation phobogène?
- 3) Anxiété ressentie à chaque exposition?
- 4) Anxiété au moment de l'exposition, retardée, anticipée?
- 5) Crainte de subir une attaque de panique? Présence d'attaques spontanées (voir trouble panique)? Situations où de telles crises se sont produites?
- 6) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 7) Début du problème à un niveau sévère?
- 8) Facteurs ayant pu entraîner le problème?
- Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble de stress post-traumatique / Trouble de stress aigu

- 1) Présence d'un événement traumatisant dans le présent ou dans le passé? Événement arrivé à soi? .. été témoin d'un tel événement? Préciser événement et date.
- 2) Réaction émotive au cours de l'événement (peur intense, impuissance, horreur)?
- 3) Présence de souvenirs / pensées intrusives / rêves / sentiment de détresse en se rappelant l'événement? Présent? Passé?
- 4) Combien de temps après l'événement les symptômes sont-ils apparus?
- 5) Cotation des symptômes de stress post-traumatique: encircler symptômes pertinents et coter fréquence et détresse / sévérité de 0 à 8.

Symptômes	Fréquence	Détresse/Sévérité	Commentaires
a) souvenirs envahissants			
b) rêves			
c) impression de revivre l'événement			
d) détresse lorsqu'exposé à des stimuli associés à l'événement			
e) réaction physique lorsqu'exposé à des stimuli			
f) évite d'y penser ou d'en parler			
g) évite activités / situations associées			
h) trous de mémoire			
i) perte d'intérêt			
j) détachement émotionnel			
k) restriction des émotions			
l) désespoir face à l'avenir			
m) insomnie			
n) irritabilité / colère			
o) concentration difficile			
p) hypervigilance			
q) réaction de sursaut exagéré			
r) agitation			
s) dépersonnalisation / irréalité			
t) autres:			

- 6) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 7) Souvenir de la date précise de l'événement? Début et fin lorsque stressor chronique?
- 8) Début du problème à un niveau sévère?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

8

Trouble dépressif majeur

- 1) Présence d'humeur dépressive, de tristesse, de perte d'intérêt pour les activités habituelles?
Présent? Passé?
- 2) Fréquence de l'humeur dépressive et/ou de la perte d'intérêt au cours des 2 dernières semaines
(presque tous les jours)?
- 3) Cotation des symptômes dépressifs: encircler symptômes pertinents et coter sévérité de 0 à 8.

Symptômes dépressifs	Sévérité	Presque tous les jours O / N
a) humeur triste / pleurs		
b) perte d'intérêt / de motivation		
c) perte ou gain d'appétit		
d) insomnie ou hypersomnie		
e) agitation ou ralentissement		
f) fatigue ou perte d'énergie		
g) sentiment d'être un vaurien		
h) culpabilité / blâmes		
i) difficulté à se concentrer		
j) difficulté à prendre décisions		
k) penser à la mort ou au suicide		
l) autres:		

- 4) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 5) Début du problème à un niveau sévère?
- 6) Facteurs ayant pu entraîner le problème? stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble dysthymique

- 1) Présence d'humeur dépressive ou de tristesse au cours des 2 dernières années? Présent? Passé?
- 2) Pourcentage du temps où l'humeur est dépressive presque toute la journée?
- 3) Persistance: présence de périodes de 2 mois ou plus où l'humeur était normale? Quand?
- 4) Cotation des symptômes dépressifs: encadrer les symptômes pertinents, coter sévérité de 0 à 8 et persistance.

Symptômes dépressifs	Sévérité	Persistance O / N
a) perte d'appétit ou hyperphagie		
b) insomnie ou hypersomnie		
c) baisse d'énergie ou fatigue		
d) faible estime de soi / sentiment d'échec		
e) difficulté concentration ou prise de décision		
f) désespoir / pessimisme		
g) autres:		

- 5) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 6) Début du problème à un niveau sévère?
- 7) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

10

Manie / Cyclothymie

- 1) Présence d'épisodes d'humeur excessivement exaltée ou irritable? Période la plus récente? Durée
- 2) Cotation des symptômes de manie: encercler symptômes pertinents, coter sévérité de 0 à 8 et persistance.

Symptômes de manie	Sévérité	Presque tous les jours O / N
a) irritabilité		
b) humeur exaltée ou expansive		
c) estime de soi exagérée / idées de grandeur		
d) réduction du besoin de dormir		
e) fuite des idées / idées défilent rapidement		
f) distraction		
g) augmentation des activités		
h) activités agréables mais dommageables (e.g., achats, promiscuité sexuelle)		
i) volubilité		
j) idées délirantes / hallucinations		
k) autres:		

- 3) Durée du dernier épisode maniaque? Persistance au delà d'une semaine? Dates début et fin?
- 4) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 5) Début du problème à un niveau sévère?
- 6) Facteurs ayant pu entraîner le problème?
- 7) Proximité d'un épisode dépressif (avant / après)?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Hypochondrie

- 1) Présence de crainte ou conviction d'avoir une maladie grave? Préciser maladies redoutées?
Présent? Passé? Épisode le plus récent?
- 2) Présence de symptômes réels associés à la maladie? Lesquels? Fréquence?
- 3) Consultations médicales? Fréquence? Résultats des examens?
- 4) Capacité de se rassurer si les examens sont négatifs? Durée du sentiment de rassurance?
Réapparition de la crainte?
- 5) Pourcentage actuel de conviction d'avoir la maladie? Existence de preuves qui permettraient de rassurer la personne?
- 6) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 7) Début du problème à un niveau sévère? Présence au cours des 6 derniers mois?
- 8) Facteurs ayant pu entraîner le problème?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble de somatisation

1) Présence de nombreux problèmes de santé différents au cours de la vie? Consultations médicales répétées? Interférence sur la vie quotidienne? Difficulté à déterminer l'origine de ces problèmes de santé?

2) Cotation des symptômes physiques: encrer les symptômes pertinents, coter sévérité de 0 à 8, spécifier si apparition avant 30 ans et si le symptôme est non organique ou excessif.

Symptômes physiques	Sévérité	Avant 30 ans O/N	Non organique - excessif O/N
a) Douleurs (au moins 4) maux de tête douleurs abdominales maux de dos douleurs articulaires douleurs aux extrémités douleurs thoraciques douleurs rectales douleurs durant relations sexuelles douleurs durant menstruations douleurs urinaires b) Gastro-intestinaux (au moins 2) nausées diarrhée ballonnements vomissements intolérances à des aliments c) Pseudoneurologiques (au moins 1) cécité vision double surdité perte de sensations tactiles hallucinations aphonie trouble de coordination / équilibre paralysie ou faiblesse musculaire difficulté à avaler difficultés respiratoires rétention urinaire crises ou convulsions amnésie perte de conscience d) Symptômes sexuels (au moins 1) indifférence sexuelle troubles érectiles ou de l'éjaculation cycles menstruels irréguliers saignement menstruel excessif vomissements durant grossesse			

- 3) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 4) Début du problème à un niveau sévère?
- 5) Facteurs ayant pu entraîner le problème?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble mixte anxiété-dépression

N.B. Ne pas faire passer aux personnes recevant actuellement ou ayant déjà reçu un diagnostic de trouble anxieux ou de l'humeur.

- 1) Ces temps-ci, la personne se sent-elle abattue ou déprimée, ou bien anxieuse ou tendue? Passé? Indiquer épisode le plus récent.
- 2) Pourcentage du temps occupé par ces sentiments au cours du dernier mois (majorité des jours)?
- 3) Cotation des symptômes: encadrer symptômes pertinents et coter sévérité de 0 à 8.

Symptômes	Sévérité 0 à 8
a) difficultés de concentration ou impression d'avoir la tête vide	
b) insomnie ou sommeil interrompu, agité ou peu reposant	
c) fatigue ou faible niveau d'énergie	
d) irritabilité	
e) inquiétude à propos de sujets quotidiens	
f) tendance à pleurer facilement	
g) hypervigilance	
h) tendance à craindre le pire	
i) désespoir face à l'avenir	
j) faible estime de soi - sentiment d'être un vaurien	

- 4) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 5) Début du problème à un niveau sévère?
- 6) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Abus d'alcool / Dépendance à l'alcool

- 1) Consommation d'alcool habituelle?: préciser types et quantités. Passé? Épisode le plus récent?
- 2) Problèmes associés à l'abus / la dépendance à l'alcool: encercler problèmes pertinents et coter fréquence / sévérité de 0 à 8.

Problèmes associés à l'abus / la dépendance à l'alcool	Fréquence / Sévérité
a) rendement réduit ou absentéisme au travail (aux études)	
b) problèmes légaux	
c) disputes avec la famille ou amis à propos de l'alcool	
d) consommation d'alcool dans des conditions dangereuses	
e) consommation pour diminuer anxiété ou humeur dépressive	
f) besoin de boire davantage pour obtenir effet recherché	
g) diminution des effets de la même quantité d'alcool	
h) symptômes de sevrage	
i) besoin de prendre une autre substance pour diminuer effet de sevrage	
j) consommation excédant ce que la personne aimerait	
k) difficulté à diminuer ou contrôler consommation	
l) accorder beaucoup de temps à l'alcool	
m) abandon ou diminution des activités de loisir et sociales	
n) poursuite de la consommation en dépit des problèmes médicaux ou émotionnels qu'elle occasionne	

- 3) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 4) Début du problème à un niveau sévère?
- 5) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

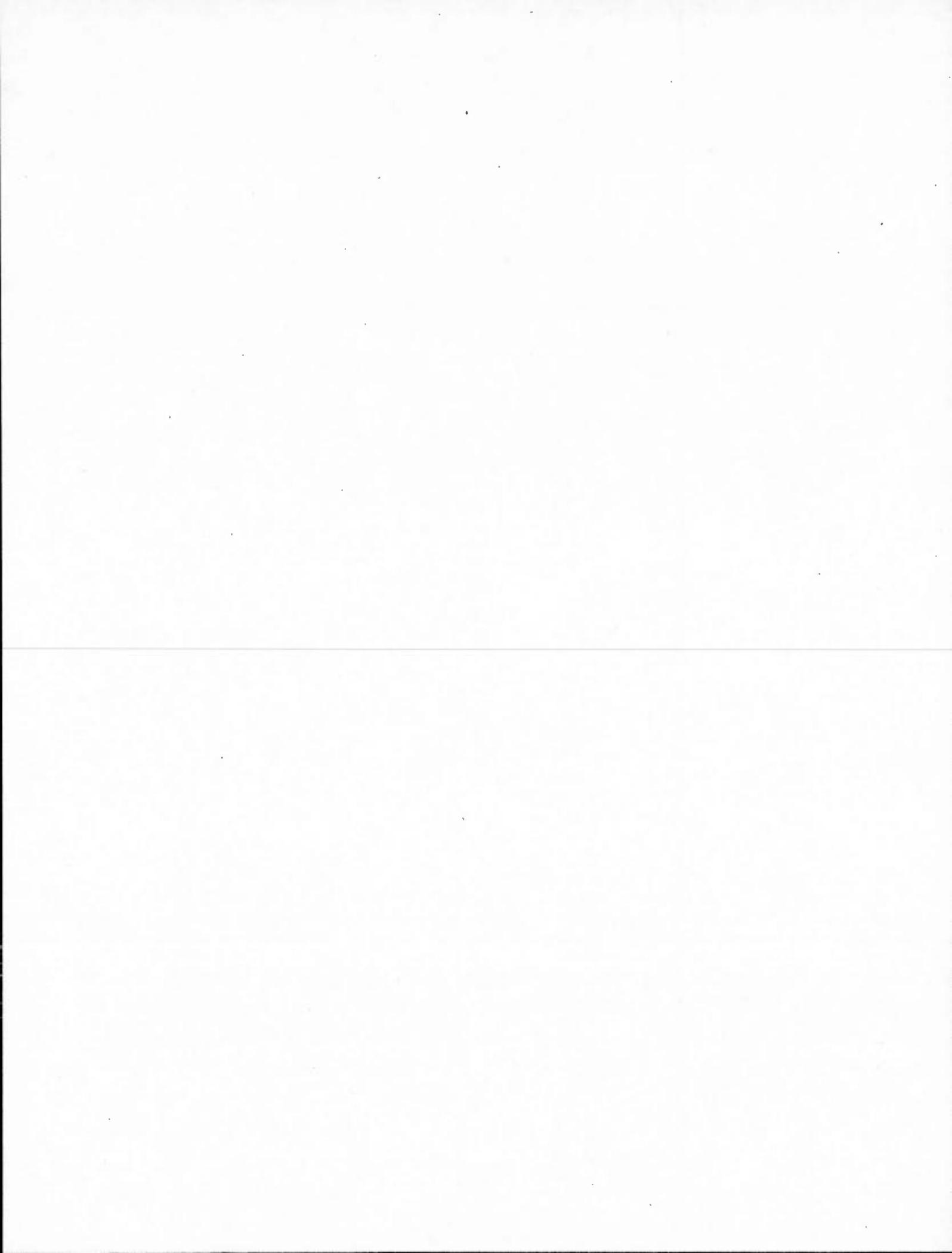
Abus de substances psychoactives / Dépendance à des substances psychoactives

- 1) Consommation de caféine habituelle?: préciser type et quantités. Problèmes médicaux associés?
- 2) Consommation de substances illicites? Présent? Passé? Préciser type et quantités.
- 3) Consommation excessive de médicaments d'ordonnance ou en vente libre? Préciser type et quantités.
- 4) **Problèmes associés à l'utilisation d'une substance psychoactive**: encircler problèmes pertinents et coter fréquence / sévérité de 0 à 8.

Problèmes associés à l'utilisation d'une substance psychoactive	Fréquence / Sévérité
a) rendement réduit ou absentéisme au travail (aux études)	
b) problèmes légaux	
c) disputes avec la famille ou amis à propos de la consommation	
d) consommation dans des conditions dangereuses	
e) consommation pour diminuer anxiété ou humeur dépressive	
f) besoin de consommer davantage pour obtenir effet recherché	
g) diminution des effets de la même quantité de la substance	
h) symptômes de sevrage	
i) besoin de prendre une autre substance pour diminuer effet de sevrage	
j) consommation excédant ce que la personne aimerait	
k) difficulté à diminuer ou contrôler consommation	
l) accorder beaucoup de temps à consommer ou à se procurer la substance	
m) abandon ou diminution des activités de loisir et sociales	
n) poursuite de la consommation en dépit des problèmes médicaux ou émotionnels qu'elle occasionne	

- 5) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 6) Début du problème à un niveau sévère?
- 7) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON



APPENDICE L

MESURES DES SYMPTÔMES DU TROUBLE PANIQUE

ID : _____

QUESTIONNAIRES SUR LES SENSATIONS PHYSIQUES (QSP)

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

a) Évaluez le degré de peur suscitée par chacune des sensations que vous avez déjà ressenties.

b) Encerchez les chiffres correspondant aux trois sensations les plus pénibles pour vous.

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

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

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

G:\Tests selon les étapes de la recherche\contrôle\QSP.doc

ID : _____

QUESTIONNAIRE SUR LES PENSÉES PHOBQUES (QPP)

Ce questionnaire regroupe différentes pensées ou idées qui peuvent apparaître quand vous êtes nerveux-se ou effrayé-e

- a) Évaluez la fréquence d'apparition de chacune de ces idées lorsque vous êtes nerveux-se ou effrayé-e.
 b) Encerclez les chiffres correspondant aux trois idées qui apparaissent le plus souvent lorsque vous êtes nerveux-se ou effrayé-e.

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Toujours
1. Je vais vomir.	1	2	3	4	5
2. Je vais mourir.	1	2	3	4	5
3. Je dois avoir une tumeur cérébrale.	1	2	3	4	5
4. Je vais avoir une crise cardiaque.	1	2	3	4	5
5. Je vais étouffer, suffoquer, manquer d'air.	1	2	3	4	5
6. Je vais avoir l'air fou.	1	2	3	4	5
7. Je vais devenir aveugle.	1	2	3	4	5
8. Je ne serai pas capable de me contrôler.	1	2	3	4	5
9. Je vais blesser quelqu'un.	1	2	3	4	5
10. Je vais m'évanouir.	1	2	3	4	5
11. Je vais devenir fou-folle.	1	2	3	4	5
12. Je vais me mettre à crier.	1	2	3	4	5
13. Je vais me mettre à marmonner ou à dire n'importe quoi.	1	2	3	4	5
14. Je vais être paralysé-e par la peur.	1	2	3	4	5
15. Autre : _____	1	2	3	4	5
16. Autre : _____	1	2	3	4	5

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

Adaptation française: Marchand, A., Lalonde, J. (1985). Module de thérapie comportementale, Hôpital Louis-H. Lufontaine. Version modifiée par D. Gureau, sept. 1992.

C:\Tests selon les étapes de la recherche\control\QSP.doc

ECHELLE DE PANIQUE ET D'AGORAPHOBIE
Questionnaire du patient
 B. Bandelow

Patient:

Date: Visite:

Ce questionnaire est destiné aux gens souffrant d'attaque de panique et d'agoraphobie. Évaluez la sévérité de vos symptômes durant la dernière semaine.

Les attaques de panique sont définies comme étant l'éruption soudaine de l'anxiété, accompagnée par certains des symptômes suivants:

- palpitations ou le martèlement du cœur ou accélération du rythme cardiaque
- transpirations
- tremblements ou secousses
- bouche sèche
- difficulté de respirer
- sensation d'étouffement
- douleur à la poitrine ou inconfort
- nausée ou détresse abdominale (par exemple, des hauts le cœur)
- chanceler, sentiment de vertige, d'évanouissement ou d'étourdissement
- sentiments que les objets sont irréels (comme dans un rêve), ou que son esprit est lointain ou « pas réellement présent »
- peur de perdre le contrôle, de devenir fou, ou de s'évanouir
- peur de mourir
- des bouffées de chaleur ou des sueurs froides
- engourdissement ou des sensations de picotement

Des attaques de panique se développent brusquement et augmentent en intensité endéans les 10 minutes environs.

A.1. A quelle fréquence avez-vous des attaques de panique?

- 0 Aucune attaque de panique pendant la semaine dernière
- 1 1 attaque de panique pendant la semaine dernière
- 2 2 ou 3 attaques de panique pendant la semaine dernière
- 3 4-6 attaques de panique pendant la semaine dernière
- 4 plus de 6 attaques de panique pendant la semaine dernière

A.2. De quelle gravité étaient les attaques de panique pendant la semaine dernière?

- 0 Aucune attaque de panique
- 1 Les attaques étaient généralement légères
- 2 Les attaques étaient généralement modérées
- 3 Les attaques étaient généralement sévères
- 4 Les attaques étaient généralement d'une extrême sévérité

A.3. Combien de temps durait généralement les attaques?

- 0 Aucune attaque de panique
- 1 1 à 10 minutes
- 2 de 10 à 60 minutes
- 3 de 1 à 2 heures
- 4 2 heures et plus

Est ce que la plupart des attaques étaient attendues (dans des situations de peur) ou inattendues (spontanées)?

- 0 Pas d'attaque de panique
- 0 Presque inattendue
- 1 Plus inattendue qu'attendue
- 2 Entre les deux (un peu inattendue, un peu attendue)
- 3 Plus attendue qu'inattendue
- 4 Presque attendue

B.1. Durant la semaine dernière, avez-vous évité certaines situations parce que vous craigniez d'avoir une attaque de panique ou un sentiment d'inconfort?

- 0 Aucun évitement (ou: mes attaques ne se produisent que dans certaines situations)
- 1 Rare évitement de situations de crainte
- 2 Evitement occasionnel de situations de crainte
- 3 Evitement fréquent de situations de crainte
- 4 Evitement très fréquent de situations de crainte

B.2. Veuillez cocher les situations que vous évitez ou dans lesquelles vous avez développé des attaques de panique ou un sentiment d'inconfort quand vous n'étiez pas accompagné?

- 01 Avions
- 02 Métros (passage souterrain)
- 03 Bus, trains
- 04 Bateaux
- 05 Théâtres, cinémas
- 06 Supermarchés
- 07 Files d'attente
- 08 Des auditoriums, des stades
- 09 Des soirées ou des rassemblements sociaux
- 10 Des foules
- 11 Restaurants
- 12 Musées
- 13 Ascenseurs
- 14 Espaces fermés (par exemple, tunnels)
- 15 Salles de classe, amphithéâtres
- 16 Conduire ou être en voiture (par exemple, dans un embouteillage)
- 17 Grandes salles (couloirs)
- 18 Promenade dans les rues
- 19 Les champs, des grandes ruelles, des cours de maison
- 20 Des grandes places
- 21 Traversant les ponts
- 22 Les voyages
- 23 Restant seul à la maison

D'autres situations

- 24
- 25
- 26

B.3. Les situations évitées étaient-elles importantes pour vous?

- 0 Aucune importance (ou pas d'agoraphobie)
- 1 Peu très importantes
- 2 Modérément importante
- 3 Très importantes
- 4 Extrêmement importantes

C.1. Pendant la semaine dernière, avez-vous souffert d'une crainte d'attaque de panique (anxiété d'anticipation ou peur d'avoir peur)?

- 0 Pas d'anxiété d'anticipation
- 1 Peur occasionnelle d'avoir une attaque de panique
- 2 Peur quelquefois d'avoir une attaque de panique
- 3 Peur fréquente d'avoir une attaque de panique
- 4 Peur d'avoir une attaque de panique tout le temps

C.2. De quelle ampleur était cette peur d'avoir peur?

- 0 Nulle
- 1 Légère
- 2 Modérée
- 3 Marquée
- 4 Extrême

D.1. Pendant la semaine dernière, est-ce que vos attaques de panique ou d'agoraphobie ont conduit à des restrictions (des altérations) dans vos relations familiales (conjoint, enfants etc)?

- 0 Pas d'altération
- 1 Légère altération
- 2 Altération modérée
- 3 Altération marquée
- 4 Altération extrême

D.2. Pendant la semaine dernière, est-ce que vos attaques de panique ou d'agoraphobie ont conduit à des restrictions (des altérations) dans votre vie sociale et vos activités de loisirs. Exemple. Êtes-vous capable d'aller au cinéma ou à une soirée?

- 0 Pas d'altération
- 1 Légère altération
- 2 Altération modérée
- 3 Altération marquée
- 4 Altération extrême

D.3. Pendant la semaine dernière, est-ce que vos attaques de panique ou d'agoraphobie ont conduit à des restrictions (des altérations) dans vos responsabilités au travail (ou à la maison)?

- 0 Pas d'altération
- 1 Légère altération
- 2 Altération modérée
- 3 Altération marquée
- 4 Altération extrême

E.1. Pendant la semaine dernière, avez-vous eu peur de souffrir de vos symptômes d'anxiété (ou d'avoir une crise cardiaque, ou de perdre connaissance et de vous blesser)?

- 0 Ce n'est pas vrai
- 1 Ce n'est guère vrai
- 2 En partie vrai
- 3 Presque vrai
- 4 Tout à fait vrai

E.2. Pensez-vous parfois, ou croyez-vous que votre médecin a tort, quand il vous dit que vos symptômes tels que palpitations, étourdissement, sensations de picotement, difficulté respiratoire ont une cause psychologique? Pensez-vous, en réalité, qu'une cause somatique (physique, corporelle) qui n'a pas encore été découverte se cache derrière ces symptômes?

- 0 Ce n'est pas du tout vrai (maladie plutôt psychique)
- 1 Ce n'est guère vrai
- 2 En partie vrai
- 3 Presque vrai
- 4 Tout à fait vrai (maladie plutôt organique)

Index de sensibilité à l'anxiété

No. du participant : _____

Date : _____

Instructions: Veuillez encadrer le choix de réponse qui décrit le mieux votre degré d'accord avec les items suivants. Si un des items ne vous concerne pas (ex: "Cela me fait peur lorsque je me sens trembler", pour quelqu'un qui n'a jamais ressenti ce malaise) répondez en pensant à la façon dont vous seriez senti dans une telle situation, sinon répondez selon votre expérience

	<i>très peu</i>	<i>un peu</i>	<i>quelquefois</i>	<i>beaucoup</i>	<i>extrêmement</i>
1. Il est important pour moi de ne pas paraître nerveux (euse)	0	1	2	3	4
2. Quand je ne peux me concentrer sur une tâche, je m'inquiète de devenir fou (folle)	0	1	2	3	4
3. Cela me fait peur quand je me sens trembler	0	1	2	3	4
4. Cela me fait peur quand je pense m'évanouir	0	1	2	3	4
5. Il est important pour moi de rester en contrôle de mes émotions	0	1	2	3	4
6. Cela me fait peur quand mon coeur bat rapidement	0	1	2	3	4
7. Cela m'embarrasse quand mon estomac "crie"	0	1	2	3	4
8. Cela me fait peur quand j'ai des sensations de nausée	0	1	2	3	4
9. Quand je m'aperçois que mon coeur bat rapidement, je m'inquiète que je pourrais avoir une "Crisis de coeur" (infarctus)	0	1	2	3	4
10. Cela me fait peur quand je deviens essoufflé(e)	0	1	2	3	4
11. Quand mon estomac est à l'envers, je m'inquiète que je pourrais être malade	0	1	2	3	4
12. Cela me fait peur quand je suis incapable de me concentrer sur une tâche	0	1	2	3	4
13. Les gens remarquent quand je me sens tout (e) tremblant (e)	0	1	2	3	4
14. Les sensations corporelles inhabituelles me font peur	0	1	2	3	4
15. Quand je me sens nerveux (se), je m'inquiète que je pourrais avoir une maladie mentale	0	1	2	3	4
16. Cela me fait peur quand je suis nerveux (se)	0	1	2	3	4

Index de sensibilité à l'anxiété

APPENDICE M

PROTOCOLE D'INTERVENTION (7 SÉANCES)

PROTOCOLE DE TRAITEMENT AUTO-GERÉ POUR LE PROJET TP/A DTNC

RENCONTRE 1 (1h30)

1. Récupérer et vérifier les questionnaires remplis à la maison, les compléter s'il y a lieu. Vérifier si les calepins d'auto-observation sont remplis correctement et réexpliquer s'il y a lieu.
2. Revenir sur les différentes sections de la partie 1 et 2 du manuel des participants* et demander s'il y a des questions. Pour ce qui est du développement du TP/A, vous assurer que la personne a pu identifier les différents facteurs pertinents dans son cas et quel comprend très bien l'origine et les causes des symptômes de panique
 - * - Définition du TP/A
 - Développement du TP/A
 - Le traitement : Un traitement à plusieurs composantes.
Démystifier la panique et ses conséquences.
Modifier le discours intérieur
Faire face à la panique.
3. Faire quelques exercices sur la modification du discours intérieur avec la personne (suivre les consignes des points 1 et 2 page 54 du manuel). Lui demander ensuite d'en faire quelques autres (point 2 seulement) et n'intervenir que s'il survient des difficultés. Revenir sur les moyens de faire face à la panique.
4. Planifier les exercices pour la prochaine semaine (voir les consignes au point 3, page 54.)
5. Remettre la partie 3 du manuel (Apprivoiser les sensations redoutées) à lire pour la prochaine rencontre.
6. Rappeler à la personne de continuer à remplir ses calepins et de les rapporter à la prochaine rencontre.¹

¹ Au début de chacune des rencontres subséquentes, vous devez vous assurer que les calepins sont bien remis. Lorsque vous vous apercevez qu'il ne reste plus suffisamment de pages, vous remettez un autre calepin à la personne.

7. Fixer le prochain rendez-vous deux semaines plus tard.

RENCONTRE 2 (1 heure)

1. Revenir sur les exercices de modification du discours intérieur que la personne a fait par écrit. En refaire un, au besoin. Encourager la personne à se servir de cette stratégie avec toute situation anticipée. Revenir aussi sur l'application, lors des situations de stress.
2. Revenir sur la partie 3 du manuel: S'exposer aux sensations physiques de la panique. S'assurer que la personne comprend bien.
3. Guider la personne à faire l'exercice 3 du manuel "Identifier les exercices pertinents" en suivant les différentes consignes présentées aux pages 65 à 69. La personne rapporte à la maison la "Grille d'identification des exercices pertinents" qu'elle a remplie et sur laquelle elle a identifié, par ordre croissant de difficulté, les différents exercices pertinents pour elle.

Si plus de quatre exercices reçoivent une cote de 3 ou plus sur l'échelle de similitude, ne retenir que les quatre exercices qui semblent les plus pertinents et qui provoquent si possible des sensations différentes. Si cela s'avère utile ou si la personne le désire, elle pourra revenir plus tard sur les exercices qui n'ont pas été retenus. Par ailleurs, si les huit exercices proposés ne provoquent pas de sensations qui ressemblent suffisamment aux sensations de panique, essayer d'en trouver d'autres qui seraient plus appropriés.

4. Remettre quelques exemplaires de la "Grille d'observation des réactions lors des exercices d'exposition aux sensations physiques de la panique". Planifier les exercices à faire au cours des deux prochaines semaines (voir exercice 4, page 65 du manuel). La personne doit rapporter ses grilles complétées à la prochaine rencontre.
5. Remettre la partie 4 du manuel (S'exposer aux activités naturelles provoquant les sensations redoutées. S'exposer aux situations problématiques. S'exposer aux sensations de la panique dans les situations évitées auparavant.²) à lire pour la prochaine rencontre.

² L'exposition aux sensations de la panique dans les situations évitées auparavant ne se fait que lorsque la personne se sent prête, ce qui dans certains cas, pourrait être après la fin des rencontres de thérapie. En effet, vous pouvez prendre les rencontres 2, 3 et peut-être même la rencontre 4 pour travailler l'exposition aux stimuli interoceptifs avant d'aborder

La personne doit aussi faire la liste des activités naturelles qu'elle évite et commencer à faire la hiérarchie des situations évitées, mais sans les détailler par étapes. Toutefois, elle n'a pas à faire les exercices d'exposition aux activités naturelles et aux situations problématiques. Elle doit vraiment se concentrer sur l'exposition aux sensations de la panique par l'entremise des exercices qui se sont révélés pertinents.

Si aucun exercice ne s'est révélé pertinent quand la personne les a fait avec vous et que vous n'avez pas trouvé non plus d'autres exercices plus pertinents, elle doit tenter de les refaire seule à la maison ou en s'imaginant dans une situation problématique afin de voir si, dans ces conditions, ils deviennent pertinents. Si la personne n'a toujours pas peur des sensations ressenties, elle peut alors commencer à s'exposer aux activités naturelles qui provoquent des sensations redoutées.

6. Rappeler à la personne de continuer à remplir ses calepins et de les rapporter à la prochaine rencontre.
7. Fixer le prochain rendez-vous deux semaines plus tard.

l'exposition aux situations problématiques ou bien l'exposition aux sensations de la panique dans les situations évitées auparavant.

RENCONTRE 3 (1 heure)

1. Revenir sur les exercices d'exposition aux sensations. Demander à la personne d'en choisir un qui provoque encore de la peur et de le faire en votre présence afin de vous assurer qu'elle procède convenablement. Au cours des prochaines semaines, la personne doit poursuivre ses exercices d'exposition aux sensations jusqu'à ce que tous les exercices identifiés comme pertinents ne produisent plus de peur (ou une cote maximale de 2).
2. Revenir sur la partie 4 du manuel: S'exposer aux activités naturelles provoquant les sensations redoutées. S'exposer aux situations problématiques. S'exposer aux sensations de la panique dans les situations évitées auparavant. Expliquer le rationnel. S'assurer que la personne comprend bien.
3. Revoir avec la personne la liste des activités naturelles et compléter la hiérarchie des situations évitées. Détailler deux ou trois situations en plusieurs étapes afin de pouvoir planifier les premiers exercices. La personne pourra, par la suite, détailler d'autres situations selon les exercices qu'elle choisira de faire. Elle pourra aussi ajouter dans sa hiérarchie des situations qu'elle aurait pu oublier.
4. Aider la personne à planifier les exercices d'exposition aux activités naturelles, s'il y a lieu, ainsi qu'aux situations problématiques, pour les deux prochaines semaines. Remettre une dizaine d'exemplaires de la "Grille d'auto-observation des exercices d'exposition aux situations problématiques". Rappeler à la personne d'utiliser les stratégies apprises précédemment (respiration et RC). Ne pas oublier que dans le cas de l'exposition aux sensations redoutées, que se soit à l'aide des exercices spécifiques ou en faisant les activités naturelles, la personne ne doit utiliser ces stratégies qu'après avoir complété l'exercice.
5. Rappeler à la personne de continuer à remplir ses calepins et de les rapporter à la prochaine rencontre.
6. Fixer le prochain rendez-vous deux semaines plus tard.

RENCONTRE 4 (1 heure)

1. Revenir brièvement sur les exercices d'exposition aux sensations de la panique et aux activités naturelles (si nécessaire), s'il y a lieu, et principalement sur les exercices d'exposition aux situations problématiques. Voir si la personne utilise les autres stratégies (respiration et RC).
2. Demander à la personne quels sont les exercices d'exposition aux situations qu'elle projette faire au cours des deux prochaines semaines. La conseiller, s'il y a lieu.
3. Rappeler à la personne de continuer à remplir ses calepins et de les rapporter à la prochaine rencontre.
4. Fixer le prochain rendez-vous deux semaines plus tard.

RENCONTRE 5 (1 heure)

1. Revenir sur les exercices d'exposition aux situations problématiques. Voir si la personne utilise les autres stratégies (respiration et RC).
2. Demander à la personne quels sont les exercices d'exposition aux situations qu'elle projette faire au cours des deux prochaines semaines. La conseiller, s'il y a lieu.
3. Rappeler à la personne de continuer à remplir ses calepins et de les rapporter à la prochaine rencontre.
4. Fixer le prochain rendez-vous deux semaines plus tard.

RENCONTRE 6 (1 heure)

1. Revenir sur les exercices d'exposition aux situations problématiques. Voir si la personne utilise les autres stratégies (respiration et RC).
2. Encourager la personne à poursuivre ses exercices d'exposition aux situations problématiques et à continuer de mettre en pratique l'ensemble des stratégies apprises.
3. Remettre la partie 5 du manuel (Maintenir ses acquis, Apprendre à relaxer et Bâti sa confiance personnelle).
4. Rappeler à la personne de continuer à remplir ses calepins et de les rapporter à la prochaine rencontre.
5. Remettre les questionnaires à remplir à la maison et fixer le prochain et dernier rendez-vous deux semaines plus tard.

RENCONTRE 7 (1 heure)

1. Revenir sur les exercices d'exposition aux situations problématiques effectuées durant les dernières semaines.
2. Faire un retour sur les lectures (maintien des acquis) et parler des périodes difficiles et du maintien des acquis avec la personne.
3. Rappeler à la personne de continuer à remplir ses calepins et de les rapporter à la rencontre d'évaluation post-traitement.
4. Remettre les questionnaires à remplir à la maison et informer le client qu'il sera contacté pour l'évaluation post-traitement.

APPENDICE N

PROTOCOLE D'INTERVENTION (1 SÉANCE)

PROTOCOLE DE TRAITEMENT BREF POUR LE PROJET TP/A DTNC

RENCONTRE (2 heures)

1. Accueillir le participant et expliquer le déroulement de la séance. Répondre aux questions s'il y a lieu.
 - ⇒ Information au sujet des douleurs thoraciques
 - ⇒ Définition du TP/A
 - ⇒ Développement du TP/A
 - ⇒ Démystifier les symptômes de la panique
 - ⇒ Modifier le discours intérieur
 - ⇒ Faire face à la panique.
2. Présenter les informations concernant les douleurs thoraciques (pages 3-6) la définition du TP/A en utilisant les points de la section 1 du manuel du client (pages 6-30) : explication de la peur, d'une phobie, des critères d'une AP, de l'anxiété et du TP/A.
3. Présenter les facteurs prédisposant, précipitants et de maintien du TP/A (pages 31-44 du manuel du client), vous assurer que la personne a pu identifier les différents facteurs pertinents dans son cas et quel comprend très bien l'origine et les causes des symptômes de panique.
4. Présenter les symptômes de la panique et leur explication en utilisant les figures et les tableaux tirés du manuel (pages 47-53).
5. Regarder avec le client la section du manuel concernant la modification du discours intérieur (p. 54-56 du manuel) et faire quelques exercices avec la personne (suivre les consignes des points 1 et 2 page 56 du manuel). Lui demander ensuite d'en faire quelques autres (point 2 seulement) et n'intervenir que s'il survient des difficultés. Encourager la personne à se servir de cette stratégie avec toute situation anticipée. Revenir aussi sur l'application, lors des situations de stress.
6. Présenter au client des stratégies pour faire face à la panique, tirés du manuel (pages 57-59) et expliquer comment les utiliser dans situations avoigères.
7. Donner le manuel du client et informer le client qu'il sera contacté pour l'évaluation post-traitement.

APPENDICE O

GRILLE D'INTÉGRITÉ THÉRAPEUTIQUE

ID: _____

Centre: HSCM ICM HDL

Rencontre no. 1

GRILLE DE COTATION DU TRAITEMENT AUTO-GÉRÉ TPA / DTNC

(Indiquer le nombre de fois que chaque stratégie est utilisée)

Stratégies à inclure	
<ul style="list-style-type: none"> • Informations au sujet des douleurs thoraciques (p.3 à 8) • Définition du trouble panique avec ou sans agoraphobie (p. 6 à 30) <ul style="list-style-type: none"> - L'anxiété, la peur et la phobie - Les critères d'une attaque de panique - Les critères du trouble panique et de l'agoraphobie • Facteurs prédisposants, précipitants et de maintien du trouble (p. 31 à 44) <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que la personne identifie les différents facteurs pertinents dans son cas et comprend l'origine et les causes des symptômes de panique • Introduire les calepins d'auto-observations 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Stratégies à <u>ne pas</u> inclure	
<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt de la pensée • Distraction • Réassurance • Interprétations psychodynamiques • Interventions axées sur la personnalité 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Décision finale:

Nombre d'interventions pertinentes planifiées: _____

Nombre d'intervention pertinentes non-planifiées : _____

Nombre d'intervention à ne pas inclure: _____

Durée de la rencontre : _____ minutes

Commentaires:

Évaluateur: _____

Date: _____

Traitement autogéré

Définitions

Intervention : Tout échange verbal de trois déclarations ou plus entre le thérapeute et le participant. Chaque changement de sujet débute une nouvelle intervention.

Stratégies à ne pas utiliser

Arrêt de la pensée: Toute intervention suggérant que lorsqu'une pensée anxiogène se présente, on peut tenter de cesser d'y penser en se disant "stop" ou "arrête".

Distraction: Toute intervention suggérant que lorsqu'une pensée désagréable se présente ou qu'on se retrouve dans une situation anxiogène, on peut centrer notre attention sur autre chose.

Réassurance: Toute intervention où l'on dit des choses comme "ne vous inquiétez pas" et "tout va bien aller" (ne pas confondre avec la normalisation qui consiste à donner des informations concernant l'intervention tel que "il est normal de ressentir des sensations physiques désagréables lors des exercices d'exposition").

Interprétation psychodynamiques: Toute intervention faisant références à des processus inconscients (Ne pas confondre avec les croyances profondes dans la restructuration cognitive).

Interventions axées sur la personnalité: Toute intervention ayant pour objectif de modifier les traits de personnalité d'une personne (impact de l'enfance dans le développement, patrons d'interactions interpersonnels, références aux schémas, etc.)

ID: _____

Centre: HSCM ICM HDL

Rencontre no. 2

GRILLE DE COTATION DU TRAITEMENT AUTO-GÉRÉ TPA / DTNC

(Indiquer le nombre de fois que chaque stratégie est utilisée)

Stratégies à inclure	
<ul style="list-style-type: none"> • Retour <ul style="list-style-type: none"> - Sur la dernière rencontre - Sur les calepins d'auto-observation • Démystification des symptômes de panique (p. 45 à 52) • Modification du discours intérieur (p. 54-55) <ul style="list-style-type: none"> - Faire quelques exercices avec la personne à l'aide des exemples du tableau 3 (p. 55) • Stratégies pour faire face à la panique (p. 56 à 58) <ul style="list-style-type: none"> - Accepter les sensations - Se parler de façon réaliste - Rester sur place 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Stratégies à <u>ne pas</u> inclure	
<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt de la pensée • Distraction • Réassurance • Interprétations psychodynamiques • Interventions axées sur la personnalité 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Décision finale:

Nombre d'interventions pertinentes planifiées: _____

Nombre d'intervention pertinentes non-planifiées : _____

Nombre d'intervention à ne pas inclure: _____

Durée de la rencontre : _____ minutes

Commentaires:

Évaluateur: _____

Date: _____

Traitement autogéré

Définitions

Intervention : Tout échange verbal de trois déclarations ou plus entre le thérapeute et le participant. Chaque changement de sujet débute une nouvelle intervention.

Stratégies à ne pas utiliser

Arrêt de la pensée: Toute intervention suggérant que lorsqu'une pensée anxiogène se présente, on peut tenter de cesser d'y penser en se disant "stop" ou "arrête".

Distraction: Toute intervention suggérant que lorsqu'une pensée désagréable se présente ou qu'on se retrouve dans une situation anxiogène, on peut centrer notre attention sur autre chose.

Réassurance: Toute intervention où l'on dit des choses comme "ne vous inquiétez pas" et "tout va bien aller" (ne pas confondre avec la normalisation qui consiste à donner des informations concernant l'intervention tel que "il est normal de ressentir des sensations physiques désagréables lors des exercices d'exposition").

Interprétation psychodynamiques: Toute intervention faisant références à des processus inconscients (Ne pas confondre avec les croyances profondes dans la restructuration cognitive).

Interventions axées sur la personnalité: Toute intervention ayant pour objectif de modifier les traits de personnalité d'une personne (impact de l'enfance dans le développement, patrons d'interactions interpersonnels, références aux schémas, etc.)

Traitement autogéré

ID: _____

Centre: HSCM ICM HDL

Rencontre no. 3

GRILLE DE COTATION DU TRAITEMENT AUTO-GÉRÉ TPA / DTNC

(Indiquer le nombre de fois que chaque stratégie est utilisée) .

Stratégies à inclure	
<ul style="list-style-type: none"> • Retour <ul style="list-style-type: none"> - Sur la dernière rencontre - Sur les Calepins d'auto-observation • S'exposer aux sensations physiques (p. 60 à 68) <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les exercices pertinents (p. 62) - Évaluer les sensations ressenties selon les questions énumérées à la p.63 - Construire une hiérarchie d'exercices du plus facile au plus difficile (avec possibilité de terminer à la maison) 	 _____ _____ _____ _____
Stratégies à <u>ne pas</u> inclure	
<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt de la pensée • Distraction • Réassurance • Interprétations psychodynamiques • Interventions axées sur la personnalité 	 _____ _____ _____ _____

Décision finale:

Nombre d'interventions pertinentes planifiées: _____

Nombre d'intervention pertinentes non-planifiées : _____

Nombre d'intervention à ne pas inclure: _____

Durée de la rencontre : _____ minutes

Commentaires:

Évaluateur: _____

Date: _____

Définitions

Intervention : Tout échange verbal de trois déclarations ou plus entre le thérapeute et le participant. Chaque changement de sujet débute une nouvelle intervention.

Stratégies à ne pas utiliser

Arrêt de la pensée: Toute intervention suggérant que lorsqu'une pensée anxiogène se présente, on peut tenter de cesser d'y penser en se disant "stop" ou "arrête".

Distraction: Toute intervention suggérant que lorsqu'une pensée désagréable se présente ou qu'on se retrouve dans une situation anxiogène, on peut centrer notre attention sur autre chose.

Réassurance: Toute intervention où l'on dit des choses comme "ne vous inquiétez pas" et "tout va bien aller" (ne pas confondre avec la normalisation qui consiste à donner des informations concernant l'intervention tel que "il est normal de ressentir des sensations physiques désagréables lors des exercices d'exposition").

Interprétation psychodynamiques: Toute intervention faisant références à des processus inconscients (Ne pas confondre avec les croyances profondes dans la restructuration cognitive).

Interventions axées sur la personnalité: Toute intervention ayant pour objectif de modifier les traits de personnalité d'une personne (impact de l'enfance dans le développement, patrons d'interactions interpersonnels, références aux schémas, etc.)

Traitement autogéré

ID: _____

Centre: HSCM ICM HDL

Rencontre no. 4

GRILLE DE COTATION DU TRAITEMENT AUTO-GÉRÉ TPA / DTNC

(Indiquer le nombre de fois que chaque stratégie est utilisée)

Stratégies à inclure	
<ul style="list-style-type: none"> • Retour <ul style="list-style-type: none"> - Sur la dernière rencontre - Sur les calepins d'auto-observation - Sur les exercices • S'exposer aux sensations physiques (p. 60 à 68) <ul style="list-style-type: none"> - Pratiquer un exercice en progressant dans la hiérarchie • Exposition aux activités dans le milieu naturel (p. 63) • Exposition aux activités naturelles (p. 63) <ul style="list-style-type: none"> - Énumérer les activités naturelles évitées ; créer une hiérarchie 	_____ _____ _____ _____
Stratégies à <u>ne pas</u> inclure	
<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt de la pensée • Distraction • Réassurance • Interprétations psychodynamiques • Interventions axées sur la personnalité 	_____ _____ _____ _____ _____

Décision finale:

Nombre d'interventions pertinentes planifiées: _____

Nombre d'intervention pertinentes non-planifiées : _____

Nombre d'intervention à ne pas inclure: _____

Durée de la rencontre : _____ minutes

Commentaires:

Évaluateur: _____

Date: _____

Définitions

Intervention : Tout échange verbal de trois déclarations ou plus entre le thérapeute et le participant. Chaque changement de sujet débute une nouvelle intervention.

Stratégies à ne pas utiliser

Arrêt de la pensée: Toute intervention suggérant que lorsqu'une pensée anxigène se présente, on peut tenter de cesser d'y penser en se disant "stop" ou "arrête".

Distraktion: Toute intervention suggérant que lorsqu'une pensée désagréable se présente ou qu'on se retrouve dans une situation anxigène, on peut centrer notre attention sur autre chose.

Réassurance: Toute intervention où l'on dit des choses comme "ne vous inquiétez pas" et "tout va bien aller" (ne pas confondre avec la normalisation qui consiste à donner des informations concernant l'intervention tel que "il est normal de ressentir des sensations physiques désagréables lors des exercices d'exposition").

Interprétation psychodynamiques: Toute intervention faisant références à des processus inconscients (Ne pas confondre avec les croyances profondes dans la restructuration cognitive).

Interventions axées sur la personnalité: Toute intervention ayant pour objectif de modifier les traits de personnalité d'une personne (impact de l'enfance dans le développement, patrons d'interactions interpersonnels, références aux schémas, etc.)

Traitement autogéré

ID: _____

Centre: HSCM ICM HDL

Rencontre no. 5

GRILLE DE COTATION DU TRAITEMENT AUTO-GÉRÉ TPA / DTNC

(Indiquer le nombre de fois que chaque stratégie est utilisée)

Stratégies à inclure	
<ul style="list-style-type: none"> • Retour <ul style="list-style-type: none"> - Sur la dernière rencontre - Sur les calepins d'auto-observation - Sur les exercices • Souligner les progrès • S'exposer aux sensations physiques (p. 60 à 68) <ul style="list-style-type: none"> - Pratiquer un exercice en progressant dans la hiérarchie 	 _____ _____ _____
Stratégies à <u>ne pas</u> inclure	
<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt de la pensée • Distraction • Réassurance • Interprétations psychodynamiques • Interventions axées sur la personnalité 	 _____ _____ _____ _____

Décision finale:

Nombre d'interventions pertinentes planifiées: _____

Nombre d'intervention pertinentes non-planifiées : _____

Nombre d'intervention à ne pas inclure: _____

Durée de la rencontre : _____ minutes

Commentaires:

Évaluateur: _____

Date: _____

Définitions

Intervention : Tout échange verbal de trois déclarations ou plus entre le thérapeute et le participant. Chaque changement de sujet débute une nouvelle intervention.

Stratégies à ne pas utiliser

Arrêt de la pensée: Toute intervention suggérant que lorsqu'une pensée anxiogène se présente, on peut tenter de cesser d'y penser en se disant "stop" ou "arrête".

Distraction: Toute intervention suggérant que lorsqu'une pensée désagréable se présente ou qu'on se retrouve dans une situation anxiogène, on peut centrer notre attention sur autre chose.

Réassurance: Toute intervention où l'on dit des choses comme "ne vous inquiétez pas" et "tout va bien aller" (ne pas confondre avec la normalisation qui consiste à donner des informations concernant l'intervention tel que "il est normal de ressentir des sensations physiques désagréables lors des exercices d'exposition").

Interprétation psychodynamiques: Toute intervention faisant références à des processus inconscients (Ne pas confondre avec les croyances profondes dans la restructuration cognitive).

Interventions axées sur la personnalité: Toute intervention ayant pour objectif de modifier les traits de personnalité d'une personne (impact de l'enfance dans le développement, patrons d'interactions interpersonnels, références aux schémas, etc.)

Traitement autogéré

ID: _____

Centre: HSCM ICM HDL

Rencontre no. 6

GRILLE DE COTATION DU TRAITEMENT AUTO-GÉRÉ TPA / DTNC

(Indiquer le nombre de fois que chaque stratégie est utilisée)

Stratégies à inclure	
<ul style="list-style-type: none"> • Retour <ul style="list-style-type: none"> - Sur la dernière rencontre - Sur les calepins d'auto-observation - Sur les exercices • Souligner les progrès • S'exposer aux sensations physiques (p. 60 à 68) <ul style="list-style-type: none"> - Pratiquer un exercice en progressant dans la hiérarchie • Autres stratégies (facultatif; choisir les aspects qui paraissent plus appropriés) <ul style="list-style-type: none"> - Relaxation (p. 86 à 91) - Résolution de problèmes (p.92-93) - Communication et affirmation de soi (p. 94) - Prise de décision et prise de risques (p. 94) 	 _____ _____ _____ _____
Stratégies à <u>ne pas</u> inclure	
<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt de la pensée • Distraction • Réassurance • Interprétations psychodynamiques • Interventions axées sur la personnalité 	 _____ _____ _____ _____ _____

Décision finale:

Nombre d'interventions pertinentes planifiées: _____

Nombre d'intervention pertinentes non-planifiées : _____

Nombre d'intervention à ne pas inclure: _____

Durée de la rencontre : _____ minutes

Commentaires:

Évaluateur: _____

Date: _____

Définitions

Intervention : Tout échange verbal de trois déclarations ou plus entre le thérapeute et le participant. Chaque changement de sujet débute une nouvelle intervention.

Stratégies à ne pas utiliser

Arrêt de la pensée: Toute intervention suggérant que lorsqu'une pensée anxiogène se présente, on peut tenter de cesser d'y penser en se disant "stop" ou "arrête".

Distraction: Toute intervention suggérant que lorsqu'une pensée désagréable se présente ou qu'on se retrouve dans une situation anxiogène, on peut centrer notre attention sur autre chose.

Réassurance: Toute intervention où l'on dit des choses comme "ne vous inquiétez pas" et "tout va bien aller" (ne pas confondre avec la normalisation qui consiste à donner des informations concernant l'intervention tel que "il est normal de ressentir des sensations physiques désagréables lors des exercices d'exposition").

Interprétation psychodynamiques: Toute intervention faisant références à des processus inconscients (Ne pas confondre avec les croyances profondes dans la restructuration cognitive).

Interventions axées sur la personnalité: Toute intervention ayant pour objectif de modifier les traits de personnalité d'une personne (impact de l'enfance dans le développement, patrons d'interactions interpersonnels, références aux schémas, etc.)

ID: _____

Centre: HSCM ICM HDL

Rencontre no. 7

GRILLE DE COTATION DU TRAITEMENT AUTO-GÉRÉ TPA / DTNC

(Indiquer le nombre de fois que chaque stratégie est utilisée)

Stratégies à inclure	
<ul style="list-style-type: none"> • Retour <ul style="list-style-type: none"> - Sur la dernière rencontre - Sur les calepins d'auto-observation - Sur les exercices • Souligner les progrès • S'exposer aux sensations physiques (p. 60 à 68) <ul style="list-style-type: none"> - Pratiquer un exercice en progressant dans la hiérarchie • Maintenir ses acquis (p. 84 à 95) 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Stratégies à <u>ne pas</u> inclure	
<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt de la pensée • Distraction • Réassurance • Interprétations psychodynamiques • Interventions axées sur la personnalité 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Décision finale:

Nombre d'interventions pertinentes planifiées: _____

Nombre d'intervention pertinentes non-planifiées : _____

Nombre d'intervention à ne pas inclure: _____

Durée de la rencontre : _____ minutes

Commentaires:

Évaluateur: _____

Date: _____

Définitions

Intervention : Tout échange verbal de trois déclarations ou plus entre le thérapeute et le participant. Chaque changement de sujet débute une nouvelle intervention.

Stratégies à ne pas utiliser

Arrêt de la pensée: Toute intervention suggérant que lorsqu'une pensée anxigène se présente, on peut tenter de cesser d'y penser en se disant "stop" ou "arrête".

Distraction: Toute intervention suggérant que lorsqu'une pensée désagréable se présente ou qu'on se retrouve dans une situation anxigène, on peut centrer notre attention sur autre chose.

Réassurance: Toute intervention où l'on dit des choses comme "ne vous inquiétez pas" et "tout va bien aller" (ne pas confondre avec la normalisation qui consiste à donner des informations concernant l'intervention tel que "il est normal de ressentir des sensations physiques désagréables lors des exercices d'exposition").

Interprétation psychodynamiques: Toute intervention faisant références à des processus inconscients (Ne pas confondre avec les croyances profondes dans la restructuration cognitive).

Interventions axées sur la personnalité: Toute intervention ayant pour objectif de modifier les traits de personnalité d'une personne (impact de l'enfance dans le développement, patrons d'interactions interpersonnels, références aux schémas, etc.)

ID: _____

Centre: HSCM ICM HDL

GRILLE DE COTATION DU TRAITEMENT BREF TPA / DTNC

(Indiquer le nombre de fois que chaque stratégie est utilisée)

Stratégies à inclure	
Psychoéducation sur le TPA / DTNC	
<ul style="list-style-type: none"> • Informations au sujet des douleurs thoraciques (p. 3 à 6) • Définition du trouble panique avec ou sans agoraphobie (p. 6 à 30) <ul style="list-style-type: none"> - L'anxiété, la peur et la phobie - Les critères d'une attaque de panique - Les critères du trouble panique et de l'agoraphobie • Facteurs prédisposants, précipitants et de maintien du trouble (p.31 à 44) <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que la personne identifie les facteurs pertinents dans son cas et comprend l'origine et les causes des symptômes de la panique • Démystification des symptômes de panique (p. 45 à 52) 	_____ _____ _____ _____
Gestion de l'anxiété	
<ul style="list-style-type: none"> • Modification du discours intérieur (p. 54-55) <ul style="list-style-type: none"> - Quelques exercices à effectuer avec la personne (p.56) • Stratégies pour faire face à la panique <ul style="list-style-type: none"> - Accepter les sensations - Se parler de façon réaliste - Rester sur place 	_____ _____
Stratégies à <u>ne pas</u> inclure	
<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt de la pensée • Distraction • Réassurance • Interprétations psychodynamiques • Interventions axées sur la personnalité 	_____ _____ _____ _____

Nombre d'interventions pertinentes planifiées: _____

Nombre d'intervention pertinentes non-planifiées: _____

Nombre d'intervention à ne pas inclure: _____

Durée de la rencontre: _____ minutes

Commentaires:

Évaluateur: _____

Date: _____

Définitions

Intervention : Tout échange verbal de trois déclarations ou plus entre le thérapeute et le participant. Chaque changement de sujet débute une nouvelle intervention.

Stratégies à ne pas utiliser

Arrêt de la pensée: Toute intervention suggérant que lorsqu'une pensée anxiogène se présente, on peut tenter de cesser d'y penser en se disant "stop" ou "arrête".

Distraction: Toute intervention suggérant que lorsqu'une pensée désagréable se présente ou qu'on se retrouve dans une situation anxiogène, on peut centrer notre attention sur autre chose.

Réassurance: Toute intervention où l'on dit des choses comme "ne vous inquiétez pas" et "tout va bien aller" (ne pas confondre avec la normalisation qui consiste à donner des informations concernant l'intervention tel que "il est normal de ressentir des sensations physiques désagréables lors des exercices d'exposition").

Interprétation psychodynamiques: Toute intervention faisant références à des processus inconscients (Ne pas confondre avec les croyances profondes dans la restructuration cognitive).

Interventions axées sur la personnalité: Toute intervention ayant pour objectif de modifier les traits de personnalité d'une personne (impact de l'enfance dans le développement, patrons d'interactions interpersonnels, références aux schémas, etc.)

APPENDICE P

ACCUSÉ D'ACCEPTATION DE LA REVUE BCP

Behavioural and Cognitive Psychotherapy - Decision on Manuscript ID BCP-00486-10.R1

de P.M.Salkovskis@bath.ac.uk via manuscriptcentral.com
À mariejosee.lessard@gmail.com
date 12 juillet 2011 17:28
objet Behavioural and Cognitive Psychotherapy - Decision on Manuscript ID BCP-00486-10.R1
envoyé par manuscriptcentral.com

12-Jul-2011

Dear Ms. Lessard

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Comparing two Brief Psychological Interventions to Usual Care in Panic Disorder Patients Presenting to the Emergency Department with Chest Pain." in its current form for publication in 'Behavioural and Cognitive Psychotherapy'.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the 'Behavioural and Cognitive Psychotherapy', we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely

Prof. Paul Salkovskis
Associate Editor, 'Behavioural and Cognitive Psychotherapy'
P.M.Salkovskis@bath.ac.uk

APPENDICE Q

ACCUSÉ D'ACCEPTATION DE LA REVUE PSYCHOLOGIE CANADIENNE

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

Canadian Psychology

MANUSCRIPT TITLE:

Interventions offertes au département d'urgence aux patients ayant des douleurs thoraciques non-cardiaques avec ou sans anxiété de type panique : une recension des écrits.

TRACKING NUMBER:

2011-9987-RRRR

ACTION LETTER:

Thank you for your prompt attention to the issues raised in regards to your previous version of the manuscript. I am pleased with the changes made and am happy to inform you that your manuscript is now accepted for publication in the journal Canadian Psychology.

Congratulations on a fine piece of research. Please ensure that the copyright transfer forms are signed and submitted to expedite the preparation of your manuscript for publication. These forms can be found in the links at the bottom of this email. Stephanie Pollock from APA will be contacting you shortly regarding the completion and return of the publication forms.

Sincerely,

Martin Drapeau, PhD Editor

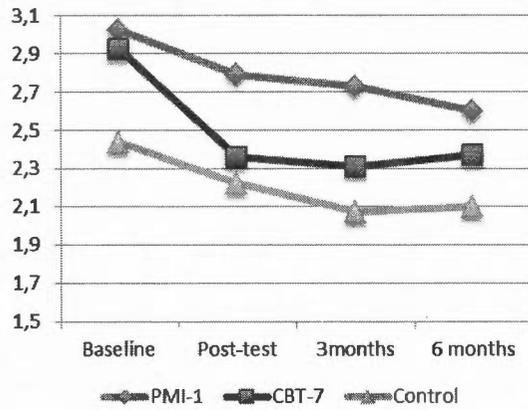
REVIEWS

The Journals Back Office is a product of the American Psychological Association, Copyright © 2012.
If you have questions or comments about this site, please send them to jbo@apa.org.

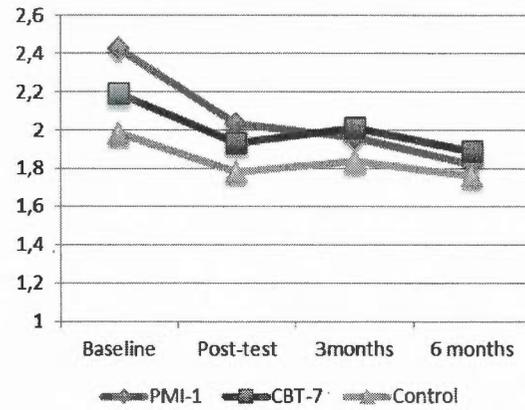
APPENDICE R

RÉSULTATS DES MESURES AUTO-RAPPORTÉES

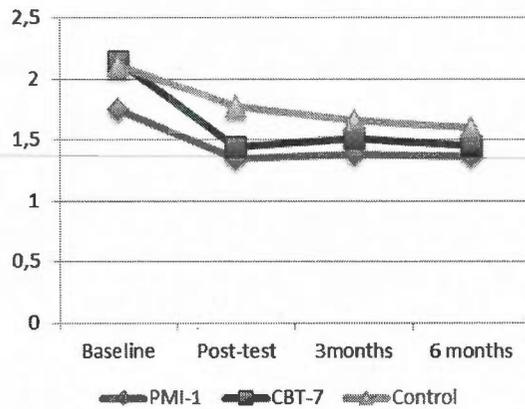
Sensations physiques (BSQ)



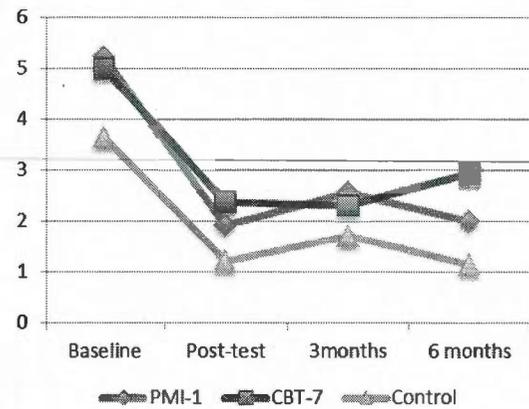
Pensées phobiques (ACQ)



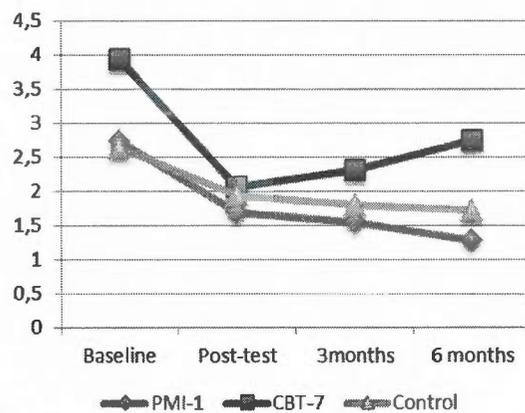
Anxiété cardiaque (CAQ)



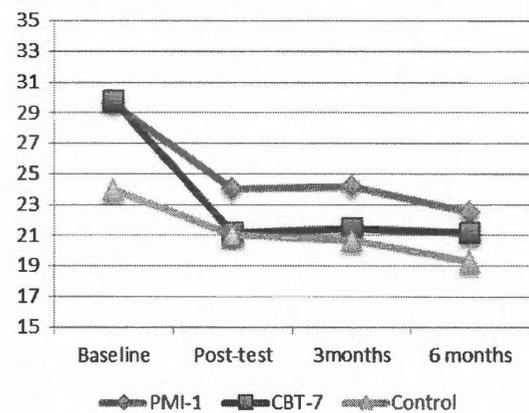
Attaque de panique (PAS)



Évitement (PAS)



Sensibilité à l'anxiété (ASI)



RÉFÉRENCES

RÉFÉRENCES

- Acosta, F. X., Yamamoto, J., Evans, L. A., et Skilbeck, W. M. (1983). Preparing low-income hispanic, black, and white patients for psychotherapy: evaluation of a new orientation program. *J Clin Psychol*, 39(6), 872-877.
- Agence de la sante publique du Canada. (2009). Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada. Tiré de <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/pdf/cvd-avs-2009-fra.pdf>
- American Psychiatric Association. (2009). Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Tiré de http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/PracticePDFs/PanicDisorder_2e_PracticeGuideline.pdf doi:10.1176/appi.books.9780890423905.154688
- Association américaine de psychiatrie. (2003). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. (4e édition. ed.). Masson, Paris.
- Association des psychiatres du Canada. (2006). Guide de pratique clinique : Traitement des troubles anxieux. *Can J Psychiatry*, 51(8, supplément 2), 1S-96S.
- Atienza, F., Velasco, J. A., Brown, S., Ridocci, F., et Kaski, J. C. (1999). Assessment of quality of life in patients with chest pain and normal coronary arteriogram (syndrome X) using a specific questionnaire. *Clin Cardiol*, 22(4), 283-290.
- Bahr, R. (2000). Chest pain centers : moving toward proactive acute coronary care. *International Journal of cardiology*, 72, 101-110. doi: 10.1016/S0167-5273(99)00160-6
- Bakker, A., van Balkom, A. J., Spinhoven, P., Blaauw, B. M., et van Dyck, R. (1998). Follow-up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a quantitative review. *J Nerv Ment Dis*, 186(7), 414-419.
- Baldwin, D. S., Anderson, I. M., Nutt, D. J., Bandelow, B., Bond, A., Davidson, J. R., et al. (2005). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*, 19(6), 567-596. doi: 19/6/567 [pii] 10.1177/0269881105059253
- Balkom, A. J. v., Bakker, A., Spinhoven, P., Blaauw, B. M., Smeenk, S., et Ruesink, B. (1997). A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without

- agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *J Nerv Ment Dis*, 185(8), 510-516.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2), 191-215.
- Barlow, D. H. (1997). Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: current status. *J Clin Psychiatry*, 58 Suppl 2, 32-36; discussion 36-37.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders : the nature and treatment of anxiety and panic* (xvi ed.). New York, É.-U. : Guilford Press.
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., et Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Jama*, 283(19), 2529-2536.
- Bass, C. (1991). Unexplained chest pain and breathlessness. *Med Clin North Am*, 75(5), 1157-1173.
- Bass, C., Wade, C., Hand, D., et Jackson, G. (1983). Patients with angina with normal and near normal coronary arteries: clinical and psychosocial state 12 months after angiography. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 287(6404), 1505-1508.
- Beck, J. G., Berisford, M. A., Taegtmeier, H., et Bennett, A. (1990). Panic symptoms in chest pain without coronary artery disease: A comparison with panic disorder. *Behavior Therapy*, 21(2), 241-252.
- Beitman, B. D., Basha, I., Flaker, G., DeRosear, L., Mukerji, V., et Lamberti, J. (1987). Non-fearful panic disorder: panic attacks without fear. *Behav Res Ther*, 25(6), 487-492.
- Beitman, B. D., Basha, I., Flaker, G., DeRosear, L., Mukerji, V., Trombka, L., et al. (1987). Atypical or nonanginal chest pain. Panic disorder or coronary artery disease? *Arch Intern Med*, 147(9), 1548-1552.
- Beitman, B. D., Kushner, M., et Grossberg, G. T. (1991). Late onset panic disorder: evidence from a study of patients with chest pain and normal cardiac evaluations. *Int J Psychiatry Med*, 21(1), 29-35.
- Beitman, B. D., Kushner, M. G., Basha, I., Lamberti, J., Mukerji, V., et Bartels, K. (1991). Follow-up status of patients with angiographically normal coronary arteries and panic disorder. *Jama*, 265(12), 1545-1549.

- Beitman, B. D., Mukerji, V., Lamberti, J. W., Schmid, L., DeRosear, L., Kushner, M., et al. (1989). Panic disorder in patients with chest pain and angiographically normal coronary arteries. *Am J Cardiol*, 63(18), 1399-1403.
- Beitman, B. D., Mukerji, V., Russell, J. L., et Grafting, M. (1993). Panic disorder in cardiology patients: a review of the Missouri Panic/Cardiology Project. *Journal of Psychiatric Research*, 27 Suppl 1, 35-46. doi: 10.1016/0022-3956(93)90016-U
- Belleville, G., Foldes-Busque, G., et Marchand, A. (2010). Characteristics of panic disorder patients consulting an emergency department with noncardiac chest pain. *Primary Psychiatry*, 17(3), 35-42.
- Bernier, M., et Avard, J. (1986). Self-efficacy, outcome, and attrition in a weight-reduction program. *Cognitive Therapy and Research*, 10(3), 319-338.
- Botella, C., et Garcia-Palacios, A. (1999). The possibility of reducing therapist contact and total length of therapy in the treatment of panic disorder. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 27(3), 231-247.
- Bouton, M. E., Mineka, S., et Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychol Rev*, 108(1), 4-32.
- Bower, P., Richards, D., et Lovell, K. (2001). The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract*, 51(471), 838-845.
- Brown, T. A., Antony, M. M., et Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 408-418.
- Brown, T. A., et Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 835-844. doi: 10.1037/0022-006X.60.6.835
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., et Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol*, 110(4), 585-599.
- Carroll, D., Ebrahim, S., Tilling, K., Macleod, J., et Smith, G. D. (2002). Admissions for myocardial infarction and World Cup football: database survey. *BMJ*, 325(7378), 1439-1442.

- Carter, C., Maddock, R., Amsterdam, E., McCormick, S., Waters, C., et Billett, J. (1992). Panic disorder and chest pain in the coronary care unit. *Psychosomatics*, 33(3), 302-309.
- Carter, C., Maddock, R., Zoglio, M., Lutrin, C., Jella, S., et Amsterdam, E. (1994). Panic disorder and chest pain: a study of cardiac stress scintigraphy patients. *American Journal of Cardiology*, 74(3), 296-298. doi: 10.1016/0002-9149(94)90381-6
- Chambers, J., et Bass, C. (1998). Atypical chest pain: looking beyond the heart. *Qjm*, 91(3), 239-244.
- Channer, K. S., James, M. A., Papouchado, M., et Rees, J. R. (1987). Failure of a negative exercise test to reassure patients with chest pain. *Q J Med*, 63(240), 315-322.
- Chen, Y. W., et Dilsaver, S. C. (1995). Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey. *Am J Psychiatry*, 152(2), 280-282.
- Christenson, J., Innes, G., McKnight, D., Boychuk, B., Grafstein, E., Thompson, C. R., et al. (2004). Safety and efficiency of emergency department assessment of chest discomfort. *Cmaj*, 170(12), 1803-1807.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461-470. doi: 10.1016/0005-7967(86)90011-2
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., et Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 583-589.
- Clum, G. A., et Surls, R. (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 317-326. doi: 10.1037//0022-006X.61.2.317
- Côté, G., Gauthier, J. G., Laberge, B., Cormier, H. J., et Plamondon, J. (1994). Reduced therapist contact in the cognitive behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 25, 123-145. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80149-2
- Cott, A., McCully, J., Goldberg, W. M., Tanser, P. H., et Parkinson, W. (1992). Interdisciplinary treatment of morbidity in benign chest pain. *Angiology*, 43(3 Pt 1), 195-202. doi: 10.1177/000331979204300304

- Cottraux, J. (2001). *Les thérapies comportementales et cognitives* (3e ed.). Paris: Masson.
- Cowley, D. S., Ha, E. H., et Roy-Byrne, P. P. (1997). Determinants of pharmacologic treatment failure in panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 58(12), 555-561; quiz 562-553.
- Cox, B. J., Direnfeld, D. M., Swinson, R. P., et Norton, G. R. (1994). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. *Am J Psychiatry*, 151(6), 882-887.
- Cox, B. J., Norton, G. R., Swinson, R. P., et Endler, N. S. (1990). Substance abuse and panic-related anxiety: a critical review. *Behav Res Ther*, 28(5), 385-393.
- Craske, M. G., et Barlow, D. H. (2001). Panic Disorder and Agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3rd ed.). New York, É.-U. : Guilford Press.
- Craske, M. G., Maidenberg, E., et Bystritsky, A. (1995). Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 26(2), 113-120.
- Dammen, T., Arnesen, H., Ekeberg, O., et Friis, S. (2004). Psychological factors, pain attribution and medical morbidity in chest-pain patients with and without coronary artery disease. *General Hospital Psychiatry*, 26(6), 463-469. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2004.08.004
- Dammen, T., Arnesen, H., Ekeberg, O., Husebye, T., et Friis, S. (1999). Panic disorder in chest pain patients referred for cardiological outpatient investigation. *J Intern Med*, 245(5), 497-507.
- Diaferia, G., Sciuto, G., Perna, G., Barnardeschi, L., Battaglia, M., Rusmini, S., et al. (1993). DSM-III-R personality disorders in panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 153-161.
- Dyckman, J. M., Rosenbaum, R. L., Hartmeyer, R. J., et Walter, L. J. (1999). Effects of psychological intervention on panic attack patients in the emergency department. *Psychosomatics*, 40(5), 422-427.
- Eaton, W. W., Kessler, R. C., Wittchen, H. U., et Magee, W. J. (1994). Panic and panic disorder in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 151(3), 413-420.

- Edlund, M. J., et Swann, A. C. (1987). The economic and social costs of panic disorder. *Hosp Community Psychiatry*, 38(12), 1277-1279, 1288.
- Ehlers, A. (1993). Somatic symptoms and panic attacks: a retrospective study of learning experiences. *Behav Res Ther*, 31(3), 269-278.
- Eifert, G. H., Hodson, S. E., Tracey, D. R., Seville, J. L., et Gunawardane, K. (1996). Heart-focused anxiety, illness beliefs, and behavioral impairment: comparing healthy heart-anxious patients with cardiac and surgical inpatients. *J Behav Med*, 19(4), 385-399.
- Esler, J. L., Barlow, D. H., Woolard, R. H., Nicholson, R. A., Nash, J. M., et Erogul, M. H. (2003). A brief-cognitive behavioral intervention for patients with noncardiac chest pain. *Behavior Therapy*, 34(2), 129-148. doi: 10.1016/S0005-7894(03)80009-6
- Esler, J. L., et Bock, B. C. (2004). Psychological treatments for noncardiac chest pain: recommendations for a new approach. *J Psychosom Res*, 56(3), 263-269.
- Eslick, G. D. (2001). Chest pain: a historical perspective. *Int J Cardiol*, 77(1), 5-11.
- Eslick, G. D. (2004). Noncardiac chest pain: epidemiology, natural history, health care seeking, and quality of life. *Gastroenterology Clinics of North America*, 33(1), 1-23. doi: 10.1016/S0889-8553(03)00125-0
- Eslick, G. D., et Fass, R. (2003). Noncardiac chest pain: evaluation and treatment. *Gastroenterol Clin North Am*, 32(2), 531-552.
- Eslick, G. D., et Talley, N. J. (2000). Non-cardiac chest pain: squeezing the life out of the Australian healthcare system? *Med J Aust*, 173(5), 233-234.
- Eslick, G. D., et Talley, N. J. (2004). Non-cardiac chest pain: predictors of health care seeking, the types of health care professional consulted, work absenteeism and interruption of daily activities. *Aliment Pharmacol Ther*, 20(8), 909-915. doi: 10.1111/j.1365-2036.2004.02175.x
- Eslick, G. D., et Talley, N. J. (2008). Natural history and predictors of outcome for non-cardiac chest pain: a prospective 4-year cohort study. *Neurogastroenterol Motil*, 20(9), 989-997. doi: NMO1133 [pii], 10.1111/j.1365-2982.2008.01133.x
- Febbraro G.A.R., Clum G.A., Roodman A.A., et Wright J.H. (1999). The limits of bibliotherapy: A study of the differential effectiveness of self-administered

- interventions in individuals with panic attacks. *Behavior Therapy*, 30 (2), pp. 209-222.
- Fifer, S. K., Mathias, S. D., Patrick, D. L., Mazonson, P. D., Lubeck, D. P., et Buesching, D. P. (1994). Untreated anxiety among adult primary care patients in a Health Maintenance Organization. *Archives of General Psychiatry*, 51(9), 740-750.
- Fleet, R. P., et Beitman, B. D. (1997). Unexplained chest pain: when is it panic disorder? *Clin Cardiol*, 20(3), 187-194.
- Fleet, R. P., et Beitman, B. D. (1998). Cardiovascular death from panic disorder and panic-like anxiety: a critical review of the literature. *J Psychosom Res*, 44(1), 71-80.
- Fleet, R. P., Dupuis, G., Kaczorowski, J., Marchand, A., et Beitman, B. D. (1997). Suicidal ideation in emergency department chest pain patients: panic disorder a risk factor. *Am J Emerg Med*, 15(4), 345-349.
- Fleet, R. P., Dupuis, G., Marchand, A., Burelle, D., Arsenault, A., et Beitman, B. D. (1996). Panic disorder in emergency department chest pain patients: prevalence, comorbidity, suicidal ideation, and physician recognition. *American Journal of Medicine*, 101(4), 371-380. doi: 10.1016/S0002-9343(96)00224-0
- Fleet, R. P., Dupuis, G., Marchand, A., Kaczorowski, J., Burelle, D., Arsenault, A., et al. (1998). Panic disorder in coronary artery disease patients with noncardiac chest pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(1), 81-90. doi: 10.1016/S0022-3999(97)00136-0
- Fleet, R. P., Lavoie, K., et Beitman, B. D. (2000). Is panic disorder associated with coronary artery disease? A critical review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(4-5), 347-356. doi: 10.1016/S0022-3999(99)00101-4
- Fleet, R. P., Lavoie, K. L., Martel, J. P., Dupuis, G., Marchand, A., et Beitman, B. D. (2003). Two-year follow-up status of emergency department patients with chest pain: Was it panic disorder? *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 5, 247-254.
- Fleet, R. P., Marchand, A., Dupuis, G., Kaczorowski, J., et Beitman, B. D. (1998). Comparing emergency department and psychiatric setting patients with panic disorder. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, Vol.39(36), Nov-Dec 1998, pp.

- Fleet, R. P., Martel, J. P., Lavoie, K. L., Dupuis, G., et Beitman, B. D. (2000). Non-fearful panic disorder: a variant of panic in medical patients? *Psychosomatics*, 41(4), 311-320.
- Foldes-Busque, G., Fleet, R., Poitras, J., Chauny, J. M., Belleville, G., Denis, I., et al. (2011). Preliminary investigation of the panic screening score for emergency department patients with unexplained chest pain. *Acad Emerg Med*, 18(3), 322-325. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01009.x
- Foldes-Busque, G., Marchand, A., Chauny, J.-M., Poitras, J., Diodati, J., Denis, I., et al. (2011). Unexplained chest pain in the ED: could it be panic? *American Journal of Emergency Medicine*, 29(7), 743-751. doi: 10.1016/j.ajem.2010.02.021
- Fondation des maladies du coeur du Canada. (2003). *The growing burden of heart disease*. Heart and Stroke Foundation of Canada. Ottawa, Ontario, Canada.
- Fraenkel, Y. M., Kindler, S., et Melmed, R. N. (1996). Differences in cognitions during chest pain of patients with panic disorder and ischemic heart disease. *Depress Anxiety*, 4(5), 217-222.
- Ghosh, A., et Marks, I. M. (1987). Self-treatment of agoraphobia by exposure. *Behavior Therapy*, 18, 3-16. doi: 10.1016/S0005-7894(87)80047-3
- Goldberg, C. (1998). Cognitive-behavioral therapy for panic: effectiveness and limitations. *Psychiatr Q*, 69(1), 23-44.
- Goldberg, R., Morris, P., Christian, F., Badger, J., Chabot, S., et Edlund, M. (1990). Panic disorder in cardiac outpatients. *Psychosomatics*, 31(2), 168-173.
- Goldman, L., Weinberg, M., Weisberg, M., Olshen, R., Cook, E. F., Sargent, R. K., et al. (1982). A computer-derived protocol to aid in the diagnosis of emergency room patients with acute chest pain. *N Engl J Med*, 307(10), 588-596.
- Goodacre, S., Mason, S., Arnold, J., et Angelini, K. (2001). Psychologic morbidity and health-related quality of life of patients assessed in a chest pain observation unit. *Annals of emergency medicine*, 38(4), 369-376. doi: 10.1067/mem.2001.118010
- Gorman, J. M., et Coplan, J. D. (1996). Comorbidity of depression and panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 57 Suppl 10, 34-41; discussion 42-33.

- Gould, R. A., et Clum, G. A. (1995). Self-help plus minimal therapist contact in the treatment of panic disorder: A replication and extension. *Behavior Therapy*, 26, 533-546.
- Gould, R. A., Clum, G. A., et Shapiro, D. (1993). The use of bibliotherapy in the treatment of panic: A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, 24, 241-252. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80266-7.
- Gould, R. A., Otto, M. W., et Pollack, M. H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15(8), 819-844. doi: 10.1016/0272-7358(95)00048-8
- Graff, L., Joseph, T., Andelman, R., Bahr, R., DeHart, D., Espinosa, J., et al. (1995). American College of Emergency Physicians information paper: chest pain units in emergency departments--a report from the Short-Term Observation Services Section. *Am J Cardiol*, 76(14), 1036-1039.
- Hecker, J. E., Losee, M. C., Fritzler, B. K., et Fink, C. M. (1996). Self-directed versus therapist-directed cognitive-behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 253-265. doi: 10.1016/0887-6185(96)00010-2
- Higgins, J., et Green, S. (Eds.). (2009). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (Version 5.0.2 [updated September 2009] ed.)*: The Cochrane Collaboration.
- Hocaoglu, C., Gulec, M. Y., et Durmus, I. (2008). Psychiatric comorbidity in patients with chest pain without a cardiac etiology. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 45(1), 49-54.
- Hoehn-Saric, R., Frank, J. D., Imber, S. D., Nash, E. H., Stone, A. R., et Battle, C. C. (1964). Systematic Preparation of Patients for Psychotherapy. I. Effects on Therapy Behavior and Outcome. *J Psychiatr Res*, 33, 267-281.
- Hofmann, S. G., Barlow, D. H., Papp, L. A., Detweiler, M. F., Ray, S. E., Shear, M. K., et al. (1998). Pretreatment attrition in a comparative treatment outcome study on panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(1), 43-47.
- Holden, A. E., O'Brien, G. T., Barlow, D. H., Stetson, D., et Infantino, A. (1983). Self-help manual for agoraphobia: A preliminary report of effectiveness. *Behavior Therapy*, 14, 545-556.
- Huffman, J. C., et Pollack, M. H. (2003). Predicting panic disorder among patients with chest pain: an analysis of the literature. *Psychosomatics*, 44(3), 222-236.

- Hunsley, J. (2003). Cost effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology*, 44(1), 61-73.
- Hutter, A. M., Jr., Amsterdam, E. A., et Jaffe, A. S. (2000). 31st Bethesda Conference. Emergency Cardiac Care. Task force 2: Acute coronary syndromes: Section 2B--Chest discomfort evaluation in the hospital. *J Am Coll Cardiol*, 35(4), 853-862.
- Isner, J. M., Salem, D. N., Banas, J. S., Jr., et Levine, H. J. (1981). Long-term clinical course of patients with normal coronary arteriography: follow-up study of 121 patients with normal or nearly normal coronary arteriograms. *Am Heart J*, 102(4), 645-653.
- Karolson, B. W., Herlitz, J., Pettersson, P., Ekvall, H. E., et Hjalmarson, A. (1991). Patients admitted to the emergency room with symptoms indicative of acute myocardial infarction. *Journal of Internal Medicine*, 230(3), 251-258. doi: 10.1111/j.1365-2796.1991.tb00439.x
- Katerndahl, D. A. (1990). Factors associated with persons with panic attacks seeking medical care. *Family Medicine*, 22(6), 462-466.
- Katerndahl, D. A. (2003). Initial care seeking for panic attacks. *Psychiatric Services*, 54(8), 1168. doi: 10.1176/appi.ps.54.8.1168
- Katerndahl, D. A., et Realini, J. P. (1993). Lifetime prevalence of panic states. *Am J Psychiatry*, 150(2), 246-249.
- Katerndahl, D. A., et Trammell, C. (1997). Prevalence and recognition of panic states in STARNET patients presenting with chest pain. *Journal of Family Practice*, 45(1), 54-63.
- Katon, W. (1992). Panic disorder: Somatization, medical utilization, and treatment. *The American Journal of Medicine*, 92(1A), 1-2.
- Katon, W. (1994). Panic disorder in the medical setting. Washington, DC National Institute of Mental Health.
- Katon, W., Hall, M. L., Russo, J., Cormier, L., Hollifield, M., Vitaliano, P. P., et al. (1988). Chest pain: relationship of psychiatric illness to coronary arteriographic results. *Am J Med*, 84(1), 1-9.
- Katon, W., Von Korff, M., et Lin, E. (1992). Panic disorder: relationship to high medical utilization. *Am J Med*, 92(1A), 7S-11S. doi: 10.1016/0002-9343(92)90130-4

- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., et Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 415-424. doi: 63/4/415 [pii] 10.1001/archpsyc.63.4.415
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kinrys, G., et Pollack, M. H. (2004). Panic Disorder and Agoraphobia. In D. J. Stein (Ed.), *Clinical Manual of Anxiety Disorders*. Washington, D.C., É.-U. : American Psychiatric Publishing.
- Klerman, G. L. (1993). *Panic anxiety and its treatments : report (xvii ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Ouellette, R., Johnson, J., et Greenwald, S. (1991). Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization. *Jama*, 265(6), 742-746. doi: 10.1001/jama.265.6.742
- Klimes, I., Mayou, R. A., Pearce, M. J., Coles, L., et Fagg, J. R. (1990). Psychological treatment for atypical non-cardiac chest pain: a controlled evaluation. *Psychological Medicine*, 20(3), 605-611. doi: 10.1017/S0033291700017116
- Kontos, M. C. (2001). Evaluation of the Emergency Department chest pain patient. *Cardiol Rev*, 9(5), 266-275.
- Kroenke, K. (1992). Symptoms in medical patients: an untended field. *American Journal of Medicine*, 92(1A), 3S-6S.
- Kroenke, K., et Mangelsdorff, A. D. (1989). Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *American Journal of Medicine*, 86(3), 262-266. doi: 10.1016/0002-9343(89)90293-3
- Kuijpers, P. M. J. C., Dennollet, J., Wellens, H. J. J., Crijns, H. M., et Honig, A. (2007). Noncardiac chest pain in the emergency department: the role of cardiac history, anxiety or depression and Type D personality. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 14, 273-279. doi: 10.1097/HJR.0b013e32801da0fc
- Kung, H. C., Hoyert, D. L., Xu, J., et Murphy, S. L. (2008). Deaths: final data for 2005. *Natl Vital Stat Rep*, 56(10), 1-120.

- Laberge, B., Gauthier, J. G., Cote, G., Plamondon, J., et Cormier, H. J. (1993). Cognitive-behavioral therapy of panic disorder with secondary major depression: a preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 1028-1037.
- Lantinga, L. J., Sprafkin, R. P., McCroskery, J. H., Baker, M. T., Warner, R. A., et Hill, N. E. (1988). One-year psychosocial follow-up of patients with chest pain and angiographically normal coronary arteries. *Am J Cardiol*, 62(4), 209-213.
- Lecomte, C., Drouin, M.-S., Savard, R., et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Lee, T. H., Cook, E. F., Weisberg, M., Sargent, R. K., Wilson, C., et Goldman, L. (1985). Acute chest pain in the emergency room. Identification and examination of low-risk patients. *Arch Intern Med*, 145(1), 65-69.
- Leon, A. C., Portera, L., et Weissman, M. M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *Br J Psychiatry Suppl*(27), 19-22.
- Lessard, M. J., Marchand, A., Pelland, M. E., Belleville, G., Vadeboncoeur, A., Chauny, J. M., ... Lavoie, K. L. (2012). Comparing two Brief Psychological Interventions to Usual Care in Panic Disorder Patients Presenting to the Emergency Department with Chest Pain. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(2), 129-147. doi: 10.1017/S1352465811000506
- Lidren, D. M., Watkins, P. L., Gould, R. A., Clum, G. A., Asterino, M., et Tulloch, H. L. (1994). A comparison of bibliotherapy and group therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 865-869. doi: 10.1037/0022-006X.62.4.865
- Ly, N., et McCaig, L. F. (2002). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2000 outpatient department summary. *Advance Data*, 327, 1-27.
- Marchand, A., et Boivin, I. (1999). Le trouble panique. In R. Ladouceur, A. Marchand et J. M. Boisvert (Eds.), *Les troubles anxieux: approche cognitive et comportementale*. Montréal, QC: Gaétan Morin.
- Marchand, A., et Letarte, A. (2004). *La peur d'avoir peur : guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie*. Outremont, QC: Éditions internationales Alain Stanké.

- Marchand, A., Roberge, P., Primiano, S., et Germain, V. (2009). A randomized, controlled clinical trial of standard, group, and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: A two-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1139-1147.
- Markowitz, J. S., Weissman, M. M., Ouellette, R., Lish, J. D., et Klerman, G. L. (1989). Quality of life in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 46(11), 984-992.
- Marks, I. M., Swinson, R. P., Basoglu, M., Kuch, K., Noshirvani, H., O'Sullivan, G., et al. (1993). Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia. A controlled study in London and Toronto. *Br J Psychiatry*, 162, 776-787.
- Marrs, R. W. (1995). A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology*, 23(6), 843-870.
- Mathias, S. D., Fifer, S. K., Mazonson, P. D., Lubeck, D. P., Buesching, D. P., et Patrick, D. L. (1994). Necessary but not sufficient: the effect of screening and feedback on outcomes of primary care patients with untreated anxiety. *Journal of General Internal Medicine*, 9(11), 606-615. doi: 10.1007/BF02600303
- Mayou, R. A. (1998). Chest pain, palpitations and panic. *J Psychosom Res*, 44(1), 53-70.
- Mayou, R. A., Bryant, B., Forfar, C., et Clark, D. (1994). Non-cardiac chest pain and benign palpitations in the cardiac clinic. *Br Heart J*, 72(6), 548-553.
- Mayou, R. A., Bryant, B. M., Sanders, D., Bass, C., Klimes, I., et Forfar, C. (1997). A controlled trial of cognitive behavioural therapy for non-cardiac chest pain. *Psychological Medicine*, 27(5), 1021-1031. doi: 10.1017/S0033291797005254
- McDonald, I. G., Daly, J., Jelinek, V. M., Panetta, F., et Gutman, J. M. (1996). Opening Pandora's box: the unpredictability of reassurance by a normal test result. *Bmj*, 313(7053), 329-332.
- McNamee, G., O'Sullivan, G., Lelliot, P., et Marks, I. M. (1989). Telephone-guided treatment for housebound agoraphobics with panic disorder: exposure vs. relaxation. *Behavior Therapy*, 20, 491-497.
- Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., et al. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic

- psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 265-272. doi: 164/2/265 [pii] 10.1176/appi.ajp.164.2.265
- Montgomery, S., Bullock, T., et Fineberg, N. (1991). Serotonin selectivity for obsessive compulsive and panic disorders. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 16 (suppl. 1), 30-35.
- Mostofsky, D., et Barlow, D. H. (2000). *The management of stress and anxiety in medical disorders*. Boston: Allyn & Bacon.
- Norell, M., Lythall, D., Coghlan, G., Cheng, A., Kushwaha, S., Swan, J., et al. (1992). Limited value of the resting electrocardiogram in assessing patients with recent onset chest pain: lessons from a chest pain clinic. *British Heart Journal*, 67(1), 53-56. doi: 10.1136/hrt.67.1.53
- Ockene, I. S., Shay, M. J., Alpert, J. S., Weiner, B. H., et Dalen, J. E. (1980). Unexplained chest pain in patients with normal coronary arteriograms: a follow-up study of functional status. *N Engl J Med*, 303(22), 1249-1252.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., et Maki, K. M. (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: costs, benefits, and stepped care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 556-563.
- Papanicolaou, M. N., Califf, R. M., Hlatky, M. A., McKinnis, R. A., Harrell, F. E., Jr., Mark, D. B., et al. (1986). Prognostic implications of angiographically normal and insignificantly narrowed coronary arteries. *Am J Cardiol*, 58(13), 1181-1187. doi: 10.1016/0002-9149(86)90378-4
- Parry, R., et Killick, S. (1998). An evaluation of the impact of an individually administered videotape for people with panic disorder. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 26(2), 153-161.
- Pasternak, R. C., Thibault, G. E., Savoia, M., DeSanctis, R. W., et Hutter, A. M., Jr. (1980). Chest pain with angiographically insignificant coronary arterial obstruction. Clinical presentation and long-term follow-up. *Am J Med*, 68(6), 813-817.
- Pauli, P., Marquardt, C., Hartl, L., Nutzinger, D. O., Holzl, R., et Strian, F. (1991). Anxiety induced by cardiac perceptions in patients with panic attacks: a field study. *Behaviour Research and Therapy*, 29(2), 137-145. doi: 10.1016/0005-7967(91)90042-2
- Pearce, M. J., Mayou, R. A., et Klimes, I. (1990). The management of atypical non-cardiac chest pain. *Q J Med*, 76(281), 991-996.

- Peski-Oosterbaan, A. S. v., Spinhoven, P., Rood, Y. v., Does, J. W. v., Brusckke, A. V., et Rooijmans, H. G. (1999). Cognitive-behavioral therapy for noncardiac chest pain: a randomized trial. *American Journal of Medicine*, 106(4), 424-429.
- Pollack, M. H., et Marzol, P. C. (2000). Panic: course, complications and treatment of panic disorder. *J Psychopharmacol*, 14(2 Suppl 1), S25-30.
- Pollack, M. H., et Otto, M. W. (1997). Long-term course and outcome of panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 58 Suppl 2, 57-60.
- Pope, J. H., Aufderheide, T. P., Ruthazer, R., Woolard, R. H., Feldman, J. A., Beshansky, J. R., et al. (2000). Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. *N Engl J Med*, 342(16), 1163-1170.
- Potts, S. G., et Bass, C. M. (1993). Psychosocial outcome and use of medical resources in patients with chest pain and normal or near-normal coronary arteries: a long-term follow-up study. *Q J Med*, 86(9), 583-593.
- Potts, S. G., et Bass, C. M. (1995). Psychological morbidity in patients with chest pain and normal or near-normal coronary arteries: a long-term follow-up study. *Psychol Med*, 25(2), 339-347. doi: 10.1017/S0033291700036242
- Potts, S. G., Lewin, R., Fox, K. A., et Johnstone, E. C. (1999). Group psychological treatment for chest pain with normal coronary arteries. *Qjm*, 92(2), 81-86. doi: 10.1093/qjmed/92.2.81
- Power, K. G., Sharp, D. M., Swanson, V., et Simpson, R. J. (2000). Therapist contact in cognitive behaviour therapy for panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7, 37-46.
- Rees, C. S., Richards, J. C., et Smith, L. M. (1998). Medical utilisation and costs in panic disorder: a comparison with social phobia. *J Anxiety Disord*, 12(5), 421-435.
- Reich, J., Warshaw, M., Peterson, L. G., White, K., Keller, M., Lavori, P., et al. (1993). Comorbidity of panic and major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 27 Suppl 1, 23-33. doi: 10.1016/0022-3956(93)90015-T
- Roberge, P., Marchand, A., Cloutier, K., Mainguy, N., Miller, J. M., Bégin, J., et al. (2005). Healthcare Utilization Following cognitive-behavioral therapy for Panic Disorder with Agoraphobia. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(3), 1-10. doi: 10.1080/16506070510008443

- Roberge, P., Marchand, A., Reinharz, D., Marchand, L., et Cloutier, K. (2004). Economic evaluation of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders/Evaluation économique de la thérapie cognitivo-comportementale des troubles anxieux. *Canadian Psychology*, 45(3), 202-218.
- Roll, M., Kollind, M., et Theorell, T. (1992). Five-year follow-up of young adults visiting an emergency unit because of atypical chest pain. *J Intern Med*, 231(1), 59-65. doi: 10.1111/j.1365-2796.1992.tb00499.x
- Roth, A., et Fonagy, P. (1996). What works for whom: A critical review of psychotherapy research. New York, É.-U. : Guilford.
- Roy-Byrne, P. P., et Katon, W. (2000). Anxiety management in the medical setting: Rationale, barriers to diagnosis and treatment, and proposed solutions. In D. Mostofsky et D. Barlow (Eds.), *The management of stress and anxiety in medical disorders*. Boston: Allyn & Bacon.
- Roy-Byrne, P. P., Stein, M. B., Russo, J., Mercier, E., Thomas, R., McQuaid, J. R., et al. (1999). Panic disorder in the primary care setting: Comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(7), 492-499.
- Salvador-Carulla, L., Seguí, J., Fernandez-Cano, P., et Canet, J. (1995). Costs and offset effect in panic disorders. *Br J Psychiatry Suppl*(27), 23-28.
- Sanders, D., Bass, C., Mayou, R. A., Goodwin, S., Bryant, B. M., et Tyndel, S. (1997). Non-cardiac chest pain: why was a brief intervention apparently ineffective? *Psychological Medicine*, 27(5), 1033-1040. doi: 10.1017/S0033291797005266
- Schmidt, N. (1999). Panic disorder: cognitive-behavioral and pharmacological treatment strategies. *Journal of Clinical Psychological Medicine Settings*, 6, 89-111. doi: 10.1023/A:1026207414971
- Siegel, L., Jones, W. C., et Wilson, J. O. (1990). Economic and life consequences experienced by individuals with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 201-211.
- Simon, N., et Pollack, M. (1999). Treatment-refractory panic disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 6, 115-140.
- Simpson, R. J., Kazmierczak, T., Power, K. G., et Sharp, D. M. (1994). Controlled comparison of the characteristics of patients with panic disorder. *British Journal of General Practice*, 44(385), 352-356.

- Sorby, N. G. D., Reavley, W., et Huber, J. W. (1991). Self-help programme for anxiety in general practice: Controlled trial of an anxiety management booklet. *British Journal of General Practice*, 41, 417-420.
- Statistique Canada. (2009). Les principales causes de décès au Canada, 2005. Statistique Canada. Tiré de <http://www.statcan.gc.ca/pub/84-215-x/84-215-x2009000-eng.htm>.
- Swinson, R. P., Cox, B. J., et Woszczyna, C. B. (1992). Use of medical services and treatment for panic disorder with agoraphobia and for social phobia. *Cmaj*, 147(6), 878-883.
- Swinson, R. P., Fergus, K. D., Cox, B. J., et Wickwire, K. (1995). Efficacy of telephone-administered behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther*, 33(4), 465-469.
- Swinson, R. P., et Kuch, K. (1990). Clinical Features of Panic and Related Disorders. In J. C. Ballenger (Ed.), *Clinical Aspects of Panic Disorder*. (pp. 13-30). New York, É.-U. : Wiley-Liss.
- Swinson, R. P., Soulios, C., Cox, B. J., et Kuch, K. (1992). Brief treatment of emergency room patients with panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 944-946.
- Swoboda, H., Amering, M., Windhaber, J., et Katschnig, H. (2003). The long-term course of panic disorder--an 11 year follow-up. *J Anxiety Disord*, 17(2), 223-232. doi: S0887618502001834 [pii]
- Taylor, A.J., Bindeman, J., Feuerstein, I., Cao, F., Brazaitis, M., O'Malley, P.G. (2005). Coronary calcium independently predicts incident premature coronary heart disease over measured cardiovascular risk factors: Mean three-year outcomes in the Prospective Army Coronary Calcium (PACC) project. *Journal of the American College of Cardiology*, 45, 807-14. doi: 10.1016/j.jacc.2005.05.049
- Telch, M. J., Schmidt, N. B., Jaimez, T. L., Jacquin, K. M., et Harrington, P. J. (1995). Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 823-830.
- Tsao, J. C., Lewin, M. R., et Craske, M. G. (1998). The effects of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions. *J Anxiety Disord*, 12(4), 357-371.

- Tsao, J. C., Mystkowski, J., Zucker, B., et Craske, M. G. (2002). Effects of cognitive behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions: replication and extension. *Behav Ther*, 33, 493-509.
- Tsao, J. C., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., et Craske, M. G. (2005). Impact of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbidity: a controlled investigation. *Behav Res Ther*, 43, 959-970.
- VandenBos, G. R., et American Psychological Association. (2007). *APA dictionary of psychology*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., et Kessler, R. C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 603-613. doi: 62/6/603 [pii] 10.1001/archpsyc.62.6.603
- Weissman, M. M. (1990). The hidden patient: unrecognized panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51 Suppl, 5-8.
- Weissman, M. M. (1991). Panic disorder: impact on quality of life. *J Clin Psychiatry*, 52 Suppl, 6-8; discussion 9.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. S., Ouellette, R., Greenwald, S., et Kahn, J. P. (1990). Panic disorder and cardiovascular/cerebrovascular problems: results from a community survey. *Am J Psychiatry*, 147(11), 1504-1508.
- Westling, B. E., et Öst, L.-G. (1999). Brief cognitive behaviour therapy of panic disorder. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*, 28, 49-57.
- Westra, H. A., et Stewart, S. H. (1998). Cognitive behavioural therapy and pharmacotherapy: complementary or contradictory approaches to the treatment of anxiety? *Clin Psychol Rev*, 18(3), 307-340. doi: S0272-7358(97)00084-6 [pii]
- White, K. S., et Barlow, D. H. (2002). *Panic Disorder and Agoraphobia*. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. (2nd Edition ed.). New York, É.-U. : Guilford.
- White, K. S., et Barlow, D. H. (2004). *Panic Disorder and Agoraphobia*. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. (2nd. ed., pp. 328-379). New York, É.-U. : The Guilford Press.

- Wolfe, B. E., et Maser, J. D. (1994). Treatment of panic disorder: A consensus development conference. Washington, DC, É.-U. : American Psychiatric Press.
- Worthington, J. J., 3rd, Pollack, M. H., Otto, M. W., Gould, R. A., Sabatino, S. A., Goldman, L., et al. (1997). Panic disorder in emergency ward patients with chest pain. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(4), 274-276. doi: 10.1097/00005053-199704000-00009
- Wulsin, L. R., Arnold, L. M., et Hillard, J. R. (1991). Axis I disorders in ER patients with atypical chest pain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 21(1), 37-46. doi: 10.2190/HFQ4-J41N-6M1E-MBN3
- Wulsin, L. R., Liu, T., Storrow, A., Evans, S., Dewan, N., et Hamilton, C. (2002). A randomized, controlled trial of panic disorder treatment initiation in an emergency department chest pain center. *Annals of Emergency Medicine*, 39(2), 139-143. doi: 10.1067/mem.2002.121484
- Wulsin, L. R., et Yingling, K. (1991). Psychiatric aspects of chest pain in the emergency department. *The Medical Clinics of North America*, 75(5), 1175-1188.
- Yelin, E., Mathias, S. D., Buesching, D. P., Rowland, C., Calucin, R. Q., et Fifer, S. (1996). The impact on unemployment of an intervention to increase recognition of previously untreated anxiety among primary care physicians. *Social Science and Medicine*, 42(7), 1069-1075. doi: 10.1016/0277-9536(95)00297-9
- Yingling, K. W., Wulsin, L. R., Arnold, L. M., et Rouan, G. W. (1993). Estimated prevalences of panic disorder and depression among consecutive patients seen in an emergency department with acute chest pain. *Journal of General Internal Medicine*, 8(5), 231-235. doi: 10.1007/BF02600087
- Yonkers, K. A., Zlotnick, C., Allsworth, J., Warshaw, M., Shea, T., et Keller, M. B. (1998). Is the course of panic disorder the same in women and men? *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 596-602.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364(9438), 937-952. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17018-9 S0140-6736(04)17018-9 [pii]

- Zaubler, T. S., et Katon, W. (1998). Panic disorder in the general medical setting. *J Psychosom Res*, 44(1), 25-42.
- Zuercher-White, E. (1997). *Treating panic disorder and agoraphobia: A step by step clinical guide*. Oakland, CA, E.-U. : New Harbinger Publications Inc.
- Zun, L. S. (1997). Panic disorder: diagnosis and treatment in emergency medicine. *Ann Emerg Med*, 30(1), 92-96.