

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

EFFICACITÉ D'UN TRAITEMENT COGNITIF ET COMPORTEMENTAL
DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE
ADMINISTRÉ PAR VIDÉOCONFÉRENCE

ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
NATHALIE THÉBERGE-LAPOINTE

AOÛT 2012

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, j'aimerais remercier mon directeur d'essai, André Marchand, pour sa généreuse disponibilité, ses précieux conseils et son soutien continu au long cours de la réalisation de ce projet doctoral. Ses qualités humaines ont permis de rendre ce parcours des plus agréables. Je tiens aussi à remercier mon codirecteur, Frédéric Langlois, qui m'a offert des commentaires constructifs lors de la rédaction de mon projet. Je transmets également mes remerciements à Patrick Gosselin, pour son implication à la mise sur pied de ce projet. Un merci particulier à Jean Bégin pour sa généreuse disponibilité, sa patience et ses précieux conseils statistiques qui ont su m'orienter dans la bonne direction.

Je témoigne ma reconnaissance à l'ensemble du personnel de recherche, situé à Montréal, Sherbrooke et Trois-Rivières, qui s'est engagé dans le projet. Un merci tout spécial à Stéphanie Watts pour son soutien et son dévouement à la mise en œuvre de ce projet. Je tiens aussi à remercier Pascal, Renaud, Myra, Virginie et Malya pour leur implication et leur bon travail. Merci également aux psychologues, Marie-Ève et Daniel pour leur ouverture à s'intégrer dans ce projet et pour leur généreuse implication. Je tiens aussi à remercier tous les participants qui ont pris part à l'étude et qui ont ainsi permis la réalisation de ce projet.

Finalement, un projet doctoral ne peut se réaliser sans l'aide et le soutien moral des proches. Un merci tout spécial à Yves, qui a su, par son amour, sa confiance, sa compréhension et ses encouragements, me permettre de mener à bien ces ambitions. Mille mercis pour ces précieux moments de bonheur en ta compagnie. Je tiens aussi à exprimer ma gratitude à mes parents qui ont su me démontrer leur confiance et l'importance de l'assiduité au travail. Je transmets également mon remerciement à ma belle-famille qui a su m'appuyer tout au long de mon parcours. Merci finalement à Odile, Julie, Jessica, France, Natacha, Sarah, Laurence, Kathleen et Véronique, pour leur amitié et leur soutien lors de moments plus difficiles.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE.....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES.....	vii
RÉSUMÉ.....	ix
CHAPITRE I	
INTRODUCTION.....	1
1.1 Contexte général.....	2
1.1.1 Le trouble d'anxiété généralisée.....	2
1.1.2 Prévalence et comorbidité.....	5
1.1.3 Conséquences du trouble sur le système de santé et la population.....	6
1.1.4 La thérapie cognitive et comportementale.....	8
1.1.5 La problématique d'accessibilité et les psychothérapies à distance.....	10
1.1.6 Efficacité des traitements administrés en vidéoconférence.....	12
1.2 Objectifs et hypothèses.....	14
1.3 Contenu de l'essai.....	14
CHAPITRE II	
EFFICACITÉ D'UN TRAITEMENT COGNITIF ET COMPORTEMENTAL POUR LE TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE ADMINISTRÉ EN VIDÉOCONFÉRENCE (ARTICLE).....	15
Résumé.....	17
Abstract.....	18
Méthodologie.....	23
Participants.....	23
Mesures.....	24
Traitement.....	25

Procédures.....	26
Équipement utilisé.....	27
Résultats.....	28
Caractéristiques de l'échantillon.....	28
Auto-observations quotidiennes.....	29
Évaluations cliniques.....	31
Questionnaires auto-rapportés.....	31
Discussion.....	34
Références.....	37
CHAPITRE III	
DISCUSSION GÉNÉRALE.....	54
3.1 Synthèse des résultats.....	55
3.2 Considérations méthodologiques.....	56
3.2.1 Forces de l'étude.....	56
3.2.2 Limites de l'étude.....	58
3.3 Pistes de recherche future.....	59
3.4 Considérations pratiques et cliniques.....	61
3.5 Diffusion des résultats.....	64
3.6 Conclusion générale.....	64
APPENDICE A	
APPROBATIONS DES COMITÉS SCIENTIFIQUES ET D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE.....	66
APPENDICE B	
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT.....	70
APPENDICE C	
QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE.....	91

APPENDICE D ENTREVUE D'ÉVALUATION.....	94
APPENDICE E AUTO-OBSERVATIONS QUOTIDIENNES.....	110
APPENDICE F MESURES DE SYMPTÔMES ET DE PROCESSUS DU TAG.....	112
APPENDICE G MESURES AUXILIAIRES.....	120
APPENDICE H RÉSUMÉ DU PROTOCOLE DE TRAITEMENT.....	126
APPENDICE I GRILLE D'INTÉGRITÉ THÉRAPEUTIQUE.....	138
APPENDICE J IMAGES DU SYSTÈME DE VIDÉOCONFÉRENCE.....	141
APPENDICE K ACCUSÉ DE RÉCEPTION DES ÉDITEURS.....	143
RÉFÉRENCES.....	145

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

Tableau et figure	Page
2.1 Moyennes des résultats d'auto-observations quotidiennes du pourcentage d'inquiétude au prétest, post-test et aux suivis de 3 et 12 mois.....	46
2.2. Valeur de l'indice B et C pour chaque questionnaire et index du changement fiable.....	47
2.3 Résultats des analyses de variances à mesures répétées suivies de leurs décompositions par des contrastes polynomiaux.....	50
2.4 Moyennes et écarts-types des résultats au pré-test, post-test et aux suivis de 3 et 12 mois pour tous les participants (N=5).....	51
2.5 Niveau d'inquiétude tel que rapporté par les participants dans leurs carnets d'auto-observations quotidiennes durant le niveau de base, le traitement, le post-test et les suivis.....	52

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET DES ACRONYMES

AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
ADIS-IV	Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV
APA	American Psychiatric Association
ANOVA	Analyse de variance
BPSCORE	British Psychological Society Center for Outcomes Research and Effectiveness
CBT	Cognitive-behavioural therapy
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition
EFA	Évaluation du fonctionnement actuel
ESPT	État de stress post-traumatique
ESTA-IV	Entrevue structurée pour les troubles anxieux selon le DSM-IV
GAD	Generalized anxiety disorder
IAB	Inventaire d'anxiété de Beck
IDB-II	Inventaire de dépression de Beck-II
III	Inventaire de l'intolérance à l'incertitude
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
PSI-II	Questionnaire pourquoi s'inquiéter?-Version 2
QAP	Questionnaire d'attitude face aux problèmes
QEC	Questionnaire d'évitement cognitif
QIPS	Questionnaire sur les inquiétudes du Penn State
TAG	Trouble d'anxiété généralisée

TCC	Thérapie cognitive comportementale
TPA	Trouble panique avec agoraphobie
UQAM	Université du Québec à Montréal
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est un trouble très répandu, qui altère considérablement le fonctionnement et la qualité de vie de ceux qui en sont atteints et engendre des coûts sociaux et économiques importants. La thérapie cognitive et comportementale (TCC) pour traiter ce trouble a prouvé à maintes reprises son efficacité et, en conséquence, constitue un traitement empiriquement validé recommandé par les experts. Par contre, le nombre restreint de thérapeutes formés à l'approche cognitive et comportementale dans le traitement des troubles anxieux et le fait qu'ils se retrouvent majoritairement rassemblés dans les grands centres urbains rend l'accessibilité à un traitement de choix problématique pour les patients qui vivent en régions rurales, éloignées ou dans des lieux où il n'y a pas de spécialistes. La vidéoconférence se présente alors comme solution à l'accès aux services de santé mentale de premier choix, étant un moyen de communication se rapprochant de la thérapie en face à face. Qui plus est, les études d'efficacité de la vidéoconférence pour les troubles anxieux dévoilent des résultats prometteurs.

À notre connaissance, aucune étude contrôlée de traitement en vidéoconférence à l'aide de ce type d'intervention n'a été réalisée auprès d'individus ayant un TAG. La présente étude vise donc à évaluer l'efficacité d'une TCC administrée en vidéoconférence auprès d'individus présentant un TAG. Cinq personnes participent à un protocole de recherche à cas unique expérimental et à niveau de base multiple et reçoivent ainsi une TCC offerte en vidéoconférence.

Le chapitre I de ce document établit le contexte général de cet essai doctoral en exposant notamment, les principales caractéristiques du TAG, la TCC et les problèmes d'accessibilité à des services spécialisés ainsi que l'état actuel de la littérature scientifique concernant la pertinence et l'efficacité de la télépsychothérapie des troubles anxieux. Le chapitre II présente les principaux résultats obtenus concernant un protocole à niveau de base multiple qui teste l'efficacité d'une thérapie administrée en vidéoconférence pour traiter le TAG. Dans l'ensemble, les participants s'améliorent à la suite du traitement et ces gains se maintiennent pour la plupart d'entre eux. Enfin, le chapitre III présente une discussion générale à l'égard des résultats obtenus. Il propose également des considérations méthodologiques et cliniques, de même que des pistes de recherches futures.

Mots clés : Vidéoconférence, Trouble d'anxiété généralisée, Thérapie cognitive comportementale, Efficacité.

CHAPITRE 1

INTRODUCTION

CHAPITRE 1

INTRODUCTION

1.1 Contexte général

1.1.1 Le trouble d'anxiété généralisée

Le TAG consiste en une anxiété et des soucis excessifs (attente avec appréhension), relatifs à plusieurs événements ou activités, se manifestant plus d'une journée sur deux durant une période d'au moins six mois (Critère A). L'individu éprouve de la difficulté à contrôler ses préoccupations (Critère B). Les personnes présentant un TAG s'inquiètent fréquemment au sujet des circonstances quotidiennes de la vie comme les responsabilités professionnelles, les problèmes financiers, la santé des membres de la famille ou d'autres situations (tels les travaux domestiques, les réparations de voiture ou le fait d'être en retard à des rendez-vous). S'ajoutent à cette anxiété et ces inquiétudes excessives au moins trois éléments parmi une liste de six symptômes somatiques: agitation, fatigabilité, difficultés de concentration, irritabilité, tension musculaire et perturbation du sommeil (Critère C). L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un autre trouble à l'axe I (Critère D). L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère E). Finalement, la perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale et ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble de l'humeur, d'un trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement (Critère F) (American Psychiatric Association [APA], 2000). Pour établir le diagnostic d'un TAG, l'individu doit ainsi éprouver des difficultés à

réprimer ses inquiétudes et l'intensité de l'anxiété et des soucis doit être démesurée par rapport aux conséquences ou à la probabilité réelle d'occurrence de l'événement (APA, 2000). Il est à noter que les critères diagnostiques du TAG pourraient connaître prochainement certaines modifications sous les recommandations du comité de développement du DSM-5 de l'APA (APA, 2012). De fait, la durée minimale du critère A, lié à l'anxiété et aux inquiétudes excessives, pourrait être réduite de 6 mois à 3 mois. De même, un seul symptôme physique pourrait être requis afin de répondre aux exigences du critère diagnostique C. Enfin, la présence de certains comportements spécifiquement associés à l'anxiété (anticipation, recherche de réassurance et évitement marqué face aux situations comportant des conséquences négatives possibles, procrastination marquée pour les comportements ou la prise de décision en raison des inquiétudes) pourrait être nécessaire afin d'établir le diagnostic. En somme, bien que le DSM-IV se veut un outil objectif permettant de circonscrire les symptômes du TAG, les critères d'inclusion du trouble demeurent aujourd'hui sujet de débat.

Des informations additionnelles sur le portrait clinique typique des patients souffrants du TAG peuvent donc s'avérer utiles lorsque vient le moment de faire un choix diagnostique complexe. Selon Dugas et Robichaud (2007), même si le DSM-IV circonscrit bien les symptômes du TAG, il est parfois difficile pour les thérapeutes d'identifier le TAG en se basant seulement sur les critères diagnostiques du DSM-IV. Les clients consultent-ils le plus souvent pour leurs inquiétudes, leur anxiété ou leurs symptômes somatiques? Même si l'inquiétude est l'élément central du TAG, les patients souffrant du trouble consultent généralement pour leurs symptômes somatiques (Garcia-Campayo, Caballero, Perez, & Lopez, 2012; Ormel et al., 1990). Par ailleurs, plusieurs clients croient que l'inquiétude n'est pas une plainte légitime, qu'elle n'est pas une plainte socialement acceptable ou que le terme *inquiétude*, ne peut pas refléter l'intensité de leur détresse. Par conséquent, la majorité des clients ne vont pas penser de mentionner les inquiétudes comme plainte principale. Ils vont plutôt utiliser une terminologie alternative (par exemple : anxiété, peur ou phobie) pour faire part de leurs inquiétudes au thérapeute (Dugas et Robichaud, 2007). Il s'avère donc essentiel, pour l'évaluation diagnostique, d'investiguer plus en profondeur les pensées qui sous tendent ces peurs. Il peut être aussi utile de renseigner les clients sur les inquiétudes excessives. Il est

possible de leur expliquer que les inquiétudes sont souvent déclenchées par un sujet incertain dans leur vie et se présentent alors comme des attentes appréhensives qui s'enchaînent au sujet de diverses éventualités négatives possibles. Cette description des inquiétudes facilite le processus d'identification du TAG, si tel est le problème, en plus de préparer la première phase du traitement du TAG.

Connaître les thèmes d'inquiétudes typiques des clients souffrant du TAG peut également s'avérer utile lorsque confronté à des choix diagnostiques complexes. De façon générale, les thèmes d'inquiétude des individus présentant le trouble sont similaires à ceux de la population générale. À titre d'exemple, les clients souffrant du TAG s'inquiètent de leurs relations interpersonnelles, leur famille, leur maison, leurs finances, leur travail et la maladie. Toutefois, il semble qu'ils s'inquiètent davantage de thèmes mineurs (Brown, Moras, Zinbarg, & Barlow, 1993; Hoyer, Becker, & Roth, 2001) et d'événements futurs improbables (Dugas, Freeston et al., 1998). Même si les thèmes d'inquiétude des individus aux prises avec le trouble sont similaires à ceux de populations non cliniques, il existerait des différences subtiles entre les inquiétudes rapportées par les deux populations. En effet, la présence d'inquiétudes excessives sur des thèmes mineurs (p. ex., si j'étais pris dans la circulation?) ou des événements futurs hautement improbables (p. ex., si je faisais faillite un jour?) apparaît plus spécifique aux individus souffrant du TAG, ce qui peut aider les thérapeutes à reconnaître ce trouble anxieux. Ceci ne veut pas dire que tous les individus présentant un TAG s'inquiètent de faits mineurs ou d'événements futurs improbables, mais plutôt que peu d'individus sans TAG rapportent ce type d'inquiétude.

La dernière caractéristique typique du portrait clinique des clients souffrant du TAG concerne leur grande difficulté à vivre le moment présent. Ceci n'est pas surprenant compte tenu du fait que l'inquiétude est principalement orientée vers l'avenir. Cette tendance à ne pas profiter du moment présent peut toutefois entraîner une forme subtile de détresse et d'interférence dans le fonctionnement quotidien des personnes souffrant du TAG. Il est à souligner que la distinction clinique entre une inquiétude normale et une inquiétude excessive requiert un jugement clinique important. Effectivement, il semble primordial d'éviter de surdiagnostiquer ce trouble, surtout si le critère diagnostique de durée minimale des inquiétudes excessives se trouve réduit de 6 mois à 3 mois.

Le TAG est l'un des troubles anxieux le plus fréquemment rencontrés dans la population. De fait, dans les cliniques spécialisées pour l'anxiété, 25% de la clientèle présenterait cette problématique (APA, 2000). Aux États-Unis, le taux de prévalence du trouble, selon les critères du DSM-IV, se situe à 3,1% sur un an (Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005) et à 5,7% sur la vie entière (Kessler, Berglund et al., 2005). Les études épidémiologiques indiquent, par ailleurs, un ratio d'environ deux femmes pour un homme (APA, 2000) et une répartition similaire des taux de prévalence dans les milieux tant ruraux qu'urbains (Grant et al., 2005). D'après les données rétrospectives d'enquêtes épidémiologiques de la population générale et d'études cliniques, le TAG débute habituellement entre la fin de l'adolescence et de la vingtaine et il y aurait peu de cas commençant après la mi-trentaine (Kessler, Walters, & Wittchen, 2004). Étant donné que certaines études classifient le TAG durant l'enfance sous le nom de trouble hyperanxiété de l'enfant, il est probable que le TAG démontre une prévalence plus élevée et un début plus précoce qu'estimé.

1.1.2 Prévalence et comorbidité

Chez 60 à 90% des patients, au moins un autre trouble psychiatrique est observé en comorbidité avec le TAG (Grant et al., 2005; Mennin, Heimberg, & Turk, 2004). À cet effet, les résultats d'une récente étude épidémiologique réalisée aux États-Unis permettent d'observer les comorbidités associées au TAG et à d'autres troubles psychiatriques selon le DSM-IV sur une période de 12 mois précédant l'entrevue diagnostique (Grant et al., 2005). Il appert que, chez les personnes ayant un TAG, diverses problématiques peuvent aussi être présentes comme les troubles de l'humeur (47%: trouble de dépression majeure; 28%: trouble bipolaire I; 17%: trouble dysthymique; 4%: trouble bipolaire II), d'autres troubles anxieux (43%: phobie spécifique; 28%: phobie sociale; 27%: trouble panique avec ou sans agoraphobie), des troubles liés à l'abus et la dépendance à diverses substances (33%: dépendance nicotinique; 15%: troubles liés à l'alcool; 8%: troubles liés aux drogues) et les troubles de personnalité (47%: obsessionnelle-compulsive; 46%: paranoïde; 26%: évitante; 25% schizoïde; 15%: anti-sociale; 11%: histrionique; 7%: dépendante). Il est à noter que les cliniciens doivent être prudents avant de considérer la comorbidité. Les critères du TAG et d'autres troubles, particulièrement le trouble de dépression majeure, se chevauchent. Aussi, les comportements associés au trouble de personnalité, notamment la personnalité paranoïde

et obsessionnelle, pourraient être mal interprétés et s'avérer des manifestations d'inquiétudes. En effet, la personne tentant tout pour éviter des catastrophes pourrait sembler très méfiante ou rigide, d'où l'utilité d'un bon jugement clinique. D'autre part, des problèmes physiques sont couramment associés au trouble tels des sursauts exagérés, des symptômes dépressifs, des symptômes d'hyperactivité neuro-végétative (p. ex., augmentation du rythme cardiaque, souffle court, vertige) et des manifestations somatiques (p. ex., mains froides et humides; bouche sèche; transpiration, nausée ou diarrhée; pollakiurie; difficulté à avaler). À plus long terme, l'anxiété quotidienne ressentie peut impliquer le développement d'affections médicales chroniques dont le syndrome du colon irritable et les céphalées (APA, 2000).

1.1.3 Conséquences du trouble sur le système de santé et la population

Les données tant rétrospectives que prospectives concernant à la fois la population générale et des patients en traitement, convergent en suggérant que le TAG est une condition chronique comptant des épisodes perdurant une dizaine d'années ou davantage (Kessler et al., 2004). Une importante étude longitudinale, le Primary care anxiety project, dont l'objectif principal était d'investiguer l'évolution clinique du TAG, évalué selon les critères du DSM-IV, permet de constater de faibles taux de rémissions complètes de ce trouble chez les patients en première ligne tout traitement ou non-traitement confondu. C'est-à-dire qu'une rémission complète est observée chez seulement 39% des individus au suivi de 2 ans après la première évaluation du trouble (Rodriguez et al., 2006). De plus, l'évolution du trouble semblerait donc plutôt fluctuante, les périodes de stress augmentant la manifestation des symptômes (APA, 2000).

S'il appert que ce trouble anxieux est très handicapant, il engendre, de plus, de nombreux coûts personnels, psychosociaux, occupationnels et économiques. En effet, les individus ayant un TAG présentent un nombre de jours d'inaptitude aux tâches professionnelles ou aux activités quotidiennes significativement plus élevé que les individus n'ayant pas ce trouble (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, & Lowe, 2007; Lim, Sanderson, & Andrews, 2000; Wittchen et al., 2002). Ils ont aussi des risques élevés de développer un autre trouble mental au cours des prochaines années, surtout un trouble de dépression majeure (Bruce, Machan, Dyck, & Keller, 2001), ce qui les exposerait alors à une moins bonne perception de leur santé

mentale et à une plus grande altération de leur fonctionnement professionnel et social (Grant et al., 2005; Kessler, Dupont, Berglund, & Wittchen, 1999; Wittchen et al., 2002). Qui plus est, le TAG se classe parmi les dix conditions chroniques causant les plus graves altérations du fonctionnement, ces dernières se comparant à celles causées par l'arthrite, le diabète et les ulcères (Kessler, Greenberg, Mickelson, Meneades, & Wang, 2001).

Par ailleurs, de 2.8% à 8.5% des personnes consultant en soins de première ligne auraient un TAG (Kroenke et al., 2007; Roy-Byrne & Wagner, 2004), ce qui est beaucoup plus élevé que la prévalence actuelle du TAG dans la population générale, soit entre 1.5% et 3% (Kessler, Walters, & Wittchen, 2004). Effectivement, les individus ayant un trouble anxieux rapportent significativement plus de consultations en soins de première ligne que les individus ne présentant pas de trouble anxieux (Bélanger, Ladouceur, & Morin, 2005; Kroenke et al., 2007). Même que 21.8% des plus grands utilisateurs de services de santé de première ligne montrant de la détresse psychologique présentent un TAG et seul le diagnostic de dépression majeure semble plus prévalent (23.5%) (Katon et al., 1990).

Conséquemment, le TAG engendre d'énormes coûts économiques directs (par ex.: traitements aux soins d'urgence, hospitalisations, services de soutien, prescriptions pharmacologiques) et indirects (par ex.: perte de productivité et absentéisme au travail, suicide) à la société. Un modèle économique a été développé pour estimer les coûts directs et indirects des troubles de santé mentale en Europe en 2004, incluant 25 pays membres de l'Union européenne ainsi que la Norvège, l'Islande et la Suisse (Andlin-Sobocki, Jönsson, Wittchen, & Olesen, 2005). Le coût annuel moyen par personne présentant un trouble anxieux est calculé en tant que coût excédentaire comparativement aux individus sans diagnostic de trouble anxieux. À cet égard, le coût moyen annuel par individu présentant un TAG en Europe est estimé à 1804 € en 2004, avec des estimations variant de 531 € en Estonie à 3 238 € en Suisse. Ce coût moyen annuel par individu ayant un TAG est plus élevé que celui estimé pour n'importe quel autre trouble anxieux évalué: le trouble obsessionnel-compulsif (350 €), la phobie spécifique (517 €), la phobie sociale (937 €), l'agoraphobie (941 €) et le trouble panique (967 €). Étant donné l'importance significative de l'utilisation de plusieurs soins de santé ainsi que de la baisse de productivité professionnelle chez les

personnes ayant un TAG (Greenberg et al., 1999), leur contribution à ce coût total est considérable.

1.1.4 La thérapie cognitive et comportementale

D'après plusieurs récentes recensions des écrits, guides de pratique (Barlow, Raffa, & Cohen, 2002; British Psychological Society Center for Outcomes Research and Effectiveness [BPSCORE], 2001; Institut national de la santé et de la recherche médicale [INSERM], 2004) et méta-analyses (Borkovec & Ruscio, 2001; Covin, Ouimet, Seeds, & Dozois, 2008; Gould, Safren, Washington, & Otto, 2004; Mitte, 2005; Western & Morrison, 2001) les TCC ont prouvé leur efficacité chez les individus présentant un TAG. Effectivement, plusieurs études contrôlées révèlent des améliorations significatives aux mesures d'anxiété, d'inquiétudes excessives, de dépression et de la qualité de vie comparativement à un groupe contrôle (incluant: liste d'attente, thérapie non directive, thérapie de support, médication placebo). Les gains thérapeutiques quant à l'anxiété, aux inquiétudes excessives et à la dépression se maintiennent aux suivis, évalués généralement de 6 à 12 mois suivant la thérapie. D'autre part, les thérapies utilisant à fois des stratégies comportementales et cognitives se révèlent avantageuses comparativement aux thérapies n'utilisant qu'une seule de ces deux composantes (Borkovec & Ruscio, 2001; Gould et al., 2004). Aussi, les individus ayant un TAG semblent bien accepter ce type de thérapie étant donné que le taux moyen d'abandon observé reste faible, soit 11,4% (Gould et al., 2004). Par ailleurs, d'autres traitements psychothérapeutiques pour le TAG dont la thérapie psychodynamique supportive-expressive (Crits-Christoph, Gibbons, & Crits-Christoph, 2004) et la psychothérapie intégrative (Newman, Castonguay, Borkovec, & Molnar, 2004) semblent prometteurs. Plusieurs traitements pharmacologiques spécifiques comme certaines benzodiazépines, azapirones, antidépresseurs et d'autres médicaments permettent des améliorations des symptômes somatiques ou cognitifs (Lydiard & Monnier, 2004; Roy-Byrne & Cowley, 2002). Par contre, ces traitements sont communément associés à des effets secondaires divers (Lydiard & Monnier, 2004), ne sont pas privilégiés chez certains patients (p ex., femmes enceintes ou qui allaitent) et, dans le cas des benzodiazépines, peuvent être associés à des problèmes de dépendance et de retrait de la médication (Durham, 2007; Gould, Otto, Pollack, & Yap, 1997).

Une récente méta-analyse (Covin et al., 2008) évalue toutes les études de traitement du TAG qui utilisent les inquiétudes pathologiques comme indicateurs d'efficacité. Puisque le DSM-IV (APA, 2000) reconnaît les inquiétudes excessives et incontrôlables comme la caractéristique centrale du TAG, il semble important d'identifier les traitements réduisant significativement celles-ci (Covin et al., 2008). Étant donné le nombre restreint d'études comprises dans cette méta-analyse ($n = 10$) ainsi que la présence de variables modératrices, telles l'âge (jeunes adultes vs personnes âgées) et la modalité de traitement (individuel vs groupe) il est difficile de se prononcer quant à la supériorité des résultats d'un protocole de traitement sur un autre. Malgré tout, les auteurs notent que les tailles d'effet du protocole de traitement de Dugas, Gagnon, Ladouceur et Freeston (1998) se démarquent des autres tailles d'effet observées. Ainsi, les tailles d'effet entre les groupes pour chaque modalité de traitement sont les plus grandes observées dans cette méta-analyse. Dans l'étude de Ladouceur et al. (2000), la taille d'effet (thérapie individuelle vs contrôle) est de -2.47 alors que dans les autres études, elles varient entre -1.08 et -1.52. Dans l'étude de Dugas et al. (2003) la taille d'effet (thérapie de groupe vs contrôle) est de -1.54 alors que dans les autres études elles varient entre -0.06 et -1.08. De plus, les auteurs mentionnent que ce protocole de traitement obtient aussi d'excellents résultats avec les personnes âgées (Ladouceur, Léger, Dugas, & Freeston, 2004).

Le modèle conceptuel de Dugas et ses collègues (1998) est un des modèles théoriques du TAG les plus testés empiriquement à ce jour (Covin et al., 2008). L'élément central de ce modèle est l'intolérance à l'incertitude, c'est-à-dire « une caractéristique dispositionnelle résultant d'un ensemble de croyances négatives à propos de l'incertitude et ses implications » (Dugas & Robichaud, 2007, p. 24). Cette intolérance à l'incertitude s'avère le processus d'ordre supérieur contribuant aux croyances positives envers les inquiétudes, à l'orientation négative face aux problèmes et à l'évitement cognitif, les trois autres composantes du modèle théorique.¹ Suite à l'élaboration et à la validation de ce modèle, l'équipe de recherche a développé un protocole de traitement adressant spécifiquement les composantes psychologiques reconnues par leur modèle conceptuel du trouble. Plusieurs études empiriques ont été réalisées afin d'évaluer l'efficacité de ce traitement. Parmi ces études,

¹ Pour une revue complète de la littérature sur ce modèle théorique et les études empiriques s'y rapportant, se référer au deuxième chapitre du livre de Dugas et Robichaud (2007).

quatre utilisent des protocoles de recherche expérimentaux pré-test post-test avec une ou plusieurs condition(s) témoin(s) équivalente(s) (Dugas et al., 2003; Dugas et al., 2004; Gosselin, Ladouceur, Morin, Dugas, & Baillargeon, 2006; Ladouceur et al., 2000), donc présentent une excellente validité interne. Au niveau de l'efficacité à court terme, les conclusions générales tirées de ces études sont les suivantes: (a) suite au traitement, de 60% à 77% des clients sont en rémission de leur trouble et de 62% à 65% atteignent un niveau de fonctionnement élevé; (b) le traitement permet une diminution statistiquement significative des symptômes de TAG, de l'anxiété associée et de la dépression; (c) le traitement semble plus efficace qu'une liste d'attente, que la relaxation appliquée, et qu'une intervention non spécifique d'écoute active; (d) lorsque le traitement est combiné avec un sevrage graduel aux benzodiazépines, 74% des clients ayant un TAG et utilisant depuis au moins un an des benzodiazépines réussissent à cesser leur médication et 65% montrent une rémission de leur TAG; (e) le taux d'abandon (avant que tous les modules de traitements soient complétés) est très peu élevé, se situant entre 0% et 10% (Dugas & Robichaud, 2007). À long terme, ces études démontrent: (a) que les gains thérapeutiques, soit la rémission du diagnostic de même que la diminution des symptômes d'anxiété et de dépression associés, sont maintenus au moins un an suite à la complétion du traitement (2 ans pour la thérapie de groupe); (b) qu'au cours des 2 années suite à la complétion du traitement, de nouveaux gains thérapeutiques sont décelés au niveau des inquiétudes pathologiques (pour la thérapie de groupe); (c) que lorsque le traitement est combiné avec un sevrage graduel aux benzodiazépines, les gains thérapeutiques sont aussi maintenus sur une période d'un an (Dugas & Robichaud, 2007). En résumé, ces études expérimentales du protocole de traitement proposé par Dugas et ses collaborateurs révèlent d'excellents résultats thérapeutiques justifiant ainsi son utilisation dans les études cliniques éventuelles.

1.1.5 La problématique d'accessibilité et les psychothérapies à distance

Si la TCC est une intervention préconisée dans le traitement des troubles anxieux et par extension du TAG par les experts mondiaux (Barlow et al., 2002; BPSCORE, 2001; Dugas & Robichaud, 2007; INSERM, 2004), il semble qu'encore aujourd'hui, une insuffisance de cliniciens formés en TCC ou de cliniques spécialisées dans cette approche se fait sentir dans les régions rurales. À l'appui, Swinson, Cos, Kerr et Kuch (1992) révèlent que seulement

15% des hôpitaux ayant participé à leur étude étaient pourvus de cliniques spécialisées orientées sur les troubles anxieux. Qui plus est, ces dernières avaient majoritairement leur localisation dans les grands centres urbains. De plus, une autre étude qui analyse les données d'une enquête, réalisée en 2002 auprès de près de 2000 répondants, sur la santé mentale et le bien-être des canadiens, rapporte des résultats similaires (Roberge, Fournier, Duhoux, Nguyen, & Smolders, 2011). De fait, ils observent que l'urbanité, le fait d'habiter dans une région urbaine et non rurale, était un facteur prédictif significatif de l'accès à un standard minimum de traitement des troubles anxieux. En précisant leurs analyses, ils ont remarqué que c'est l'accès aux soins spécialisés en santé mentale pour les troubles anxieux, et non pas l'accès au secteur médical général, qui était problématique dans les régions rurales.

Or, une répartition inéquitable des ressources spécialisées présente plusieurs conséquences potentielles en ce qui concerne l'accessibilité aux soins. De fait, les déplacements sur une longue distance afin d'obtenir un accès au traitement impliquent des coûts directs et indirects, dont l'absentéisme au travail et le désengagement des obligations familiales et professionnelles (Simpson, Bell, Knox, & Mitchell, 2005). Cette réalité est d'autant plus notable que le TAG est majoritairement associé à un autre trouble comorbide et que les observations cliniques notent la présence de fortes réactions anxieuses limitant les capacités de déplacement chez cette population (Riemer-Reiss, 2000).

Dans ce contexte d'impasse au niveau de l'accessibilité aux ressources, la télépsychothérapie, où l'administration par voie technologique d'une intervention psychologique à distance, constitue une alternative prometteuse afin de desservir les régions plus éloignées et réduire, par le fait même, les coûts de soins de santé (Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé [AETMIS], 2006). Parmi les options disponibles, la vidéoconférence est l'outil technologique se rapprochant le plus étroitement de la thérapie conventionnelle en face à face puisqu'elle permet une interaction audiovisuelle en temps réel entre individus localisés à des endroits distincts (Riemer-Reiss, 2000). Outre le contenu verbal, ce système de communication permet l'observation des contenus non verbaux ce qui pourrait possiblement faciliter le développement de l'alliance thérapeutique.

1.1.6 Efficacité des traitements administrés en vidéoconférence

Plusieurs études se sont penchées, au cours des dernières années, sur l'efficacité des traitements administrés en vidéoconférence. Or, il appert que ce mode d'intervention est garant d'une certaine efficacité clinique de la TCC dans le traitement de diverses problématiques dont les troubles alimentaires (Bakke, Mitchell, Wonderlich, & Erickson, 2001; Simpson et al., 2006; Simpson et al., 2003), le trouble oppositionnel (Rendon, 1998), la dépression chez l'enfant (Nelson, Barnard, & Cain, 2003), le jeu pathologique (Oakes, Battersby, Pols, & Cromarty, 2008), la détresse psychologique chez des personnes atteintes de cancer (Shepherd et al., 2006), les douleurs variées et les troubles psychophysiologiques (Earles, Folen, & James, 2001), l'obésité (Harvey-Berino, 1998) et d'autres problématiques cliniques variées (Day & Schneider, 2002).

Il est à noter que, dans le cas des troubles anxieux en particulier, très peu d'études rigoureuses, validées et contrôlées ont évalué l'efficacité des TCC administrées par vidéoconférence. De fait, les études sur le sujet utilisent principalement des protocoles préexpérimentaux (Cowain, 2001; Deitsch, Frueh, & Santos, 2000; Griffiths, Blignault, & Yellowlees, 2006; Himle et al., 2006; Manchanda & McLaren, 1998; Pelletier, 2003; Todder & Kaplan, 2007; Todder, Matar, & Kaplan, 2007, Vogel et al., 2011; Yuen, 2011). Ces études démontrent que l'utilisation de la vidéoconférence comme moyen d'octroyer une TCC permet des améliorations significatives sur différentes mesures d'anxiété en le prétest et le post-test, qui se maintiennent pour la plupart. Quelques protocoles expérimentaux et quasi-expérimentaux, utilisant des groupes contrôle, soit une thérapie traditionnelle en face à face, avec ou sans assignation aléatoire des participants, ont aussi suggéré des résultats prometteurs dans le traitement du trouble panique avec ou sans agoraphobie (Allard et al., 2007; Bouchard et al., 2004) et de l'état de stress post-traumatique (Frueh et al., 2007; Germain, Marchand, Bouchard, Drouin, & Guay, 2009; Gros, Yoder, Tuerk, Lozano, & Acierno, 2011; Marchand et al., 2011; Morland, Hynes, Mackintosh, Resick, & Chard, 2011; Strachan et al., 2012; Tuerk, Yoder, Ruggiero, Gros, & Acierno, 2010). Encore une fois, ces études montrent qu'une TCC offerte par l'intermédiaire de la vidéoconférence permet des améliorations significatives sur différentes mesures d'anxiété en le prétest et le post-test, qui se maintiennent, pour la plupart. De plus, aucune différence significative des gains

thérapeutiques n'a été notée entre le pré-test, le post-test et les suivis (3, 6 et 12 mois) dans les conditions face à face et télépsychothérapie pour des mesures auxiliaires et diagnostiques et ce, à l'exception de l'étude de Gros et al. (2011). Dans cette dernière étude, l'analyse de variance, contrôlant pour les scores du pré-test, a démontré des différences significatives au post-test, sur une mesure d'anxiété, entre le groupe en face à face et le groupe en vidéoconférence, en faveur du groupe en face à face.

Si les études portant sur la vidéoconférence dans le traitement des troubles anxieux sont peu nombreuses, cette limitation est d'autant plus importante en ce qui concerne les interventions destinées à une catégorie spécifique d'individus. Or, dans l'évaluation de l'efficacité du traitement, il importe de prendre en considération les variables propres à chaque trouble primaire afin de circonscrire les caractéristiques particulières des groupes pouvant modifier l'efficacité clinique du traitement. Dans le cas des individus présentant un TAG, les inquiétudes démesurées sont susceptibles d'altérer l'efficacité du traitement en donnant lieu à des appréhensions excessives et incontrôlables à propos de la confidentialité de la vidéoconférence, de la fiabilité du système de communication ainsi que de la distance relationnelle et physique avec le thérapeute (Bouchard & Renaud, 2001).

À ce jour, les études d'efficacité sur le TAG dans le cadre d'une TCC par le biais d'une technologie de communication (par exemple : réalité virtuelle, psychothérapie assistée par ordinateur) suggèrent des effets thérapeutiques bénéfiques chez cette clientèle (Amir & Taylor, 2012; Craske et al., 2009; Dear et al., 2011, Draper, Rees, & Nathan, 2008; Gorini et al., 2010; Klein, Mayer, Austin, & Kyrios, 2011; Lorian, Titov, & Grisham, 2012; Newman, Consoli, & Taylor, 1999; Paxling et al., 2011; Robinson et al., 2010; Titov, Johnston, Robinson, & Spence, 2010; Titov et al., 2009). En ce qui concerne plus spécifiquement la télépsychothérapie, l'étude de cas de Bouchard et Renaud (2001) est la seule, à notre connaissance, qui se soit penchée sur l'efficacité de cette modalité de traitement pour le TAG. Les résultats proposent une amélioration des critères diagnostiques du trouble, une réduction des symptômes dépressifs ainsi qu'une excellente consolidation de l'alliance thérapeutique. Cette étude étant exploratoire, elle présente néanmoins plusieurs limitations. De fait, aucune information n'est fournie par les auteurs à propos de la méthodologie employée et l'étude ne porte que sur deux cas cliniques limitant ainsi grandement la généralisation des résultats.

1.2 Objectifs et hypothèses

Eu égard au nombre limité de recherches sur le sujet, l'objectif principal de cette étude consiste à évaluer l'efficacité d'une TCC pour le TAG administrée en vidéoconférence. Un protocole à cas uniques expérimental à niveau de base multiple a été privilégié puisqu'il constitue une première étape d'intérêt lors de recherches novatrices. Les hypothèses suivantes sont formulées: (1) les participants verront leur symptomatologie et la sévérité de leur trouble diminuer de manière cliniquement et statistiquement significative suite au traitement; (2) les gains se maintiendront aux suivis des 3 et des 12 mois.

1.3. Contenu de l'essai

L'essai se compose de trois chapitres. Le premier, c'est-à-dire le présent chapitre, expose le contexte général. Le Chapitre II est une étude empirique rapportant les principaux résultats de « Efficacité d'un traitement cognitif et comportemental pour le trouble d'anxiété généralisée administré en vidéoconférence ». Cinq personnes participent au protocole à cas unique expérimental à niveau de base multiple et reçoivent ainsi une TCC via un système de vidéoconférence. Dans l'ensemble, les participants s'améliorent sensiblement de façon clinique et statistique à la suite du traitement et ces gains se maintiennent à long terme pour la plupart d'entre eux. Enfin, le chapitre III comprend une discussion générale des résultats obtenus. Différentes considérations méthodologiques et cliniques de même que des pistes de recherches futures y sont aussi exposées. Finalement, il est important de noter que l'article du chapitre II est soumis pour publication dans la « *Revue européenne de psychologie appliquée* ». L'accusé de réception des éditeurs apparaît à l'Appendice K.

CHAPITRE II

EFFICACITÉ D'UN TRAITEMENT COGNITIF ET COMPORTEMENTAL POUR LE
TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE ADMINISTRÉ EN VIDÉOCONFÉRENCE

Efficacité d'un traitement cognitif et comportemental pour le Trouble d'anxiété généralisée
administré en vidéoconférence

Efficacy of a cognitive-behavioural therapy administered by videoconference for Generalized
Anxiety Disorder

Nathalie Théberge-Lapointe et André Marchand
Université du Québec à Montréal
Département de psychologie,
CP 8888, Succ. Centre-ville, Montréal (Québec)
Canada, H3C 3P8

Frédéric Langlois
Université du Québec à Trois-Rivières
Département de psychologie
CP 500, Trois-Rivières (Québec)
Canada, G9A 5H7

Patrick Gosselin
Université de Sherbrooke
Département de psychologie
2500 Boul de l'Université, Sherbrooke (Québec)
Canada, J1K 2R1

Stéphanie Watts
Université du Québec à Montréal
Département de psychologie,
CP 8888, Succ. Centre-ville, Montréal (Québec)
Canada, H3C 3P8

Résumé

L'objectif de cette étude consiste à évaluer l'efficacité d'une thérapie cognitive comportementale (TCC) pour le Trouble d'anxiété généralisée (TAG) administrée en vidéoconférence. Cinq individus souffrant d'un TAG ont pris part à un protocole expérimental à cas uniques à niveaux de base multiples. L'efficacité du traitement a été évaluée à l'aide d'une entrevue semi-structurée, des questionnaires auto-rapportés et des carnets d'auto-observations quotidiennes. Les résultats démontrent que, dans l'ensemble, les participants s'améliorent suite au traitement. À court terme, ils n'ont plus de diagnostic de TAG. Pour l'ensemble des participants, on observe une amélioration de leur condition, à la fois statistiquement et cliniquement, et ce, à tous les moments de mesure. En autres, ils atteignent pour la plupart un niveau de fonctionnement global élevé au post-test ainsi qu'aux suivis de 3 et 12 mois. Les implications cliniques de cette nouvelle modalité de traitement et des pistes de recherches futures sont proposées.

Mots clés: télépsychothérapie; vidéoconférence; thérapie cognitive comportementale; trouble d'anxiété généralisée; efficacité

Abstract

Introduction: Delivering psychotherapy by videoconference could considerably extend the accessibility of empirically validated treatments. **Objective:** The aim of this study was to evaluate the efficacy of a cognitive-behavioural therapy (CBT) for Generalized Anxiety Disorder (GAD), administered via videoconference. **Method:** Five participants with a primary diagnosis of GAD took part in an experimental multiple baseline case study protocol. The efficacy of the treatment was evaluated using a semi-structured interview, self-report questionnaires, and daily self-monitoring diaries. **Results:** The results demonstrate that, overall, participants' conditions were improved following treatment and they no longer met the diagnostic criteria for GAD in the short term. Participants' conditions improved clinically and statistically at each follow-up point, achieving a greater global level of functioning at post-test, as well as at 3 month and 12 month follow-up. **Conclusion:** Clinical implications of this new treatment modality and directions for future research are discussed.

Keywords: telepsychotherapy; videoconference; cognitive-behavioural therapy; generalized anxiety disorder; efficacy

Le Trouble d'anxiété généralisée (TAG) fait partie des troubles anxieux les plus répandus. Son taux de prévalence dans la population générale atteint 3 % sur un an et 5 % sur la vie entière (American Psychiatric Association [APA, 2000]). Par ailleurs, plusieurs études épidémiologiques démontrent que le ratio femmes/hommes est d'environ deux pour un (APA, 2000) et que les taux de prévalence sont similaires dans les milieux ruraux et urbains (Grant et al., 2005). Ce trouble anxieux altère considérablement le fonctionnement et la qualité de vie de ceux qui en sont atteints et engendre des coûts sociaux et économiques importants (Andlin-Sobocki, Jönsson, Wittchen, & Olesen, 2005; Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, & Lowe, 2007).

La TCC représente le traitement de choix tel que recommandé par les experts mondiaux (Barlow, Raffas, & Cohen, 2002; British Psychological Society Center for Outcomes Research and Effectiveness [BPSCORE], 2001; Dugas & Robichaud, 2007, Institut national de la santé et de la recherche médicale [INSERM], 2004) dans le traitement des troubles anxieux et particulièrement du TAG. Bien que le nombre de personnes affectées par ce trouble soit significatif, Swinson, Cos, Kerr et Kuch (1992) ont démontré que l'accès à un traitement spécialisé n'est pas si facile. Ils rapportent que sur 117 hôpitaux canadiens ayant répondu à une enquête sur les services, seulement 18 détenaient des cliniques spécialisées pour les troubles anxieux, celles-ci se situant principalement dans les centres urbains. Encore présentement, il existe très peu de cliniques des troubles anxieux et le nombre restreint de cliniciens formés adéquatement dans le traitement de ces troubles pratiquent principalement dans les régions urbaines. Or, l'accessibilité au traitement de choix pour le TAG se trouve donc réduite, surtout pour les habitants des régions rurales, éloignées ou bien des régions n'ayant pas accès à des spécialistes. De plus, une autre étude qui analyse les données d'une enquête, réalisée en 2002 auprès de près de 2000 répondants, sur la santé mentale et le bien-être des canadiens, rapporte des résultats similaires (Roberge, Fournier, Duhoux, Nguyen, & Smolders, 2011). De fait, ils observent que l'urbanité, le fait d'habiter dans une région urbaine et non rurale, était un facteur prédictif significatif de l'accès à un standard minimum de traitement des troubles anxieux. En précisant leurs analyses, ils ont remarqué que c'est l'accès aux soins spécialisés en santé mentale pour les troubles anxieux, et non pas l'accès au secteur médical général, qui était problématique dans les régions rurales.

L'offre de service n'est pas le seul problème qui doit être considéré. Le TAG de par sa nature, limite les capacités. Si on ajoute à cela la symptomatologie liée aux comorbidités (p. ex.: panique, dépression), les déplacements deviennent encore plus difficiles et exigeants. Par ailleurs, l'observance régulière des sessions de thérapie implique également des coûts, notamment, le transport, l'absentéisme au travail, et le temps passé loin des engagements familiaux et professionnels (Simpson, Bell, Knox, & Mitchell, 2005).

Dans ce contexte de rareté de l'offre de service et de capacités limitées de la clientèle, l'emploi de technologies de la communication permettant de dispenser des services de santé à distance se dresse comme une solution prometteuse afin d'améliorer l'accessibilité aux services professionnels spécialisés dans les régions moins bien desservies. Elles permettraient de rétablir plus équitablement la distribution de ces ressources et de réduire les coûts exorbitants reliés aux soins de santé (Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé [AETMIS], 2006). La télépsychothérapie vise justement à offrir des services d'évaluation et de consultation psychologique à distance, au moyen de technologies de communication. Une variété de systèmes technologiques peut ainsi être employée, tel que le téléphone, le télécopieur, l'internet ou la vidéoconférence. La vidéoconférence consiste en un système de communication interactif qui permet à des personnes situées à différents endroits de s'entendre et de se voir simultanément et en temps réel grâce à un écran d'ordinateur ou à un moniteur vidéo. La vidéoconférence permet donc l'observation des comportements verbaux et non verbaux, constituant ainsi le procédé technologique qui se rapproche le plus de la thérapie en face à face (Riemer-Reiss, 2000).

Un nombre croissant d'études tendent à démontrer que les traitements administrés en vidéoconférence peuvent améliorer la condition clinique d'une variété de populations. Plus spécifiquement, plusieurs études révèlent l'efficacité de la TCC par l'entremise de la vidéoconférence pour divers types de problématiques telles que les troubles alimentaires (Bakke, Mitchell, Wonderlich, & Erickson, 2001; Simpson et al., 2006; Simpson et al., 2003), le trouble oppositionnel (Rendon, 1998), la dépression chez l'enfant (Nelson, Barnard, & Cain, 2003), le jeu pathologique (Oakes, Battersby, Pols, & Cromarty, 2008), la détresse

psychologique chez des personnes atteintes de cancer (Shepherd et al., 2006), les douleurs variées et les troubles psychophysiologiques (Earles, Folen, & James, 2001), l'obésité (Harvey-Berino, 1998) et d'autres problématiques cliniques variées (Day & Schneider, 2002).

En ce qui concerne les troubles anxieux, l'efficacité de la TCC par vidéoconférence a jusqu'à maintenant surtout été étudiée à l'aide de protocoles préexpérimentaux (Cowain, 2001; Deitsch, Frueh, & Santos, 2000; Dunstan & Tooth, 2012; Griffiths, Blignault, & Yellowlees, 2006; Himle et al., 2006; Manchanda & McLaren, 1998; Pelletier, 2003; Todder & Kaplan, 2007; Todder, Matar, & Kaplan, 2007; Vogel et al., 2012; Yuen, 2011). Les résultats obtenus dans ces études sont très encourageants. Jusqu'à présent quelques études rigoureuses, validées et contrôlées évaluent l'efficacité des TCC administrées par vidéoconférence pour traiter le trouble panique avec ou sans agoraphobie (TPA) (Allard et al., 2007; Bouchard et al., 2004) et l'état de stress post-traumatique (ESPT) (Frueh et al., 2007; Germain, Marchand, Bouchard, Drouin, & Guay, 2009; Gros, Yoder, Tuerk, Lozano, & Acierno, 2011; Marchand et al., 2011; Morland, Hynes, Mackintosh, Resick, & Chard, 2011; Strachan et al., 2012; Tuerk, Yoder, Ruggiero, Gros, & Acierno, 2010). Globalement les résultats sont prometteurs, c'est-à-dire que . Parmi ces études, la plupart utilisent des protocoles quasi expérimentaux à condition témoin non équivalente, c'est-à-dire une thérapie conventionnelle en face à face (Allard et al., 2007; Bouchard et al., 2004; Germain et al., 2009; Gros et al., 2011; Marchand et al., 2011; Tuerk et al., 2010) et d'autres emploient un protocole expérimental de type pré-test post-test à condition témoin équivalente (Frueh et al., 2007; Morland et al., 2011; Strachan et al., 2012). Qui plus est, lorsque comparés à une condition de thérapie en face à face, les résultats de la télépsychothérapie pour l'ensemble de ces études (à l'exception de l'étude de Gros et al., 2011) sont encourageants. De fait, les données ne révèlent pas de différences significatives au niveau des gains thérapeutiques du pré-test au post-test, ni quant au maintien de ceux-ci aux suivis (3, 6 et 12 mois) pour les mesures cliniques du diagnostic anxieux principal de même que les mesures cliniques auxiliaires.

Très peu d'études portant sur le traitement à l'effet de la télépsychothérapie ont été réalisées auprès d'individus ayant un TAG. Toutefois, les caractéristiques propres à chaque trouble peuvent affecter différemment l'efficacité de la TCC administrée au moyen de la vidéoconférence. Par exemple, étant donné que les personnes souffrant de TAG font preuve d'inquiétudes démesurées et difficiles à contrôler, il est possible qu'ils appréhendent excessivement des conséquences négatives à propos de la fiabilité du système de vidéoconférence, de la distance physique avec le thérapeute ou bien du lien thérapeutique, ce qui pourrait limiter l'efficacité de la thérapie (Bouchard & Renaud, 2001). Ainsi, il importe d'évaluer cette modalité de traitement auprès du TAG spécifiquement. Les études d'efficacité d'une TCC utilisant une technologie avancée comme principal outil d'intervention (p. ex., réalité virtuelle, psychothérapie assistée par ordinateur) démontrent qu'il est possible d'obtenir de bons effets thérapeutiques chez la clientèle TAG (Amir & Taylor, 2012; Craske et al., 2009; Dear et al., 2011; Draper, Rees, & Nathan, 2008; Gorini et al., 2010; Klein, Mayer, Austin, & Kyrios, 2011; Lorian, Titov, & Grisham, 2012; Newman, Consoli, & Taylor, 1999; Paxling et al., 2011; Robinson et al., 2010; Titov, Andrews, Johnston, Robinson, & Spence, 2010; Titov et al., 2009). En télépsychothérapie, une seule étude répertoriée évalue son efficacité chez des personnes ayant un TAG. De fait, les résultats préliminaires de l'étude de Bouchard et Renaud (2001) portant sur la télépsychothérapie chez deux participants ayant le Trouble d'anxiété généralisée sont prometteurs. Cette étude de cas permet d'observer certaines améliorations quant à l'anxiété généralisée et aux symptômes dépressifs suite à une TCC administrée par vidéoconférence ainsi qu'une excellente alliance thérapeutique. Par contre, cette étude de cas s'avère de nature exploratoire et aucune information à l'égard de sa méthodologie n'est présentée.

L'objectif de la présente étude consiste donc à évaluer l'efficacité d'une TCC pour le TAG administrée en vidéoconférence. Une première étape pour évaluer l'efficacité d'une nouvelle modalité de traitement peut être atteinte à l'aide d'un protocole à cas uniques expérimental à niveau de base multiple. Les hypothèses suivantes sont formulées: (1) les participants verront leur symptomatologie et la sévérité de leur trouble diminuer de manière

cliniquement et statistiquement significative à la suite d'une TCC administrée en vidéoconférence; (2) ces gains vont se maintenir aux suivis de 3 et 12 mois.

Méthodologie

Participants

Les participants ont été recrutés à partir des unités d'évaluation des cliniques psychologiques universitaires et d'un centre hospitalier du Québec. Au début, six participants présentant un TAG primaire ont pris part à cette étude. Toutefois, un participant a abandonné sa psychothérapie à un peu plus de la moitié du traitement faute de temps. Les données le concernant ont donc été retirées. Deux participants ont été recrutés et traités à la clinique des troubles anxieux de l'Université de Sherbrooke, deux à la clinique de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et un à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Un thérapeute offrait le traitement depuis le site de Montréal pour les participants des sites de Sherbrooke et de Trois-Rivières et un autre thérapeute donnait le traitement depuis le site de Sherbrooke pour les participants du site de Montréal. Ces milieux ont été choisis afin de varier le type de population ciblée (milieu urbain et régions).

Pour être inclus dans l'étude, les participants devaient être âgés de 18 à 65 ans et présenter les critères diagnostiques du TAG. Les participants étaient exclus s'ils présentaient une des conditions suivantes: a) un diagnostic primaire autre que le TAG; b) un diagnostic secondaire actuel ou passé de schizophrénie, de trouble psychotique, de trouble bipolaire, de trouble organique cérébral ou de déficience intellectuelle; c) un diagnostic secondaire actuel d'abus ou de dépendance de substances; d) la présence d'une condition physique contre-indiquant la participation à l'étude (p. ex.: troubles visuels, épilepsie); e) avoir suivi une TCC au cours de la dernière année; f) prendre une médication de type anxiolytique depuis moins de 3 mois et/ou des antidépresseurs depuis moins de 6 mois. Les assistants de recherche évaluaient les participants au moyen de l'Entrevue structurée pour les troubles anxieux selon le DSM-IV (ESTA-IV; Boivin & Marchand, 1996; version francophone de l'ADIS-IV) afin d'évaluer la présence et le degré de sévérité de troubles anxieux et d'autres troubles associés.

Enfin, les participants devaient accepter, dans la mesure du possible, de a) ne pas participer à une autre psychothérapie ou un groupe de soutien pendant le traitement; b) ne pas modifier le type ou le dosage de leur médication pour la durée de l'étude; c) s'abstenir d'utiliser tout psychotrope pour la durée de l'étude.

Mesures

Mesures diagnostiques. Les entrevues diagnostiques ont été effectuées à l'aide de l'ESTA-IV (Boivin & Marchand, 1996). L'ESTA-IV permet d'évaluer la présence et le degré de sévérité de troubles anxieux et d'autres troubles associés soit les troubles de l'humeur, de somatisation et d'abus ou de dépendance à des substances psychoactives et de symptômes psychotiques en fonction des critères du DSM-IV. De plus, cet instrument comprend une échelle de type Likert en 9 points (0-8). Cette cotation permet d'évaluer le degré de sévérité clinique de chaque trouble (0: absent, 1: très léger, 2: léger, 3: léger à modéré, 4: modérée, 5: modéré à sévère, 6: sévère, 7: sévère à très sévère, 8: très sévère). Les entrevues étaient réalisées en face à face par des étudiants gradués en psychologie formés et supervisés par les cliniciens et chercheurs du projet spécialisés dans le traitement du TAG. Elles étaient enregistrées afin de permettre un accord inter-juges des diagnostics. Ainsi, l'accord inter-juges observé à partir de l'écoute des entrevues au pré-test était de 80% (pourcentage brut d'accord).

Mesures de symptômes du TAG. Le Questionnaire sur les inquiétudes du Penn State (QIPS; Gosselin, Dugas, Ladouceur, & Freeston, 2001) contient 16 items à coter sur une échelle de type Likert en cinq points mesurant la tendance à s'inquiéter excessivement et de façon incontrôlable. Il s'agit de la mesure la plus utilisée dans le domaine de l'inquiétude excessive.

Mesures de processus. Toutes les mesures qui ciblent les composantes du modèle d'intervention sélectionné, soit les variables de processus, ont été utilisées pour cette étude. La partie A de l'Inventaire de l'intolérance à l'incertitude (III; Gosselin et al., 2008) inclut 15 items évaluant l'intolérance à l'incertitude, c'est-à-dire la tendance excessive à considérer

l'incertitude de la vie comme inacceptable. Le Questionnaire pourquoi s'inquiéter?-Version 2 (PSI-II; Gosselin, Ladouceur, Langlois, Freeston, & Bertrand, 2003) permet d'évaluer diverses croyances erronées à l'égard des inquiétudes. Le Questionnaire d'attitude face aux problèmes (QAP; Gosselin, Ladouceur, & Pelletier, 2005) évalue les processus cognitifs et les prédispositions à une attitude négative face aux problèmes. Le Questionnaire d'évitement cognitif (QEC; Gosselin et al., 2002) mesure l'utilisation de stratégies d'évitement cognitif. Tous ces instruments ont été choisis en raison de leurs propriétés psychométriques de qualité.

Auto-observations. Des carnets d'auto-observations ont aussi été utilisés afin d'évaluer le degré quotidien d'inquiétudes. La question suivante était donc posée chaque jour: Quelle est la proportion de la journée pendant laquelle vous étiez inquièt(e)? Ces données ont permis d'établir un niveau de base pour chaque participant et de mesurer leur évolution au cours du traitement et aux suivis de 3 et 12 mois.

Mesures auxiliaires. L'Inventaire de dépression de Beck-II (IDB-II; Beck, Steer, & Brown, 1997) mesure la présence et l'intensité de 21 symptômes dépressifs au cours de la dernière semaine. L'Inventaire d'anxiété de Beck (IAB; Freeston, Ladouceur, Thibodeau, Gagnon, & Rhéaume, 1994) comprend 21 items mesurant la sévérité de l'anxiété «état» associée à divers troubles mentaux. L'Évaluation du fonctionnement actuel (EFA; Freeston, 1998) mesure le degré de difficulté occasionné par l'anxiété sur sept domaines de vie au cours des 2 dernières semaines.

Traitement

Le protocole de traitement employé (Labrecque, J., Langlois, F., & Martin, M., 2009) se base sur les travaux de Dugas (Dugas & Robichaud, 2007). Il comprend 14 rencontres hebdomadaires de 60 minutes et se divise en six modules distincts: 1) la psychoéducation et l'entraînement à la prise de conscience des inquiétudes; 2) la reconnaissance de l'incertitude et l'exposition comportementale; 3) la réévaluation de l'utilité de s'inquiéter; 4) l'entraînement à la résolution de problème; 5) l'exposition en imagination; et 6) la prévention de la rechute. Pour une description détaillée de l'intervention, le lecteur peut se référer à

Dugas et Robichaud (2007). Dans cette étude, la durée des thérapies a varié de 12 à 15 séances, la durée moyenne étant de 14 séances.

Procédures

Cette étude utilise un protocole à cas uniques expérimental avec niveaux de bases multiples. Lorsque les participants satisfaisaient les critères d'inclusion de l'étude l'évaluateur leur remettait des questionnaires à compléter. Les individus exclus étaient référés à des ressources professionnelles appropriées. Les participants recrutés ont reçu un carnet d'auto-observations quotidiennes qu'ils devaient remplir pendant la phase d'évaluation du niveau de base, tout le traitement et jusqu'à 2 semaines après à la fin du traitement. L'approbation des comités d'éthique des trois sites concernés a été obtenue avant la réalisation de l'étude. Tous les participants ont lu et signé un formulaire de consentement avant de débiter leur traitement, incluant un consentement à ce que les séances de thérapie soient enregistrées (audio et vidéo).

Dans cette étude, un niveau de base stable était fixé à 14 jours au minimum et pouvait s'échelonner jusqu'à 6 semaines. Environ 2 semaines à la suite de l'évaluation initiale en face à face, une première rencontre avec le thérapeute avait lieu par l'intermédiaire de la vidéoconférence pour chaque participant. Le premier participant rencontré dont la stabilité du niveau de base était observée par le thérapeute au moyen du carnet d'auto-observations remis amorçait la première session thérapeutique. Les autres participants devaient alors être rencontrés régulièrement (maximum aux 2 semaines, selon leurs disponibilités) en vidéoconférence afin d'évaluer la stabilité de leur niveau de base. Encore une fois, le premier participant rencontré au cours de cette semaine dont la stabilité du niveau de base était observée débutait sa première session thérapeutique. La rencontre des autres participants se soldait par une session de soutien prétraitement de 30 minutes en vidéoconférence n'impliquant aucune intervention thérapeutique afin de limiter les risques d'abandon. Au cours des semaines où ils n'étaient pas rencontrés en vidéoconférence, les participants recevaient un appel téléphonique d'une durée de 5 à 10 minutes de la part de leur thérapeute.

afin d'évaluer leur état et de maintenir le contact. Cette procédure s'est poursuivie jusqu'à ce que tous les participants aient commencé leur traitement.

La psychothérapie était administrée par deux psychologues spécialisés en approche cognitive et comportementale ayant des connaissances approfondies concernant le TAG. Toutes les séances de vidéoconférence étaient enregistrées sur bande vidéo dans le but d'évaluer l'intégrité thérapeutique. Toutes les sessions prétraitement ainsi qu'un échantillon de 25% des sessions de traitement sélectionnées aléatoirement pour chaque participant ont été évalués à l'aide d'une grille mesurant l'intégrité thérapeutique du TAG, afin de s'assurer que les interventions prévues aient été couvertes durant les sessions. Une attention particulière a été apportée pour que toutes les composantes du traitement soient évaluées. Le taux d'intégrité thérapeutique calculé varie de 75 % à 100 %, avec un taux moyen de 97,75 %.

Au post-test, c'est-à-dire 2 semaines après la fin du traitement, ainsi que 3 et 12 mois après le traitement, chaque participant a complété à nouveau l'entrevue diagnostique, les questionnaires et un carnet de 14 jours d'auto-observations.

Équipement utilisé

Les cliniques de l'UQAM et l'Université de Sherbrooke étaient équipées d'un système de vidéoconférence de type Tandberg Edge 95 MXP et d'un écran vidéo de 32 pouces. L'UQTR utilisait pour sa part un Tandberg Vision 2500 avec un écran vidéo de 28 pouces. Les données étaient transmises à une vitesse de 384 kilo-octets par seconde lors des communications UQAM-UQTR alors qu'elles étaient transmises à une vitesse de 768 kilo-octets par seconde lors des communications UQAM-Université de Sherbrooke. Un appareil téléphonique permettait la communication entre les sites au besoin. À chaque site, un assistant de recherche était présent à proximité du local de vidéoconférence afin d'accueillir les participants ou les thérapeutes, donner et recueillir les questionnaires ainsi que les autres documents nécessaires, s'assurer du bon fonctionnement du système de vidéoconférence et offrir leur support en cas de difficultés. Au début de certaines sessions de thérapie, les assistants transmettaient au thérapeute les travaux à domicile des participants afin que ces

derniers puissent les avoir en main propre. Pour ce faire, ils utilisaient le matériel suivant: scanneur, courrier électronique et imprimante. En cours de séance de vidéoconférence, les thérapeutes utilisaient la fonction « image sur image ». Alors, l'image du participant en thérapie remplissait le grand écran et l'image du thérapeute (c.-à-d. ce que le participant observait de son propre écran) était dans une plus petite fenêtre. Cette stratégie permettait une rétroaction visuelle sur ce que le participant pouvait observer et, par conséquent, elle permettait d'éviter des erreurs telles que, pour le thérapeute, de bouger les bras en dehors du champ de la caméra.

Résultats

Les impacts du traitement concernant le degré quotidien d'inquiétude sont mesurés tout au long du traitement à l'aide de carnets d'auto-observations quotidiennes, mais aussi au post-test et aux suivis par des entrevues semi-structurées et des questionnaires auto-rapportés. À l'exception des résultats de l'analyse de variance à mesures répétées, les résultats sont présentés sur une base individuelle.

Caractéristiques de l'échantillon

La participante 1 (P1) est une femme de 45 ans ayant complété sa scolarité collégiale (c.-à-d. 14 ans de scolarité) et travaillant à temps plein. Elle rapporte vivre des inquiétudes excessives au sujet d'affaires mineures et mondiales, du travail, de la famille, des finances et de la santé de ses proches depuis environ 4 ans. Lors de l'évaluation, elle présente un diagnostic de TAG (d'une sévérité de 5/8, c.-à-d. d'intensité modérée à sévère). Madame ne prend pas de médication.

La participante 2 (P2) est une femme de 45 ans ayant complété une formation professionnelle (c.-à-d. 12 ans de scolarité). Elle est maintenant en arrêt de travail et reçoit une rente d'invalidité. Elle révèle avoir toujours eu tendance à s'inquiéter. Ses principaux thèmes d'inquiétudes sont les suivants: les affaires mineures, la famille, sa santé et celle de ses proches. Lors de l'évaluation, elle montre un diagnostic de TAG (d'une sévérité de 7/8, c.-à-d. d'intensité sévère à très sévère) et un diagnostic secondaire de trouble panique avec

agoraphobie (d'une sévérité de 4/8, c.-à-d. d'intensité modérée). Madame prend, de manière stable, de la paroxétine (37,5 mg/jour), de la zopiclone (5 mg/jour) et de la quétiapine (12,5 mg/jour) pour ses problèmes d'anxiété et de sommeil.

La participante 3 (P3) est une femme de 35 ans ayant obtenu son diplôme d'études secondaires (c.-à-d. 11 ans de scolarité) et qui travaille à temps plein. Elle rapporte vivre des inquiétudes excessives depuis environ 3 ans au sujet d'affaires mineures, des études et du travail, de la famille, des finances de même qu'au sujet de sa santé et de celle de ses proches. Lors de l'évaluation, elle obtient un diagnostic de TAG (d'une sévérité de 7/8, c.-à-d. d'intensité sévère à très sévère) ainsi qu'un diagnostic d'anxiété sociale (d'une sévérité de 5/8, c.-à-d. d'intensité modérée à sévère). Madame ne prend pas de médication.

La participante 4 (P4) est une femme de 55 ans ayant complété une scolarité collégiale (c.-à-d. 14 ans de scolarité) et étant présentement en arrêt temporaire d'étude/travail. Elle révèle que ses inquiétudes sont devenues excessives depuis environ un an. Ses principaux thèmes d'inquiétudes sont les suivants: les affaires mineures, les études, la famille, les finances, les relations interpersonnelles, sa santé et celle de ses proches. Lors de l'évaluation, elle obtient un diagnostic de TAG (d'une sévérité de 7/8, c.-à-d. d'intensité sévère à très sévère) ainsi qu'un diagnostic secondaire de trouble dépressif majeure (d'une sévérité de 5/8, c.-à-d. d'intensité modérée à sévère). Enfin, madame ne prend pas de médication.

La participante 5 (P5) est une femme de 55 ans ayant complété une formation universitaire (c.-à-d. 18 ans de scolarité) et travaillant à temps plein. Elle rapporte avoir toujours eu tendance à s'inquiéter, mais avoir vu une augmentation de ses inquiétudes depuis environ 2 ans. Ses principaux thèmes d'inquiétudes sont les suivants: les affaires mineures, le travail, les finances et la santé. Lors de l'évaluation, elle obtient un diagnostic de TAG (d'une sévérité de 6/8, c.-à-d. d'intensité sévère). Madame ne prend pas de médication.

Auto-observations quotidiennes

La figure 1 présente la fluctuation des auto-observations concernant le degré d'inquiétudes vécu par chaque participant. Les données brutes sont homogénéisées à l'aide

du calcul de la moyenne comprenant les sept mesures quotidiennes de la semaine présentée. Un lissage des données est effectué afin de faciliter l'analyse visuelle. Il est aussi à noter qu'un remplacement des données manquantes (2 semaines d'auto-observations pour P3) est effectué par interpolation intrasujet.

L'examen des figures permet d'observer que les niveaux de base sont en pente positive pour deux participants (P3 et P5), c'est-à-dire que leur niveau d'inquiétude augmente avant le début du traitement. Cependant, les niveaux de base forment des pentes négatives pour les trois autres participants (P1, P2 et P4), c'est-à-dire que le niveau d'inquiétude diminue avant le début du traitement. Les psychologues de l'étude confirment toutefois que les niveaux de base de tous les participants sont, en réalité, en pente nulle ou positive. Ils affirment que plusieurs clarifications des notions ont été réalisées en séances avant que les participants parviennent à coter fidèlement leur niveau d'inquiétude quotidien. Par exemple, certains participants surestimaient clairement leur niveau d'inquiétude au cours des premières semaines. Cette période d'ajustement donne l'impression que le niveau d'inquiétude diminue avant la thérapie. En fait, les données quotidiennes avaient été rectifiées avec les participants en séance mais le suivi de ces modifications dans les carnets avait été omis.

L'inspection visuelle permet de constater une diminution de l'intensité des inquiétudes au cours du traitement pour tous les participants sauf pour P2 dont l'intensité des inquiétudes demeure stable. Pour P1, les moyennes du pourcentage d'inquiétudes sont de 59% au pré-test, de 1% au post-test, de 1% au suivi de 3 mois et de 3% au suivi de 12 mois. Pour P2, ces moyennes s'élèvent à 49% au pré-test, à 26% au post-test, à 24% au suivi de 3 mois et à 55% au suivi de 12 mois. Les moyennes du pourcentage d'inquiétudes de P3 sont de 98% au pré-test, de 20% au post-test et de 40% aux suivis de 3 et de 12 mois. Les données de P3 sont manquantes au suivi de 12 mois alors ses résultats au suivi de 3 mois sont répliqués au suivi suivant. Pour P4, les moyennes du pourcentage d'inquiétudes sont de 24% au pré-test, de 22% au post-test, de 9% au suivi de 3 mois et de 11% au suivi de 12 mois. Enfin, les moyennes de P5 s'élèvent à 49% au pré-test, à 24% au post-test, à 9% au suivi de 3 mois et à 16% au suivi de 12 mois.

Insérer ici la Figure 1 et le Tableau 1

Évaluations cliniques

Au pré-test, tous les participants présentent un diagnostic clinique de TAG. Au post-test et au suivi de 3 mois, aucun participant ne présente ce diagnostic clinique (moins de 4/8 à l'échelle de sévérité de l'ESTA-IV). Au suivi de 12 mois, seulement P2 rencontre à nouveau les critères du diagnostic du TAG. Malgré tout, la sévérité du TAG au suivi de 12 mois est inférieure au pré-test (4/8 et 7/8 respectivement). P3 n'a pas pu être rejointe afin de réaliser l'ESTA-IV au suivi de 12 mois. D'autre part, l'intervention au niveau du TAG a eu un effet positif sur les diagnostics secondaires des participants qui se sont résorbés dès le post-test jusqu'à la fin des suivis.

Questionnaires auto-rapportés

Indice clinique de changement. Un indice B ou C (Jacobson & Truax, 1992) a été calculé pour chaque questionnaire au post-test et aux suivis afin de déterminer si les scores observés sont considérés cliniquement significatifs (c.-à-d. que les scores réfèrent à un degré non clinique de la composante psychologique mesurée par le questionnaire). Le Tableau 1 présente les résultats obtenus par les participants à chaque questionnaire. P1 et P4 atteignent des niveaux non cliniques à tous les questionnaires et à tous les temps de mesures. P2, P3 et P5 s'améliorent jusqu'à obtenir des niveaux non cliniques sur la majorité des mesures. En résumé, tous les participants atteignent des niveaux non cliniques sur presque toutes les mesures.

Insérer ici le Tableau 2

L'index du changement fiable. Cet index a été calculé pour chaque questionnaire afin d'évaluer, pour chaque participant, si un changement observé à un questionnaire particulier au post-test et aux suivis (en comparaison aux données du pré-test) est considéré fiable statistiquement (Jacobson & Truax, 1992). Le seuil de décision est fixé à 1,96, ce qui correspond à un intervalle de confiance bilatérale de 95%. Le Tableau 1 présente les scores obtenus pour chaque participant. On observe des améliorations statistiquement fiables à

presque tous les questionnaires des différents temps de mesure de P1 et P3. Toutefois, au suivi de 3 mois, les résultats de P3 au QEC et à l'IDB-II sont considérés comme des détériorations fiables statistiquement. De plus, P2 et P5 s'améliorent sur la majorité des questionnaires au post-test puis leurs gains diminuent aux suivis. Enfin, P4 s'améliore significativement à tous les temps de mesure de quatre questionnaires spécifiques, soit le QIPS, l'III partie A, le QEC et l'IDB-II.

L'index de fonctionnement global. Un score composite, dérivé des principales mesures d'évaluation, a été créé dans le but d'observer les changements cliniques globaux. Les critères pour les différentes modalités d'évaluation sont les suivantes: (1) l'absence d'un diagnostic de TAG (sévérité de moins de 4 à l'ESTA-IV); (2) une diminution d'au moins 50% aux données d'auto-observations; (3) l'atteinte du niveau non clinique et d'un changement fiable au QIPS; (4) l'atteinte du niveau non clinique et d'un changement fiable à l'III partie A; (5) l'atteinte du niveau non clinique ou d'un changement fiable à deux des trois mesures de processus suivantes: PSI-II, QAP et QEC; (6) l'atteinte du niveau non clinique ou d'un changement fiable au BDI-II. Le nombre de modalités pour lesquelles le critère spécifique est satisfait détermine le niveau de fonctionnement global: faible (0-2 modalités), modéré (3-4 modalités), élevé (5-6 modalités). Quand ces critères sont considérés, les résultats montrent qu'au post-test et au suivi de 3 mois, tous les participants atteignent un niveau de fonctionnement élevé. Au suivi de 12 mois, P1 et P4 demeurent à un niveau de fonctionnement global élevé tandis que P2 et P5 ne maintiennent pas leurs gains et obtiennent un niveau modéré de fonctionnement. L'indice de fonctionnement global de P3 n'a pas pu être calculé au suivi de 12 mois puisqu'elle n'a pas pu être rejointe à ce moment précis.

Analyse de variance. Des analyses de variance (ANOVA) à mesures répétées permettent d'examiner l'évolution des scores des différentes mesures dans le temps. Malgré le petit nombre de participants, des effets significatifs de l'effet du traitement sont détectés: QIPS, $F(3;12) = 14,20$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,78$; III partie A, $F(3;12) = 7,28$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,65$; PSI-II, $F(3;12) = 7,32$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,65$; QAP, $F(3;12) = 7,59$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,65$; IAB, $F(3;12) = 5,04$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,56$; EFA, $F(3;12) = 5,12$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,56$. On remarque

que les η^2 des effets globaux se situent entre 0,56 et 0,78 ce qui correspond à des ampleurs d'effet élevées selon Cohen (1988). Par contre, les résultats ne montrent pas un effet significatif du traitement au QEC, $F(3;12) = 1,58$, $p = 0,247$, ns, $\eta^2 = 0,28$ et à l'IBD-II, $F(3;12) = 2,1$, $p = 0,154$, ns, $\eta^2 = 0,34$. Ils permettent néanmoins d'observer de très grandes ampleurs d'effet.

Insérer ici le Tableau 3

Des analyses plus détaillées utilisant des contrastes polynomiaux révèlent différentes tendances statistiquement significatives: QIPS: linéaire $F(1;12) = 27,15$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,50$ et quadratique $F(1;12) = 13,55$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,25$; III partie A: quadratique $F(1;12) = 12,28$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,36$ et cubique $F(1;12) = 5,07$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,15$; PSI-II: linéaire $F(1;12) = 9,63$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,28$, quadratique $F(1;12) = 7,46$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,22$ et cubique $F(1;12) = 4,86$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,14$; QAP: linéaire $F(1;12) = 5,54$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,16$, quadratique $F(1;12) = 11,29$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,32$ et cubique $F(1;12) = 5,95$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,17$; IAB: linéaire $F(1;12) = 5,22$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,19$ et cubique $F(1;12) = 6,21$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,23$; EFA: quadratique, $F(1;12) = 10,35$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,38$. Le tableau 2 présente les moyennes et écarts-types des participants au pré-test, post-test et aux suivis de 3 et 12 mois.

Insérer ici le Tableau 4

Le tableau 2 permet d'observer une amélioration de la condition des participants du pré-test et au post-test pour tous les questionnaires. Par la suite, on observe de légères détériorations au suivi de 3 mois, pour tous les questionnaires, à l'exception du QIPS qui maintient une légère amélioration au suivi. Quelques légères détériorations se poursuivent au suivi de 12 mois au III partie A, au QEC, à l'IBD-II et à l'EFA, sans toutefois rejoindre la condition pré-traitement. De plus, au QIPS et au QAP, les scores du suivi de 3 mois sont maintenus au suivi de 12 mois, et au PSI-II et au IAB, de légères améliorations sont observées entre le suivi de 3 et de 12 mois. En résumé, la TCC administrée par

vidéoconférence a permis des gains thérapeutiques incontestables à travers le temps pour l'ensemble des participants.

Discussion

À notre connaissance, aucune étude contrôlée portant sur l'efficacité d'une TCC pour le TAG administrée en vidéoconférence n'a été publiée. Dans l'ensemble, les participants s'améliorent tous à la suite du traitement. Tous ne présentent plus de diagnostic de TAG au post-test ainsi qu'au suivi de 3 mois. Pour l'ensemble des participants, on observe une amélioration de leur condition à la fois statistiquement et cliniquement et ce, à tous les moments de mesure. Entre autres, ils atteignent tous un niveau de fonctionnement global élevé au post-test et au suivi de 3 mois. Deux participants présentent aussi un niveau modéré de fonctionnement global au suivi de 12 mois. De plus, cette intervention à distance a permis aux troubles comorbides présents au pré-test de se résorber, soit le trouble panique avec agoraphobie, l'anxiété sociale et le trouble dépressif majeur. Lorsque comparés aux observations des études d'efficacité utilisant le même protocole de traitement du TAG mais en face à face (Dugas & Robichaud, 2007), les résultats de la présente étude de traitement à distance s'avèrent très satisfaisants. De fait, à court terme à la suite de la thérapie, Dugas et Robichaud (2007) rapportent que de 60 à 77% des clients sont en rémission de leur TAG alors que dans la présente étude, au post-test et au suivi de 3 mois, 100% (5/5) des participants sont en rémission. Toujours d'après Dugas et Robichaud, ces gains thérapeutiques se maintiennent à long terme, c'est-à-dire au moins un an après la fin du traitement, ce qui correspond de près à ce qui est observé dans la présente étude, avec un taux de rémission de 75% (3/4) au suivi de 12 mois. En bref, ces résultats indiquent que la TCC administrée par vidéoconférence permet d'obtenir des améliorations cliniques notables qui se maintiennent à long terme et que ces données sont similaires à celles observées dans d'autres études évaluant l'efficacité de ce même traitement lorsqu'administré en face à face.

Qui plus est, les résultats obtenus dans la présente étude convergent avec ceux observés dans les écrits de télépsychothérapie d'autres troubles anxieux (Germain et al., 2009; Allard

et al., 2007). La vidéoconférence semble une modalité de traitement plus que satisfaisante pour le TPA, l'ESPT et le TAG, tout au moins pour les individus qui n'ont pas accès à des interventions spécialisées. Malgré ces résultats encourageants, le protocole à cas unique adopté dans cette étude comprend certaines limites. Tout d'abord, il n'offre qu'une généralisation limitée des résultats étant donné le petit échantillon de participants de sexe féminin. De plus, il ne permet pas de comparer l'efficacité thérapeutique entre un groupe de traitement en vidéoconférence et un groupe contrôle, c'est-à-dire une thérapie conventionnelle en face à face.

Il est également intéressant de constater que cette étude comporte d'importantes forces méthodologiques qui doivent être considérées. Tout d'abord, son protocole à cas uniques expérimental à niveaux de base multiples en fonction des individus permet de diminuer plusieurs sources d'invalidité (par exemple, la maturation, l'histoire, la régression statistique et désirabilité sociale) et de rehausser ainsi la validité interne de l'étude. D'autres avantages doivent également être considérés tels l'utilisation d'un manuel de traitement standardisé, une évaluation de l'intervention proposée, des mesures cliniques fiables, valides et dans différentes modalités (entrevue, auto-observations, questionnaires) de même que l'inclusion d'un suivi de 12 mois suite à la thérapie. Il faut aussi souligner que les fortes améliorations démontrées à l'index de fonctionnement global sont basées sur des critères très conservateurs.

Étant donné la nature exploratoire de la présente étude, d'autres études devront être entreprises pour corroborer les résultats obtenus et ainsi confirmer l'efficacité de la modalité d'intervention en vidéoconférence pour les personnes souffrant de TAG. En premier lieu, des recherches à devis expérimental pré-test post-test avec condition témoin équivalente comprenant un plus grand échantillon pourraient permettre de soutenir les résultats obtenus ici en plus de comparer l'efficacité entre les modalités de traitement en vidéoconférence et en face à face. De même, il serait d'intérêt de comparer le rapport coût/efficacité lié à l'une ou l'autre des modalités d'intervention et ainsi d'évaluer les implications de l'intégration de cette nouvelle technologie dans le réseau de santé.

Par ailleurs, une alliance thérapeutique de qualité est souvent un préalable à une TCC efficace (Newman, 1998). Cependant, la nature non conventionnelle de la vidéoconférence amène certains cliniciens à supposer que la qualité et le développement de l'alliance thérapeutique puissent être compromis. Par conséquent, il apparaît essentiel d'examiner l'impact de l'application de cette nouvelle technologie sur le développement et la qualité de l'alliance thérapeutique. Qui plus est, il semble primordial d'évaluer si l'effet de différentes variables associées à l'utilisation de la vidéoconférence se trouve relié au succès thérapeutique ainsi qu'au développement de l'alliance thérapeutique. Par exemple, le confort avec les communications à distance, le sentiment de présence en télépsychothérapie, la tendance à l'immersion et les croyances et attentes envers les nouvelles technologies pourraient affecter le succès thérapeutique. De plus, il est possible que les caractéristiques personnelles des participants, notamment leur âge, leur sexe et leur trait de personnalité, puissent influencer le niveau de satisfaction envers le traitement ou même l'efficacité thérapeutique. De fait, il apparaît pertinent de bien documenter ces facteurs et leur impact sur le pronostic. En résumé, la vidéoconférence est une intervention innovatrice et il est important d'investiguer plus en détail certaines hypothèses exprimées ci-dessus avant de promouvoir son utilisation.

Enfin, les résultats obtenus de cette étude s'avèrent prometteurs, surtout dans le contexte actuel où l'accès aux services de santé mentale demeure préoccupant. En effet, la prestation de services de santé mentale à distance, via la vidéoconférence, permettrait un accès plus rapide et une meilleure répartition des services psychologiques spécialisés. Par le fait même, il est souhaitable de voir s'enchaîner une réduction des listes d'attente et des transferts de clients vers les centres spécialisés et une réduction des coûts. Somme toute, il est espéré que la poursuite des études dans le domaine de l'efficacité des thérapies administrées en vidéoconférence conduise éventuellement à la croissance de la satisfaction des usagers envers les ressources de santé mentale.

Conflit d'intérêt : aucun.

Références

- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS).
Télésanté : Lignes directrices cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie.
Rapport préparé par G. Pineau, K. Moqadem, C. St-Hilaire, R. Perreault, É. Levac et
B. Hamel, en collaboration avec A. Obadia et L. Caron (AETMIS 06-01). Montréal:
AETMIS, 2006, xxii-76p.
- Allard, M., Bouchard, S., Marchand, A., Cournoyer, L.-G., Green-Demers, I., & Renaud, P.
(2007). L'efficacité de la psychothérapie pour le trouble panique en vidéoconférence:
Réplication et alliance thérapeutique, *Revue Québécoise de Psychologie*, 28(2), 43-
64.
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental
disorders (4^e ed., text rev.)*. Washington DC: Auteur.
- Amir, N., & Taylor, C. T. (2012). Combining computerized home-based treatments for
generalized anxiety disorder: An attention modification program and cognitive
behavioral therapy. *Behavior Therapy*, 43, 546-559.
- Andlin-Sobocki, P., Jönsson, B., Wittchen, H.-U., & Olesen, J. (2005). Cost of disorders of
the brain in Europe. *European Journal of Neurology*, 12(Suppl.1), 1-27.
- Bakke, B., Mitchell, J., Wonderlich, S., & Erickson, R. (2001). Administering cognitive-
behavioral therapy for bulimia nervosa via telemedicine in rural settings. *Int J Eat
Disord*, 30(4), 454-457.
- Barlow, D. H., Raffa, S. D., & Cohen, E. M. (2002). Psychosocial treatments for panic
disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. In Nathan P. E. & Gorman J. M.
(Eds.). *A guide to treatments that work (2th ed., pp. 301-336)*. New York: Oxford
University Press.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1997). Inventaire de dépression de Beck (Éditions du centre de psychologie appliquée, traduction 2^e ed.). Toronto: The Psychological Corporation.
- Boivin, I., & Marchand, A. (1996). Évaluation structurée pour les troubles anxieux pour le DSM-IV. Montréal: Université du Québec à Montréal, Département de psychologie.
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., Renaud, P., & Lapierre, J. (2004). Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. *Telemedicine Journal and e-Health. Special Issue: Telemedicine in Canada*, 10(1), 13-24.
- Bouchard, S., & Renaud, P. (2001). CBT in videoconference for panic disorder and generalized anxiety disorder. Présenté au congrès de l'AABT.
- British Psychological Society Center for Outcomes Research and Effectiveness [BPSCORE]. (2001). Treatment choice in psychological therapies and counselling. (23044). London: United Kingdom. Department of Health.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cowain, T. (2001). Cognitive-behavioural therapy via videoconferencing to a rural area. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(1), 62-64.
- Craske, M. G., Rose, R. D., Lang, A., Welch, S. S., Campbell-Sills, L., Sullivan, G., Sherbourne, C., Bystritsky, A., Stein, M. B., & Roy-Byrne, P. (2009) Computer-assisted delivery of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in primary care settings. *Depress Anxiety*, 26(3), 235-242.

- Day, S. X., & Schneider, P. L. (2002). Psychotherapy using distance technology: A comparison of face-to-face, video, and audio treatment. *Journal of Counseling Psychology, 49*(4), 499-503.
- Dear, B. F., Titov, N., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G., & McEvoy, P. (2011). *Behavior Research and Therapy, 49*, 830-837.
- Deitsch, S. E., Frueh, B. C., & Santos, A. B. (2000). Telepsychiatry for post-traumatic stress disorder. *J Telemed Telecare, 6*(3), 184-186.
- Draper, M., Rees, C. S., & Nathan, P. R. (2008). Internet-based self-management of generalized anxiety disorder: A preliminary study. *Behaviour Change, 24*(5), 229- 244.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Taylor & Francis Group.
- Dunstan, D. A. & Tooth, S. M. (2012). Treatment via videoconferencing: A pilot study of delivery by clinical psychology trainees. *The Australian Journal of Rural Health, 20*, 88-94.
- Earles, J., Folen, R. A., & James, L. C. (2001). Biofeedback using telemedicine: Clinical applications and case illustrations. *Behav Med, 27*(2), 77-82.
- Freeston, M. (1998). Questionnaire sur l'évaluation du fonctionnement actuel. Document inédit. Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, Canada.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck: Propriétés psychométriques d'une traduction française. *Encéphale, 10*(1), 47-55.

- Frueh, B. C., Monnier, J., Yim, E., Grubaugh, A. L., Hamner, M. B., & Knapp, R. G. (2007). A randomized trial of telepsychiatry for post-traumatic stress disorder. *J Telemed Telecare*, 13(3), 142-147.
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Drouin, M.-S., & Guay, S. (2009). Effectiveness of cognitive behavioural therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(1), 42-53.
- Gorini, A., Pallavicini, F., Algeri, D., Repetto, C., Gaggioli, A., & Riva, G. (2010). Virtual reality in the treatment of generalized anxiety disorders. *Studies in health technology and informatics*, 154, 39-43.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes: Validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *Encéphale*, 27(5), 475-484.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S., & Temblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1427-1439.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Langlois, F., Freeston, M. H., & Bertrand, J. (2003). Développement et validation d'un nouvel instrument évaluant les croyances erronées à l'égard des inquiétudes [Development and validation of a new instrument evaluating erroneous belief about worry.], *European Review of Applied Psychology [Revue Européenne de Psychologie Appliquée]*, 53, 199-211.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., & Pelletier, O. (2005). Évaluation de l'attitude d'un individu face aux différents problèmes de vie: Le Questionnaire d'attitude face aux problèmes (QAP) [Evaluation of an individual's attitude toward daily life problems: the Negative Problem Orientation Questionnaire]. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 15, 141-153.

- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Dugas, M. J., & Pelletier, O. (2002). Le Questionnaire d'évitement cognitif (QEC): Développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents. [The Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ): Development and validation among adults and adolescents samples.] *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 12, 24-37.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., Smith, S. M., Tulshi, D., & Boji, H. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 35, 1747-1759.
- Griffiths, L., Blignault, I., & Yellowlees, P. (2006). Telemedicine as a means of delivering cognitive-behavioural therapy to rural and remote mental health clients. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12(3), 136-140.
- Gros, D. F., Yoder, M., Tuerk, P. W., Lozano, B. E., & Acierno, R. (2011). Exposure therapy for PTSD delivered to veterans via telehealth: Predictors of treatment completion and outcome and comparison to treatment delivered in person. *Behavior Therapy*, 42(2), 276-283.
- Harvey-Berino, J. (1998). Changing health behavior via telecommunications technology: Using interactive television to treat obesity. *Behavior Therapy*, 29(3), 505-519.
- Himle, J. A., Fischer, D. J., Muroff, J. R., Van Etten, M. L., Lokers, L. M., Abelson, J. L., et coll. (2006). Videoconferencing-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44(12), 1821-1829.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale [INSERM]. (2004). *Psychothérapie trois approches évaluées*. Paris: France. Government Printing Office.

- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1992). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (pp. 631-648). Washington, DC: American Psychological Association.
- Klein, B., Meyer, D., Austin, D. W., & Kyrios, M. (2011). Anxiety online a virtual clinic: Preliminary outcomes following completion of five fully automated treatment programs for anxiety disorders and symptoms. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), 353-372.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, Impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146, 317-325.
- Labrecque, J., Langlois, F., & Martin, M. (2009). Traitement individuel pour le trouble d'anxiété généralisée primaire. Document inédit.
- Lorian, C. N., Titov, N., & Grisham, J. R. (2012). Changes in risk-taking over the course of an internet-delivered cognitive behavioral therapy treatment for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 140-149.
- Manchanda, M., & McLaren, P. (1998). Cognitive behaviour therapy via interactive video. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 4(Suppl. 1), 53-55.
- Marchand, A., Beaulieu-Prévost, D., Guay, S., Bouchard, S., Drouin, M.-S., & Germain, V. (2011). Relative efficacy of cognitive-behavioral therapy administered for posttraumatic stress disorder: A six month follow-up. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(3), 304-321.
- Morland, L. A., Hynes, A. K., Mackintosh, M.-A, Resick, P. A., & Chard, K. M. (2011). Group cognitive processing therapy delivered to veterans via telehealth: A pilot cohort. *Journal of Traumatic Stress*, 24(4), 465-469.

- Nelson, E. L., Barnard, M., & Cain, S. (2003). Treating childhood depression over videoconferencing. *Telemed J E Health*, 9(1), 49-55.
- Newman, C. F. (1998). The therapeutic relationship and alliance in short-term cognitive therapy. Dans J. S. Safran, J. C. Muran (eds.). *The therapeutic alliance in brief psychotherapy*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Newman, M. G., Consoli, A. J., & Taylor, C. B. (1999). A palmtop computer program for the treatment of generalized anxiety disorder. *Behav Modif*, 23(4), 597-619.
- Oakes, J., Battersby, M. W., Pols, R. G., & Cromarty, P. (2008). Exposure therapy for problem gambling via videoconferencing: A case report. *J Gambli Stud*, 24(1), 107-118.
- Paxling, B., Almlöv, J., Dahlin, M., Carlbring, P., Breitholtz, E., Eriksson, T., & Andersson, G. (2012). Guided internet-delivered cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(3), 159-173.
- Pelletier, M. H. (2003). Cognitive-behavioral therapy efficacy via videoconferencing for social (public speaking) anxiety disorder: Single case design. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering Vol*, 63(12-B), 6103.
- Rendon, M. (1998). Telepsychiatric treatment of a schoolchild. *J Telemed Telecare*, 4(3), 179-182.
- Riemer-Reiss, M. L. (2000). Utilizing distance technology for mental health counseling. *Journal of mental health counseling*, 22(3), 189-203.
- Roberge, P., Fournier, L., Duhoux, A., Nguyen, C. T., & Smolders, M. (2011). Mental health service use and treatment adequacy for anxiety disorders in Canada. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 46, 321-330.

- Robinson, E., Titov, N., Andrews, G., McIntyre, K., Schwencke, G., & Solley, K. (2010). Internet treatment for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial comparing clinician vs technician assistance. *Plos one*, 5(6), 1-9.
- Shepherd, L., Goldstein, D., Whitford, H., Thewes, B., Brummell, V., & Hicks, M. (2006). The utility of videoconferencing to provide innovative delivery of psychological treatment for rural cancer patients: Results of a pilot study. *J Pain Symptom Manage*, 32(5), 453-461.
- Simpson, S., Bell, L., Britton, P., Mitchell, D., Morrow, E., Johnston, A. L., & Brebner. (2006). Does video therapy work? A single case series of bulimic disorders. *European Eating Disorders Review*, 14(4), 226-241.
- Simpson, S., Bell, L., Knox, J., & Mitchell, D. (2005). Therapy via videoconferencing: A route to client empowerment? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 156-165.
- Simpson, S., Knox, J., Mitchell, D., Ferguson, J., Brebner, J., & Brebner, E. (2003). A multidisciplinary approach to the treatment of eating disorders via videoconferencing in north-east Scotland. *J Telemed Telecare*, 9 Suppl 1, S37-38.
- Strachan, M., Gros, D. F., Yuen, E., Ruggiero, K. J., Foa, E. F., & Acierno, R. (2012). Home-based telehealth to deliver evidence-based psychotherapy in veterans with PTSD. *Contemporary Clinical Trials*, 33, 402-409.
- Swinson, R. P., Cos, B. J., Kerr, S. A., Kuch, K. D. (1992). A survey of anxiety disorders clinics in Canadian hospitals. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37(3), 188-191.
- Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E., & Spence, J. (2010). Transdiagnostic internet treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 890-899.

- Titov, N., Andrews, G., Robinson, E., Schwencke, G., Johnston, L., Solley, K., & Choi, I. (2009). Clinician-assisted internet-based treatment is effective for generalized anxiety disorder: Randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 905-912.
- Todder, D., & Kaplan, Z. (2007). Rapid eye movements for acute stress disorder using video conference communication. *Telemedicine journal and e health : The official journal of the American Telemedicine Association*, 13(4), 461-463.
- Todder, D., Matar, M., & Kaplan, Z. (2007). Acute-phase trauma intervention using a videoconference link circumvents compromised access to expert trauma care. *Telemedicine and e-Health*, 13(1), 65-67.
- Tuerk, P. W., Yoder, M., Ruggiero, K. J., Gros, D. F., Acierno, R. (2010). A pilot study of prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder delivered via telehealth technology. *Journal of Traumatic Stress*, 23(1), 116-123.
- Vogel, P. A., Launes, G., Moen, E. M., Solem, S., Hansen, B., Haland, A. T., & Himle J. A. (2012). Videoconference and cell phone-based cognitive-behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 158-164.
- Yuen, E. K. (2011). Acceptance-based therapy for social anxiety disorder using videoconferencing. Thèse (non publiée), Drexel University, Philadelphie, États-Unis.

Tableau 1

Moyennes des résultats d'auto-observations quotidiennes du pourcentage d'inquiétude au prétest, post-test et aux suivis de 3 et 12 mois

	<u>Prétest</u>	<u>Post-test</u>	<u>3 mois</u>	<u>12 mois</u>
P1	59%	1%	1%	3%
P2	49%	26%	24%	55%
P3	98%	20%	40%	40%
P4	24%	22%	9%	16%
P5	49%	24%	9%	16%

Note. Prétest = seulement les 14 dernières auto-observations du niveau de base sont considérées; Post-test et suivis de 3 et 12 mois = les 14 auto-observations sont considérées.

Tableau 2

Valeur de l'indice B et C pour chaque questionnaire et index du changement fiable

Questionnaires	Valeur de l'indice		Prétest	Post-test	Suivi 3 mois	Suivi 12 mois
	B	C				
P1	QIPS	63,70	74	33 ^{a,b}	31 ^{a,b}	32 ^{a,b}
	III Partie A	54,61	57	22 ^{a,b}	22 ^{a,b}	24 ^{a,b}
	PSI-II	53,33	57	25 ^{a,b}	25 ^{a,b}	25 ^{a,b}
	QAP	32,07	51	18 ^{a,b}	17 ^{a,b}	23 ^{a,b}
	QÉC	65,51	63 ^a	26 ^{a,b}	27 ^{a,b}	31 ^{a,b}
	IDB-II	16,52	7 ^a	0 ^{a,b}	4 ^a	0 ^{a,b}
	IAB	15,47	27	1 ^{a,b}	11 ^a	2 ^{a,b}
P2	QIPS	63,70	68	50 ^{a,b}	50 ^{a,b}	54 ^{a,b}
	III Partie A	54,61	61	41 ^{a,b}	58	65
	PSI-II	53,33	45 ^a	25 ^{a,b}	33 ^a	29 ^a
	QAP	32,07	51	27 ^{a,b}	40	39 ^b
	QÉC	65,51	69	45 ^{a,b}	48 ^{a,b}	67

Tableau 2 (suite)

	IDB-II	16,52	15 ^a	4 ^{a,b}	14 ^a	16 ^a
	IAB	15,47	31	18	35	19
P3	QIPS	63,70	77	41 ^{a,b}	39 ^{a,b}	DM
	III Partie A	54,61	66	28 ^{a,b}	51 ^{a,b}	DM
	PSI-II	53,33	75	39 ^{a,b}	51 ^{a,b}	DM
	QAP	32,07	54	20 ^{a,b}	36 ^b	DM
	QÉC	65,51	30 ^a	32 ^a	64 ^{a,b}	DM
	IDB-II	16,52	23	2 ^{a,b}	38 ^b	DM
	IAB	15,47	23	3 ^{a,b}	23	DM
P4	QIPS	63,70	54 ^a	42 ^{a,b}	37 ^{a,b}	32 ^{a,b}
	III Partie A	54,61	49 ^a	32 ^{a,b}	23 ^{a,b}	18 ^{a,b}
	PSI-II	53,33	28 ^a	27 ^a	27 ^a	25 ^a
	QAP	32,07	22 ^a	17 ^a	16 ^a	13 ^a
	QÉC	65,51	39 ^a	25 ^{a,b}	25 ^{a,b}	25 ^{a,b}
	IDB-II	16,52	51	4 ^{a,b}	1 ^{a,b}	1 ^{a,b}
	IAB	15,47	18	8 ^a	1 ^a	4 ^a

Tableau 2 (suite)

P5	QIPS	63,70	69	57 ^{a,b}	58 ^{a,b}	60 ^a
	III Partie A	54,61	53 ^a	32 ^{a,b}	43 ^{a,b}	50 ^a
	PSI-II	53,33	37 ^a	29 ^a	34 ^a	30 ^a
	QAP	32,07	36	28 ^a	36	36
	QÉC	65,51	41 ^a	33 ^{ab}	39 ^a	41 ^a
	IDB-II	16,52	19	11 ^{a,b}	7 ^{a,b}	23
	IAB	15,47	17	8 ^a	3 ^a	5 ^a

Note. QIPS = Questionnaire sur les inquiétudes du Penn State; III = Inventaire d'intolérance à l'incertitude; PSI-II = Pourquoi s'inquiéter?- Version 2; QAP = Questionnaire d'attitude face aux problèmes; QÉC = Questionnaire d'évitement cognitif; IDB-II = Inventaire de dépression de Beck-II; IAB = Inventaire d'anxiété de Beck; P1 = Participante 1; P2 = Participante 2; P3 = Participante 3; P4 = Participante 4; P5 = Participante 5; DM = Donnée manquante.

^aAtteinte du seuil à partir duquel le score est considéré non clinique

^bAtteinte du seuil à partir duquel un changement de score (comparé au pré-test) est considéré fiable statistiquement

Tableau 3

Résultats des analyses de variances à mesures répétées suivies de leurs décompositions par des contrastes polynomiaux (N=5)

Questionnaires	<u>Effet global du traitement</u>		<u>Contraste linéaire</u>		<u>Contraste quadratique</u>		<u>Contraste cubique</u>	
	F	η^2	F	η^2	F	η^2	F	η^2
QIPS	14,20*	0,78	27,15*	0,50	13,55*	0,25	1,89	0,03
III partie A	7,28*	0,65	4,49	0,13	12,28*	0,36	5,07*	0,15
PSI-II	7,32*	0,65	9,63*	0,28	7,46*	0,22	4,86*	0,14
QAP	7,59*	0,65	5,54*	0,16	11,29*	0,32	5,95*	0,17
QEC	1,58	0,28	-	-	-	-	-	-
IDB-II	2,10	0,34	-	-	-	-	-	-
IAB	5,04*	0,56	5,22*	0,19	3,70	0,14	6,21*	0,23
EFA	5,12*	0,56	3,09	0,11	10,35*	0,38	1,92	0,07

Note. QIPS = Questionnaire sur les inquiétudes du Penn State; III = Inventaire d'intolérance à l'incertitude; PSI-II = Pourquoi s'inquiéter?-

Version 2; QAP = Questionnaire d'attitude face aux problèmes; QEC = Questionnaire d'évitement cognitif; IDB-II = Inventaire de dépression de Beck-II; IAB = Inventaire d'anxiété de Beck; EFA = Évaluation du fonctionnement actuel; * = $p < 0.05$.

Tableau 4

Moyennes et écarts-types des résultats au pré-test, post-test et aux suivis de 3 et 12 mois pour tous les participants (N=5)

Questionnaires	<u>Prétest</u>		<u>Post-test</u>		<u>3 mois</u>		<u>12 mois</u>	
	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT
QIPS	68,40	8,85	44,60	9,18	43,00	10,84	43,40	12,92
III partie A	57,20	6,00	31,00	6,93	39,40	16,32	41,60	19,83
PSI-II	48,40	18,30	29,00	5,83	34,00	10,25	32,00	10,86
QAP	42,80	13,59	22,00	5,15	29,00	11,53	29,40	11,06
QEC	48,40	16,73	32,20	7,98	40,60	16,07	45,60	19,07
IDB-II	17,00	6,33	4,20	4,15	12,80	14,89	15,60	15,92
IAB	23,00	5,93	7,60	6,58	14,60	14,31	10,60	9,66
EFA	31,40	11,33	13,80	6,54	17,40	11,26	21,40	13,46

Note. QIPS = Questionnaire sur les inquiétudes du Penn State; III = Inventaire d'intolérance à l'incertitude; PSI-II = Pourquoi s'inquiéter?-Version 2; QAP = Questionnaire d'attitude face aux problèmes; QEC = Questionnaire d'évitement cognitif; IDB-II = Inventaire de dépression de Beck-II; IAB = Inventaire d'anxiété de Beck; EFA = Évaluation du fonctionnement actuel.

Figure 1

Niveau d'inquiétude tel que rapporté par les participants dans leurs carnets d'auto-observations quotidiennes durant le niveau de base, le traitement, le post-test et les suivis

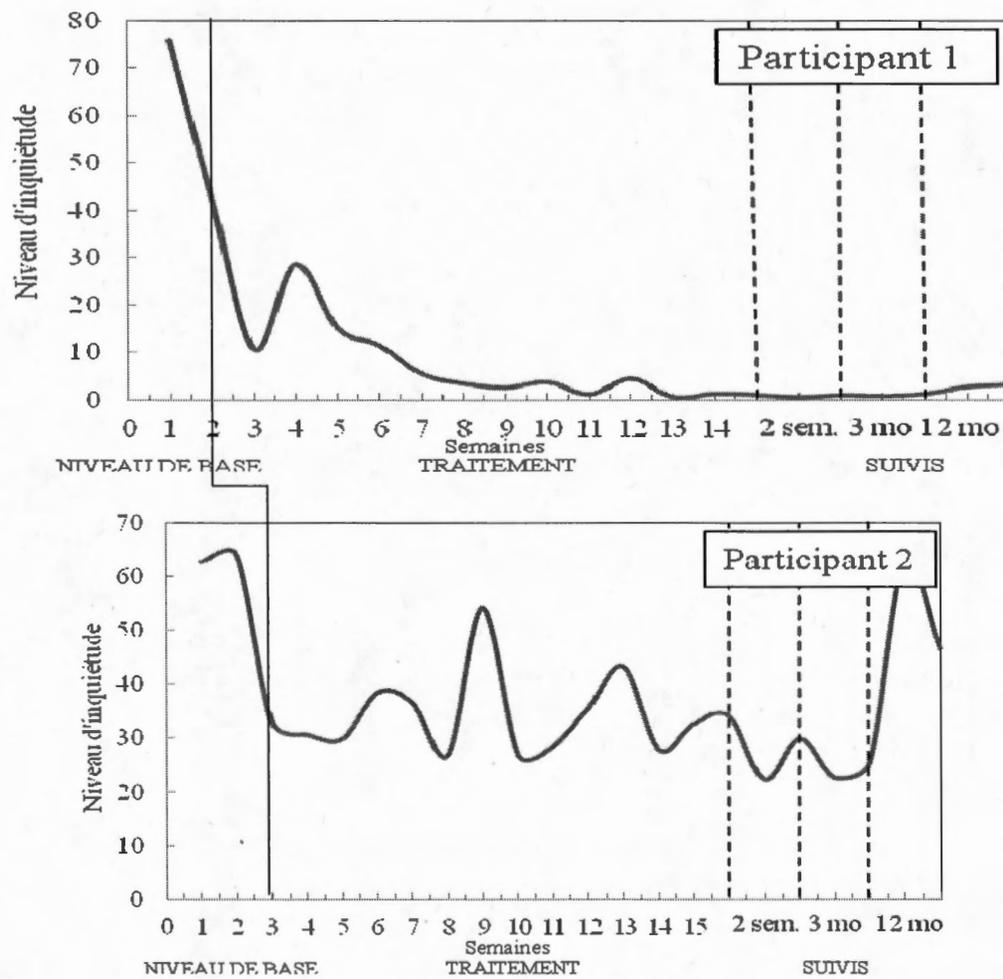
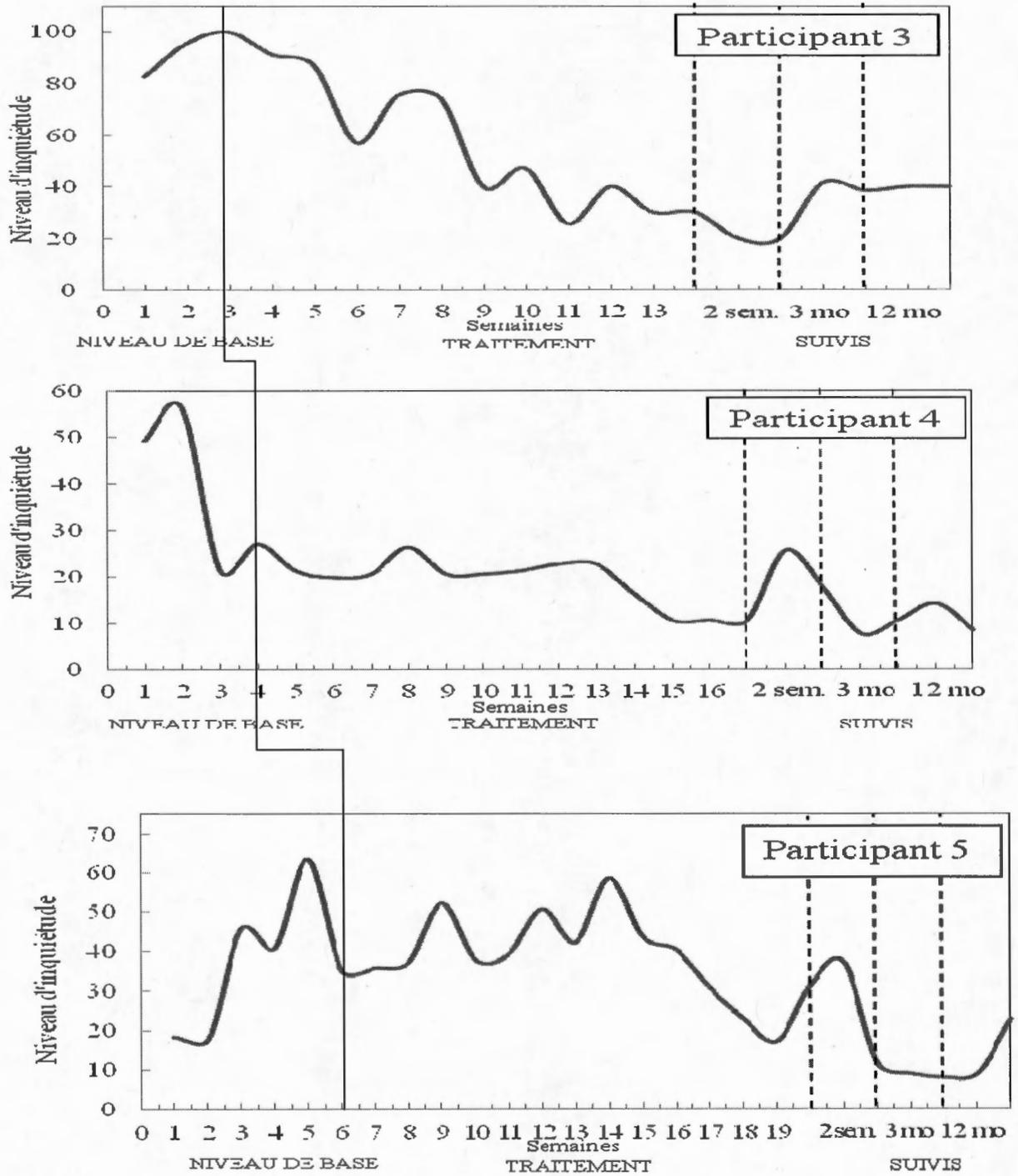


Figure 1 (suite)



CHAPITRE III

DISCUSSION GÉNÉRALE

CHAPITRE III

DISCUSSION GÉNÉRALE

La cible centrale de cet essai consistait à évaluer l'efficacité d'une TCC pour le TAG administrée en vidéoconférence. Eu égard la nature novatrice de cette recherche, un protocole à cas uniques à niveau de base multiple a été privilégié. Les hypothèses suivantes étaient formulées: (1) les participants verront leur symptomatologie et la sévérité de leur trouble diminuer de manière cliniquement et statistiquement significative suite au traitement; (2) les gains se maintiendront aux suivis des 3 et des 12 mois.

3.1 Synthèse des résultats

En général, les participants s'améliorent tous à la suite du traitement. Ils n'ont plus de diagnostic de TAG au post-test ainsi qu'au suivi de 3 mois. Au suivi de 12 mois, seulement un participant rencontre à nouveau les critères du diagnostic du trouble. Cependant, la sévérité du trouble de ce participant a diminué considérablement (de 7/8 à 4/8 à l'échelle de sévérité de l'ESTA-IV). Qui plus est, dans l'ensemble, on observe une amélioration cliniquement et statistiquement significative de leur condition, et ce, à tous les moments. Ils obtiennent tous, un niveau de fonctionnement global élevé à court terme, c'est-à-dire au post-test et au suivi de 3 mois, et deux participants ont un niveau modéré de fonctionnement global au suivi de 12 mois. Il est à noter que ces fortes améliorations démontrées à l'index de fonctionnement global sont basées sur des critères très conservateurs. Cette intervention à distance a également permis aux troubles concomitants présents au pré-test, soit le trouble panique avec agoraphobie, l'anxiété sociale et le trouble de dépression majeure, de se résorber complètement. Les résultats obtenus s'avèrent très satisfaisants, même lorsque

comparés aux résultats des études d'efficacité conventionnelles (c.-à-d., en face à face) utilisant le même protocole de traitement du TAG (Dugas & Robichaud, 2007). En effet, dans leurs études, de 60 à 77 % des clients sont en rémission de leur TAG à court terme à la suite de la thérapie, alors que dans la présente étude, au post-test et au suivi de 3 mois, tous les participants sont en rémission. Dans leurs études, les gains thérapeutiques se maintiennent à long terme, ce qui concorde avec le taux de rémission observé dans la présente étude qui s'élève à 75 % (soit 3 participants sur 4) au suivi de 12 mois. Somme toute, ces résultats révèlent que la TCC administrée par vidéoconférence permet des améliorations cliniques et statistiques notables qui, dans l'ensemble, se maintiennent à long terme et que ces données s'avèrent comparables à celles observées dans d'autres études d'efficacité de ce même traitement offert en face à face.

3.2 Considérations méthodologiques

3.2.1 Force de l'étude

Comme nous l'avons déjà mentionné auparavant, le TAG est très répandu et altère considérablement le fonctionnement et la qualité de vie de ceux qui en sont atteints. La TCC appliqué à la résolution de ce trouble a prouvé à maintes reprises son efficacité et, en conséquence, constitue un traitement empiriquement validé et recommandé par les experts. Par contre, le nombre restreint de thérapeutes formés à cette approche et le fait qu'ils se retrouvent majoritairement rassemblés dans les grands centres urbains rendent l'accessibilité à ce traitement de choix problématique pour les patients qui vivent en régions rurales, éloignées ou dans des lieux où il y a absence de spécialistes en santé mentale. La psychothérapie effectuée avec l'aide de la vidéoconférence (la télépsychothérapie) se présente alors comme une solution à l'accès aux soins de santé mentale, étant un moyen de communication à distance se rapprochant de la thérapie en face à face. Les premières études d'efficacité de la télépsychothérapie révèlent des résultats prometteurs. Par contre, aucune étude contrôlée d'un traitement en télépsychothérapie n'a toutefois été réalisée auprès d'individus souffrant d'un TAG.

Une des grandes forces de notre étude provient du fait qu'elle permet de combler cette lacune par la mise en œuvre d'une étude pilote novatrice utilisant un protocole de recherche à cas uniques expérimental et à niveaux de bases multiples en fonction des individus pour traiter le TAG. À titre indicatif, ce type de protocole de recherche permet de diminuer les sources potentielles d'invalidité et de rehausser ainsi la validité interne de l'étude. En effet, ce type de protocole présume que les sources d'invalidité (p. ex., la maturation, l'histoire, la régression, etc.) devraient se manifester approximativement au même moment pour chaque participant. Alors, le maintien d'un niveau de base relativement long et le décalage temporel quant à l'introduction du traitement pour chaque participant permet un meilleur contrôle des variables indésirables.

De plus, il est important de constater que non seulement la présente étude utilise une intervention validée empiriquement pour le traitement du TAG, mais elle a recours à un manuel de traitement que les participants peuvent consulter ainsi qu'à un protocole d'intervention structuré et standardisé que les thérapeutes doivent suivre. De plus, la mesure de son impact est basée sur des mesures d'évaluation cliniques dans des modalités multiples (entrevue, auto-observations, questionnaires auto-rapportés), fiables et valides (ayant de bonnes qualités psychométriques). D'autres forces doivent aussi être considérées soit: l'ajout de critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques, l'intégration de participants ayant des troubles comorbides cohérents avec la littérature, l'évaluation de l'intégrité thérapeutique ainsi que de l'accord inter-juges concernant le diagnostic primaire, l'addition d'un suivi de 12 mois et l'utilisation d'une variété de méthodes d'analyses des données. Ceci étant dit, bien qu'il peut être étonnant de voir l'utilisation d'ANOVA avec un si petit échantillon, il est justifié de le faire lorsque les postulats de base sont rencontrés (Glass & Stanley, 1970; Keppel, 1973). Finalement, les participants reçoivent des interventions à distance, et ce, dans 3 différentes régions du Québec (milieu urbain et rural). Les résultats de l'étude corroborent les données de la littérature au sujet d'autres troubles anxieux (Allard et al., 2007; Germain et al., 2009; Marchand et al., 2011), c'est-à-dire que la vidéoconférence semble une modalité satisfaisante et efficace du traitement du TAG, à tout le moins pour les individus qui n'ont pas accès à des services psychologiques spécialisés.

3.2.2 Limites de l'étude

Malgré les résultats intéressants obtenus et le fait que le protocole de recherche possède une validité interne comparable aux protocoles dits de groupes, l'étude comporte certaines limites, particulièrement au niveau de sa validité externe. Tout d'abord, le petit échantillon de participants tous de sexe féminin, limite la généralisation des résultats. De plus, les participants sont des volontaires qui se déplacent pour recevoir un traitement. Les patients qui acceptent de participer à cette recherche ne sont peut-être pas tout à fait représentatifs des patients qui n'y ont pas participé ou qui n'ont pas voulu y participer. Il convient de préciser également que les endroits où sont recrutés les participants ne constituent pas tout à fait des régions où l'on observe un manque flagrant de ressources. Il aurait été difficile, mais intéressant d'inclure des participants provenant réellement de milieux où l'accès aux soins de santé mentale représente un enjeu important afin de mieux observer l'impact sur l'efficacité du traitement et sur le développement, par exemple, de l'alliance thérapeutique. Ceci étant dit, la présente étude est la 1^{re} étude de traitement administré en vidéoconférence pour le TAG. Il n'était donc pas souhaitable et possible de contrôler toutes variables confondantes, mais de démontrer la faisabilité et l'efficacité de cette dernière. Qui plus est, la thérapie s'effectuait sur de grandes distances. Cependant, cette étude ne permet pas de comparer l'efficacité thérapeutique d'une TCC en vidéoconférence à celle d'une TCC conventionnelle, en face à face, ce qui restreint la portée des résultats. L'ensemble de ces éléments gagnerait à être exploré davantage lors d'études subséquentes. Néanmoins, on constate que même pour un échantillon plus ou moins urbain, la télépsychothérapie semble très efficace et on obtient des résultats similaires à ceux obtenus en face à face.

De plus, il aurait été intéressant d'inclure, en tant que critère d'inclusion à l'étude, l'obtention d'un score clinique au QIPS, la mesure continue de l'inquiétude la plus utilisée en recherche dans le TAG. Cette mesure évalue la symptomatologie principale du TAG, ce qui permet de soutenir le diagnostic de TAG évalué à l'ESTA-IV. Dans la présente étude, bien qu'au pré-test, les résultats de P4 à l'ESTA-IV présument la présence d'un TAG d'intensité sévère à très sévère, sa cotation au QIPS et aux mesures de processus s'avèrent sous-

cliniques. La manifestation du TAG semble donc atypique puisque les inquiétudes paraissent moins généralisées. Malgré cela, il est intéressant de constater des changements statistiques significatifs à court et à long terme suite au traitement. Ces observations suggèrent que le traitement est justifié pour les participants présentant un TAG avec des inquiétudes plus spécifiques.

D'autre part, certaines limites liées à l'utilisation du système en vidéoconférence doivent être améliorées dans le cadre de projets de recherches futures ou lors de l'application d'une télépsychothérapie de manière générale. En effet, certains problèmes techniques ont été rencontrés durant l'expérimentation, notamment la communication par l'entremise de la vidéoconférence entre les sites de Trois-Rivières et de Montréal était parfois de mauvaise qualité. Ces problèmes techniques s'expliquent par le fait que le système de Trois-Rivières est un ancien modèle en comparaison aux systèmes de Sherbrooke et de Montréal. La qualité du son et de l'image était moins bonne mais jamais au point de nuire à la communication. Il y avait quelques fois un petit délai entre les réponses du client et du thérapeute. Par conséquent, les échanges pouvaient sembler un peu moins spontanés. Il est à noter que seulement une participante utilisait ce système. Afin d'optimiser la qualité de la communication en vidéoconférence, la thérapeute et la participante ont développé des stratégies afin de s'adapter et corriger lesdits problèmes techniques (par exemple, le thérapeute renouvelait le contact du système à toutes les 25 minutes). Malgré ces difficultés, la participante de Trois-Rivières s'est dite satisfaite de la thérapie et ses gains thérapeutiques s'avèrent excellents. Or, ces difficultés techniques ne semblent pas avoir interféré avec le processus thérapeutique et les avancés rapides dans ce domaine ne laisse que présager une amélioration.

3.3 Pistes de recherches futures

Considérant le taux de prévalence élevé du TAG, ces conséquences négatives et les résultats prometteurs obtenus dans cette étude, l'évaluation de l'efficacité de la télépsychothérapie pour le TAG mérite davantage d'investigation. D'autres recherches rigoureuses, validées et contrôlées seront nécessaires afin de confirmer les résultats obtenus

et de bien établir que cette intervention octroie les résultats escomptés. Tout d'abord, les recherches futures devraient comparer les résultats provenant des différentes modalités d'administration de la TCC soit en vidéoconférence ou en face à face. Par conséquent, des études utilisant des protocoles expérimentaux recourant à l'assignation aléatoire des participants aux différentes modalités sont requises. Afin de rehausser la représentativité des individus souffrants d'un TAG, ces recherches pourraient être réalisées à plus grande échelle. Elles pourraient donc comprendre des échantillons plus importants, impliquer de nombreux sites multicentriques et s'appliquer en région éloignée ou bien dans des endroits n'offrant pas de services spécialisés en santé mentale. Ces études permettraient également de comparer le rapport coût/efficacité lié à l'une ou l'autre des modalités d'intervention afin de mieux déterminer l'utilité réelle de la télépsychothérapie dans le réseau de santé et les coûts reliés à la mise en place de cette intervention. Afin d'aider les décideurs à choisir quelles stratégies ils doivent implanter, il serait intéressant d'évaluer l'efficacité de cette modalité d'intervention par d'autres mesures d'impact comme le fonctionnement social, la qualité de vie, etc.

Par ailleurs, afin d'augmenter l'efficience de la télépsychothérapie, un examen des caractéristiques distinctives des participants, pouvant influencer le niveau d'adhérence ou de satisfaction envers le traitement ainsi que l'efficacité même de la thérapie, doit être effectué. Par exemple, la qualité de l'alliance thérapeutique joue un rôle important dans les processus de changement thérapeutique (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000). Ceci étant dit, certains cliniciens croient que la nature non conventionnelle de la vidéoconférence pourrait compromettre la qualité et le développement de l'alliance thérapeutique (Rees & Stone, 2005). À cet égard, il est d'intérêt d'évoquer les résultats d'une analyse de l'alliance thérapeutique créée à partir du présent échantillon (Watts, Théberge-Lapointe, Marchand, Langlois, & Gosselin, 2012). D'après ces résultats, il semble que l'alliance thérapeutique s'améliore progressivement au cours de la télépsychothérapie, suivant une tendance linéaire. De plus, il est décelé que le développement de l'alliance thérapeutique se déroule de façon semblable chez le thérapeute et chez le participant. Une différence significative est également démontrée entre la perception du thérapeute et celle du

participant à propos du lien relationnel. De fait, le participant percevrait le lien relationnel établi avec son thérapeute, de meilleure qualité que ne le percevrait son thérapeute lui-même, et ce, à tous moments confondus. Or, il semble indispensable de considérer l'effet de cette modalité de traitement sur l'alliance thérapeutique dans les recherches futures à l'aide d'échantillons plus importants. De même, il serait pertinent de mieux comprendre comment la différence de perception entre le thérapeute et le client affecte le lien relationnel. Ces questions méritent d'être répondues pour maximiser l'implantation de futurs programmes de soins en santé mentale.

Des efforts devraient également être fournis afin d'explorer plus en profondeur la relation entre des variables spécifiques à la vidéoconférence et l'issue d'une thérapie à distance. Par exemple, il convient de documenter l'impact du confort avec les communications à distance avec les nouvelles technologies comme la vidéoconférence, du sentiment de présence en télépsychothérapie et des croyances envers les nouvelles technologies sur le succès thérapeutique. Il est également possible que les caractéristiques distinctives des participants, particulièrement leur âge, leur sexe, la chronicité de leur trouble, leur trait de personnalité, leur trouble comorbide associé, leur degré d'éloignement des grands centres urbains et leur niveau de motivation à recevoir cette modalité de traitement, puissent influencer le niveau d'adhérence ou de satisfaction envers le traitement, la qualité de l'alliance thérapeutique et même l'efficacité de l'intervention. Ainsi, il convient de bien documenter ces variables et leur lien aux résultats du traitement.

3.4 Considérations pratiques et cliniques

Bien que d'autres études dans le domaine de l'anxiété suggéraient que la TCC en vidéoconférence était une modalité clinique intéressante, il importait également d'accumuler des preuves pour la question spécifique du TAG. Les caractéristiques propres à chaque trouble primaire auraient pu affecter différemment l'efficacité de la TCC administrée au moyen de la vidéoconférence. Dans le cas des individus présentant un TAG, il demeure que les inquiétudes démesurées sont susceptibles d'altérer l'efficacité du traitement en donnant

lieu à des appréhensions excessives et incontrôlables à propos de la confidentialité de la vidéoconférence, de la fiabilité du système de communication ainsi que de la distance relationnelle et physique avec le thérapeute (Bouchard & Renaud, 2001). Ceci étant dit, les participants de la présente étude n'ont pas mentionné de telles inquiétudes. Un thérapeute a même utilisé efficacement ce contexte pour illustrer l'intolérance à l'incertitude par l'exemple de l'incertitude du fonctionnement du système de vidéoconférence. Par ailleurs, un participant a mentionné, en fin de thérapie, que la distance imposée par la vidéoconférence le rassurait et lui permettait de percevoir la psychothérapie comme moins intrusive et menaçante. Il est à noter que le participant qui a abandonné sa psychothérapie à un peu plus de la moitié du traitement n'a jamais fait part de réticence ou d'incertitude en lien avec la vidéoconférence. Le participant a plutôt mentionné à plusieurs reprises un manque de temps à s'impliquer en psychothérapie. De plus, aucun participant contacté pour l'évaluation téléphonique n'a mentionné d'inquiétudes excessives liées à la vidéoconférence. Or, malgré le fait que la présente étude consiste en un protocole à cas uniques, elle suggère que les individus souffrants d'un TAG ne s'inquiètent pas excessivement de l'impact de cette nouvelle modalité clinique et qu'il est possible d'obtenir de bons effets thérapeutiques chez cette clientèle.

Par ailleurs, les thérapeutes rapportent avoir vécu des appréhensions concernant le développement de l'alliance thérapeutique et le fonctionnement du système de vidéoconférence. Malgré ces inquiétudes, ils mentionnent avoir entretenu de bons liens thérapeutiques et avoir manœuvré facilement le système de vidéoconférence. Dans l'ensemble, ils indiquent avoir apprécié leur expérience de la télépsychothérapie, bien qu'ils mentionnent préférer offrir les séances par la modalité conventionnelle de traitement. Un thérapeute rapporte également que les échanges pouvaient parfois sembler un peu moins spontanés en raison de problèmes techniques et, à quelques reprises, l'image aurait complètement figé lors de moments clés en thérapie. Toutefois, d'après ce thérapeute, ces désavantages semblent l'avoir beaucoup plus dérangé lui, que d'avoir dérangé les participants.

Le contexte actuel du Québec et possiblement d'autres pays où l'accès aux services de santé mentale demeure préoccupant nécessite une solution novatrice pour un accès plus rapide et une meilleure répartition des services psychologiques spécialisés à travers les régions. Afin d'offrir des soins optimaux en santé mentale, il apparaît essentiel de considérer de nouvelles approches qui peuvent étendre l'accès à des soins thérapeutiques efficaces. Alors, la prestation de services psychothérapeutiques, via la vidéoconférence, semble tout indiquée, surtout qu'elle permet au client ainsi qu'à son thérapeute, situés dans des lieux différents, d'interagir simultanément. Qui plus est, l'avantage pour le thérapeute provient du fait qu'il peut observer le langage verbal ainsi que non verbal de son client à distance comparativement à d'autres modalités de thérapie à distance comme le téléphone et les courriers électroniques.

À notre connaissance, aucune étude contrôlée portant sur le traitement par télépsychothérapie auprès d'individus ayant un TAG n'a été publiée. Pourtant, les caractéristiques propres à chaque trouble peuvent affecter différemment l'efficacité de la TCC administrée au moyen de la vidéoconférence, d'où l'intérêt de l'évaluer auprès d'individus ayant le même trouble primaire. La présente étude, bien qu'exploratoire, révèle des résultats prometteurs et encourage à ce que d'autres études investiguent cette aire de recherche pour les personnes souffrant de TAG. Subséquemment, si le traitement en vidéoconférence s'avère aussi efficace que le traitement conventionnel pour le TAG, le développement des ressources de vidéoconférence dans le réseau de la santé peut être une solution intéressante pour augmenter l'efficacité dudit réseau surtout dans les milieux qui n'ont pas accès à des ressources spécialisées. En effet, il est souhaitable de voir ainsi s'enchaîner une réduction des listes d'attente et des transferts de clients vers les centres spécialisés, une diminution des coûts et des déplacements, de même qu'un raffinement des diagnostics psychologiques, les clients étant évalués plus aisément par des spécialistes. Finalement, nous espérons que la poursuite des études dans le domaine de l'efficacité des thérapies administrées en vidéoconférence conduise éventuellement à l'augmentation de la satisfaction des usagers envers les services de santé mentale au Québec et ailleurs dans le monde. Il est d'ailleurs possible que ces traitements à distance puissent éventuellement être

administrés directement au domicile des individus, peu importe leur localisation géographique, offrant alors un accès presque immédiat, rapide et pratique aux professionnels autant qu'un accès au thérapeute spécifique de leur choix, rehaussant ainsi la qualité des services.

3.5 Diffusion des résultats

En ce qui concerne le transfert des connaissances acquises par cette étude, un article scientifique présentant les résultats de la présente étude a déjà été soumis pour publication à la « Revue européenne de psychologie appliquée » (voir Appendice K). De plus, nous prévoyons communiquer nos résultats par affichage dans des prochains congrès scientifiques ainsi qu'au moyen de présentations orales dans divers milieux cliniques et académiques.

3.6 Conclusion générale

L'étude actuelle constitue un effort important permettant de démontrer que la TCC en vidéoconférence pour traiter le TAG représente une avenue valable et prometteuse pouvant être intégrée dans le réseau de santé. En effet, les traitements à distance pourront éventuellement permettre d'octroyer des services aux individus provenant de milieux moins bien desservis. Il semble, à première vue, judicieux de rendre cette technologie accessible au public au même titre que les autres services de télésanté. Il demeure toutefois important de maintenir, si possible, la modalité thérapeutique conventionnelle en face à face comme première modalité de traitement, même si les recherches futures démontrent l'équivalence de la thérapie en vidéoconférence et de la thérapie conventionnelle. De fait, la télépsychothérapie demeure moins fiable que la thérapie conventionnelle, puisqu'elle implique la possibilité de problèmes techniques, en plus de nécessiter des ressources professionnelles et techniques sur place. La télépsychothérapie pourrait donc pallier au désavantage de la thérapie conventionnelle quant au manque d'accessibilité et de rapidité des services psychologiques, sans toutefois la distancer ni la remplacer.

D'autre part, il semble primordial que soient mises en place des normes cliniques et technologiques ayant pour objectif une utilisation optimale de la télépsychothérapie. Enfin, les dimensions organisationnelles, éthiques, économiques et humaines devront être davantage explorées afin de faciliter une implantation judicieuse des services de psychothérapie administrés par vidéoconférence.

APPENDICE A

APPROBATIONS DES COMITÉS SCIENTIFIQUES ET D'ÉTHIQUE DE LA
RECHERCHE



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Comité d'éthique de la recherche
Lettres et sciences humaines
Sherbrooke (Québec) J1K 2R1

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Titre du projet : L'efficacité d'une thérapie cognitive-comportementale du trouble d'anxiété généralisée administrée par vidéoconférence

Projet subventionné Projet non subventionné Projet de maîtrise ou de doctorat

Organisme subventionnaire : Le groupe de recherche sur l'anxiété et la panique (GRAP)

Nom de l'étudiante ou de l'étudiant : Nathalie Théberge-Lapointe

Nom de la directrice ou du directeur :

Nom du ou de la responsable : Patrick Gosselin, André MArchand et Frédéric Langlois

DÉCISION : Favorable Unanime Majoritaire
Défavorable Unanime Majoritaire

DÉCISION DIFFÉRÉE :

SUIVI ÉTHIQUE :

6 mois 1 an

ou

sous la responsabilité de la directrice ou du directeur du projet

COMMENTAIRES :

Dominique Lorrain

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

Date : 7 octobre 2009

 **Université du Québec à Trois-Rivières**
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

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

Titre du projet : L'efficacité d'une thérapie cognitive-comportementale du trouble d'anxiété généralisée administrée par vidéoconférence

Chercheurs : Frédéric Langlois
 Département de psychologie

Organismes : Le Groupe de Recherche sur l'Anxiété de la Panique (GRAP)

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

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 24 septembre 2009

Date de fin : 24 septembre 2010

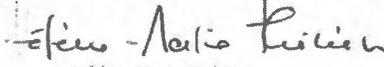
COMPOSITION DU COMITÉ :

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

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

SIGNATURES :

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


 Hélène-Marie Thérien
 Présidente du comité


 Martine Y. Tremblay
 Secrétaire du comité

Date d'émission : 24 septembre 2009

N° du certificat : CER-09-150-06.04

DECSR

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

Comité départemental d'éthique

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

Le Comité d'éthique du département de psychologie, mandaté à cette fin par l'Université du Québec à Montréal, a examiné le protocole de recherche suivant:

Étudiante : Nathalie Théberge-Lapointe
 Directeur : André Marchand
 Département : Psychologie
 Titre : L'efficacité d'une thérapie cognitive-comportementale du trouble d'anxiété généralisée administrée par vidéoconférence.

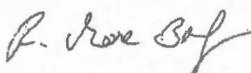
Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond entièrement aux normes établies par la "Politique institutionnelle de déontologie" de l'UQAM.

Le projet est jugé recevable sur le plan éthique.

Membres du Comité:

NOM	POSTE OCCUPÉ	DÉPARTEMENT
Mara Brendgen	Professeure	Psychologie
Christian Thiboutot	Professeur	Psychologie
Catherine Amiot	Professeure	Psychologie
Maryvonne Merri	Professeure	Psychologie

21 octobre 2009
Date


Mara Brendgen
Présidente du comité départemental

APPENDICE B

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet

Efficacité d'une Thérapie Cognitive-Comportementale du Trouble d'Anxiété Généralisée Administrée par Vidéoconférence

Personnes responsables du projet

Chercheure responsable :

Nathalie Thêberge-Lapointe

Téléphone : (514) 885-0557

Étudiante au doctorat au département de psychologie de l'UQÀM,

Sous la supervision de:

André Marchand Ph.D., Psychologue-chercheur

Téléphone : (514) 351-4015 poste 3147

Professeur au département de psychologie de l'UQÀM

Avec la collaboration de :

Patrick Gosselin Ph.D., Psychologue-chercheur

Téléphone : (514) 819-8000 poste 63811

Professeur au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke

Frédéric Langlois Ph.D., Psychologue-chercheur

Téléphone : (819)-376-5011 poste 3557

Professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Ce projet est réalisé dans le cadre du doctorat en psychologie de Nathalie Thêberge-Lapointe.

Madame Thêberge Lapointe assurera la coordination du projet. Vous pouvez la joindre pour toute information ou tout problème relié au projet de recherche.

Objectifs du projet¹

L'objectif de cette recherche consiste à évaluer l'efficacité d'un traitement psychologique conventionnel d'approche cognitive-comportementale pour le trouble d'anxiété généralisée (TAG) administré par vidéoconférence. La vidéoconférence consiste en un système de communication interactif qui permet à des personnes situées à différents endroits de s'entendre et de se voir simultanément et en temps réel grâce à un écran vidéo. Le site primaire de la présente étude,

¹ Justification du recours à des êtres humains et du choix du groupe. Les informations à ce sujet se retrouvent dans la section sur l'objectif et les buts ou la nature de participation. Dans ce cas-ci, il est clair que le recours à des personnes vivant de l'anxiété est nécessaire pour la réalisation de cette recherche.

Initiales du participant : _____

Version 1 datée du 25 juillet 2009

c'est-à-dire l'endroit où se trouve le client, est le Centre d'intervention psychologique de l'Université de Sherbrooke. La psychologue, Marie-Ève Pelland, octroiera la télépsychothérapie à partir du site secondaire, l'Université du Québec à Montréal.

Critères d'inclusion et d'exclusion à la participation

L'inclusion dans l'étude requiert l'atteinte de ces critères: (a) être âgés entre 18 et 65 ans, (b) remplir les critères diagnostiques du trouble d'anxiété généralisée.

L'individu ne pourra participer à l'étude s'il possède: (a) un diagnostic principal autre que le trouble d'anxiété généralisée; (b) un diagnostic secondaire actuel ou passé de schizophrénie, de trouble psychotique, de trouble bipolaire, de trouble organique cérébral ou de déficience intellectuelle; (c) un diagnostic secondaire actuel de trouble de la personnalité, d'abus ou de dépendance de substances; (d) une condition physique contre-indiquant la participation à l'étude (par ex.: troubles visuels, épilepsie); (e) s'il a suivi une thérapie cognitive-comportementale au cours de la dernière année; (f) s'il prend une médication de type anxiolytique depuis moins de trois mois et/ou des antidépresseurs depuis moins de six mois; (g) s'il démontre des intentions suicidaires; ou (h) ne pas maîtriser le français oral et écrit.

Enfin, les participants à l'étude doivent accepter, dans la mesure du possible, c'est-à-dire si la condition du client le permet, de (a) ne pas participer à une autre psychothérapie ou un groupe de soutien pendant le traitement; (b) ne pas modifier ni le type ni le dosage de leur médication pour la durée de l'étude; (c) être disponibles pour les visites requises durant l'étude. Advenant que ces derniers critères ne soient pas respectés au cours de l'étude, le participant concerné ne pourra poursuivre l'étude et des ressources alternatives lui seront suggérées.

Raison et nature de la participation

Phase I: Évaluation Initiale et délai

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez tout d'abord rencontré(e) à la clinique pour une évaluation psychologique par un(e) assistant(e) de recherche. Cette évaluation se fera à l'aide de deux rencontres d'une durée d'environ 1h30 chacune (impliquant une entrevue et des questionnaires à remplir) et vise à vérifier votre éligibilité à cette étude. Les entrevues seront enregistrées sur bande audio pour nous permettre une écoute ultérieure visant à assurer la qualité des entrevues. Dans le cas où vous seriez éligible, l'assistant(e) vous expliquera la démarche à suivre avant votre traitement.

Des carnets d'auto-observations quotidiennes et une enveloppe pré-adressée et préaffranchie vous seront remis afin de compléter l'évaluation. Les carnets devront être complétés tous les jours afin d'évaluer la variation de votre niveau d'anxiété (temps requis : environ 1 minute). Deux semaines après la rencontre initiale d'évaluation, une première rencontre avec la psychologue aura lieu en vidéoconférence. Il est à noter que le délai d'attente pour commencer le début du traitement variera pour chaque participant. Ainsi, soit vous débuterez votre télépsychothérapie immédiatement, soit vous serez invité à participer à une session prétraitement de 30 minutes n'impliquant aucune intervention thérapeutique mais où vous serez encouragé à vous exprimer librement. Dans le cas où vous ne débuteriez pas la télépsychothérapie lors de la première séance, la psychologue fera un court suivi téléphonique (environ 5 à 10 minutes) avec vous au cours de la semaine suivante afin d'évaluer votre état. Deux semaines après cette première rencontre en vidéoconférence, une nouvelle rencontre aura lieu. À nouveau, il est possible que vous débutiez votre télépsychothérapie ou que vous suiviez une session prétraitement. Cette procédure se

Initiales du participant : _____

Version 1 datée du 25 juillet 2009

poursuivra toutes les deux semaines jusqu'à un maximum de quatre sessions prétraitements. Il est donc possible que vous débutiez votre traitement au maximum 10 semaines suite à votre évaluation initiale. Le choix du moment où vous débuterez votre traitement sera établi par les conditions de la recherche, il ne vous sera donc pas possible d'effectuer ce choix. Si vous avez l'impression que ce type de procédure ne vous convient pas, il vous sera possible de mettre fin à votre participation. Si vous le désirez, vous pourrez alors être référé à d'autres ressources appropriées.

Toutes les sessions prétraitement ainsi que les sessions thérapeutiques seront enregistrées sur bande audio-vidéo afin d'être visionnées par la suite et assurer la qualité des interventions de la psychologue.

Phase II : Traitements

Vous bénéficierez d'une télépsychothérapie individuelle de type cognitive et comportementale pour le traitement des personnes présentant un trouble d'anxiété généralisée. Cette thérapie sera d'une durée approximative de 14 semaines, à raison d'une rencontre d'une heure et sera offerte par une psychologue spécialement formée et entraînée 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 amené(e)s à une prise en charge autonome progressive avec le soutien de leur thérapeute. Vos rencontres auront lieu au Centre d'intervention psychologique de l'Université de Sherbrooke. La psychologue vous offrira la thérapie à partir du site secondaire, c'est-à-dire l'Université du Québec à Montréal. Un assistant de recherche vous accueillera à chaque rencontre et demeurera disponible en cas d'urgence.

Les participant(e)s qui seraient amené(e)s à une nouvelle médication pour les symptômes d'anxiété de type « inquiétudes » (anxiolytiques ou antidépresseurs) pendant la durée du traitement et des suivis (douze mois) ne pourront être maintenus dans l'étude pour des raisons d'évaluation des interventions thérapeutiques.

Phase III : Suivis

Huit semaines après le début du traitement (c'est-à-dire au milieu du traitement) ainsi que deux semaines, trois et douze mois après la fin du traitement, vous aurez une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer vos progrès. Les deux premiers suivis auront lieu au Centre d'intervention psychologique de l'Université de Sherbrooke. Ils comprendront chacune la complétion de questionnaires ainsi qu'une entrevue qui sera encore une fois enregistrée sur bande audio pour permettre une écoute ultérieure et assurer sa qualité. De plus, les deux derniers suivis (trois et douze mois suite à la thérapie) nous communiquerons avec vous pour une entrevue téléphonique d'environ vingt minutes et nous vous demanderons de remplir une série de questionnaires à la maison. Ces questionnaires vous prendront moins de cinquante minutes à compléter. Vous devrez les remplir et nous les retourner par la poste dans une enveloppe préaffranchie et préadressée que nous aurons prévue à cet effet. Par ailleurs, à quatre reprises vous aurez à remplir un court questionnaire aussitôt une session thérapeutique complétée. Enfin, chaque jour pendant le traitement ainsi que pendant 14 journées consécutives deux semaines, trois et douze mois après la fin du traitement, vous aurez à remplir des carnets d'auto-observations.

Initiales du participant : _____
Version I datée du 25 juillet 2009

Moments et nature des évaluations

	Avant le traitement	Au milieu du traitement	Deux semaines suite au traitement	Trois mois suite au traitement	Douze mois suite au traitement
Entrevues	Oui	Oui	Oui	Oui (téléphone)	Oui (téléphone)
Questionnaires	Oui	Oui (et un court à compléter suite à quatre séances)	Oui	Oui (envoi postal)	Oui (envoi postal)
Carnets d'auto-observations	Tous les jours			14 jours consécutifs	14 jours consécutifs

En résumé, votre collaboration à cette étude exige tout d'abord de compléter une entrevue clinique, des carnets d'auto-observations quotidiennes et certains questionnaires avant, pendant et après le traitement. Aussi, votre participation implique de suivre 14 sessions de psychothérapie en individuel pour traiter vos difficultés, et d'accomplir des exercices à la maison.

Avantages pouvant découler de la participation

Tout d'abord, les participant(e)s pourront bénéficier d'un traitement à la fine pointe des connaissances et de la technologie. De plus, cette étude permettra d'accroître la compréhension de l'impact et de l'efficacité des traitements en vidéoconférence. Elle permettra d'augmenter l'accessibilité d'un traitement pour les individus n'ayant pas accès à un service professionnel spécialisé. Si elle s'avère efficace, cette nouvelle forme d'intervention technologique pourrait aussi permettre aux clientèles cibles de recevoir plus rapidement des services de pointe administrés par des professionnels de la santé experts dans leur domaine. Par le fait même, nous pourrions voir apparaître une augmentation de la satisfaction des usagers(ères) du système de soins de santé.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Aucun inconvénient majeur ne peut découler de votre participation. Cependant, outre le temps et le déplacement consacrés à votre participation, vous pourriez ressentir à certaines occasions de l'anxiété (normale). Aussi, votre participation pourrait susciter des remises en question de votre part. On vous suggère fortement d'en discuter avec votre thérapeute, le cas échéant. En cas de survenue d'un problème technique du système de vidéoconférence, un technicien sur place s'occupera immédiatement de la situation. Si le problème n'est pas réglé rapidement, le reste de la session thérapeutique se réalisera par le biais d'un téléphone.

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

Initiales du participant : _____

Version 1 datée du 25 juillet 2009

5

moment, arrêter la séance, vous reposer, poser des questions et exprimer vos inquiétudes. Par ailleurs, un(e) assistant(e) de recherche demeurera disponible au site primaire en cas de besoin.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Vous êtes tout à fait libre de participer à cette recherche et vous pouvez vous en désister à tout moment, et ce, sans aucun préjudice. Par ailleurs, les responsables de la recherche peuvent interrompre, sans votre consentement, votre participation à cette étude, pour les raisons suivantes: a) ils estiment que votre état physique ou psychologique nécessite un autre suivi plus approprié; b) vous refusez de suivre les consignes de l'étude.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits?

- Oui
 Non

Compensations financières

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

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Un soin particulier sera accordé à la confidentialité et à l'anonymat des données recueillies au cours de la recherche. Un code numérique sera toujours employé en remplacement de votre nom (votre nom figurera seulement sur ce formulaire de consentement) rendant ainsi toute identification impossible et ce, même pour le personnel de recherche. Les questionnaires, entrevue semi-structurées et les enregistrements des sessions de psychothérapie seront codés et gardés dans un classeur sous clé en possession du responsable de la recherche. Toutes les données, y compris les enregistrements audio et vidéo vous concernant, seront conservées pendant sept ans après la fin de l'étude et détruites à la fin de ce délai.

Il est possible que les informations recueillies à l'aide des questionnaires et entrevues fassent l'objet de communications scientifiques. Les résultats seront toutefois présentés de manière à garantir la confidentialité des renseignements et des données et préserver l'anonymat des participants. La chercheuse responsable, Nathalie Thèberge-Lapointe, s'engage à vous informer des résultats obtenus si vous le désirez.

Le souhaitez-vous?

- Oui
 Non

Enregistrement audio et vidéo

Tel que mentionné précédemment, le projet de recherche comprend un enregistrement audio des entrevues d'évaluation et un enregistrement audio-vidéo des sessions thérapeutiques. Évidemment, ce matériel ne servira qu'aux seules fins du présent projet.

Initiales du participant : _____
 Version I datée du 25 juillet 2009

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec la chercheuse responsable du projet ou le chercheur responsable du site Sherbrooke, soit Patrick Gosselin au (819) 821-8000, #63811. Vous pouvez aussi expliquer vos préoccupations à Mme Dominique Lorrain, présidente du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : (819) 821-8000 poste 62644, ou par courriel à : cer_lsh@USherbrooke.ca.

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (nom en lettres majuscules), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : _____
Fait à _____, le _____ 200_.

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, Nathalie Thèberge-Lapointe chercheur principal de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que mon équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du chercheur principal de l'étude : _____

Je, André Marchand superviseur du chercheur principal de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que mon équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

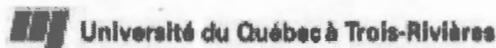
Signature du superviseur de l'étude : _____

Initiales du participant : _____
Version 1 datée du 25 juillet 2009

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je, _____ (*nom en lettres moulées*), certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature : _____
Fait à _____, le _____ 200_.



LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche : L'Efficacité d'une Thérapie Cognitive-Comportementale du Trouble d'Anxiété Généralisée Administrée par Vidéoconférence

Chercheurs responsables :

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

Nathalie Thèberge-Lapointe Téléphone : (514) 885-0557
 Étudiante au doctorat au département de psychologie de l'UQAM

Sous la supervision de :

André Marchand Ph.D., Psychologie, Téléphone : (514) 251-4015 poste 3147
 Département de psychologie Université du Québec à Montréal

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

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche portant sur votre trouble anxieux. 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.

Objectifs

L'objectif de cette recherche consiste à évaluer l'efficacité d'un traitement psychologique conventionnel d'approche cognitive-comportementale pour le trouble de l'anxiété généralisée (TAG) administré par vidéoconférence. La vidéoconférence consiste en un système de communication interactif qui permet à des personnes situées à différents endroits de s'entendre et de se voir simultanément et en temps réel grâce à un écran vidéo. Le site primaire de la présente étude, c'est-à-dire l'endroit où se trouve le client, est le laboratoire de recherche en santé mentale de l'Université du Québec à Trois-Rivières. La psychologue, Marie-Ève Pelland, octroyera la télépsychothérapie à partir du site secondaire, l'Université du Québec à Montréal.

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre participation de manière que vous puissiez décider si vous voulez participer à cette étude de manière à ce que vous puissiez prendre une décision éclairée. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement

Psychothérapie en vidéoconférence

attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser avant de décider de participer ou non à l'étude. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin et consulter les personnes de votre choix avant de prendre votre décision.

Critères d'inclusion et d'exclusion à la participation

L'inclusion dans l'étude requiert l'atteinte de ces critères: (a) être âgés entre 18 et 65 ans, (b) remplir les critères diagnostiques du trouble d'anxiété généralisée.

L'individu ne pourra participer à l'étude s'il possède: (a) un diagnostic principal autre que le trouble d'anxiété généralisée; (b) un diagnostic secondaire actuel ou passé de schizophrénie, de trouble psychotique, de trouble bipolaire, de trouble organique cérébral ou de déficience intellectuelle; (c) un diagnostic secondaire actuel de trouble de la personnalité, d'abus ou de dépendance de substances; (d) une condition physique contre-indiquant la participation à l'étude (par ex.: troubles visuels, épilepsie); (e) s'il a suivi une thérapie cognitive-comportementale au cours de la dernière année; (f) s'il prend une médication de type anxiolytique depuis moins de trois mois et/ou des antidépresseurs depuis moins de six mois; (g) s'il démontre des intentions suicidaires; ou (h) ne pas maîtriser pas le français oral et écrit.

Enfin, les participant(e)s à l'étude doivent accepter, dans la mesure du possible, c'est-à-dire si la condition du client le permet, de (a) ne pas participer à une autre psychothérapie ou un groupe de soutien pendant le traitement; (b) ne pas modifier ni le type ni le dosage de leur médication pour la durée de l'étude; (c) être disponibles pour les visites requises durant l'étude. Advenant que ces derniers critères ne soient pas respectés au cours de l'étude, le(ou la) participant(e) concerné(e) ne pourra poursuivre l'étude et des ressources alternatives lui seront suggérées.

Tâches

Phase I : Évaluation initiale et délai

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez tout d'abord rencontré(e) à la clinique pour une évaluation psychologique par un(e) assistant(e) de recherche. Cette évaluation se fera à l'aide de deux rencontres d'une durée d'environ 1h30 chacune (impliquant une entrevue et des questionnaires à remplir) et vise à vérifier votre éligibilité à cette étude. Les entrevues seront enregistrées sur bande audio pour nous permettre une écoute ultérieure visant à assurer la qualité des entrevues. Dans le cas où vous seriez éligible, l'assistant(e) vous expliquera la démarche à suivre avant votre traitement.

Des carnets d'auto-observations quotidiennes et une enveloppe pré-adressée et préaffranchie vous seront remis afin de compléter l'évaluation. Les carnets devront être complétés tous les jours afin d'évaluer la variation de votre niveau d'anxiété (temps requis : environ 1 minute). Deux semaines après la rencontre initiale d'évaluation, une première rencontre avec la psychologue aura lieu en vidéoconférence. Il est à noter que le délai d'attente pour commencer le début du traitement variera pour chaque participant(e). Ainsi, soit vous débuterez votre télépsychothérapie immédiatement, soit vous serez invité à participer à une session prétraitement de 30 minutes n'impliquant aucune intervention

Numéro du certificat : CER-09-150-06.04

Certificat émis le 24 septembre 2009

Psychothérapie en vidéoconférence

thérapeutique mais où vous serez encouragé à vous exprimer librement. Dans le cas où vous ne débiteriez pas la télépsychothérapie lors de la première séance, la psychologue fera un court suivi téléphonique (environ 5 à 10 minutes) avec vous au cours de la semaine suivante afin d'évaluer votre état. Deux semaines après cette première rencontre en vidéoconférence, une nouvelle rencontre aura lieu. À nouveau, il est possible que vous débutez votre télépsychothérapie ou que vous suiviez une session prétraitement. Cette procédure se poursuivra toutes les deux semaines jusqu'à un maximum de quatre sessions prétraitements. Il est donc possible que vous débutez votre traitement au maximum 10 semaines suite à votre évaluation initiale. Le choix du moment où vous débutez votre traitement sera établi par les conditions de la recherche, il ne vous sera donc pas possible d'effectuer ce choix. Si vous avez l'impression que ce type de procédure ne vous convient pas, il vous sera possible de mettre fin à votre participation. Si vous le désirez, vous pourrez alors être référé à d'autres ressources appropriées.

Toutes les sessions prétraitement ainsi que les sessions thérapeutiques seront enregistrées sur bande audio-vidéo afin d'être visionnées par la suite et assurer la qualité des interventions de la psychologue.

Phase II : Traitements

Vous bénéficierez d'une télépsychothérapie individuelle de type cognitive et comportementale pour le traitement des personnes présentant un trouble d'anxiété généralisée. Cette thérapie sera d'une durée approximative de 14 semaines, à raison d'une rencontre d'une heure et sera offerte par une psychologue spécialement formée et entraînée 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 amené(e)s à une prise en charge autonome progressive avec le soutien de leur thérapeute. Vos rencontres auront lieu à l'UQTR dans les locaux du laboratoire de recherche en santé mentale. La psychologue vous offrira la thérapie à partir du site secondaire, c'est-à-dire l'Université du Québec à Montréal. Un(e) assistant(e) de recherche vous accueillera à chaque rencontre et demeurera disponible en cas d'urgence.

Les participant(e)s qui seraient amené(e)s à une nouvelle médication pour les symptômes d'anxiété de type « inquiétudes » (anxiolytiques ou antidépresseurs) pendant la durée du traitement et des suivis (douze mois) ne pourront être maintenus dans l'étude pour des raisons d'évaluation des interventions thérapeutiques.

Phase III : Suivis

Huit semaines après le début du traitement (c'est-à-dire au milieu du traitement) ainsi que deux semaines, trois et douze mois après la fin du traitement, vous aurez une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer vos progrès. Les deux premiers suivis auront lieu au Centre d'intervention psychologique de l'Université de Sherbrooke. Chaque suivi comprendra des questionnaires à compléter ainsi qu'une entrevue qui sera encore une fois enregistrée sur bande audio pour permettre une écoute ultérieure et assurer sa qualité. De plus, après les deux derniers suivis (trois et douze mois

Psychothérapie en vidéoconférence

suite à la thérapie) nous communiquerons avec vous pour une entrevue téléphonique d'environ vingt minutes et nous vous demanderons de remplir une série de questionnaires à la maison. Ces questionnaires vous prendront moins de cinquante minutes à compléter. Vous devrez les remplir et nous les retourner par la poste dans une enveloppe préaffranchie et préadressée que nous aurons prévue à cet effet. Par ailleurs, à quatre reprises vous aurez à remplir un court questionnaire aussitôt une session thérapeutique complétée. Enfin, chaque jour pendant le traitement ainsi que pendant 14 journées consécutives deux semaines, trois et douze mois après la fin du traitement, vous aurez à remplir des carnets d'auto-observations.

Moments et nature des évaluations

	Avant le traitement	En milieu du traitement	Deux semaines suite au traitement	Trois mois suite au traitement	Deux mois suite au traitement
Entrevues	Oui	Oui	Oui	Oui (téléphone)	Oui (téléphone)
Questionnaires	Oui	Oui (et un court à compléter suite à quatre séances)	Oui	Oui (envoi postal)	Oui (envoi postal)
Carnets d'auto-observations	Tous les jours			14 jours consécutifs	14 jours consécutifs

En résumé, votre collaboration à cette étude exige tout d'abord de compléter une entrevue clinique, des carnets d'auto-observations quotidiennes et certains questionnaires avant, pendant et après le traitement. Aussi, votre participation implique de suivre 14 sessions de psychothérapie en individuel pour traiter vos difficultés, et d'accomplir des tâches, des devoirs à la maison.

Risques, inconvénients, inconforts

La participation à ce projet ne vous fait courir aucun risque connu sur le plan médical et psychologique. Il est possible qu'en exécutant les exercices demandés pendant ou entre les rencontres d'intervention, vous éprouviez un certain niveau d'anxiété ou d'inquiétude comparable à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations et qui pourrait être inconfortable pour certaines personnes. Ceci ne pose aucun danger et la majorité des participant(e)s affirment dans ce type d'intervention que l'expérience est bien moins pénible qu'anticipée. Il n'y a donc pas de risques connus à ce jour à participer à cette étude. En ce sens, des moyens seront mis en place afin que vous vous sentiez supporté lors des rencontres. Soyez assuré que la thérapeute saura entretenir un climat d'acceptation et de respect. Vous pouvez, à tout moment, arrêter la séance, vous reposer, poser des questions et exprimer vos inquiétudes. Par ailleurs, un(e) assistant(e) de recherche demeurera disponible au site même en cas de besoin. De plus, aucun inconvénient majeur ne peut découler de votre participation outre vos déplacements et le temps consacrés à votre participation (soit approximativement entre 60 minutes et 90 minutes au total pour chacun des cinq moments de passation des questionnaires et de l'entrevue et environ une minute par jour pour la complétion des carnets d'auto-observations quotidiennes). D'autre part, en cas de problème technique majeur du système de vidéoconférence, un technicien sur place s'occupera immédiatement de la

Numéro du certificat : CER-09-150-06.04

Certificat émis le 24 septembre 2009

Psychothérapie en vidéoconférence

situation. Si le problème n'est pas réglé rapidement, le reste de la session thérapeutique se réalisera par le biais d'un téléphone.

Bénéfices

Tout d'abord, les participant(e)s pourront bénéficier d'un traitement à la fine pointe des connaissances et de la technologie. De plus, cette étude permettra d'accroître la compréhension de l'impact et de l'efficacité des traitements en vidéoconférence. Elle permettra d'augmenter l'accessibilité d'un traitement pour les individus n'ayant pas accès à un service professionnel spécialisé. Si elle s'avère efficace, cette nouvelle forme d'intervention technologique pourrait aussi permettre aux clientèles cibles de recevoir plus rapidement des services de pointe administrés par des professionnels de la santé experts dans leur domaine. Aucune compensation financière n'est prévue dans le cadre de cette étude. Cependant, vous bénéficierez d'un traitement psychologique gratuit.

Confidentialité

Un soin particulier sera accordé à la confidentialité et à l'anonymat des données recueillies au cours de la recherche. Un code numérique sera toujours employé en remplacement de votre nom (votre nom figurera seulement sur ce formulaire de consentement) rendant ainsi toute identification impossible et ce, même pour le personnel de recherche. Les questionnaires, entrevue semi-structurées et les enregistrements des sessions de psychothérapie seront codés et gardés dans un classeur sous clé tout d'abord à l'Université du Québec à Trois-Rivières puis à l'Université du Québec à Montréal en possession du responsable de la recherche à Trois-Rivières puis de la coordonnatrice de la recherche à Montréal. En cas de présentation des résultats de cette recherche ou de publication d'un article dans des revues spécialisées, rien ne pourra permettre de vous identifier ou de vous retracer car les informations porteront uniquement sur des résultats généraux. Si vous le désirez, vous pourrez être informé des résultats obtenus en contactant le chercheur responsable. Toutes les données, y compris les enregistrements audio et vidéo vous concernant, seront conservées pendant sept ans après la fin de l'étude et détruites à la fin de ce délai et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un(e) participant(e) en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable de l'étude

Psychothérapie en vidéoconférence

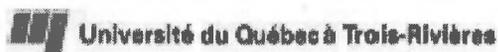
Nathalie Thèberge-Lapointe au (514) 885-0557 ou le chercheur responsable du site de l'UQTR, Frédéric Langlois (819) 376-5011 poste 3557.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-09-150-06.04 a été émis le 24 septembre 2009.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, Mme Martine Tremblay, par téléphone (819) 376-5011 poste 2136 ou par courrier électronique Cereh@uqtr.ca.

Psychothérapie en vidéoconférence



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement du chercheur

Moi, Frédéric Langlois m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du(ou de la) participant(e)

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet « L'Efficacité d'une Thérapie Cognitive-Comportementale du Trouble d'Anxiété Généralisée Administrée par Vidéoconférence ». J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucune pénalité.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant(e):	Chercheur : Frédéric Langlois
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

UQÀM

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet

Efficacité d'une Thérapie Cognitive-Comportementale du Trouble d'Anxiété Généralisée Administrée par Vidéoconférence

Personnes responsables du projet

Chercheure responsable :

Nathalie Thèberge-Lapointe

Téléphone : (514) 885-0557

Étudiante au doctorat au département de psychologie de l'UQÀM,

Sous la supervision de:

André Marchand Ph.D., Psychologue-chercheur

Téléphone : (514) 251-4015 poste 3147

Professeur au département de psychologie de l'UQÀM

Avec la collaboration de :

Patrick Gosselin Ph.D., Psychologue-chercheur

Téléphone : (514) 819-8000 poste 63811

Professeur au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke

Frédéric Langlois Ph.D., Psychologue-chercheur

Téléphone : (819)-376-5011 poste 3557

Professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Ce projet est réalisé dans le cadre du doctorat en psychologie de Nathalie Thèberge-Lapointe. Madame Thèberge Lapointe assurera la coordination du projet. Vous pouvez la joindre pour toute information ou tout problème relié au projet de recherche.

Objectifs du projet¹

L'objectif de cette recherche consiste à évaluer l'efficacité d'un traitement psychologique conventionnel d'approche cognitive-comportementale pour le trouble d'anxiété généralisée (TAG) administré par vidéoconférence. La vidéoconférence consiste en un système de communication interactif qui permet à des personnes situées à différents endroits de s'entendre et de se voir simultanément et en temps réel grâce à un écran vidéo. Le site primaire de la présente étude,

¹ Justification du recours à des êtres humains et du choix du groupe. Les informations à ce sujet se retrouvent dans la section sur l'objectif et les buts ou la nature de participation. Dans ce cas-ci, il est clair que le recours à des personnes vivant de l'anxiété est nécessaire pour la réalisation de cette recherche.

Initiales du participant : _____

Version finale datée du 23 avril 2010

c'est-à-dire l'endroit où se trouve le client, est l'Université du Québec à Montréal. Le psychologue, Daniel Drouin Rousseau, octroiera la télépsychothérapie à partir du site secondaire, le Centre d'intervention psychologique de l'Université du Sherbrooke.

Critères d'inclusion et d'exclusion à la participation

L'inclusion dans l'étude requiert l'atteinte de ces critères: (a) être âgés entre 18 et 65 ans, (b) remplir les critères diagnostiques du trouble d'anxiété généralisée. L'individu ne pourra participer à l'étude s'il possède: (a) un diagnostic principal autre que le trouble d'anxiété généralisée; (b) un diagnostic secondaire actuel ou passé de schizophrénie, de trouble psychotique, de trouble bipolaire, de trouble organique cérébral ou de déficience intellectuelle; (c) un diagnostic secondaire actuel de trouble de la personnalité, d'abus ou de dépendance de substances; (d) une condition physique contre-indiquant la participation à l'étude (par ex.: troubles visuels, épilepsie); (e) s'il a suivi une thérapie cognitive-comportementale au cours de la dernière année; (f) s'il prend une médication de type anxiolytique depuis moins de trois mois et/ou des antidépresseurs depuis moins de six mois; (g) s'il démontre des intentions suicidaires; ou (h) ne pas maîtriser pas le français oral et écrit.

Enfin, les participants à l'étude doivent accepter, dans la mesure du possible, c'est-à-dire si la condition du client le permet, de (a) ne pas participer à une autre psychothérapie ou un groupe de soutien pendant le traitement; (b) ne pas modifier ni le type ni le dosage de leur médication pour la durée de l'étude; (c) être disponibles pour les visites requises durant l'étude. Advenant que ces derniers critères ne soient pas respectés au cours de l'étude, le participant concerné sera rencontré et informé de son exclusion. Des références pourront alors lui être suggérées au besoin. Les participants exclus pourront compléter la démarche de traitement en cours s'ils le désirent et que leur condition le justifie.

Raison et nature de la participation

Phase I : Évaluation Initiale et délai

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez tout d'abord rencontré(e) à l'UQAM par un(e) assistant(e) de recherche. Cette évaluation se fera à l'aide de deux rencontres d'une durée d'environ 1h30 chacune (impliquant une entrevue et des questionnaires à remplir) et vise à vérifier votre éligibilité à cette étude. Les entrevues seront enregistrées sur bande audio pour nous permettre une écoute ultérieure visant à assurer la qualité des entrevues. Dans le cas où vous seriez éligible, l'assistant(e) vous expliquera la démarche à suivre avant votre traitement.

Des carnets d'auto-observations quotidiennes et une enveloppe pré-adressée et préaffranchie vous seront remis afin de compléter l'évaluation. Les carnets devront être complétés tous les jours afin d'évaluer la variation de votre niveau d'anxiété (temps requis : environ 1 minute). Deux semaines après la rencontre initiale d'évaluation, une première rencontre avec la psychologue aura lieu en vidéoconférence. Il est à noter que le délai d'attente pour commencer le début du traitement variera pour chaque participant. Ainsi, soit vous débuterez votre télépsychothérapie immédiatement, soit vous serez invité à participer à une session prétraitement de 30 minutes n'impliquant aucune intervention thérapeutique mais où vous serez encouragé à vous exprimer librement. Dans le cas où vous ne débuteriez pas la télépsychothérapie lors de la première séance, la psychologue fera un court suivi téléphonique (environ 5 à 10 minutes) avec vous au cours de la semaine suivante afin d'évaluer votre état. Deux semaines après cette première rencontre en vidéoconférence, une nouvelle rencontre aura lieu. À nouveau, il est possible que vous débutiez votre télépsychothérapie ou que vous suiviez une session prétraitement. Cette procédure se

Initiales du participant : _____

Version finale datée du 22 avril 2010

poursuivra toutes les deux semaines jusqu'à un maximum de quatre sessions prétraitements. Il est donc possible que vous débutiez votre traitement au maximum 10 semaines suite à votre évaluation initiale. Le moment où vous débuterez votre traitement sera établi par les conditions de la recherche, il ne vous sera donc pas possible d'effectuer ce choix. Si vous avez l'impression que ce type de procédure ne vous convient pas, il vous sera possible de mettre fin à votre participation. Si vous le désirez, vous pourrez alors être référé à d'autres ressources appropriées.

Toutes les sessions prétraitement et thérapeutiques seront enregistrées sur bande audio-vidéo afin d'être visionnées par la suite et assurer la qualité des interventions du psychologue.

Phase II : Traitements

Vous bénéficierez d'une télépsychothérapie individuelle de type cognitive et comportementale pour le traitement des personnes présentant un trouble d'anxiété généralisée. Cette thérapie sera d'une durée approximative de 14 semaines, à raison d'une rencontre d'une heure et sera offerte par une psychologue spécialement formée et entraînée 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 amené(e)s à une prise en charge autonome progressive avec le soutien de leur thérapeute. Vos rencontres auront lieu à l'UQAM. Le psychologue vous offrira la thérapie à partir du site secondaire, c'est-à-dire l'Université de Sherbrooke. Un assistant de recherche vous accueillera à chaque rencontre et demeurera disponible en cas d'urgence.

Phase III : Suivis

Huit semaines après le début du traitement (c'est-à-dire au milieu du traitement) ainsi que deux semaines, trois et douze mois après la fin du traitement, vous aurez une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer vos progrès. Les deux premiers suivis auront lieu à l'UQAM. Ils comprendront chacune la complétion de questionnaires ainsi qu'une entrevue qui sera encore une fois enregistrée sur bande audio pour permettre une écoute ultérieure et assurer sa qualité. De plus, les deux derniers suivis (trois et douze mois suite à la thérapie) nous communiquerons avec vous pour une entrevue téléphonique d'environ vingt minutes et nous vous demanderons de remplir une série de questionnaires à la maison. Ces questionnaires vous prendront moins de cinquante minutes à compléter. Vous devrez les remplir et nous les retourner par la poste dans une enveloppe préaffranchie et préadressée que nous aurons prévue à cet effet. Par ailleurs, à quatre reprises vous aurez à remplir un court questionnaire aussitôt une session thérapeutique complétée. Enfin, chaque jour pendant le traitement ainsi que pendant 14 journées consécutives deux semaines, trois et douze mois après la fin du traitement, vous aurez à remplir des carnets d'auto-observations.

Moments et nature des évaluations

	Avant le traitement	Au milieu du traitement	Deux semaines suite au traitement	Trois mois suite au traitement	Douze mois suite au traitement
Entrevues	Oui	Oui	Oui	Oui (téléphone)	Oui (téléphone)
Questionnaires	Oui	Oui	Oui	Oui (envoi postal)	Oui (envoi postal)
Carnets d'auto-observations	Tous les jours			14 jours consécutifs	14 jours consécutifs

Initiales du participant : _____
Version finale datée du 23 avril 2010

En résumé, votre collaboration à cette étude exige tout d'abord de compléter une entrevue clinique, des carnets d'auto-observations quotidiennes et certains questionnaires avant, pendant et après le traitement. Aussi, votre participation implique de suivre 14 sessions de psychothérapie en individuel pour traiter vos difficultés, et d'accomplir des exercices à la maison.

Avantages pouvant découler de la participation

Tout d'abord, les participant(e)s pourront bénéficier d'un traitement à la fine pointe des connaissances et de la technologie. De plus, cette étude permettra d'accroître la compréhension de l'impact et de l'efficacité des traitements en vidéoconférence. Elle permettra d'augmenter l'accessibilité d'un traitement pour les individus n'ayant pas accès à un service professionnel spécialisé. Si elle s'avère efficace, cette nouvelle forme d'intervention technologique pourrait aussi permettre aux clientèles cibles de recevoir plus rapidement des services de pointe administrés par des professionnels de la santé experts dans leur domaine. Par le fait même, nous pourrions voir apparaître une augmentation de la satisfaction des usagers(ères) du système de soins de santé.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Aucun inconvénient majeur ne peut découler de votre participation. Cependant, outre le temps et le déplacement consacrés à votre participation, vous pourriez ressentir à certaines occasions de l'anxiété (normale). Aussi, votre participation pourrait susciter des remises en question de votre part. On vous suggère fortement d'en discuter avec votre thérapeute, le cas échéant. En cas de survenue d'un problème technique du système de vidéoconférence, un technicien sur place s'occupera immédiatement de la situation. Si le problème n'est pas réglé rapidement, le reste de la session thérapeutique se réalisera par le biais d'un téléphone.

La participation à ce projet ne vous fait courir aucun risque connu sur le plan médical et psychologique. Il est possible qu'en exécutant les exercices demandés pendant ou entre les rencontres d'intervention, vous éprouviez un certain niveau d'anxiété ou d'inquiétude comparable à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations et qui pourrait être inconfortable pour certaines personnes. Ceci ne pose aucun danger et la majorité des participant(e)s affirment dans ce type d'intervention que l'expérience est bien moins pénible qu'anticipée. Il n'y a donc pas de risques prévisibles à participer à cette étude. En ce sens, des moyens seront mis en place afin que vous vous sentiez supporté lors des rencontres. Soyez assuré que la thérapeute saura entretenir un climat d'acceptation et de respect. Vous pouvez, à tout moment, arrêter la séance, vous reposer, poser des questions et exprimer vos inquiétudes. Par ailleurs, un(e) assistant(e) de recherche demeurera disponible au site primaire en cas de besoin.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Vous êtes tout à fait libre de participer à cette recherche et vous pouvez vous en désister à tout moment, et ce, sans aucun préjudice. Par ailleurs, les responsables de la recherche peuvent interrompre, sans votre consentement, votre participation à cette étude, pour les raisons suivantes: a) ils estiment que votre état physique ou psychologique nécessite un autre suivi plus approprié; b) vous refusez de suivre les consignes de l'étude.

Initiales du participant : _____
Version finale datée du 22 avril 2010

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits?

- Oui
 Non

Compensations financières

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

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Un soin particulier sera accordé à la confidentialité et à l'anonymat des données recueillies au cours de la recherche. Un code numérique sera toujours employé en remplacement de votre nom (votre nom figurera seulement sur ce formulaire de consentement) rendant ainsi toute identification impossible et ce, même pour le personnel de recherche. Les questionnaires, entrevue semi-structurées et les enregistrements des sessions de psychothérapie seront codés et gardés dans un classeur sous clé en possession du responsable de la recherche. Toutes les données, y compris les enregistrements audio et vidéo vous concernant, seront conservées pendant sept ans après la fin de l'étude et détruites à la fin de ce délai.

Il est possible que les informations recueillies à l'aide des questionnaires et entrevues fassent l'objet de communications scientifiques. Les résultats seront toutefois présentés de manière à garantir la confidentialité des renseignements et des données et préserver l'anonymat des participants. La chercheuse responsable, Nathalie Thèberge-Lapointe, s'engage à vous informer des résultats obtenus si vous le désirez.

Le souhaitez-vous?

- Oui
 Non

Enregistrement audio et vidéo

Tel que mentionné précédemment, le projet de recherche comprend un enregistrement audio des entrevues d'évaluation et un enregistrement audio-vidéo des sessions thérapeutiques. Évidemment, ce matériel ne servira qu'aux seules fins du présent projet.

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec la chercheuse responsable du projet ou le chercheur responsable du site Sherbrooke, soit Patrick Gosselin au (819) 821-8000, #63811. Vous pouvez aussi expliquer vos préoccupations à Mme Dominique Lorrain, présidente du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : (819) 821-8000 poste 62644, ou par courriel à: cer_lsh@USherbrooke.ca.

Initiales du participant : _____
 Version finale datée du 23 avril 2010

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (nom en lettres moulées), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : _____
Fait à _____, le _____ 200_.

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, Nathalie Thériège-Lapointe chercheur principal de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que mon équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du chercheur principal de l'étude : _____

Je, André Marchand superviseur du chercheur principal de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que mon équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du superviseur de l'étude : _____

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je, _____ (nom en lettres moulées), certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature : _____
Fait à _____, le _____ 200_.

Initiales du participant : _____
Version finale datée du 22 avril 2010

APPENDICE C

QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

8. Souffrez-vous d'une de ces conditions physiques : troubles visuels ou épilepsie?

(0) Non (1) Oui \Rightarrow Laquelle? _____

9. Avez-vous subi une psychothérapie au cours des 6 derniers mois?

(0) Non (1) Oui \Rightarrow Pour quelle(s) raison(s)? _____

Quand a-t-elle terminée? _____

Quel type de psychothérapie? _____

10. Prenez-vous présentement une médication pour l'anxiété ou pour l'humeur?

(0) Non (1) Oui

Si Oui :

Nom de la médication	Raison (ex : anxiété)	Posologie (ex : 70 mg/jour)	Début de la prise de médication

APPENDICE D

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, stresseurs 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: encercler 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

3

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?
- Êtes-vous préoccupé par le fait de pouvoir faire ou dire des chose embarrassantes ou humiliantes devant les autres et d'être jugé négativement?
- 2) Situations problématiques: 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) Êtes-vous anxieux presque à chaque fois que vous y faites face?
- 5) Anxiété apparait 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:** encercler 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? stresseurs? 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: encrer les 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: Encrer les comportements pertinents et coter fréquence de 0 à 8.

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

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

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

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

6) Signification accordée aux obsessions?

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

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

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

7

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: encercler symptômes pertinents et coter fréquence et détresse / sévérité de 0 à 8.

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

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

Impression clinique - présence du trouble?

OUI

NON

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: encadrer 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: encircler 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

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			

13

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

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble mixte anxiété-dépression

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

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

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

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

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Abus d'alcool / Dépendance à l'alcool

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

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

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

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Abus de substances psychoactives / Dépendance à des substances psychoactives

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

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

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

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

APPENDICE E

AUTO-OBSERVATIONS QUOTIDIENNES

Date : _____

1) Quelle est la proportion de la journée pendant laquelle vous étiez inquiet(ète)? _____ %
Maximum = 100% du temps éveillé

2) Jusqu'à quel point avez-vous été tendu(e) ou anxieux(se) aujourd'hui? _____

3) Jusqu'à quel point avez-vous été satisfait(e) de votre vie aujourd'hui? _____

4) Avez-vous consommé des médicaments, alcool ou drogues aujourd'hui? _____

Si oui, quoi? _____

Quelle(s) quantité(s)? _____

Code : _____

Veuillez répondre aux questions 2 à 3 à l'aide de l'échelle suivante :

Enormément	81-100	Niveau maximum
Beaucoup	61-80	
Moyennement	41-60	
Un peu	21-40	
A peine	1-20	
Nul	0	Niveau minimum

Définitions importantes

Une **inquiétude** est une pensée au sujet de choses négatives qui pourraient arriver à vous ou vos proches (famille et amis-es).

L'**anxiété** est un malaise accompagné de manifestations physiques (par ex. : tensions musculaires, fatigue, insomnie) et psychologiques (par ex. : se sentir irritable, nerveux, avoir des difficultés de concentration).

APPENDICE F

MESURES DE SYMPTÔMES ET DE PROCESSUS DU TAG

QIPS

Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State

Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (écrivez le numéro vous représentant, à l'avant de chacun des énoncés).

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant

-
- ___ 1. Si je n'ai pas assez de temps pour tout faire, je ne m'inquiète pas.
- ___ 2. Mes inquiétudes me submergent.
- ___ 3. Je n'ai pas tendance à m'inquiéter à propos des choses.
- ___ 4. Plusieurs situations m'amènent à m'inquiéter.
- ___ 5. Je sais que je ne devrais pas m'inquiéter mais je n'y peux rien.
- ___ 6. Quand je suis sous pression, je m'inquiète beaucoup.
- ___ 7. Je m'inquiète continuellement à propos de tout.
- ___ 8. Il m'est facile de me débarrasser de pensées inquiétantes.
- ___ 9. Aussitôt que j'ai fini une tâche, je commence immédiatement à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'ai encore à faire.
- ___ 10. Je ne m'inquiète jamais.
- ___ 11. Quand je n'ai plus rien à faire au sujet d'un tracas, je ne m'en inquiète plus.
- ___ 12. J'ai été inquiet tout au long de ma vie.
- ___ 13. Je remarque que je m'inquiète pour certains sujets.
- ___ 14. Quand je commence à m'inquiéter, je ne peux pas m'arrêter.
- ___ 15. Je m'inquiète tout le temps.
- ___ 16. Je m'inquiète au sujet de mes projets jusqu'à ce qu'ils soient complétés.

Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.

© Tous droits réservés. Patrick Gosselin, Michel J. Dugas, Robert Ladouceur, & Mark H. Frerston 2000. Université Laval, Québec (Qc), Canada.

III – Partie A

Les gens perçoivent de différentes façons les incertitudes de la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous. S'il-vous-plaît, encerclez le chiffre qui vous représente le mieux à la droite de chaque item.

	1	2	3	4	5
	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
1. J'accepte difficilement que l'avenir soit incertain.	1	2	3	4	5
2. Je trouve insupportable de ne pas avoir de garanties dans la vie.	1	2	3	4	5
3. Les autres semblent mieux tolérer l'incertitude que moi.	1	2	3	4	5
4. Je trouve intolérable que certaines facettes de la vie ne soient pas déterminées à l'avance.	1	2	3	4	5
5. Je supporte mal la possibilité qu'il puisse m'arriver un événement négatif.	1	2	3	4	5
6. Lorsque j'attends une nouvelle importante, je supporte mal de rester dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
7. Je trouve intolérable d'avoir à faire face à des situations imprévisibles.	1	2	3	4	5
8. Je supporte peu les situations dans lesquelles je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
9. Le fait de ne pas savoir à l'avance ce qui arrivera est souvent inacceptable pour moi.	1	2	3	4	5
10. Les délais d'attente sont insoutenables pour moi quand je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
11. Je tolère difficilement les incertitudes de la vie.	1	2	3	4	5
12. Lorsque je pense que quelque chose de négatif peut se produire, j'accepte difficilement de demeurer dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
13. J'aimerais mieux savoir <u>tout</u> et <u>tout de suite</u> plutôt que de rester dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
14. J'ai de la difficulté à supporter la possibilité qu'un imprévu puisse survenir.	1	2	3	4	5
15. J'ai besoin de certitudes dans ce que j'entreprends.	1	2	3	4	5

QEC

Le Questionnaire d'Évitement Cognitif

Les gens réagissent de différentes façons à certains types de pensées. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à votre façon de réagir à certaines pensées (écrivez le numéro correspondant à l'avant de chacun des énoncés).

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant

1. Il y a des choses auxquelles je préfère ne pas penser.
2. J'évite certaines situations qui m'amènent à porter attention à des choses auxquelles je ne veux pas penser.
3. Je remplace les images menaçantes que j'ai en tête par un discours intérieur.
4. Je pense à des choses qui me concernent comme si cela arrivait à quelqu'un d'autre que moi.
5. J'ai des pensées que j'essaie d'éviter.
6. J'essaie de ne pas penser aux aspects les plus dérangeants de certaines situations pour ne pas avoir trop peur.
7. J'évite parfois des objets qui peuvent déclencher des idées dérangeantes.
8. Je me distrais pour éviter de penser à certains sujets troublants.
9. J'évite des gens qui me font penser à des choses auxquelles je ne veux pas réfléchir.
10. Je fais souvent des choses pour me distraire de mes pensées.
11. Je pense à des détails inutiles pour ne pas penser aux sujets importants qui m'inquiètent.
12. Parfois, je me plonge dans une activité pour ne pas penser à certaines choses.
13. Pour éviter de penser aux sujets qui me dérangent, je m'efforce de penser à autre chose.

Suite page suivante



QEC

	1	2	3	4	5
	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Tout à fait
	correspondant	correspondant	correspondant	correspondant	correspondant
14.	—				
					Il y a des choses auxquelles j'essaie de ne pas penser.
15.	—				
					Je maintiens un discours intérieur pour éviter de voir des scénarios (une suite d'images) qui me font peur.
16.	—				
					Parfois, j'évite des endroits qui me font réfléchir à des choses auxquelles je préférerais ne pas penser.
17.	—				
					Je pense aux événements passés pour ne pas penser aux événements futurs insécurisants.
18.	—				
					J'évite de poser des gestes qui me rappellent des choses auxquelles je ne veux pas penser.
19.	—				
					Lorsque je vois des images dans ma tête qui sont trop dérangeantes, je les remplace par des pensées verbales (monologue interne).
20.	—				
					Je m'inquiète de beaucoup de petites affaires pour ne pas penser aux choses plus importantes.
21.	—				
					Parfois, je me garde occupé(e) seulement pour empêcher les pensées de surgir dans mon esprit.
22.	—				
					J'évite des situations avec d'autres personnes qui me font penser à des choses désagréables.
23.	—				
					J'essaie de décrire intérieurement des événements dérangeants plutôt que d'en former une image dans ma tête.
24.	—				
					Je mets de côté les images associées à une situation menaçante en tentant plutôt de me la décrire intérieurement.
25.	—				
					Je pense à ce qui inquiète les autres plutôt que de penser à mes propres inquiétudes.

PSI 2

Pourquoi S'inquiéter?

Vous retrouvez ci-dessous une série d'énoncés qui peuvent se rapporter aux inquiétudes. En vous référant aux moments où vous vous inquiétez, veuillez indiquer jusqu'à quel point les énoncés suivants vous semblent vrais (écrivez le chiffre à l'avant de chacun des énoncés).

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

1. ____ Si je ne m'inquiétais pas, je serais insouciant(e) et irresponsable.
2. ____ Si je m'inquiète, je serai moins ébranlé(e) lorsque des événements imprévus se produiront.
3. ____ Je m'inquiète dans le but de savoir quoi faire.
4. ____ Si je m'inquiète à l'avance, je serai moins déçu(e) si quelque chose de grave se produit.
5. ____ Le fait de m'inquiéter m'aide à planifier mes actions pour résoudre un problème.
6. ____ Le simple fait de m'inquiéter peut empêcher les malheurs d'arriver.
7. ____ Si je ne m'inquiétais pas, cela ferait de moi une personne négligente.
8. ____ C'est en m'inquiétant que je finis par entreprendre le travail que j'ai à faire.
9. ____ Je m'inquiète parce que je pense que cela peut m'aider à trouver une solution à mon problème.
10. ____ Le fait de m'inquiéter prouve que je suis une personne qui voit à ses affaires.
11. ____ Trop penser à des choses positives peut les empêcher de se produire.
12. ____ Le fait de m'inquiéter confirme que je suis une personne prévoyante.
13. ____ Si un malheur arrive, je me sentirai moins responsable si je m'en suis inquiété auparavant.
14. ____ En m'inquiétant, je peux trouver une meilleure façon de faire.

Suite page suivante



PSI 2

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai
15.	_____	_____	_____	_____
	L'inquiétude me stimule et me rend plus efficace.			
16.	_____	_____	_____	_____
	Le fait de m'inquiéter m'incite à passer à l'action.			
17.	_____	_____	_____	_____
	Le simple fait de m'inquiéter diminue le risque que quelque chose de grave arrive.			
18.	_____	_____	_____	_____
	En m'inquiétant, je fais certaines choses que je ne me déciderais pas à faire autrement.			
19.	_____	_____	_____	_____
	Le fait de m'inquiéter me motive à faire les choses que je dois faire.			
20.	_____	_____	_____	_____
	Mes inquiétudes à elles seules peuvent diminuer les risques de danger.			
21.	_____	_____	_____	_____
	En m'inquiétant, j'augmente mes chances de trouver la meilleure solution.			
22.	_____	_____	_____	_____
	Le fait de m'inquiéter me permettra de me sentir moins coupable si quelque chose de grave se produit.			
23.	_____	_____	_____	_____
	Si je m'inquiète, je serai moins triste lorsqu'un événement négatif se produira.			
24.	_____	_____	_____	_____
	En ne s'inquiétant pas, on peut attirer les malheurs.			
25.	_____	_____	_____	_____
	Le fait de m'inquiéter démontre que je suis une bonne personne.			

QAP

Questionnaire d'Attitude face aux Problèmes

Les gens peuvent réagir de différentes façons lorsqu'ils font face à des problèmes de la vie quotidienne (ex : problèmes de santé, disputes, manques de temps, etc.). Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à votre façon de réagir ou de penser lorsque vous êtes confronté(e) à un problème. Écrivez le chiffre vous représentant, à l'avant de chacun des énoncés.

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant

-
- ___ 1. Je perçois les problèmes comme étant menaçant pour mon bien-être.
- ___ 2. Je doute souvent de mes capacités à résoudre les problèmes.
- ___ 3. Souvent, avant même d'avoir essayé de trouver une solution, je me dis qu'il est difficile de résoudre un problème.
- ___ 4. Les problèmes qui m'arrivent me semblent souvent insurmontables.
- ___ 5. Lorsque je tente de résoudre un problème, je mets souvent en question mes habiletés.
- ___ 6. Souvent, j'ai l'impression que les problèmes qui m'arrivent ne peuvent pas être résolus.
- ___ 7. Même si j'arrive à voir certaines solutions à mes problèmes, je doute qu'ils pourront se régler facilement.
- ___ 8. J'ai tendance à voir les problèmes comme un danger.
- ___ 9. Ma première réaction devant un problème est de remettre en question mes habiletés.
- ___ 10. Je perçois souvent mes problèmes comme étant plus gros qu'ils le sont en réalité.
- ___ 11. Même si j'ai regardé un problème sous tous les angles possibles, je me demande encore si la solution que j'ai retenue va être efficace.
- ___ 12. Je considère les problèmes comme des obstacles qui perturbent mon fonctionnement.

APPENDICE G

MESURES AUXILIAIRES

GDPI Date: _____
année / mois / jour

Nom _____ Situation de famille marié(e) vivant maritalement
 divorcé(e) veuf(ve)
 séparé(e) célibataire

Âge _____ Sexe M F Profession _____ Niveau d'études _____

Consigne: Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
1 Je me sens très souvent triste.
2 Je suis tout le temps triste.
3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
2 Je me sens coupable la plupart du temps.
3 Je me sens tout le temps coupable.

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
1 Je sens que je pourrais être puni(e).
2 Je m'attends à être puni(e).
3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
1 J'ai perdu confiance en moi.
2 Je suis déçu(e) par moi-même.
3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
2 Je me reproche tous mes défauts.
3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
2 J'aimerais me suicider.
3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

 **THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION**
Harcourt Brace & Company, Canada
TORONTO
Londres • San Antonio • Sydney

 **cpa**
Les Éditions
de Psychologie
Apprentissage

Copyright © 1997 par Aaron T. Beck
Tous droits réservés. Toute reproduction ou transmission, même partielle, de cet ouvrage par quelque procédé que ce soit, électronique ou mécanique ou autre, y compris la photocopie, les bandes magnétiques et les systèmes d'emmagasinage et d'extraction de l'information, sans la permission écrite de l'éditeur, est interdite. Imprimé au Canada.

Sous-total, page 1

Verso

0-7747-5230-0

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.

- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.

- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.

- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

0 Mon appétit n'a pas changé.

- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.

- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.

- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Note: Ce formulaire est imprimé en noir et bleu.
Si ces deux couleurs n'apparaissent pas sur le présent exemplaire, c'est qu'il a été photocopié en violation des lois ayant trait aux droits d'auteur.

_____ Sous-total, page 2

_____ Sous-total, page 1

_____ Score total

L'inventaire d'anxiété de Beck

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant la réponse appropriée, à quel degré vous avez été affecté(e) par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine, aujourd'hui inclus.

	Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1. Sensation d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2. Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3. « Jambes molles », tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4. Incapacité de se détendre	0	1	2	3
5. Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6. Étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7. Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8. Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9. Terrifié(e)	0	1	2	3
10. Nervosité	0	1	2	3
11. Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12. Tremblements des mains	0	1	2	3
13. Tremblements, chancelant (s)	0	1	2	3
14. Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
15. Respiration difficile	0	1	2	3
16. Peur de mourir	0	1	2	3
17. Sensation de peur	0	1	2	3
18. Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20. Rougissement du visage	0	1	2	3
21. Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT ACTUEL

Veuillez indiquer les difficultés causées par votre activité au cours des 2 dernières semaines dans chacun des domaines de votre vie. Par exemple, comment votre activité a influencé votre vie de couple depuis deux semaines? Utilisez l'échelle suivante pour répondre aux questions A à G.

- 1 Aucun problème dans ce domaine
- 2 Un problème bien dans ce domaine mais non considéré empêchant d'avancer ou de profiter pleinement de la situation (i.e. ce ne profite pas des occasions pour vous amuser, apprendre, nouer des relations, etc.)
- 3 Mon fonctionnement est affecté dans ce domaine, une partie du temps, mais je suis toujours fonctionnel (i.e. ce n'est pas difficile au travail [autres situations importantes], mais je suis toujours fonctionnel, etc.).
- 4 Je fonctionne encore dans ce domaine mais avec des difficultés ou des obstacles importants associés.
- 5 Je fonctionne encore dans ce domaine mais avec des difficultés ou des obstacles importants associés.
- 6 Je fonctionne encore dans ce domaine mais avec des difficultés ou des obstacles importants associés.
- 7 Je fonctionne encore dans ce domaine mais avec des difficultés ou des obstacles importants associés.
- 8 Je fonctionne encore dans ce domaine mais avec des difficultés ou des obstacles importants associés.
- 9 Je fonctionne encore dans ce domaine mais avec des difficultés ou des obstacles importants associés.

A) Emploi ou activité professionnelle (Non applicable pas)

Aucun problème	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Difficultés sévères									

B) Famille (Non applicable pas)

Aucun problème	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Difficultés sévères									

C) Relation conjugale

Aucun problème	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Difficultés sévères									

D) Relations familiales

Aucun problème	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Difficultés sévères									

E) "En route, contact avec autres problèmes"		F) Perte-temp, lobes, vicescar		G) Artères pathologiques (athérome, anévrisme, etc.)		H) Difficultés	
1	2	1	2	1	2	1	2
4	3	4	3	5	4	6	5
6	5	6	5	7	6	8	7
8	7	8	7	9	8	9	8

APPENDICE H

RÉSUMÉ DU PROTOCOLE DE TRAITEMENT

RENCONTRE 1

ACCUEIL

INTRODUCTION AU TRAITEMENT

- Présentation brève des objectifs généraux du traitement
- Attentes et objectifs du client face au traitement

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

CONTENU DE LA RENCONTRE

Présenter les informations contenues dans le manuel du participant (rencontre 1) :

- Qu'est-ce que la TCC
- L'anxiété normale vs anormale : Fonction adaptative de l'anxiété, Expliquer la courbe en U inversé, Qu'est-ce qui fait que l'on développe ce problème ?, Qu'est-ce qui rend ce problème chronique ?
- Présentation du modèle I du TAG : Anxiété et inquiétude, explication des variables de la ligne centrale du modèle.

DEVOIRS

Ramène au participant du manuel de traitement version participant

1. Expliquer l'exercice de la prise de conscience des inquiétudes, c'est-à-dire noter à 3 moments prédéterminés par jour les inquiétudes présentes.
2. Le participant doit lire les pages associées à la rencontre d'aujourd'hui.
3. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

RENCONTRE 2

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

**RETOUR ET RÉVISION SUR LE CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE.
VÉRIFIER LES QUESTIONS DU PARTICIPANT.**

RETOUR SUR LES DEVOIRS

(répéter les 3 étapes ci-dessus à chaque début de rencontre de traitement)

CONTENU DE LA RENCONTRE

- Les composantes de l'anxiété : les sensations physiques, les cognitions, les comportements, l'environnement et leur interaction
- Quelles sont les composantes de l'anxiété ciblées par la thérapie?
- La définition de l'inquiétude
- Les types d'inquiétudes : Type 1, Type 2, Que faire avec les inquiétudes difficiles à classer ?

DEVOIRS

1. Le devoir consiste à poursuivre la prise de conscience des inquiétudes, c'est-à-dire noter à 3 moments prédéterminés par jour les inquiétudes présentes mais cette fois-ci, il faut indiquer le type de chacune (donc, classer les inquiétudes).
2. Le participant doit lire les pages associées à la rencontre d'aujourd'hui.
3. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

RENCONTRES 3 ET 4 : L'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE

Nombre de rencontres suggéré : 2

CONTENU DES RENCONTRES 3 ET 4 POUR L'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE

Pour le contenu à présenter, s'assurer de bien présenter le contenu du manuel du participant.

Le thérapeute peut présenter en une seule rencontre toute la matière sur l'intolérance à l'incertitude ou la diviser la matière en 2 rencontres. En résumé, voici les points abordés:

- La différence entre une personne tolérante et une personne intolérante.
- Présentation du modèle TAG II qui inclut l'intolérance à l'incertitude.
- Le rôle de l'intolérance dans le développement et le maintien des inquiétudes
- L'incertitude comme faisant indéniablement partie de la vie
- Les « pour et contre » des deux possibilités : Chercher des certitudes, Tolérer l'incertitude
- Comment faire pour changer cette mauvaise habitude ?
- L'anxiété est normale
- Pratique et exposition hiérarchisée
- La motivation passe par l'action

DEVOIRS POUR LA PREMIERE RENCONTRE (rencontre 3) :

1. À partir de la liste des manifestations de l'intolérance à l'incertitude, le participant indique celles qui sont présentes dans sa vie.
2. Le participant doit cibler un comportement de réassurance qu'il devra cesser ou prendre une action qu'il ne prendrait pas habituellement. Le client peut hiérarchiser ses comportements et choisir quel comportement il va cibler à partir de cette semaine. *Note. Il est important que le thérapeute cible les comportements qui diminuent le degré d'incertitude.*
3. Le participant doit lire les pages associées à l'intolérance à l'incertitude.
4. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

ACTIVITÉS D'INTÉGRATION ET D'APPLICATION (rencontre 4) :

A l'aide de la liste de manifestations de l'intolérance remplie par le participant :

- Demander au participant de trouver des exemples de comportement ou de cognition qui feraient preuve de tolérance à l'incertitude.
- S'inspirer d'une personne faisant preuve de tolérance à l'incertitude.

DEVOIRS POUR LA DEUXIEME RENCONTRE (rencontre 4):

1. Le participant doit cibler un autre comportement de réassurance qu'il devra également cesser.
2. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

RENCONTRE 5 : CROYANCES FACE AUX INQUIETUDES

CONTENU DE LA RENCONTRE

Les croyances face aux inquiétudes :

- a) Les croyances concernant la résolution de problèmes
- b) Les croyances concernant la motivation
- c) Les croyances concernant les conséquences émotionnelles
- d) Les croyances concernant le pouvoir des pensées
- e) Les croyances concernant l'idée de la personnalité
- f) Les croyances concernant l'influence sur les autres

- Vérifier les croyances que le participant entretient face à ses inquiétudes. S'assurer que le participant comprend bien l'importance de modifier ces croyances.
- Les croyances peuvent être un obstacle artificiel au fait de passer à l'action et sont un facteur de maintien des inquiétudes. Pour arriver à diminuer les inquiétudes, il est utile de remettre en question le bien-fondé des croyances, donc les "preuves" qui permettent d'affirmer que telle croyance est vraie ou ne l'est pas.
- Présentation du modèle III du TAG.
- Au besoin, discuter des croyances concernant le pouvoir des pensées (pensées magiques).

ACTIVITÉ D'INTÉGRATION ET D'APPLICATION

- Le thérapeute tente de remettre en question une première croyance avec le participant (prendre croyance fortement ancrée). Le participant répond par écrit sur la feuille 'Remise en question d'une croyance' prévue à cet effet (voir le manuel du participant).
- En examinant quelques exemples des arguments et contre-arguments trouvés par le participant, le thérapeute fait remarquer que les croyances sont largement non-fondées, et qu'elles entraînent beaucoup de désavantages! Ces croyances sont donc un obstacle artificiel au fait de passer à l'action et de s'exposer à l'incertitude. En effet, certaines croyances sont entretenues depuis très longtemps sans qu'on prenne le temps de vérifier leur bien fondé et à quel point elles sont utiles dans notre vie. *Le but est de semer un doute quant à l'utilité des inquiétudes, même si la croyance n'est pas complètement ébranlée.*

DEVOIRS

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude.
2. Le participant doit prendre la liste (voir dans son manuel) des types de croyances face aux inquiétudes et inscrire sur la feuille d'exercice des exemples personnels pour les différents types de croyances identifiés.
3. Le participant doit aussi choisir une croyance et la remettre en question.
4. Le participant doit lire les pages associées aux fausses croyances.
5. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

Basé sur le manuel de Michel J. Dugas, Eliane Léger, Mark H. Freeston, & Robert Ladouceur
Révisé par Joanne Labrecque, Frédéric Langlois et Mélissa Martin (2009).

**RENCONTRES 6 et 7 : LES INQUIÉTUDES DE TYPE 1 : L'ORIENTATION
NÉGATIVE FACE AUX PROBLÈMES ET LA RÉOLUTION DE PROBLÈMES**

Nombre de rencontres suggéré : 2

CONTENU

Le thérapeute doit s'assurer de présenter, au cours des 2 rencontres, tout le contenu inclus dans le manuel du participant.

- Expliquer l'attitude inefficace face aux problèmes ainsi que le lien avec les inquiétudes sur des problèmes réels.
- Comment changer son attitude face aux problèmes pour être plus efficace?
- Expliquer le processus de résolution de problèmes et ses 5 étapes : 1) orientation/attitude face au problème, 2) définition et formulation du problème, 3) générer des solutions, 4) choix et application d'une solution, 5) évaluation du résultat suite à l'application de la solution.
- Faire prendre conscience du lien de ce concept avec l'intolérance à l'incertitude.
- Présentation du modèle III du TAG (présenter les éléments liés aux inquiétudes sur les problèmes éventuels).

ACTIVITÉ D'INTÉGRATION ET D'APPLICATION

Discuter de l'attitude que le participant a face aux problèmes et faire des exercices où il a à trouver le défi dans une situation donnée. Le thérapeute doit entreprendre avec le participant la résolution d'un problème en passant à travers toutes les étapes.

DEVOIRS POUR LA PREMIERE RENCONTRE (rencontre 6) :

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude.
2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes.
3. Le participant doit dresser une liste personnalisée des problèmes qui sont présents ou qui reviennent parfois ou souvent dans sa vie (voir feuille d'exercice prévue à cet effet).
4. Dès que le participant perçoit un problème réel (type 1), il doit tenter de transformer sa perception de menace en défi et d'appliquer le processus complet de résolution de problèmes (voir feuille d'exercice prévue à cet effet).
5. Le participant doit lire les pages associées à la rencontre d'aujourd'hui.
6. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

DEVOIRS POUR LA DEUXIEME RENCONTRE (rencontre 7):

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude.
2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes.
3. Dès que le participant perçoit un problème réel (type 1), il doit tenter de transformer sa perception de menace en défi et d'appliquer le processus de résolution de problèmes (voir feuille d'exercice prévue à cet effet). *Cet exercice devra être poursuivi tout au long de la thérapie.*
4. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

Basé sur le manuel de Michel J. Dugas, Eliane Léger, Mark H. Freeston, & Robert Ladouceur
Révisé par Joane Labrecque, Frédéric Langlois et Mélissa Martin (2009).

**RENCONTRES 8, 9 et 10 : LE TRAITEMENT DES INQUIÉTUDES DE TYPE 2,
L'EXPOSITION COGNITIVE**

Nombre de rencontres suggéré : 3

CONTENU DE LA PREMIÈRE RENCONTRE (rencontre 8)

Rappel des stratégies fréquentes d'évitement cognitif :

- (1) essayer de ne pas y penser en essayant de faire le vide dans sa tête
- (2) essayer de penser à quelque chose de plus plaisant
- (3) faire une activité physique pour se distraire
- (4) éviter des endroits ou des situations qui font penser à l'inquiétude

- Le thérapeute parle de l'effet court terme de l'évitement cognitif. On présente comment l'anxiété varie selon que l'on évite, qu'on neutralise ou qu'on s'expose. Ici, le thérapeute montre au client le graphique avec la courbe d'exposition et la courbe d'évitement de l'anxiété (montrer la figure des courbes d'habituation en annexe du protocole).
- Faire le lien entre les inquiétudes sur les problèmes éventuels et l'évitement (présenter les composantes d'évitement et de neutralisation dans le tableau « Modèle TAG III »).
- Les buts de l'exposition sont multiples : 1. Aller jusqu'au bout de la peur et la visualiser pour la première fois., 2. Mettre une structure à cette tempête d'idées., 3. Visualiser une histoire qui a un début et une fin., 4. Prendre conscience que les pensées sont déplaisantes mais pas dangereuses., 5. S'habituer à l'anxiété qui en découle et l'observer diminuer.
- Comment fait-on un scénario d'exposition cognitive ?
- Pourquoi choisir la pire inquiétude?
- Consignes pour l'écriture et l'amélioration du texte
- Présenter les caractéristiques d'un bon scénario
- Le déroulement d'une séance d'exposition

DEVOIRS POUR LA PREMIÈRE RENCONTRE (rencontre 8):

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).
2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).
3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).
4. Le participant aura comme tâche de travailler son scénario et d'en finir la rédaction dans le but de l'enregistrer à la prochaine rencontre (voir feuille Scénario pour l'exposition dans le manuel du participant).
5. Le participant doit lire les pages associées à la rencontre d'aujourd'hui.
6. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

CONTENU DE LA DEUXIÈME RENCONTRE (rencontre 9)*Prévoir 90 minutes*

- Relire le scénario avec le client et le modifier s'il y a lieu
- Enregistrement du scénario
- Faire une première séance d'exposition avec le thérapeute
- Solutionner les problèmes lors de l'exposition si pertinent

*Note. Voir le manuel du participant à la rencontre 9 pour plus d'informations.***DEVOIRS POUR LA DEUXIÈME RENCONTRE (rencontre 9) :**

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).
2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).
3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).
4. Le participant va commencer à son domicile l'exposition cognitive au scénario, une fois par jour, pendant un minimum de 6 jours sur 7. Avant et après chaque séance d'écoute, il devra remplir une fiche d'observation.
5. Le participant devra faire la lecture des pages associées à la rencontre d'aujourd'hui.
6. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

CONTENU DE LA TROISIÈME RENCONTRE (rencontre 10)

Le client peut élaborer un autre scénario si celui-ci ne provoque plus d'anxiété.

DEVOIRS POUR LA TROISIÈME RENCONTRE (rencontre 10):

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).
2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).
3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).
4. Continuer l'exposition 6 jours sur 7 et les auto-observations.
5. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

L'exposition pour un scénario pourra se faire sur une période allant de 1 rencontre à 3 rencontres selon les besoins. Un nouveau scénario peut aussi être créé si le premier ne provoque plus d'anxiété pendant l'exposition.

RENCONTRE 11 : RÉSUMÉ SUITE A LA PRESENTATION DE TOUTES LES COMPOSANTES PRINCIPALES

CONTENU DE LA RENCONTRE

Cette rencontre se veut un résumé et veut refaire des liens entre les composantes.

1. La prise de conscience

- On doit être en mesure de reconnaître nos inquiétudes excessives pour les diminuer.
- Il est important de distinguer l'inquiétude des autres phénomènes cognitifs ou émotifs.
- Lorsque l'on a reconnu qu'il s'agit d'inquiétudes, on identifie de quel type il s'agit.

2. Si l'inquiétude concerne un problème réel, c'est-à-dire qu'elle concerne un problème actuel, on peut utiliser les 2 composantes suivantes pour diminuer l'inquiétude:

- Réévaluer vos croyances face à cette inquiétude
- Corriger l'attitude inefficace face aux problèmes
- Passer plus rapidement à la résolution de problèmes.

3. Si l'inquiétude concerne un problème éventuel

- Réévaluer nos croyances face à cette inquiétude
- S'exposer en imagination aux éventualités qui font peur

DEVOIRS

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).
2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).
3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).
4. Le participant doit poursuivre l'exposition cognitive au scénario, à la fréquence qu'il choisira selon les résultats déjà obtenus.
5. Le participant doit se fixer des objectifs personnels pour les prochaines semaines (voir feuille prévue à cet effet dans le manuel du participant). Il doit indiquer quelles inquiétudes restent à travailler et les mettre en ordre d'importance. Il doit aussi indiquer comment intervenir sur la première inquiétude (la plus importante) de cette liste.
6. Le participant doit lire les pages associées à la rencontre d'aujourd'hui.
7. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

RENCONTRE 12 : CONSOLIDATION DES ACQUIS

CONTENU DE LA RENCONTRE

Le thérapeute est un guide mais le but de ces rencontres est la gestion autonome des objectifs par le participant lui-même.

Cette rencontre **NE DOIT PAS INCLURE** :

- De nouvelles stratégies (affirmation, relaxation, etc.)
- De nouvelles informations (sur l'anxiété, le TPA, etc.)

Cette rencontre **PEUT INCLURE** :

- Un résumé des stratégies et informations vues précédemment
- Le thérapeute peut aussi réviser les stratégies que se propose d'utiliser le participant pour atteindre ses objectifs.
- Intégration, retour sur les aspects problématiques

DEVOIRS

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).
2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).
3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).
4. Le participant doit poursuivre l'exposition à son scénario, à la fréquence qu'il choisira selon les résultats déjà obtenus.
5. Le participant doit mettre en application les stratégies pour atteindre un objectif personnel de sa liste.
6. Le participant doit lire sur la prévention de la rechute.
7. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

RENCONTRE 13 : PRÉVENTION DE LA RECHUTE

CONTENU DE LA RENCONTRE

Dernières applications en lien avec la prévention de la rechute

- Les thérapeutes vérifient la présence d'inquiétudes concernant le maintien des gains.
- Si ces inquiétudes sont en effet présentes, on précise si elles sont excessives, à quelle(s) composante(s) du modèle elles peuvent être attribuables et comment les diminuer.

Faire la différence entre une chute et une rechute!

- Avoir un peu plus d'inquiétudes pendant quelques jours peut être vu comme un "problème", mais ce "problème" n'est pas dramatique.
- La réaction que les participants auront à la présence de ce problème a de fortes chances d'influencer la durée de cette période d'inquiétudes et l'anxiété ressentie.

Stress et inquiétude :

- Le participant est invité à identifier les facteurs qui font en sorte qu'il serait plus susceptible d'avoir des inquiétudes.
- Les "périodes difficiles" sont une occasion de mettre en pratique les connaissances acquises et utilisées durant votre démarche thérapeutique.

Devenir votre propre "thérapeute".

- Devenir votre propre thérapeute signifie de corriger lorsque nécessaire vos croyances erronées à propos du fait de s'inquiéter et d'appliquer des stratégies comme la résolution de problèmes ou l'exposition cognitive dès que vos inquiétudes deviennent excessives.
- Pour consolider les nouveaux apprentissages que vous avez faits, il est fortement suggéré d'être proactif en relisant le manuel du participant une fois par mois.

DEVOIRS

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).
2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).
3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).
4. Le participant doit poursuivre l'exposition à son scénario, à la fréquence qu'il choisira selon les résultats déjà obtenus.
5. Le participant doit mettre en application les stratégies pour atteindre un objectif de sa liste.
6. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

Basé sur le manuel de Michel J. Dugas, Eliane Léger, Mark H. Freeston, & Robert Ladouceur
Révisé par Joanne Labrecque, Frédéric Langlois et Mélissa Martin (2009).

RENCONTRE 14: BILAN

CONTENU DE LA RENCONTRE

Faire le bilan des progrès réalisés par le participant et félicitations.

- Rappel de ne pas modifier la médication ou débiter une thérapie pendant les 3 prochains mois si possible (à moins d'un problème d'ordre éthique).
- Le participant doit fixer avec le thérapeute 3 objectifs à pratiquer au cours des 3 prochains mois (le participant les mentionnera aussi à l'assistant de recherche lors de l'évaluation post-traitement et en vérifiera l'atteinte lors du suivi de 3 mois).

DEVOIRS

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).
2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).
3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).
4. Le participant doit poursuivre l'exposition à son scénario, à la fréquence qu'il choisira selon les résultats déjà obtenus.
5. Le participant devra mettre en application des stratégies pour atteindre les 3 objectifs personnels qu'il s'est fixé au cours des 3 prochains mois.
6. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

APPENDICE I

GRILLE D'INTÉGRITÉ THÉRAPEUTIQUE

Sujet : _____ Initiales du thérapeute : _____ Entrevue no. : _____

INTÉGRITÉ THÉRAPEUTIQUE TAG
(Faire un X sur les stratégies utilisées)

STRATÉGIES À INCLURE

Psychoéducation

- Modalités et objectifs du traitement
- Psychoéducation sur l'anxiété
- Présentation du modèle 1 du TAG
- Psychoéducation sur les composantes de l'anxiété
- Catégorisation des inquiétudes en deux types (problème Réel ou Événuel)

Intolérance à l'incertitude

- Compréhension de l'intolérance à l'incertitude et de ses effets sur l'inquiétude
- Modification de l'intolérance à l'incertitude – exposition et action
- Présentation du modèle 2 du TAG

Croyances à l'égard des inquiétudes et Résolution de problèmes

- Croyances erronées face aux inquiétudes
- Présentation du modèle 3 du TAG
- Identification des inquiétudes de type 1 (problème réel-R)
- Définition et effets de l'attitude négative face aux problèmes
- Modification de l'attitude négative face aux problèmes
- Entraînement à la résolution de problèmes

Exposition cognitive

- Identification des inquiétudes de type 2 (problème éventuel-E)
- Compréhension de l'évitement cognitif, de la neutralisation et de leurs effets sur l'inquiétude
- Présentation du rationnel d'exposition en imagination
- Précision des inquiétudes à l'aide de la flèche descendante
- Composition d'un scénario d'exposition
- Enregistrement du scénario
- Exposition cognitive au scénario
- Retour sur l'exposition

Révision et Prévention de la rechute

- Révision et consolidation des acquis lors du traitement
 - Prévention de la rechute
 - Bilan et identification d'objectifs personnels
-

STRATÉGIES À NE PAS INCLURE
(voir description de ces stratégies)

Stratégies	Indiquer le temps passé sur la stratégie
Arrêt de la pensée	
Désensibilisation systématique	
Distraction	
Réassurance	
Relaxation, méditation, yoga	
Interprétations psychodynamiques	
Intervention axée sur la personnalité (d'une autre approche théorique) <i>Note.</i> Les interventions brèves et ponctuelles cognitives-comportementales axées sur le perfectionnisme seraient acceptées	
Contrôle par le stimulus (ex. n'allez pas aux endroits qui déclenchent vos inquiétudes)	
Intervention sur le problème secondaire lors du traitement de la condition primaire. <i>Note.</i> Si le client aborde son problème secondaire, s'assurer que le thérapeute ne donne pas de stratégies spécifiques d'intervention sur le problème secondaire.	
Autres stratégies à proscrire. <i>Note.</i> Veuillez décrire la stratégie	

Décision finale

Critères respectés à _____ %

Éléments de forme

Présenter agenda pour la rencontre OUI _____ NON _____

Retour sur auto-observations OUI _____ NON _____

Retour sur devoirs OUI _____ NON _____

Donner un devoir OUI _____ NON _____

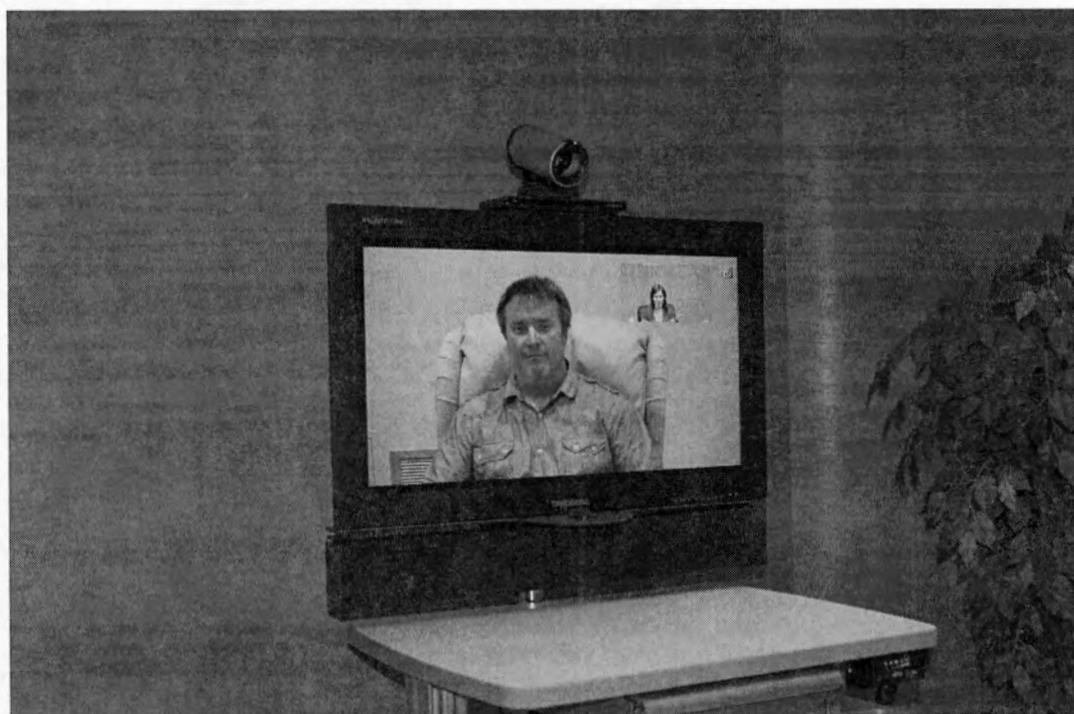
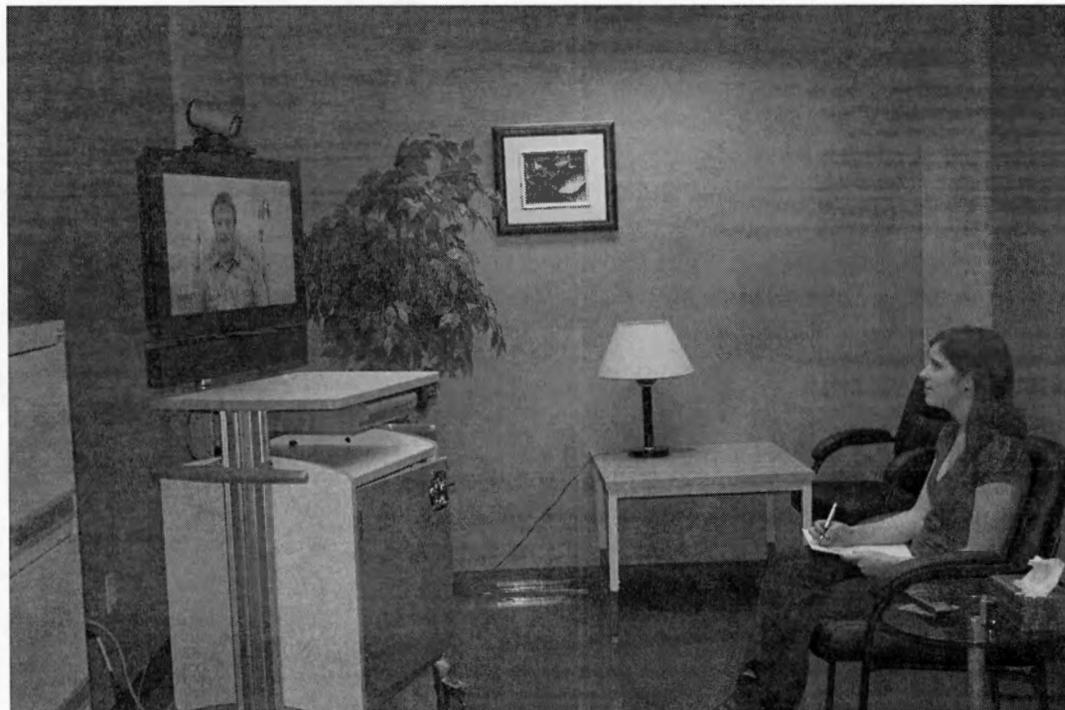
Enregistrement complet de la séance (ne pas indiquer OUI lorsqu'il n'y a pas d'enregistrement à cause de l'exposition *in vivo* en dehors du bureau du thérapeute) :

OUI _____ NON _____

Date : _____ Évaluateur : _____

APPENDICE J

IMAGES DU SYSTÈME DE VIDÉOCONFÉRENCE



APPENDICE K

ACCUSÉ DE RÉCEPTION DES ÉDITEURS

ELSEVIER EDITORIAL SYSTEM**European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée**

Ref.: Ms. No. ERAP-D-12-00073

Efficacité d'un traitement cognitif et comportemental pour le Trouble d'anxiété généralisée administré en vidéoconférence Efficacy of a cognitive-behavioural therapy administered by videoconference for Generalized Anxiety Disorder

Mlle Nathalie Théberge-Lapointe

Cher(e) Mlle Nathalie Théberge-Lapointe,

Merci de noter que votre article intitulé "Efficacité d'un traitement cognitif et comportemental pour le Trouble d'anxiété généralisée administré en vidéoconférence Efficacy of a cognitive-behavioural therapy administered by videoconference for Generalized Anxiety Disorder" est référencé sous le numéro ERAP-D-12-00073.

En tant qu'auteur, vous pouvez suivre l'évolution de votre manuscrit en vous connectant sur le site d'EES à l'adresse <http://ees.elsevier.com/erap/>.

En vous remerciant de votre précieuse collaboration.

Bien cordialement,

Journal Manager

Journal Manager

European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée**IMPORTANT:**

- 1) Merci de vous assurer que votre serveur de mail ne vous interdit pas la réception de courriers électroniques envoyés par « elsevier.com », vous pourriez ne pas recevoir certains courriers importants.
- 2) Il vous est fortement recommandé d'avoir la dernière version d'Acrobat Reader, qui est disponible gratuitement sur : <http://www.adobe.fr/products/acrobat/readstep2.html>.
- 3) Pour accéder à certaines pages importantes du site, il faut activer les « pop up ». Veuillez bien à vérifier la configuration de votre navigateur Internet, et celle des barres de navigation telles que « Yahoo ! Tool bar », ou « Barre d'outils Google », et à désactiver le blocage des « pop up » sur le site de la revue. Cela ne vous expose à aucun risque.
- 4) Pour une première utilisation du système éditorial Elsevier (EES), un mode d'emploi et un guide sont disponibles sur la page d'accueil du site : <http://ees.elsevier.com/erap/>.

RÉFÉRENCES

- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). *Télésanté : Lignes directrices cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie*. Rapport préparé par G. Pineau, K. Moqadem, C. St-Hilaire, R. Perreault, É. Levac et B. Hamel, en collaboration avec A. Obadia et L. Caron (AETMIS 06-01). Montréal: AETMIS, 2006, xxii-76p.
- Allard, M., Bouchard, S., Marchand, A., Cournoyer, L.-G., Green-Demers, I., & Renaud, P. (2007). L'efficacité de la psychothérapie pour le trouble panique en vidéoconférence: Réplication et alliance thérapeutique, *Revue Québécoise de Psychologie*, 28(2), 43-64.
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e ed., text rev.). Washington DC: Auteur.
- American Psychiatric Association [APA]. (2012, Avril). DSM-5 Development. Le 5 juillet 2012, <http://www.dsm5.org/proposedrevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=167>
- Amir, N., & Taylor, C. T. (2012). Combining computerized home-based treatments for generalized anxiety disorder: An attention modification program and cognitive behavioral therapy. *Behavior Therapy*, 43, 546-559.
- Andlin-Sobocki, P., Jönsson, B., Wittchen, H.-U., & Olesen, J. (2005). Cost of disorders of the brain in Europe. *European Journal of Neurology*, 12(Suppl.1), 1-27.
- Bakke, B., Mitchell, J., Wonderlich, S., & Erickson, R. (2001). Administering cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa via telemedicine in rural settings. *Int J Eat Disord*, 30(4), 454-457.
- Barlow, D. H., Raffa, S. D., & Cohen, E. M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. Dans P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.). *A guide to treatments that work* (2th ed., pp. 301-336). New York: Oxford University Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1997). *Inventaire de dépression de Beck* (Éditions du centre de psychologie appliquée, traduction 2^e ed.). Toronto: The Psychological Corporation.
- Bélanger, L., Ladouceur, R., & Morin, C. M. (2005). Generalized anxiety disorder and health care use. *Canadian Family Physician*, 51(10), 1363-1369.
- Boivin, I., & Marchand, A. (1996). *Évaluation structurée pour les troubles anxieux pour le DSM-IV*. Montréal : Université du Québec à Montréal, Département de psychologie.

- Borkovec, T. D., & Ruscio, M. A. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl. 11), 37-42.
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., Renaud, P., & Lapierre, J. (2004). Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. *Telemedicine Journal and e-Health. Special Issue: Telemedicine in Canada*, 10(1), 13-24.
- Bouchard, S., & Renaud, P. (2001). CBT in videoconference for panic disorder and generalized anxiety disorder. Présenté au congrès de l'AABT.
- British Psychological Society Center for Outcomes Research and Effectiveness [BPSCORE]. (2001). *Treatment choice in psychological therapies and counselling*. (23044). London: United Kingdom. Department of Health.
- Brown, T. A., Moras, K., Zinbarg, R. E., & Barlow, D. H. (1993). Diagnostic and symptom distinguishability of generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 24, 227-240.
- Bruce, S. E., Machan, J. T., Dyck, I., & Keller, M. B. (2001). Infrequency of pure gad: Impact of psychiatric comorbidity on clinical course. *Depression and Anxiety*, 14, 219-225.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., & Dozois, D. J. A. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 108-116.
- Cowain, T. (2001). Cognitive-behavioural therapy via videoconferencing to a rural area. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(1), 62-64.
- Craske, M. G., Rose, R. D., Lang, A., Welch, S. S., Campbell-Sills, L., Sullivan, G., Sherbourne, C., Bystritsky, A., Stein, M. B., & Roy-Byrne, P. (2009) Computer-assisted delivery of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in primary care settings. *Depress Anxiety*, 26(3), 235-242.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., & Crits-Christoph, K. (2004). Supportive-expressive psychodynamic therapy. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice* (pp. 293-319). New York: The Guilford Press.

- Day, S. X., & Schneider, P. L. (2002). Psychotherapy using distance technology: A comparison of face-to-face, video, and audio treatment. *Journal of Counseling Psychology, 49*(4), 499-503.
- Dear, B. F., Titov, N., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G., & McEvoy, P. (2011). *Behavior Research and Therapy, 49*, 830-837.
- Deitsch, S. E., Frueh, B. C., & Santos, A. B. (2000). Telepsychiatry for post-traumatic stress disorder. *J Telemed Telecare, 6*(3), 184-186.
- Draper, M., Rees, C. S., & Nathan, P. R. (2008). Internet-based self-management of generalized anxiety disorder: A preliminary study. *Behaviour Change, 24*(5), 229-244.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Rhéaume, J., Provencher, M., & Boisvert, J. M. Worry themes in primary GAD, secondary GAD and, other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 253-261.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 215-226.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Leger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M. D., et al. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 821-825.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Taylor & Francis Group.
- Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Brillon, P., Leblanc, R., et coll. (2004, novembre). Cognitive-behavioral therapy versus applied relaxation for generalized anxiety disorder: Differential outcomes and processes. Dans H. Hazlett-Stevens (Chair), *New advances in the treatment of chronic worry and generalized anxiety disorder*. Symposium conducted at the Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Dunstan, D. A. & Tooth, S. M. (2012). Treatment via videoconferencing: A pilot study of delivery by clinical psychology trainees. *The Australian Journal of Rural Health, 20*, 88-94.
- Durham, R. C. (2007). Treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatry, 6*, 183-187.
- Earles, J., Folen, R. A., & James, L. C. (2001). Biofeedback using telemedicine: Clinical applications and case illustrations. *Behav Med, 27*(2), 77-82.

- Freeston, M. (1998). *Questionnaire sur l'évaluation du fonctionnement actuel*. Document inédit. Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, Canada.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck: Propriétés psychométriques d'une traduction française. *Encéphale*, 10(1), 47-55.
- Frueh, B. C., Monnier, J., Yim, E., Grubaugh, A. L., Hamner, M. B., & Knapp, R. G. (2007). A randomized trial of telepsychiatry for post-traumatic stress disorder. *J Telemed Telecare*, 13(3), 142-147.
- Garcia-Campayo, J., Caballero, F., Perez, M., & Lopez, V. (2012). Pain related factors in newly diagnosed Generalized Anxiety Disorder patients. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 40(4), 177-186.
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Drouin, M.-S., & Guay, S. (2009). Effectiveness of cognitive behavioural therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(1), 42-53.
- Glass, G. V., & Stabley, J. C. (1970). *Statistical methods in education and psychology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Gorini, A., Pallavicini, F., Algeri, D., Repetto, C., Gaggioli, A., & Riva, G. (2010). Virtual reality in the treatment of generalized anxiety disorders. *Studies in health technology and informatics*, 154, 39-43.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes: Validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *Encéphale*, 27(5), 475-484.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S., & Temblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1427-1439.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Langlois, F., Freeston, M. H., & Bertrand, J. (2003). Développement et validation d'un nouvel instrument évaluant les croyances erronées à l'égard des inquiétudes [Development and validation of a new instrument evaluating erroneous belief about worry.], *European Review of Applied Psychology [Revue Européenne de Psychologie Appliquée]*, 53, 199-211.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C. M., Dugas, M. J., Baillargeon, L. (2006). Benzodiazepine discontinuation among clients with generalized anxiety disorder: A

- randomized trial of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 908-919.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., & Pelletier, O. (2005). Évaluation de l'attitude d'un individu face aux différents problèmes de vie: Le Questionnaire d'attitude face aux problèmes (QAP) [Evaluation of an individual's attitude toward daily life problems: the Negative Problem Orientation Questionnaire]. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 15, 141-153.
- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Dugas, M. J., & Pelletier, O. (2002). Le Questionnaire d'évitement cognitif (QEC): Développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents. [The Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ): Development and validation among adults and adolescents samples.] *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 12, 24-37.
- Gould, R. A., Otto, M. W., Pollack, M. H., & Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*, 28, 285-305.
- Gould, R. A., Safren, S. A., Washington, D. O., & Otto, M. W. (2004). A meta-analytic review of cognitive-behavioral treatments. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice* (pp. 248-264). New York: The Guilford Press.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., Smith, S. M., Tulshi, D., & Boji, H. (2005). Prevalence, correlates, comorbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 35, 1747-1759.
- Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, E. R., Davidson, J. R., et al. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 427-435.
- Griffiths, L., Blignault, I., & Yellowlees, P. (2006). Telemedicine as a means of delivering cognitive-behavioural therapy to rural and remote mental health clients. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12(3), 136-140.
- Gros, D. F., Yoder, M., Tuerk, P. W., Lozano, B. E., & Acierno, R. (2011). Exposure therapy for PTSD delivered to veterans via telehealth: Predictors of treatment completion and outcome and comparison to treatment delivered in person. *Behavior Therapy*, 42(2), 276-283.

- Harvey-Berino, J. (1998). Changing health behavior via telecommunications technology: Using interactive television to treat obesity. *Behavior Therapy*, 29(3), 505-519.
- Himle, J. A., Fischer, D. J., Muroff, J. R., Van Etten, M. L., Lokers, L. M., Abelson, J. L., et coll. (2006). Videoconferencing-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44(12), 1821-1829.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Hoyer, J., Becker, E. S., & Roth, W. T. (2001). Characteristics of worry in GAD patients, social phobics, and controls. *Depression and Anxiety*, 13, 89-96.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale [INSERM]. (2004). *Psychothérapie trois approches évaluées*. Paris: France. Government Printing Office.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1992). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (pp. 631-648). Washington, DC: American Psychological Association.
- Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Lipscomb, P., Russo, J., Wagner, E., et al. (1990). Distressed high utilizers of medical care DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *General Hospital Psychiatry*, 12, 355-362.
- Keppel, G. (1973). *Design and analyses: A researcher's handbook*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kessler, R. C., DuPont, R. L., Berglund, P., & Wittchen, H.-U. (1999). Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1915-1923.
- Kessler, R. C., Greenberg, P. E., Mickelson, K. D., Meneades, L. M., & Wang, P. S. (2001). The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43, 218-225.

- Kessler, R. C., Walters, E. E., & Wittchen, H.-U. (2004). Epidemiology. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice* (pp. 29-50). New York: The Guilford Press.
- Klein, B., Meyer, D., Austin, D. W., & Kyrios, M. (2011). Anxiety online a virtual clinic: Preliminary outcomes following completion of five fully automated treatment programs for anxiety disorders and symptoms. *Journal of Medical Internet Research*, *13*(4), 353-372.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, Impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, *146*, 317-325.
- Labrecque, J., Langlois, F., & Martin, M. (2009). *Traitement individuel pour le trouble d'anxiété généralisée primaire*. Document inédit.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Leger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 957-964.
- Ladouceur, R., Léger, E., Dugas, M., & Freeston, M. H. (2004). Cognitive-behavioural treatment of generalized anxiety disorder for older adults. *International Psychogeriatrics*, *16*, 195-207.
- Lim, D., Sanderson, K., & Andrews, G. (2000). Lost productivity among full-time workers with mental disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, *3*, 139-146.
- Lorian, C. N., Titov, N., & Grisham, J. R. (2012). Changes in risk-taking over the course of an internet-delivered cognitive behavioral therapy treatment for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *26*(1), 140-149.
- Lydiard, R. B., & Monnier, J. (2004). Pharmacological Treatment. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice* (pp. 248-264). New York: The Guilford Press.
- Manchanda, M., & McLaren, P. (1998). Cognitive behaviour therapy via interactive video. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *4*(Suppl. 1), 53-55.
- Marchand, A., Beaulieu-Prévost, D., Guay, S., Bouchard, S., Drouin, M.-S., & Germain, V. (2011). Relative efficacy of cognitive-behavioral therapy administered for posttraumatic stress disorder: A six month follow-up. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *20*(3), 304-321.

- Martin, D J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2004). Clinical presentation and diagnostic features. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice* (pp. 3-28). New York: The Guilford Press.
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin, 131*, 785-795.
- Morland, L. A., Hynes, A. K., Mackintosh, M.-A, Resick, P. A., & Chard, K. M. (2011). Group cognitive processing therapy delivered to veterans via telehealth: A pilot cohort. *Journal of Traumatic Stress, 24*(4), 465-469.
- Nelson, E. L., Barnard, M., & Cain, S. (2003). Treating childhood depression over videoconferencing. *Telemed J E Health, 9*(1), 49-55.
- Newman, C. F. (1998). The therapeutic relationship and alliance in short-term cognitive therapy. Dans J. S. Safran, J. C. Muran (eds.). *The therapeutic alliance in brief psychotherapy*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., & Molnar, C. (2004). Integrative Psychotherapy. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice* (pp. 320-350). New York: The Guilford Press.
- Newman, M. G., Consoli, A. J., & Taylor, C. B. (1999). A palmtop computer program for the treatment of generalized anxiety disorder. *Behav Modif, 23*(4), 597-619.
- Oakes, J., Battersby, M. W., Pols, R. G., & Cromarty, P. (2008). Exposure therapy for problem gambling via videoconferencing: a case report. *J Gambl Stud, 24*(1), 107-118.
- Ormel, J., Van Den Brink, W., Koeter, M. W., Giel, R., Van Der Meer, K., Van De Willige, G., & Wilminck, F. W. (1990). Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: A naturalistic follow-up study. *Psychological Medicine, 20*(4), 909-923.
- Paxling, B., Almlöv, J., Dahlin, M., Carlbring, P., Breitholtz, E., Eriksson, T., & Andersson, G. (2012). Guided internet-delivered cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy, 40*(3), 159-173.

- Pelletier, M. H. (2003). Cognitive-behavioral therapy efficacy via videoconferencing for social (public speaking) anxiety disorder: Single case design. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering Vol*, 63(12-B), 6103.
- Rees, C. S., & Stone, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconference psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 649-653.
- Rendon, M. (1998). Telepsychiatric treatment of a schoolchild. *J Telemed Telecare*, 4(3), 179-182.
- Riemer-Reiss, M. L. (2000). Utilizing distance technology for mental health counseling. *Journal of mental health counseling*, 22(3), 189-203.
- Roberge, P., Fournier, L., Duhoux, A., Nguyen, C. T., & Smolders, M. (2011). Mental health service use and treatment adequacy for anxiety disorders in Canada. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 46, 321-330.
- Robinson, E., Titov, N., Andrews, G., McIntyre, K., Schwencke, G., & Solley, K. (2010). Internet treatment for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial comparing clinician vs technician assistance. *Plos one*, 5(6), 1-9.
- Rodriguez, B. F., Weisberg, R. B., Pagano, M. E., Bruce, S. E., Spencer, M. A., Culpepper, L., & Keller, M. B. (2006). Characteristics and predictors of full and partial recovery from generalized anxiety disorder in primary care patients. *J Nerv Ment Dis*, 194, 91-97.
- Roy-Byrne, P. P., & Cowley, D. S. (2002). Pharmacological treatments for panic disorder, generalized anxiety disorder, specific phobia, and social anxiety disorder. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2th ed., pp. 337-366). New York: Oxford University Press.
- Roy-Byrne, P. P., & Wagner, A. (2004). Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. *Journal of American Psychiatry*, 65(Suppl. 13), 20-26.
- Shepherd, L., Goldstein, D., Whitford, H., Thewes, B., Brummell, V., & Hicks, M. (2006). The utility of videoconferencing to provide innovative delivery of psychological treatment for rural cancer patients: Results of a pilot study. *J Pain Symptom Manage*, 32(5), 453-461.
- Simpson, S., Bell, L., Britton, P., Mitchell, D., Morrow, E., Johnston, A. L., & Brebner. (2006). Does video therapy work? A single case series of bulimic disorders. *European Eating Disorders Review*, 14(4), 226-241.
- Simpson, S., Bell, L., Knox, J., & Mitchell, D. (2005). Therapy via videoconferencing: A route to client empowerment? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 156-165.

- Simpson, S., Knox, J., Mitchell, D., Ferguson, J., Brebner, J., & Brebner, E. (2003). A multidisciplinary approach to the treatment of eating disorders via videoconferencing in north-east Scotland. *J Telemed Telecare, 9 Suppl 1*, S37-38.
- Strachan, M., Gros, D. F., Yuen, E., Ruggiero, K. J., Foa, E. F., & Acierno, R. (2012). Home-based telehealth to deliver evidence-based psychotherapy in veterans with PTSD. *Contemporary Clinical Trials, 33*, 402-409.
- Swinson, R. P., Cos, B. J., Kerr, S. A., Kuch, K. D. (1992). A survey of anxiety disorders clinics in Canadian hospitals. *Canadian Journal of Psychiatry, 37*(3), 188-191.
- Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E., & Spence, J. (2010). Transdiagnostic internet treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 890-899.
- Titov, N., Andrews, G., Robinson, E., Schwencke, G., Johnston, L., Solley, K., & Choi, I. (2009). Clinician-assisted internet-based treatment is effective for generalized anxiety disorder: Randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*, 905- 912.
- Todder, D., & Kaplan, Z. (2007). Rapid eye movements for acute stress disorder using video conference communication. *Telemedicine journal and e health: the official journal of the American Telemedicine Association, 13*(4), 461-463.
- Todder, D., Matar, M., & Kaplan, Z. (2007). Acute-phase trauma intervention using a videoconference link circumvents compromised access to expert trauma care. *Telemedicine and e-Health, 13*(1), 65-67.
- Tuerk, P. W., Yoder, M., Ruggiero, K. J., Gros, D. F., Acierno, R. (2010). A pilot study of prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder delivered via telehealth technology. *Journal of Traumatic Stress, 23*(1), 116-123.
- Vogel, P. A., Launes, G., Moen, E. M., Solem, S., Hansen, B., Haland, A. T., & Himle J. A. (2012). Videoconference and cell phone-based cognitive-behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Anxiety Disorders, 26*, 158-164.
- Watts, S., Théberge-Lapointe, N., Marchand, A., Langlois, F. & Gosselin, P. (2012, mars). Le développement d'une alliance thérapeutique lors d'une intervention cognitive-comportementale pour traiter le trouble d'anxiété généralisée: Écart entre la perception du thérapeute et celle du client. Affiche présentée au Congrès Annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Montréal.
- Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the

status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 875-899.

Wittchen H.-U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., Höfler, M., & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: Prevalence, recognition, and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(Suppl. 8), 24-34.

Yuen, E. K. (2011). Acceptance-based therapy for social anxiety disorder using videoconferencing. Thèse non publiée, Drexel University, Philadelphie, États- Unis.