

# Table des matières

	Pages
Résumé.....	III
Table des matières.....	IV
Liste des tableaux.....	VI
Liste des abréviations.....	VII
Remerciements.....	VIII
Avant-Propos .....	IX
Introduction générale .....	1
1. Mise en contexte sur le TAG.....	2
1.1. Prévalence du Trouble d’anxiété généralisée (TAG).....	2
1.2. Critères diagnostiques du TAG.....	2
1.3. Consultations en médecine de 1 <sup>ère</sup> ligne et trouble d’anxiété généralisée.....	3
1.4. Impact du TAG sur les patients .....	4
1.5. Comorbidité et TAG .....	5
1.5.1. Comorbidité psychiatrique.....	5
1.5.2. Comorbidité somatique.....	6
1.6. Traitements pour les patients atteints d’un TAG .....	8
1.6.1. Traitements psychologiques du TAG .....	11
1.6.2. Traitements pharmacologiques du TAG.....	13
1.6.3. Les traitements combinés (psychologiques et pharmacologiques) du TAG.....	15
1.7. Les guides de pratiques cliniques et la dissémination des traitements basés sur les données probantes.....	17
1.8. Obstacles à la dissémination des données probantes dans la pratique clinique .....	19
1.9. La réalité de la pratique-terrain : utilisation réelle des TBDP en 1 <sup>ère</sup> ligne auprès des patients atteints d’un TAG .....	22
2. Hypothèse et questions de recherche.....	24
2.1. Objectifs principaux.....	24
2.2. Questions de recherche .....	24
2.3. Hypothèse principale .....	25
3. Méthodologie.....	26
3.1. Milieu de l’étude .....	26
3.2. Participants.....	27
3.3. Mesures.....	28
3.4. Procédure .....	30
3.5. Analyses des données .....	30
4. Résultats .....	32

4.1.	Échantillon .....	32
4.2.	Proportion de prescription de TBDP spécifique au TAG .....	36
4.3.	Proportion de prescription de TBDP psychologique spécifique au TAG .....	36
4.4.	Proportion de prescription de TBDP pharmacologique spécifique au TAG.....	37
4.5.	Prescription de TBDP chez les patients atteints d'un TAG avec ou sans comorbidité...	38
5.	Discussion générale .....	40
5.1.	Discussion .....	40
5.2.	Les implications cliniques des résultats de l'étude .....	45
5.3.	Limites de l'étude et recherches futures .....	48
	Conclusion .....	51
	Références.....	52
	ANNEXE 1 .....	65
	ANNEXE 2 .....	66
	ANNEXE 3 .....	67
	ANNEXE 4 .....	68
	ANNEXE 5 .....	69
	ANNEXE 6 .....	70
	ANNEXE 7 .....	71
	ANNEXE 8 .....	72
	ANNEXE 9 .....	74
	ANNEXE 10 .....	77

## Liste des tableaux

<i>Tableau 1.</i>	Profil de l'échantillon (démographique et de comorbidité).....	34
<i>Tableau 2.</i>	Comorbidité psychiatrique des patients.....	35
<i>Tableau 3.</i>	Comorbidité somatique des patients.....	36
<i>Tableau 4.</i>	Types de traitements prescrits.....	37
<i>Tableau 5.</i>	Types de traitements psychologiques prescrits.....	38
<i>Tableau 6.</i>	Types de traitements pharmacologiques prescrits .....	39
<i>Tableau 7.</i>	TBDP (psychologique et/ou pharmacologique) prescrits pour les patients atteints d'un TAG avec comorbidité .....	40

## Liste des abréviations

ACTA	Association Canadienne pour les Troubles Anxieux
AMQ	Association des Médecins du Québec
ANSS	Antidépresseurs Noradrénergiques et Sérotoninergiques Spécifiques
APA	American Psychiatric Association
APC	Association des Psychiatres du Canada
ATC	Antidépresseurs Tricycliques
CIUSSS	Centre Intégré Universitaire de Santé et Services Sociaux
CLSC	Centre Local des Services Communautaires
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
IMAO	Inhibiteur de la Monoamine Oxydase
IRMAO	Inhibiteurs Réversibles de la Monoamine Oxydase de type A
ISRS	Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine
ISRSN	Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine et de la Norépinéphrine
NICE	Institut National pour l'excellence en soins de santé
NIMH	National Institute of Mental Health
SCP	Société Canadienne de Psychologie
TAG	Trouble d'anxiété généralisée
TBDP	Traitement basé sur les données probantes
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
UMF	Unité de Médecine Familiale

## **Remerciements**

Mon parcours d'études doctorales a été d'abord animé par un désir de mettre à jour mes connaissances pour le bénéfice de mes fonctions de professeur de clinique. De nombreux défis se sont présentés tout au cours de cette démarche scientifique qui ont exigé le recours à des ressources encore inconnues, malgré mes soixante ans. J'ai eu le grand privilège d'être encadré, conseillé, accompagné, supporté, rassuré et parfois même encouragé par deux professionnels rigoureux et chaleureux, mes co-directeurs Geneviève Belleville et Guillaume Foldes-Busque que je remercie de tout mon cœur. Plusieurs personnes m'ont été d'une aide précieuse au cours de ces années d'études, je tiens à en nommer quelques-uns, Dr Robert Ladouceur, Dr Martin Provencher, Dr Louis Laplante et Dre Nancie Rouleau. Ces professeurs ont cru en moi et ont su alimenter cette estime professionnelle toujours si fragile.

Enfin, j'aimerais remercier mes amours de tous les instants, ma conjointe Louise et ma fille Cassandra qui ont partagé avec patience et compassion ce projet qui m'était si cher.

Merci à vous tous et toutes

## **Avant-Propos**

Ce mémoire doctoral est réalisé en réponse aux exigences du programme de doctorat en psychologie (D.Psy) de l'École de psychologie de l'Université Laval. Dre Geneviève Belleville, Ph.D. et Dr Guillaume Foldes-Busque, Psy.D., Ph.D., tous deux professeurs à l'École de psychologie de l'Université Laval, ont agi comme co-directeurs pour ce mémoire doctoral. Dre Marie-Christine Ouellet, Ph.D., professeure à l'École de psychologie de l'Université Laval a présidé le séminaire de dépôt de ce mémoire doctoral.

## **Introduction générale**

Le thème du présent mémoire a trait à la prescription de traitements basés sur les données probantes et l'impact des comorbidités sur la prescription. Pour amener le lecteur à prendre connaissance des résultats liés aux hypothèses et questions de recherches, nous allons contextualiser notre thème en présentant, en introduction, les prévalences du TAG et de ses comorbidités, un relevé des traitements psychologiques et pharmacologiques basés sur les données probantes ainsi qu'une présentation-synthèse des modalités des guides pratique et de dissémination des traitements.

## **1. Mise en contexte sur le TAG**

### ***1.1. Prévalence du Trouble d'anxiété généralisée (TAG)***

Le taux de prévalence sur un an du trouble d'anxiété généralisée (TAG) chez les adultes est de 3,1% (Kessler, 2005a) alors que sa prévalence à vie est estimée à 5,7% (Kessler, 2005b). Le début de la maladie surviendrait habituellement avant l'âge de 25 ans (Fricchione, 2004). Les femmes sont plus nombreuses à souffrir de ce trouble, deux femmes pour un homme souffriront d'un TAG au cours de leur vie (Alonso et al., 2004). Byers (2010) et Mackenzie (2011) rapportent de leur côté que le TAG est le trouble anxieux le plus répandu chez les personnes âgées de 45 ans et plus. La prévalence du TAG dans les services médicaux de première ligne se situe entre 3 et 8% (Wittchen, 2002b; Anseau, 2005; Serrano-Blanco, 2010). Parmi les patients souffrant d'un trouble anxieux, ce sont les patients atteints d'un TAG qui consultent le plus souvent en médecine de 1<sup>ère</sup> ligne (Barrett, 1988; Wittchen, 2002a).

### ***1.2. Critères diagnostiques du TAG***

Selon la 5<sup>e</sup> édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) (Association américaine de psychiatrie, 2013), le TAG se caractérise par les six critères suivants : (A) Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois, concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (telles que le travail ou les performances scolaires); (B) La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation; (C) L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois): agitation ou sensation

d'être survolté ou à bout, fatigabilité, difficultés de concentration ou trous de mémoire, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil; (D) L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants; (E) La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie); (6) La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental.

### ***1.3. Consultations en médecine de 1<sup>ère</sup> ligne et trouble d'anxiété généralisée***

Il existe une différence entre les services en médecine de 1<sup>ère</sup> ligne et les services de santé et services sociaux de 1<sup>ère</sup> ligne en ce qui concerne les évaluations diagnostiques et les traitements prodigués par les médecins et les psychologues. Cependant, dans la littérature il n'existe pas de données sur les consultations en santé et services sociaux de 1<sup>ère</sup> ligne concernant le TAG. Ce qui ressemble le plus à notre milieu d'étude sont les données concernant les consultations en médecine de première ligne. Cela justifie le choix actuel et les données qui suivent.

Plusieurs études abordent les impacts du TAG sur la fréquence des consultations médicales (Wittchen, 1994; Sherbourne, 1996; Maier., 2000). Bélanger et al. (2005), observent que les patients de cliniques médicales de 1<sup>ère</sup> ligne qui répondent positivement à un test de dépistage du TAG (19,7%) rapportent une plus grande fréquence de visites médicales que les patients sans TAG (5,3 vs 3,4/année). Ces patients avec TAG rapportent avoir de l'insomnie, des symptômes de dépression, de la fatigue et des

troubles gastriques avec une fréquence significativement plus élevée que les autres patients qui n'ont pas de TAG.

On peut croire que le TAG est encore aujourd'hui sous-diagnostiqué et sous-traité car ces patients consultent le plus souvent en raison de plaintes somatiques plutôt qu'anxieuses (Romera, 2010). Selon Garcia-Campayo (2012), 93,5% des patients TAG rapportent des douleurs somatiques. Chez 72,4% des patients atteints d'un TAG, la raison principale de consultation serait un problème somatique douloureux. Wittchen (2002b) va dans le même sens en rapportant que les raisons principales de consultations médicales des patients atteints d'un TAG sont des plaintes somatiques (38,3%) et des douleurs (29,2%).

#### ***1.4. Impact du TAG sur les patients***

Le TAG présente un fardeau important pour les patients et leurs proches. Plusieurs auteurs ont mis en évidence que l'anxiété chronique, dont le TAG, est associé à une lourde incapacité ou invalidité fonctionnelle, à des difficultés sur le plan professionnel, à une dépréciation de la qualité de vie et à des coûts économiques substantiels pour la société (Kessler, 1999; Surtees, 2003; Zhu, 2009; Sherbourne, 2010; Weisberg, 2010; Comer, 2011; Revicki, 2012). Les patients atteints de troubles anxieux surutilisent les services médicaux tant psychiatriques que non psychiatriques et présentent une réduction de productivité au travail comparativement à la population générale (Antony, 1996; Wittchen, 96, 98, 2002; Waghorn, 2005). Ces impacts seraient liés au fait que, lorsque les personnes atteintes d'un TAG s'inquiètent de façon excessive, elles sont difficilement disponibles pour se concentrer à une tâche ou être dans une disposition

émotive d'accueil et de réceptivité. Ainsi, elles peuvent être affectées sur le plan du sommeil, de l'énergie, de l'humeur, de certaines fonctions cognitives et de l'activité psychomotrice.

## ***1.5. Comorbidité et TAG***

### ***1.5.1. Comorbidité psychiatrique***

Kessler (1994) a révélé un taux de comorbidité psychiatrique de 66,3% chez les patients atteints d'un TAG. D'autres auteurs appuient ces données et révèlent que 65% à 67% des patients atteints d'un TAG présentent au moins un autre trouble : troubles anxieux, dépression ou dysthymie (De Ruiter, 1989; Wittchen, 1994; Garyfallos, 1999). Selon Brown (2001) et Noyes, (2001), les diagnostics psychiatriques les plus fréquemment associés au TAG sont : la dépression majeure (30,1%), la phobie sociale, (26,6%), le trouble panique, (18,8%) la phobie spécifique, (17,25%) et la dysthymie (13,5%). La prévalence du trouble d'abus de substance (alcool et drogue) comme comorbidité se situe entre 11 et 15%. Zhu et al. (2009) affirment que la présence d'une comorbidité dépressive accroît la sévérité de la pathologie TAG, des impacts fonctionnels et des coûts économiques. Selon Dunner (2001), les patients ayant un trouble anxieux avec comorbidité psychiatrique sont généralement moins efficaces pour accomplir leurs tâches quotidiennes et utilisent davantage les soins de santé. Leurs symptômes sont souvent plus graves, se manifestent plus tôt dans la vie et sont fréquemment prolongés, ce qui rend les traitements plus complexes. Selon Shankman (2002), Boylan (2004) et Bruce (2001), lorsqu'il y a comorbidité, le risque d'obtenir un moins bon résultat au traitement

et le risque de rechute sont élevés et ce, autant pour les troubles anxieux que pour le trouble concomitant.

### ***1.5.2. Comorbidité somatique***

La comorbidité somatique est prévalente chez les patients atteints d'un TAG. En médecine de 1<sup>ère</sup> ligne, 60 à 94% des patients avec un TAG rapportent avoir un problème de douleur physique (Romera, 2010; Garcio-Campayo, 2012; Katzman, 2014). De ce nombre, 72% ont d'abord consulté leur médecin pour des douleurs physiques avant même de consulter pour le TAG lui-même. D'autres chercheurs (Comer, 2011; Beesdo, 2009 et Martens, 2010) abondent dans le même sens en ajoutant l'hypertension, les troubles cardiovasculaires et gastriques aux syndromes de douleur. Certains facteurs génétiques et environnementaux pourraient affecter le système surrénal et contribuer comme intermédiaire entre l'anxiété et certaines maladies physiques selon Stein (2009) et Simon (2009). Habib (2001) ajoute que des expériences défavorables ou un stress important peuvent être plus traumatisants pour quelqu'un avec une vulnérabilité génétique à une pathologie somatique.

De leur côté, en 2003, Härter et ses coll. effectuaient une étude auprès de 262 patients (169 avec diagnostic de troubles anxieux et 93 sans diagnostic de trouble anxieux) afin d'examiner les patrons de comorbidités existants entre les troubles anxieux et les maladies physiques. Leurs résultats indiquent que les sujets avec TAG ont tendance à avoir un haut taux de maladies physiques. Les taux de troubles cardiovasculaires, gastro-intestinaux, respiratoires et les migraines sont significativement plus élevés chez les patients avec TAG que chez les patients sans ces diagnostics.

L'interaction entre les troubles anxieux et les problèmes de santé physique est complexe à comprendre puisque ces derniers peuvent induire de l'anxiété directement ou indirectement. Les travaux de Habib (2001) et McEwen, (2003) mettent en évidence les atteintes neurologiques associées aux impacts du stress sur divers systèmes dans le corps (cardiovasculaire, respiratoire, rénal et endocrinien). Ainsi, ils expliquent que le thalamus, l'hypothalamus, les noyaux amygdaliens, les hippocampes et le cortex préfrontal seraient altérés par un taux trop élevé de cortisol. Ces structures, qui, normalement, s'activent afin de réduire les symptômes liés au stress, ne seraient pas en mesure de s'activer correctement lorsqu'un TAG est présent. Il ne faut pas oublier que la maladie est en elle-même un stresser et peut devenir, en soi, une vulnérabilité ou un déclencheur du TAG. Constatant que les patients atteints d'un TAG présentaient souvent plusieurs types de problèmes de santé physique, Culpepper (2009) s'est interrogé sur les composantes interactionnelles possibles entre le TAG et les maladies physiques. Ainsi, il a fait un relevé de littérature afin de mieux s'expliquer ces interactions. Il a constaté qu'avec le temps, une exposition prolongée au stress généré par le TAG stimule certains mécanismes neurobiologiques et physiologiques. Ces mécanismes se manifestent par une activation du système hypothalamique-pituitaire-surrénal (HPA) soutenue, une activité inflammatoire ainsi qu'un relâchement de norépinéphrine (neurotransmetteur) (Habib, 2001; McEwen, 2003). Cela peut mener à des désordres médicaux et augmenter la vigilance à la douleur et à d'autres symptômes physiques. Cette hypervigilance agirait psychologiquement en augmentant les inquiétudes des patients ayant un TAG.

De multiples facteurs pourraient donc contribuer au développement de maladies physiques chez les personnes atteintes d'un TAG. Les personnes atteintes d'un TAG

étant fréquemment hypervigilantes à leurs symptômes somatiques, on pourrait comprendre que leur premier requis de service en 1<sup>ère</sup> ligne soit d'ordre somatique. Il serait possible de suggérer que les médecins prescrivent moins de traitements psychologiques et pharmacologiques du TAG lorsqu'il y a existence de comorbidité somatique parce que les patients ne mettent pas en évidence leurs symptômes de TAG.

L'impact économique des comorbidités psychiatriques et somatiques associées à un trouble anxieux (dont le TAG) a été étudié en 2003 par McLaughlin. Ce dernier a observé une augmentation de 67,7% des coûts des traitements pharmacologiques des patients avec une comorbidité en comparaison aux patients sans comorbidité. Les comorbidités anxieuses ont aussi un impact sur l'augmentation des incapacités et invalidités fonctionnelles, selon Sherbourne (2010). De plus, l'impact augmente lorsqu'une dépression accompagne le TAG constate Romera (2010) puisque les symptômes s'additionnent. Ces symptômes sont indisposants et peuvent rendre difficile l'investissement des patients dans une démarche de traitement. Ces éléments suggèrent de se questionner sur l'impact des comorbidités sur la prescription de traitements basés sur les données probantes.

### ***1.6. Traitements pour les patients atteints d'un TAG***

Deux guides de pratique ont été produits ces dernières années pour le TAG. Ces guides ont recensé les études scientifiques présentant les traitements psychologiques et pharmacologiques efficaces pour le traitement du TAG (traitements fondés sur les données probantes). D'une part, l'Association canadienne des troubles anxieux (ACTA) et l'Université McGill ont présenté en 2014 un guide de pratique clinique pour la gestion

des troubles anxieux, du stress post-traumatique et du trouble obsessionnel-compulsif (Katzman, 2014). On y présente l'épidémiologie, la comorbidité, les facteurs de risque, les critères diagnostiques et la liste des traitements psychologiques, pharmacologiques et combinés jugés efficaces. D'autre part, en 2011, au Royaume Uni, l'Institut national pour l'excellence en soins et santé (NICE) (par l'entremise de la Société psychologique britannique et du Collège royal des psychiatres) a mis à jour le guide de pratique pour la gestion des soins de la communauté en 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> ligne, pour plusieurs troubles anxieux dont le TAG. Ce guide propose, étape par étape, la mise en place ou l'implantation d'un traitement adapté aux différentes présentations de TAG. Ce guide permet de tenir compte des intensités de symptômes, des comorbidités et des impacts fonctionnels. Sur le plan pharmacologique, en contexte de comorbidité médicale, les interactions médicamenteuses obligent les médecins à sélectionner des molécules différentes d'un patient à l'autre. Les médecins doivent aussi composer avec les effets indésirables des médicaments chez les patients et leur compliance aux traitements pharmacologiques. La tolérance et l'efficacité varient d'un patient à l'autre.

En raison des problèmes comorbides (psychiatriques et somatiques) associés au TAG, les professionnels de la santé font face à une variété de combinaisons de problématiques qui exigent d'élaborer des plans de traitements adaptés aux profils bio-psycho-sociaux des patients. Afin de faciliter la mise en place d'un plan de traitement, l'Association des psychiatres du Canada (APC) a proposé en 2006 un organigramme sous forme d'arbre de décision conçu pour permettre aux professionnels de faire le choix le plus approprié pour les patients anxieux en ce qui a trait au choix d'un traitement psychologique et/ou pharmacologique (Swinson et al., 2006) (annexe 1). Par la suite, le

professionnel peut choisir un traitement basé sur les données probantes (annexes 2 et 3). L'Association des psychiatres du Canada (Swinson et al., 2006) présente plusieurs facteurs qui aideront à déterminer le choix d'un traitement psychologique ou pharmacologique. Par exemple, on retrouve la préférence et la motivation du patient, ses capacités intellectuelles et cognitives pour s'engager dans un traitement donné plutôt qu'un autre, les compétences du clinicien traitant, la disponibilité des ressources de traitement psychologique au secteur privé et au secteur public, les résultats thérapeutiques du patient aux traitements antérieurs et la présence d'un trouble somatique ou psychiatrique comorbide.

Culpepper (2009), qui a étudié les impacts des comorbidités somatiques sur l'adhésion et l'efficacité des traitements psychologiques, recommande que le traitement du TAG vise deux objectifs, soit la gestion des symptômes du TAG et la diminution de la vulnérabilité aux maladies physiques. Il suggère qu'un suivi médical et psychologique est important afin de maintenir un contrôle des symptômes du TAG. Il explique que lorsqu'un client apprend à mieux connaître le TAG et à développer des stratégies pour une meilleure gestion des symptômes, cela amène une meilleure qualité de vie et un impact positif sur le plan fonctionnel. Ainsi, sa santé physique et sa condition médicale s'améliorent par une diminution de la vulnérabilité à des stressors physiologiques chroniques. Le système nerveux sympathique et les mécanismes de métabolisation du cortisol sont ainsi mieux régulés pour assurer leurs fonctions de base.

### ***1.6.1. Traitements psychologiques du TAG***

Il existe plusieurs options de traitements psychologiques basés sur les données probantes pouvant être instaurés (annexe 2). Le choix découlera des objectifs visés et des buts recherchés par le traitement. Parmi les objectifs, on peut retrouver : une diminution de l'intensité et de la fréquence des symptômes, le développement d'habiletés dans la reconnaissance des facteurs déclencheurs et dans l'acquisition d'outils pour la résolution de problèmes, ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie.

Une révision de la littérature et le recours aux recommandations du guide de pratique de l'ACTA (Katzman, 2014) a permis de relever les meilleures pratiques et de premier choix dans le traitement du TAG (annexe 2). Parmi les traitements psychologiques recommandés par l'ACTA, on retrouve les thérapies cognitivo-comportementales individuelles et de groupe, la thérapie cognitivo-comportementale visant l'intolérance à l'incertitude et les autres psychothérapies.

Les recherches sur l'efficacité des thérapies d'approche cognitivo-comportementale sont beaucoup plus nombreuses que les autres approches en psychothérapie. Plusieurs méta-analyses ont démontré clairement que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) réduit les symptômes de l'anxiété et s'avère plus efficace que l'absence de traitement (Borkovec, 1996, 2001; Gould, 1997, 2004; Siev, 2007; Hunot, 2007; Hofmann, 2008; Covin, 2008).

Selon les études de Dugas (2003), Hunot (2007) et Covin (2008), la TCC semble bénéfique tant individuellement qu'en groupe. Plusieurs auteurs affirment que les bienfaits de ce traitement tendent à se maintenir sur une période de six mois à deux ans de suivi (Borkovec, 2002; Dugas, 2003; Fava, 2005; Gould, 2004; Linden, 2005).

Plusieurs recherches ont permis de développer un protocole de TCC basé sur l'intolérance à l'incertitude (modèle de Dugas et coll, 1998). Ces variables sont : l'intolérance à l'incertitude, la gestion des inquiétudes (basées sur des situations réelles ou éventuelles), les croyances métacognitives sur l'utilité de s'inquiéter, la tendance à générer et maintenir des scénarios catastrophiques et le manque de confiance et d'habiletés lors de résolutions de problèmes.

Enfin, d'autres protocoles psychothérapeutiques ont été développés pour le traitement du TAG. On parle ici de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) (Roemer, 2008), la thérapie méta cognitive (Wells, 2010; van der Heiden, 2012) et la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (Kim, 2009).

Peu d'études comparent l'effet d'un traitement administré à des patients TAG avec ou sans comorbidité. Néanmoins, lorsqu'une comorbidité s'ajoute à une psychopathologie principale, en l'occurrence le TAG, cela peut diminuer l'efficacité d'un traitement par la présence de plusieurs facteurs supplémentaires (symptomatologies supplémentaires aux symptômes du TAG) contributifs à l'invalidité d'un patient. Ceci semble confirmé par Shankman (2002) et Boylan (2004), qui ont identifié que la présence d'une comorbidité psychiatrique au TAG augmente le risque d'obtenir un moins bon résultat au traitement psychologique. Ainsi, les traitements psychologiques doivent être adaptés en fonction des particularités de chacune des psychopathologies du tableau clinique du patient. Cependant, il existe des exceptions. Par exemple, la TCC du TAG vise plusieurs cibles thérapeutiques (ex. intolérance à l'incertitude, convictions erronées, pauvres stratégies de résolution de problème, évitement cognitif) qui sont pertinentes à d'autres troubles. Le fait d'intervenir sur l'une de ces cibles communes peut

entraîner une réduction de symptômes ou de comportements nuisibles rattachés à chacun (Provencher, 2006).

### ***1.6.2. Traitements pharmacologiques du TAG***

Certains antidépresseurs sont recommandés comme traitement de premier choix pour le traitement du TAG (Katzman, 2014). Les catégories de molécules qui ont été étudiées en regard de leur degré d'efficacité dans le traitement des troubles anxieux sont : les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la norépinéphrine (ISRSN), antidépresseurs noradrénergiques et sérotoninergiques spécifiques (ANSS), antidépresseurs tricycliques (ATC), inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) et les inhibiteurs réversibles de la monoamine oxydase de type A (IRMAO). Le Guide des pratiques cliniques de l'APC (2006) précise que, parmi ces catégories, les ISRS, les ISRSN et les ANSS ont la préférence puisqu'ils sont mieux tolérés et présentent moins d'interactions que les IMAO et les ATC. Les ISRS et, dans certains cas, les ISRSN méritent d'être favorisés comme choix de traitement comparativement aux ANSS, pour la plupart des troubles anxieux.

Les traitements pharmacologiques sont classifiés comme des traitements de premier, deuxième ou de troisième recours. Dans les données probantes, les agents de premier recours (ou niveau 1) ont un niveau de qualité des données probantes plus élevé (diminution des symptômes indésirables associés au trouble anxieux spécifique, qualité du protocole de recherche, etc.) que les autres niveaux. Pour le TAG, on recommande comme agent de premier recours (premier choix), les ISRS : paroxétine, escitalopram et sertraline; les ISRSN : venlafaxine XR et duloxétine (Annexe 3).

Dans les lignes directrices de l'Association canadienne des troubles anxieux, (Katzman, 2014), on retrouve les études contrôles randomisées qui supportent l'efficacité des molécules pour le traitement pharmacologique du TAG (annexe 3). Comme la dépression accompagne fréquemment le TAG (Wittchen, 2002), l'avantage des antidépresseurs est de pouvoir traiter à la fois les symptômes dépressifs et anxieux (Goodman, 2004; Sramek, 2002).

Selon le guide de pratique de l'Association canadienne des troubles anxieux, une pharmacothérapie peut être utilisée seule ou pour compléter un traitement psychologique lorsque l'amélioration des symptômes anxieux est limitée par certains symptômes cognitifs, psychomoteurs, physiques ou neurovégétatifs persistants, ces symptômes limitant la capacité du patient à profiter pleinement de son traitement psychologique. Par exemple, lorsque les inquiétudes excessives envahissantes sont peu contrôlables, un ISRS pourrait atténuer ces symptômes et permettre au patient d'être plus attentif aux consignes du thérapeute et mettre en pratique les exercices proposés.

Un bref historique nous permet de constater que, dans les années 1960 à 1980, plusieurs médecins et psychiatres privilégiaient les benzodiazépines pour le traitement de l'anxiété en raison de leur rapidité d'action et de leur effet anxiolytique (Goodman, 2004; Sramek, 2002; Rickels, 2002). En 1994, Wittchen et ses collaborateurs mentionnaient que 24 à 44% des patients aux prises avec un TAG prenaient régulièrement une médication, dont les benzodiazépines, pour leurs symptômes anxieux et ce, généralement pour une longue période. Entre 1996 et 1999, plusieurs études approfondies ont démontré l'efficacité des benzodiazépines (Casacelenda, 1998; Feinstein, 1999; Lydiard, 1996; Russakoff, 1999). En 2001, Gosselin et Ladouceur indiquaient

qu'environ 30% des patients avec un TAG utilisaient une benzodiazépine sur une base régulière pour gérer leurs symptômes. Néanmoins, par la suite, plusieurs études ont démontré les effets indésirables de ces molécules en termes de tolérance et dépendance.

L'Association des psychiatres du Canada (2006) émet plusieurs recommandations utiles sur l'utilisation prudente des benzodiazépines dans le cadre du traitement des troubles anxieux. En 1995, Miller a fait une recension des études sur l'utilisation des benzodiazépines, et les résultats confirment qu'une utilisation régulière et prolongée entraîne une dépendance pharmacologique importante. D'autre part, on sait qu'avec le temps, les patients développent une tolérance à la molécule, ce qui entraîne un besoin d'augmenter la dose pour obtenir le même effet (Association des psychiatres du Canada, 2006). De plus, Russakoff (1999) recommandait que les médecins se limitent dans la prescription de benzodiazépines, car cette médication pouvait inciter les patients à éviter la confrontation à leurs problèmes et à leur anxiété.

Pour ces raisons, l'ACTA (Katzman, 2014) soutient que l'utilisation d'un traitement avec une benzodiazépine demeure un traitement à considérer seulement dans des conditions particulières, notamment pour l'anxiété aiguë ou l'agitation ou en attendant que commence à se manifester une efficacité adéquate des ISRS ou d'autres antidépresseurs.

### ***1.6.3. Les traitements combinés (psychologiques et pharmacologiques) du TAG***

Katzman (2014), dans son guide de pratique clinique pour la gestion des troubles anxieux dont le TAG, rapporte que peu d'études comparent le traitement pharmacologique et le traitement psychologique dans un même essai. Les quelques

études qui comparent directement la pharmacothérapie avec la TCC indiquent qu'elles sont à peu près équivalentes dans leur efficacité (Barlow, 2000; Dannon, 2004; O'Connor, 1999).

Trois études comparent un traitement pharmacologique seul à un traitement combiné pharmacologique et thérapie d'appoint (consistant à rassurer, encourager et conseiller une personne) pour le TAG. Les résultats de la première étude montrent une diminution des symptômes d'anxiété en post-traitement, alors que les deux autres études ne montrent pas d'avantages additionnels à faire un traitement combiné au lieu d'un traitement pharmacologique seul (Kim, 2009; Ferrero, 2007; Crits-Christoph, 2011).

Les résultats d'autres études varient selon les troubles anxieux et sont contradictoires (Bandelow, 2007; Hofmann, 2009). Alors que l'on conclut que la combinaison d'une pharmacothérapie avec une TCC est plus efficace que la TCC seule, les effets de la combinaison ne sont plus significatifs lorsque l'on procède à une évaluation post-suivi après six mois.

Les résultats des recherches sur l'efficacité de la TCC et de certains traitements pharmacologiques sont comparables dans le sens où les écarts significatifs entre les groupes-contrôles (sans traitement) et les groupes avec traitement sont semblables (Borkovec, 2002; Linden, 2005; Lydiard, 2004; Ferrero, 2007). Hofmann (2010) et Roshanaei-Moghaddam (2011) ont procédé à des méta-analyses. Les résultats de leurs recherches ont démontré que la psychothérapie et la pharmacothérapie présentent généralement une efficacité équivalente pour le traitement des troubles anxieux. Chaque

approche peut donc être utilisée isolément mais l'efficacité supérieure de leur combinaison n'est pas démontrée scientifiquement.

Les données actuelles ne supportent pas que le traitement combiné soit utilisé « de routine » comme traitement initial. Cependant, lorsqu'un patient ne démontre qu'une amélioration limitée à l'une des modalités de traitement, un essai de l'autre modalité est envisageable (Katzman, 2014; Swinson, 2006).

Bien que des guides de pratiques (Cape, 2011; Katzman, 2014) aient été conçus pour le traitement du TAG (entre autres) visant le transfert des connaissances, cela n'implique pas nécessairement que les traitements efficaces soient connus et utilisés par les praticiens.

### ***1.7. Les guides de pratiques cliniques et la dissémination des traitements basés sur les données probantes***

L'utilisation des TBDP dans la pratique-terrain implique la dissémination de ces traitements auprès des dispensateurs de services et des praticiens. La dissémination est définie comme étant la communication d'informations devant permettre aux cliniciens de parfaire leurs connaissances ou leurs compétences (Koutsavlis, 2001). Dans un langage plus familier aux cliniciens, on parlera du transfert des connaissances. La dissémination des traitements dépend, entre autres, de la dissémination des guides de pratique.

Un document sur la dissémination des guides de pratique en santé cardiovasculaire, destiné aux médecins, a été développé en 2001 par Dr Tom Koutslavis et son équipe pour le compte de l'Institut national de santé publique du Québec. Ce document destiné aux médecins présente un modèle qui a été développé suite à une revue de littérature exhaustive visant à mieux comprendre les guides de pratiques, leur

élaboration, leur dissémination et leur application. Il se transpose bien à la présente recherche, car le cadre conceptuel demeure le même, bien qu'il ait été développé pour les troubles cardiovasculaires. Ainsi, nous allons l'utiliser afin de mieux définir et situer l'élaboration des guides de pratiques cliniques.

L'élaboration des guides de pratiques cliniques est une démarche rigoureuse qui consiste en différentes étapes citées par Dr Koutslavis et bien décrites par Davis (1997) : choix et définition d'un problème clinique, synthèse des données de littérature, établissement d'un consensus entre les chercheurs, proposition d'un guide, distribution du guide à un échantillon de cliniciens, organisme promoteur favorisant l'aval du guide, formulation du guide de pratique, dissémination du projet de guide de pratique, mise en œuvre du guide de pratique, surveillance et évaluation de son impact.

Selon Koutslavis, des obstacles peuvent survenir à chacune des étapes de l'élaboration des guides de pratiques cliniques. Il identifie deux volets à considérer : le contenu (validité et fiabilité scientifique des guides de pratiques) et sa dissémination et son application. Nous nous attarderons au second volet puisqu'il cible la dissémination, processus directement concerné par le transfert des connaissances sur les TBDP.

Selon Craske et al (2009), trois aspects sont à considérer dans le processus de dissémination. Dans une étude intitulée « Treatment for anxiety disorders : Efficacy to effectiveness to implementation », l'auteure présente ces trois aspects comme des étapes séquentielles à considérer dans une dissémination, soit : l'efficacité, l'efficience et l'implantation. Une dissémination débute par la prise de connaissance des études empiriques de traitements jugés efficaces pour les troubles anxieux (TBDP) (études d'efficacité). Puis, on parle d'efficience lorsqu'on développe un format de traitement

adapté à la pratique-terrain (tout en tentant de conserver la fidélité des traitements). Enfin, l'implantation est l'étape où un milieu met en place des mécanismes qui encouragent ses praticiens à acquérir des connaissances, à développer et maintenir des compétences. Cette dernière étape est particulièrement importante sur le plan du transfert des connaissances.

Le thème central de la présente recherche est l'utilisation des TBDP. Cette utilisation dépend de la connaissance de l'existence des TBDP et du développement des compétences pour les utiliser. Il existe des barrières ou des obstacles à chacune des trois étapes de la dissémination qui sont susceptibles d'influencer l'utilisation des TBDP par les praticiens.

### ***1.8. Obstacles à la dissémination des données probantes dans la pratique clinique***

Plusieurs recherches ont porté sur les obstacles à la dissémination des TBDP et des guides de pratique (Koutslavis, 2001). Toutefois, deux auteurs méritent notre attention en ce qui concerne les obstacles à la dissémination des données probantes : Cabana (1999) et Shafran (2009).

En 1999, Cabana s'est intéressé à la question de l'élimination des obstacles au changement en vue d'augmenter les chances de succès d'une dissémination des guides pratique chez les médecins. Il a d'abord proposé une définition de la notion d'obstacle dans le contexte de la dissémination d'un guide de pratique comme étant, « tout facteur qui limite ou restreint l'adoption intégrale d'un guide de pratique ». Puis, après une revue systématique de 76 articles sur les guides et paramètres de pratique, les politiques cliniques, les recommandations nationales et les énoncés consensuels, il a extrait les

obstacles observés. Il a ensuite classé les obstacles en trois thèmes (connaissance, attitudes, comportement), puis en 7 catégories générales : connaissance (ignorance, méconnaissance); attitudes (désaccord, manque de confiance en soi, peu d'attentes face aux résultats, expériences antérieures non concluantes); comportement (obstacles externes).

Les obstacles identifiés au niveau de la connaissance sont la quantité importante d'information à intégrer, le temps requis pour la mise à jour des connaissances et l'accessibilité des guides de pratique. Les obstacles en lien avec les attitudes sont le désaccord avec l'interprétation de certaines données, l'applicabilité difficile auprès des patients, la perception de non-rentabilité en termes de coûts/bénéfices, la méfiance envers le promoteur du guide de pratique, l'application trop rigide, l'atteinte à l'autonomie, la méfiance par rapport à l'efficacité, des expériences antérieures des guides de pratique non concluantes, et la préférence pour la routine et les habitudes. Enfin, les obstacles en lien avec les comportements sont les facteurs liés aux patients (incapacité à lier les préférences des patients et les recommandations des guides de pratique), les facteurs liés aux guides de pratique (caractéristiques des guides, présence de contradictions entre les guides) et les facteurs environnementaux (peu de temps, peu de ressources, contraintes organisationnelles, non remboursement des formations par les organisations, augmentation perçue des poursuites pour fautes professionnelles).

Comme nous l'avons vu avec Cabana (1999), le processus de la dissémination des TBDP est gêné par divers obstacles. Shafran (2009), lui, s'est intéressé à la dissémination de la thérapie cognitivo-comportementale plus spécifiquement. Bien que la littérature soit peu développée, il a trouvé huit recherches à cet effet (Addis,2002;

Barlow, 2004 ; Barlow, 1999; Carroll, 2007 ; Chorpita, 2004; Stirman, 2004; Taylor, 2008; Weingardt, 2004). Dans ces études, l'auteur a pu identifier deux types d'obstacles. Le premier concerne les croyances des cliniciens sur le terrain : l'applicabilité limitée des protocoles de traitements issus de la recherche dans la pratique-terrain, la comorbidité moins élevée des patients traités dans les programmes de recherche en comparaison aux patients sur le terrain. Le deuxième concerne les lacunes sur le plan des connaissances en traitement, les modes de transmission et de formation, le manque d'opportunités pour les praticiens de mettre à jour leurs compétences. On remarque que plusieurs obstacles se recourent dans les observations de Cabana (2001) et Shafran (2009), notamment la perception que les TBDP ne s'appliquent pas aux patients vus en clinique parce que ces derniers ont des comorbidités qui ne seraient pas représentées dans les échantillons de recherche. Il serait intéressant de vérifier si les praticiens dans un service de santé et de services sociaux de 1<sup>ère</sup> ligne prescrivent véritablement moins de traitement basé sur les données probantes lorsqu'il y a présence de comorbidité somatique et/ou psychologique.

Il existe de plus en plus d'évidences scientifiques qui soutiennent que les résultats des recherches sur l'efficacité des traitements sont généralisables aux situations cliniques (Weisz et al., 2005 ; Wilson, 2007). La croyance selon laquelle il y aurait une distinction importante entre la fréquence des comorbidités des patients en recherche et la comorbidité des patients en clinique (Shafran, 2009) ne serait, en effet, qu'une croyance. Elle s'expliquerait par le fait que plusieurs praticiens doutent que les TBDP soient efficaces auprès des patients en clinique sur le terrain car ils perçoivent que les patients en recherche ont une problématique moins sévère, ont moins de comorbidité en raison des critères d'exclusion. Ainsi, il existe un écart entre les croyances des cliniciens et la

littérature, qui, elle, suggère que la comorbidité ne serait pas un obstacle à la dissémination des TBDP. Une vérification directe des pratiques des cliniciens en fonction de la comorbidité présentée par leurs patients permettrait d'inférer s'ils agissent davantage en fonction de ces croyances ou s'ils suivent les indications de la littérature.

### ***1.9. La réalité de la pratique-terrain : utilisation réelle des TBDP en 1<sup>ère</sup> ligne auprès des patients atteints d'un TAG***

En 2012, la Société canadienne de psychologie a publié un rapport sur les traitements psychologiques basés sur les données probantes appelé « Evidence-Based Practice of Psychological Treatments : A Canadian Perspective ». Cette initiative se voulait une démarche de dissémination auprès des psychologues. Le principal mandat de ce groupe de travail (*task force*), dirigé par Dozois et Mikail, était d'informer et de guider les psychologues-praticiens sur les TBDP. Dans ce guide, on retrouve de l'information sur la définition d'une pratique basée sur les données probantes, les sources et niveaux d'évidence qui sous-tendent un TBDP et des recommandations pour la dissémination des TBDP.

Plusieurs organisations psychologiques et médicales (*American Psychological Association*; Société Canadienne de Psychologie; Association des Médecins du Québec; *National Institute Mental Health*), intéressées à promouvoir l'application des TBDP sur le terrain, en ont fait une priorité dans leur plan d'action. Parmi les raisons invoquées on retrouve : permettre aux praticiens d'optimiser leurs sentiments d'efficacité et d'efficience, optimiser la satisfaction des patients en regard des soins prodigués, diminuer des listes d'attente en offrant des offres de traitement de groupe et offrir des services de traitement plus rapides et plus accessibles.

En médecine de première ligne, Roberge (2015) a étudié l'utilisation des TBDP auprès des patients souffrant d'un TAG. Cette étude s'est déroulée dans 67 services médicaux de 1<sup>ère</sup> ligne au Québec, Canada. Ce sont 373 patients répondant aux critères diagnostiques du TAG selon le DSM-IV dans les 12 derniers mois qui ont pris part à cette recherche. Ces patients ont été recrutés parmi 14833 candidats sélectionnés dans les services médicaux comme étant des patients à risque d'anxiété ou dépression. Les résultats démontrent que, pour 36,2% des patients qui ont reçu un diagnostic de TAG, un professionnel de la santé a prescrit un TBDP psychologique et/ou pharmacologique : 24,4% des patients ont reçu un traitement pharmacologique, alors que 19,2% ont reçu un traitement psychologique.

Nous désirons, dans ce mémoire, tracer un portrait de la pratique sur le terrain pour les traitements fondés sur les données probantes en services de santé et services sociaux de première ligne. Les personnes souffrant d'un TAG, avec ou sans comorbidité, y reçoivent des services biopsychosociaux divers (références, interventions et traitements). Est-ce que les interventions fondées sur les données probantes sont utilisées dans la pratique clinique en service de santé et de services sociaux de première ligne ? Existe-t-il une distinction sur le plan de la prescription des traitements basés sur les données probantes lorsqu'il y a comorbidité ? C'est ce à quoi nous tenterons de répondre par cette recherche.

## **2. Hypothèse et questions de recherche**

### ***2.1.Objectifs principaux***

Les objectifs principaux de cette recherche sont de tracer le portrait des interventions basées sur les données probantes effectuées par les professionnels d'un service en santé et services sociaux de 1<sup>ère</sup> ligne auprès de patients atteints d'un TAG et de comparer la prescription de TBDP lorsqu'il y a présence ou absence de comorbidité.

### ***2.2.Questions de recherche***

Les questions de recherches ciblées sont les suivantes :

1. Quelle est la proportion de patients diagnostiqués avec un TAG pour lesquels des professionnels œuvrant dans les programmes « Guichet adulte santé mentale », « Services courants/UMF » et « Adulte santé mentale » ont prescrit un traitement psychologique et/ou pharmacologique spécifique au TAG basé sur les données probantes ? (annexes 2 et 3)
2. Quelle est la proportion de patients diagnostiqués avec un TAG pour lesquels des professionnels œuvrant dans les programmes « Guichet adulte santé mentale », « Services courants/UMF » et « Adulte santé mentale » ont prescrit un traitement psychologique spécifique au TAG basé sur les données probantes ? (annexe 2)
3. Quelle est la proportion de patients diagnostiqués avec un TAG pour lesquels des médecins des programmes « Groupe de Médecine familiale externe, Cliniques Réseau de Québec, Services courants/UMF » ont prescrit un traitement pharmacologique spécifique au TAG basé sur les données probantes (tel que décrits dans les lignes directrices de l'ACTA (Katzman, 2014) (annexe 3).

4. Y a-t-il une différence sur le plan de la prescription d'un traitement basé sur les données probantes entre les patients diagnostiquées avec un TAG sans comorbidité physique et/ou psychiatrique et ceux avec comorbidité physique et/ou psychiatrique ?
5. Y a-t-il une différence sur le plan de la prescription d'un traitement basé sur les données probantes entre les patients diagnostiquées avec un TAG sans comorbidité psychiatrique et ceux avec comorbidité psychiatrique ?
6. Y a-t-il une différence sur le plan de la prescription d'un traitement basé sur les données probantes entre les patients diagnostiquées avec un TAG sans comorbidité physique et ceux avec comorbidité physique ?

### ***2.3. Hypothèse principale***

L'hypothèse principale de cette recherche est la suivante : les professionnels en service de santé et services sociaux de 1<sup>ère</sup> ligne prescrivent moins de TBDP auprès des patients atteints d'un TAG lorsque ces derniers ont une ou plusieurs comorbidités psychologiques et/ou somatiques.

Cette hypothèse soulevée repose sur la croyance des praticiens selon laquelle il y aurait une distinction importante entre la comorbidité des patients en recherche versus les patients en clinique. Cette croyance influencerait les praticiens sur le choix de prescrire ou non un TBDP.

### 3. Méthodologie

#### 3.1. Milieu de l'étude

Le Centre local des services communautaires (CLSC) de Ste-Foy a été choisi comme milieu afin d'effectuer cette étude. Ce CLSC fait partie du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille Capitale qui est maintenant intégré au Centre Intégré Universitaire de Santé et Services Sociaux de la Capitale Nationale dans la région de Québec. Les services offerts au CLSC Ste-Foy, sont : Service d'accueil-évaluation-orientation-référence, et Programme de traitement 1<sup>ère</sup> ligne en santé mentale adulte. Le CLSC est un service public interdisciplinaire accessible à toutes les personnes inscrites au Régime d'assurance-maladie du Québec. On y retrouve des professionnels qui offrent des services bio-psycho-sociaux spécialisés pour le TAG comme la psychothérapie.

Dans le cadre de cette étude, il y a lieu de distinguer les deux types de nominations de services de 1<sup>ère</sup> ligne, soit les services médicaux qui réfèrent à ce que l'on nomme « Primary health care » dans la littérature et les services de santé et services sociaux de 1<sup>ère</sup> ligne. L'Organisation mondiale de la santé décrit « Primary health care » comme :

des soins de santé primaires essentiels fondés sur des données probantes, scientifiquement reconnus, universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté, à travers leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent se permettre de maintenir. C'est le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système de santé national qui rapproche le plus possible les soins de santé des lieux de vie et de travail et constitue le premier élément d'un processus de soins de santé continu. Ces soins sont prodigués par une équipe constituée de médecins, d'infirmières et d'intervenants cliniciens. Ce service de santé peut jouer deux rôles auprès des individus, soit prodiguer directement un soin (évaluation diagnostique et/ou traitement) ou référer à un spécialiste dans un autre service à l'intérieur d'un système de santé (OMS, 2015).

Le lieu de notre étude est un service de santé et services sociaux de 1<sup>ère</sup> ligne. Il diffère donc des services médicaux de 1<sup>ère</sup> ligne car il n'y a pas de médecins ni de psychologues disponibles pour prodiguer des évaluations diagnostiques et des traitements auprès de nouveaux patients. Les équipes d'intervenants cliniciens (infirmières, travailleurs sociaux) en place ne sont pas autorisés à traiter des troubles mentaux.

Ce protocole de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale Nationale, section Centre de Santé et de Services Sociaux de la Vieille-Capitale.

### ***3.2. Participants***

Tous les dossiers ouverts en 2012 au CLSC Ste-Foy ont été consultés (n = 3,087) afin de sélectionner ceux de patients atteints d'un TAG. Dans le cadre de cette recherche, la majorité des patients ont été diagnostiqués à partir des critères du DSM-IV-TR en raison du fait que le DSM-5 n'a été publié qu'en 2013 et qu'il n'est pas encore intégré systématiquement dans la pratique clinique au CLSC. Bien que quelques modifications aient été apportées à certaines nomenclatures, il n'en est pas de même pour le TAG dont les critères n'ont pas été modifiés.

Tous les professionnels (travailleurs sociaux, infirmières, psychologues et médecins) susceptibles de recommander un traitement psychologique et/ou pharmacologique auprès de patients ont été contactés par courrier pour obtenir leur consentement afin d'accéder aux dossiers des patients sous leur responsabilité. Le document comprenait une lettre de présentation, un formulaire de consentement (annexe 9) accompagné d'un feuillet d'information (annexe 10) sur le projet de recherche.

Les dossiers de patients atteints d'un TAG étaient retenus lorsque ces patients répondaient aux critères d'inclusion et ne répondaient pas au critère d'exclusion ci-dessous :

- Critères d'inclusion : être âgé/e de 18 ans et plus; avoir une inscription de TAG au dossier. Ce diagnostic a été établi selon les pratiques courantes dans le domaine par un professionnel de la santé habilité par la loi, en l'occurrence un médecin, un psychiatre ou un psychologue.
- Critère d'exclusion : ne pas présenter un diagnostic de trouble neurocognitif, tel que décrit dans le DSM-5, comme par exemple : la maladie d'Alzheimer, une maladie vasculaire, un traumatisme crânien, etc. (à partir de ce qui est inscrit au dossier par les médecins traitants). Normalement, ce type de patient est suivi au programme de soutien à domicile en regard de problèmes cognitifs. Il s'agit d'un critère d'exclusion pour les programmes de traitement de 1<sup>ère</sup> ligne en santé mentale adulte, émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

### ***3.3. Mesures***

Afin de recueillir les données, deux grilles de collecte de données (annexes 7 et 8) ont été conçues. Le chercheur principal a procédé lui-même à ces collectes. La première collecte pour la sélection des dossiers comprenant un TAG (annexe 7) comprenait les données suivantes : critères d'inclusion et d'exclusion. La seconde collecte comprenait l'identification par un numéro de code et servait à extraire les données démographiques des patients (âge, sexe, statut social, statut d'emploi et scolarité) et les données liées aux

six questions de recherche : présence ou absence de comorbidité psychiatrique, nomination des diagnostics psychiatriques selon DSM IV-TR (identifiés dans l'annexe 4), intitulée « liste des problèmes de santé mentale » tels que reconnus dans la nomenclature émise par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, présence ou absence de comorbidité physique, nomination des diagnostics de maladies physiques (identifiés dans l'annexe 6, intitulée « Problèmes de santé physique persistants », tels que reconnus dans la nomenclature émise par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, prescription de traitement psychologique basé sur les données probantes (identifié dans l'annexe 2), prescription de traitement pharmacologique basé sur les données probantes (identifié dans l'annexe 3). Il est à noter que seuls les TBDP identifiés dans les dossiers, et définis aux annexes 2, 3 et 6, ont été considérés pour la présente étude. Les traitements prescrits et qui ne sont pas identifiés dans les annexes 2, 3 et 6 ont été classés dans la catégorie « autre traitement ». Lorsque nous n'avons trouvé aucune note nous permettant d'identifier un traitement, ces dossiers ont été classés dans la catégorie « aucun traitement inscrit au dossier ». Bien qu'identifiés comme n'ayant reçu aucun traitement, il demeure possible que ces patients aient eu un traitement psychologique et/ou pharmacologique dans un autre service médical de 1<sup>ère</sup> ligne ou dans un cabinet de consultation psychologique dans le secteur privé.

### ***3.4.Procédure***

La consultation des dossiers a été réalisée en collaboration avec la responsable des archives et la pilote du système informatique sous l’approbation du comité d’éthique de recherche.

La procédure pour la sélection des dossiers TAG a été la suivante : à partir d’une première collecte (annexe 7) nous avons sélectionné les dossiers de patients avec un TAG. Sur des feuilles préalablement préparées, il y avait des espaces prévus pour identifier le numéro de dossier, un code, la liste des critères d’inclusion et la liste du critère d’exclusion. Lors de la découverte de chaque dossier TAG, le ou les noms des intervenants, susceptibles d’être des prescripteurs de traitements psychologiques, étaient inscrits sur une liste à part afin de procéder, éventuellement, à la demande du consentement nécessaire à la seconde collecte de données (annexe 8). Puis, nous avons sollicité le consentement des intervenants (psychologues, travailleurs sociaux, infirmières) impliqués dans les dossiers sélectionnés. Lorsqu’un consentement était obtenu dans un dossier, le chercheur procédait à l’extraction des données. Le consentement des médecins pour l’extraction des données pharmacologiques n’a pas été requis par le comité d’éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale Nationale.

### ***3.5.Analyses des données***

Dans le cadre de cette recherche, les variables dépendantes sont : la présence de traitements psychologiques basés sur les données probantes (annexe 2) et la présence de traitements pharmacologiques basés sur les données probantes (annexe 3). Pour les

questions de recherche 4, 5 et 6, deux variables indépendantes sont introduites, soit la présence de comorbidité psychiatrique (annexe 4) et la présence de comorbidité physique (annexe 5).

Pour répondre aux questions de recherche 1, 2 et 3, des données descriptives sont présentées dans la section « résultats ». Elles permettent de tracer un portrait du nombre de traitements basés sur les données probantes prescrits par les professionnels de la santé pendant la période de la présente étude d'un an, soit 2012.

Les analyses statistiques pour les questions de recherche 4,5 et 6 ont été faites par rapports de cotes, en calculant l'intervalle de confiance à 95% selon la méthode Woolf (Woolf, 1955). Les données sous forme de rapports de cotes utilisent les patients sans comorbidité comme groupe de référence. Les rapports de cotes ont été calculés selon la méthode proposée par Altman (1991) à partir de l'outil que l'on retrouve sur le site : [https://www.medcalc.org/calc/odds\\_ratio.php](https://www.medcalc.org/calc/odds_ratio.php).

## **4. Résultats**

### ***4.1.Échantillon***

En 2012, il y a eu 3087 dossiers ouverts au CLSC de Ste-Foy. Parmi ces patients, 54,6% étaient des femmes (n =1686) et 45,4% étaient des hommes (n = 1401). Près de 53% (n = 1624) ont consulté pour des services courants (traitements de soins hospitaliers externes), 25,2% (n = 778) pour de la vaccination, 19,8% (n =611) pour des services psycho-sociaux et 2,4% (n = 74) pour une consultation en nutrition. Le nombre de patients où un TAG est consigné au dossier est de 64 sur l'ensemble des 3087 dossiers, soit 2,1%. Si l'on restreint la proportion des cas avec un TAG sur les demandes de services psycho-sociaux uniquement (n= 611), le taux s'élève à 10,5%.

Sur les 64 dossiers comprenant un diagnostic de TAG, nous avons obtenu les consentements des intervenants dans 81,3% des dossiers, soit 52 dossiers. Le profil des patients atteints d'un TAG est présenté dans le Tableau 1. On observe une plus grande proportion de femmes, soit, quatre femmes pour un homme, et une moyenne d'âge de 37,4 ans. Plus de la moitié des patients sont en couple (55,8%). Une majorité des patients atteints d'un TAG (84,6%) ont, au moins, une scolarité de secondaire 5 et plus des deux tiers (69,3%) ont un emploi. Les résultats sont détaillés au Tableau 1.

**Tableau 1 : Profil de l'échantillon (démographique et de comorbidité) (n = 52)**

Caractéristiques	Total
Femmes, <i>n</i> (%)	42 (80,8)
Âge moyen, moyenne (ÉT)	37,4 (11,18)
État civil, <i>n</i> (%)	
Célibataire	21 (40,4)
En couple	29 (55,8)
Aucune donnée	2 (3,8)
Scolarité, <i>n</i> (%)	
Secondaire	7 (13,5)
Collégial / professionnel	10 (19,2)
Universitaire	27 (51,9)
Aucune donnée	8 (15,4)
Statut d'emploi, <i>n</i> (%)	
Emploi	36 (69,3)
Sans emploi	15 (28,8)
Aucune donnée	1 (1,9)
Comorbidité, <i>n</i> (%)	
Psychiatrique et somatique	15 (28,8)
Psychiatrique seule	23 (44,2)
Somatique seule	1 (1,9)
Psychiatrique et/ou somatique	39 (75,0)
Sans comorbidité inscrite au dossier	13 (25,0)

Les trois quarts des patients présentent une comorbidité psychiatrique et/ou somatique qui se répartit tel que décrit dans le Tableau 2. Ici on retrouve le trouble obsessionnel-compulsif et l'état de stress post-traumatique dans les troubles anxieux puisque que la classification basée sur le DSM-IV a été utilisée. Nous observons tout particulièrement que 38,5% des patients ont au moins une comorbidité anxieuse et 23% ont un diagnostic de dépression majeure.

**Tableau 2 : Comorbidité psychiatrique des patients (n=52\*)**

Caractéristiques	Total n (%)
1 trouble anxieux et +	20 (38,5)
Trouble panique avec/sans agoraphobie	7 (13,5)
Trouble obsessionnel-compulsif	7 (13,5)
Trouble de l'anxiété sociale	6 (11,5)
Phobie	2 (3,8)
État de stress post-traumatique	1 (1,9)
Dépression	12 (23,1)
Trouble déficitaire de l'attention	6 (11,5)
Trouble de la personnalité	4 (7,7)
Trouble du comportement alimentaire	4 (7,7)
Maladie affective bipolaire	1 (1,9)
Trouble somatoforme	1 (1,9)
Abus de substance	1 (1,9)
Patients atteints d'au moins 1 comorbidité psychiatrique	38 (73,1)
Aucune comorbidité psychiatrique inscrite au dossier	14 (26,9)

Tel que décrit au Tableau 3, 30,8% des patients sont aux prises avec des conditions qui affectent le système digestif, le système endocrinien, le système ostéo-articulaire, le système nerveux et la peau.

**Tableau 3 : Comorbidité somatique des patients (n=52)**

Caractéristiques	n (%)
Maladies de l'appareil digestif	4 (7,7)
Maladies du système ostéo-articulaire	2 (3,8)
Maladies du système endocrinien	2 (3,8)
Maladies du système nerveux	2 (3,8)
Maladies de la peau	2 (3,8)
Maladies de l'appareil circulatoire	1 (1,9)
Maladies de l'appareil respiratoire	1 (1,9)
Tumeurs	1 (1,9)
Au moins une comorbidité somatique	16 (30,8)
Aucune comorbidité somatique inscrite au dossier	36 (69,3)

#### ***4.2. Proportion de prescription de TBDP spécifique au TAG***

Dans 71,1% des cas, un professionnel de la santé en première ligne a prescrit au moins un traitement basé sur les données probantes aux patients diagnostiqués avec un TAG (Tableau 4).

**Tableau 4 : Types de traitements prescrits (n=52)**

TYPES DE TRAITEMENTS PRESCRITS	n (%)
TBDP* Psychologique et/ou pharmacologique	37 (71,1)
TBDP Psychologique	18 (34,6)
TBDP Traitement combiné (psychologique et pharmacologique)	11 (21,15)
TBDP Pharmacologique	8 (15,4)
Autre traitement (psychologique et/ou pharmacologique)	11 (21,15)
Aucun traitement inscrit au dossier	4 (7,7)
*TBDP : Traitement basé sur les données probantes	

#### ***4.3. Proportion de prescription de TBDP psychologique spécifique au TAG***

Il est intéressant de constater que pour 55,8% des patients, un traitement psychologique basé sur les données probantes a été prescrit (tableau 5). Près de 42% des patients ont reçu une thérapie cognitivo-comportementale de groupe et 11,5% une thérapie cognitivo-comportementale individuelle. Pour près de 10% de l'échantillon, un autre traitement psychologique (non inscrit dans la liste des TBDP identifiés aux annexes

2 et 6), a été prescrit. Enfin, chez 34,6% des patients, aucun traitement psychologique n'a été inscrit au dossier.

**Tableau 5 : Types de traitements psychologiques prescrits (n=52)**

TYPE DE TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE PRESCRIT	n (%)
Au moins 1 TBDP psychologique	29 (55,8)
TCC* de groupe (TBDP)	22 (42,3)
TCC individuelle (TBDP)	6 (11,5)
MBSR** (TBDP)	1 (1,9)
Autre traitement psychologique	5 (9,6)
Aucun traitement psych. inscrit au dossier	18 (34,6)
TBDP : Traitement basé sur les données probantes *Thérapie cognitivo-comportementale **Mindfulness-based stress reduction	

#### ***4.4. Proportion de prescription de TBDP pharmacologique spécifique au TAG***

Au niveau pharmacologique, 36,5% des patients ont reçu un TBDP de premier recours (tableau 6). Comme le citalopram a été prescrit chez 19,2% des patients, nous avons cru bon de le noter dans nos données. Cette molécule est considérée dans la littérature comme un TBDP de second recours. Si nous considérons les TBDP pharmacologiques de premier et second recours, alors 55,8% des patients ont reçu un TBDP. Pour 28,8% des patients, aucun traitement pharmacologique n'est indiqué aux dossiers. Cela n'est pas une indication que ces patients n'ont jamais eu de prescription de

traitement basé ou non sur les données probantes mais nous n'avions pas accès à cette information.

**Tableau 6 : Types de traitements pharmacologiques prescrits (n=52)**

TYPE DE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE PRESCRIT	n (%)
Venlafaxine (TBDP : premier recours)	8 (15,4)
Escitalopram (TBDP : premier recours)	6 (11,5)
Sertraline (TBDP : premier recours)	3 (5,8)
Paroxétine (TBDP : premier recours)	2 (3,8)
Tout TBDP : premier recours	19 (36,5)
Citalopram (TBDP : second recours)	10 (19,2)
Autre Inhibiteur de la recapture de la sérotonine	3 (5,8)
Autre molécule	5 (9,6)
Aucun traitement inscrit au dossier	15 (28,8)
TBDP : Traitement basé sur les données probantes	

#### **4.5. Prescription de TBDP chez les patients atteints d'un TAG avec ou sans comorbidité**

La probabilité de recevoir un TBDP ne diffère pas significativement en fonction de la présence ou de l'absence de comorbidité psychiatrique/somatique (1.13, IC 95%, 0.29 – 4.44); en fonction de la présence ou de l'absence de comorbidité psychiatrique (0.98, IC 95%, 0.25 – 3.8); en fonction de la présence ou de l'absence de comorbidité somatique (0.85, IC 95%, 0.24 – 3.07), (tableau 7).

**Tableau 7 : TBDP (psychologique et/ou pharmacologique) prescrit pour les patients atteints d'un TAG avec comorbidité (catégorie de référence : groupe de patients avec TAG sans comorbidité)**

TAG	TBDP	Pas TBDP	RC (IC à 95%)	p
Avec Comorbidité Psychiatrique	27/37 (73,0%)	11/15 (73,3%)	0,98 (0,25-3,8)	0,97
Avec Comorbidité Somatique	11/37 (29,7%)	5/15 (33,3%)	0,85 (0,23-3,06)	0,79
Avec Comorbidité Psy et/ou somatique	28/37 (75,7%)	11/15 (73,3%)	1,13 (0,29-4,45)	0,86
TBDP : Traitement basé sur les données probantes RC : Rapport de cote IC : Intervalle de confiance				

## 5. Discussion générale

### 5.1. Discussion

La présente étude avait pour objectif de tracer le portrait des interventions basées sur les données probantes effectuées par les professionnels de la santé d'un service de 1<sup>ère</sup> ligne auprès de patients atteints d'un TAG. Selon l'hypothèse principale, il était attendu que les professionnels de la santé en 1<sup>ère</sup> ligne prescrivent moins fréquemment des traitements basés sur les données probantes aux patients atteints d'un TAG lorsque ces derniers présentent une ou plusieurs comorbidités psychologiques et/ou physique. Cette hypothèse s'avère non appuyée par les résultats. C'est dire que la comorbidité psychiatrique et/ou physique n'est pas associée au taux de prescription de TBP dans notre échantillon de patients présentant un diagnostic de TAG.

La présente étude s'est déroulée dans un contexte de services de santé et de services sociaux de 1<sup>ère</sup> ligne, ce qui est différent de ce que l'on retrouve en médecine de première ligne : 77,8% des patients y consultaient pour des soins hospitaliers externes avec des infirmières (soins de plaies, entretien d'une sonde, prélèvements, temps de quick, soins post-chirurgies, vaccination, etc.) et 22,2% pour des services psycho-sociaux (nutrition, services sociaux, psychologie, éducation spécialisée). La prévalence du TAG est de 2,1%, sur le total des dossiers consultés, ce qui concorde avec les études épidémiologiques (1-4%) (Kessler, 2005a; Kessler, 2005b). Néanmoins, on constate une différence importante de prévalence entre notre service de santé et de services sociaux de 1<sup>ère</sup> ligne (2,1%) et ce qu'on retrouve dans la littérature en médecine de 1<sup>ère</sup> ligne, soit une prévalence se situant autour de 8% (Lieb, 2005; Wittchen, 2002ab). Cela peut s'expliquer par le fait que notre service de première ligne n'est pas un service médical de

première ligne mais plutôt un service de santé et de services sociaux. La présence de médecins dans les services de médecine de 1<sup>ère</sup> ligne permet de diagnostiquer certains patients qui ont un TAG. Ainsi, chez les 77,8% de patients qui n'ont pas vu de médecins, il aurait pu y avoir des patients atteints d'un TAG sans que cela n'apparaisse au dossier, ce qui aurait sous-estimé la prévalence observée. Une recherche future dans un contexte de service de santé et de services sociaux de 1<sup>ère</sup> ligne comme le nôtre mais avec des services médicaux sans rendez-vous/de 1<sup>ère</sup> ligne nous permettrait de vérifier si la prévalence est similaire à celle des services médicaux de 1<sup>ère</sup> ligne (8%) (Lieb, 2005; Wittchen, 2002ab).

Concernant l'échantillon, il comporte 71,1% de patients atteints d'un TAG qui ont une comorbidité psychiatrique. Cela est représentatif de ce que l'on retrouve dans la littérature alors que divers auteurs (De Ruiter, 1989; Wittchen, 1994; Garyfallos, 1999; Provencher, 2006) relèvent que 65 à 73% des patients souffrant d'un TAG présentent au moins un trouble psychiatrique. On peut ainsi penser que l'échantillon utilisé dans cette étude est représentatif des personnes qui ont un TAG et qui consultent pour des soins de santé, du moins en ce qui a trait au taux de comorbidité psychiatrique. Pour ce qui est de la comorbidité somatique, il est difficile de faire une telle comparaison puisque nous avons observé un faible taux de comorbidité somatique lors de la consultation des dossiers à l'étude. Nous expliquons cela en raison de la collecte limitée d'information sur le plan organique auprès des patients de la part des professionnels aux accueils psychosociaux. Il est possible que cela ait affecté la prévalence de la comorbidité somatique dans notre échantillon, qui est beaucoup plus basse (30,8%) que celle retrouvée dans la littérature, en médecine de 1<sup>ère</sup> ligne, pour les patients avec TAG, par exemple, des

études rapportent que 60 à 94% des patients avec un TAG mentionnent avoir un problème de douleur physique (Romera, 2010; Garcio-Campayo, 2012; Katzman, 2014).

D'autre part, le présent mémoire relève que, pour un patient atteint d'un TAG, qu'il y ait présence ou absence d'une comorbidité, un TBDP psychologique et/ou pharmacologique est prescrit dans 71,1% des cas. Cela ne reflète pas les arguments de Shafran (2009) qui évoquait des barrières à la dissémination provenant de huit recherches et émises par les praticiens en service de 1<sup>ère</sup> ligne (Addis,2002; Barlow, 2004 : Barlow, 1999; Carroll, 2007 ; Chorpita, 2004; Stirman, 2004; Taylor, 2008; Weingardt, 2004), soit : l'applicabilité limitée dans la pratique clinique des protocoles de traitements issus de la recherche, la sévérité moins élevée des patients traités dans les programmes de recherche et la comorbidité moins élevée chez les patients en recherche en comparaison aux patients dans les services de 1<sup>ère</sup> ligne. L'hypothèse soulevée par le présent mémoire repose particulièrement sur cette barrière perçue par les praticiens et relevée par Shafran (2009), se définissant par la croyance qu'il y aurait une distinction importante entre la fréquence de la comorbidité des participants en recherche versus les patients vus en clinique. Nous n'avons pas observé de distinction dans la présente recherche et l'effet de cette croyance sur le choix de prescrire ou non un TBDP n'a pas été évalué. Comme nous l'avons vu plus tôt, des données scientifiques contredisent ces barrières perçues et permettent de généraliser les résultats de la recherche à des situations cliniques (Weisz et al., 2005 ; Wilson, 2007). Les patients sélectionnés dans les protocoles de recherche ne seraient pas moins sévèrement atteints et présentent des comorbidités à une fréquence similaire que dans la pratique-terrain (De Rubeis et al., 2005). Les résultats de la présente

recherche abondent dans le sens de ces évidences scientifiques selon lesquelles la comorbidité ne serait pas une barrière à la dissémination des TBDP.

Au niveau de la prescription des traitements psychologiques, près de 56% de l'échantillon s'est vu prescrire un TBDP. Ces résultats dépassent largement ce que Roberge (2015) a observé dans son étude auprès de 67 services médicaux de 1<sup>ère</sup> ligne au Québec, Canada. Dans cette étude, sur 373 patients répondant aux critères diagnostiques du TAG selon le DSM-IV, 19,2 % ont reçu un traitement psychologique basé sur les données probantes. Il est possible que la prévalence de prescription de TBDP en services de santé et services sociaux de 1<sup>ère</sup> ligne soit plus élevée que dans les services de médecine de 1<sup>ère</sup> ligne.

Parmi les patients atteints d'un TAG pour qui un traitement psychologique basé sur les données probantes a été prescrit, 75,9% ont reçu une thérapie cognitivo-comportementale de groupe. C'est dire que cette offre de service (ce traitement de groupe) implantée par l'organisation a été disséminée (communiquée) auprès des intervenants/prescripteurs. Les traitements de groupe sont généralement privilégiés dans cette organisation de 1<sup>ère</sup> ligne, cela peut expliquer ce résultat. La mise en place de ces services découle aussi de la participation du CSSSVC à un projet de recherche dirigé par Roberge en 2008, intitulé « Projet Cible Qualité pour les troubles anxieux et dépressifs en première ligne : regard sur la prestation de soins et le soutien à la décision clinique » en collaboration avec l'Institut national de santé publique. Ce projet visait à soutenir l'implantation de stratégies d'amélioration de la qualité des soins et services pour les troubles anxieux et dépressifs. Parmi les objectifs, on retrouvait : outiller et soutenir les acteurs impliqués dans les soins de première ligne en santé mentale de manière à

favoriser l'adoption et l'implantation de stratégies complexes d'amélioration de qualité des soins; étudier les facteurs organisationnels facilitant l'implantation de telles stratégies; évaluer l'impact du programme d'application des connaissances. On comprend alors qu'il s'agissait d'une étude sur la dissémination de nouvelles offres de service qui incluait les traitements des troubles anxieux.

Donc, chez tous les patients avec un TAG qui ont reçu un traitement psychologique, 64,7% ont reçu une TCC de groupe et dans 14,7% des cas, un autre traitement psychologique a été prescrit. Nous n'avons pas été en mesure d'identifier ces autres traitements puisque cela ne constituait pas l'objet de la recherche. Cependant, ces interventions ne répondaient pas aux définitions des traitements identifiés à l'annexe 6 pour les TBDP psychologiques. Pour les 34,6% qui n'ont reçu aucun traitement psychologique, il est possible que les patients aient eu recours à une médication seule, qu'ils aient reçu un traitement psychologique au privé qui n'est pas consigné au dossier, qu'ils aient fait une demande de service courant (soins physiques), qu'ils aient fait une demande pour une autre raison psychosociale et qu'ils n'aient tout simplement pas fait de demande de service pour le TAG, ou que l'intervenant à l'accueil de la demande n'ait pas jugé que le TAG représentait le motif de consultation principal parce qu'il ne nuisait pas au bon fonctionnement du patient. Il est à préciser que, lors d'une demande de service, c'est le besoin exprimé par le patient qui est considéré et non pas le diagnostic. Alors, il est possible que, malgré le diagnostic de TAG, le patient ne désire pas recevoir de service pour le TAG.

En ce qui a trait aux traitements pharmacologiques la majorité des prescripteurs sont des médecins hors du lieu de l'étude et les profils pharmacologiques ont été

rapportés par les patients. Les résultats démontrent qu'environ la moitié des patients atteints d'un TAG (53,8%) bénéficient de TBDP pharmacologiques de premier choix (venlafaxine, escitalopram, sertraline, paroxétine) ou de second choix (citalopram). Enfin, 15,4% des patients ont reçu une autre médication (benzodiazépine, neuroleptique, hypnotique, etc). Dans 28,8% des cas, il n'y a eu aucun traitement pharmacologique prescrit. Pourquoi ? Quelques hypothèses émergent : il est possible qu'un traitement psychologique ait été prescrit et ait été jugé suffisant, que le patient ait refusé toute médication pour son TAG, ou que le prescripteur ne soit pas familier avec les TBDP pharmacologiques. Malheureusement nous n'avons pas de données qui permettent de vérifier ces hypothèses.

## ***5.2. Les implications cliniques des résultats de l'étude***

Les résultats de cette étude ont permis d'objectiver et de présenter les proportions de professionnels de la santé dans un service de santé et de services sociaux de 1<sup>ère</sup> ligne qui prescrivent un TBDP psychologique et/ou pharmacologique à des patients atteints d'un TAG. Bien que l'hypothèse principale ne soit pas confirmée, soit une diminution de prescription de TBDP lorsqu'il y a présence de comorbidité avec le TAG, cette recherche a permis de faire ressortir que 71,1% des patients TAG recevaient une prescription de traitement basé sur les données probantes. Ces résultats pourraient s'expliquer par l'effet de l'implantation de traitements basés sur les données probantes suite à un projet de dissémination de TBDP pour le TAG à l'intérieur du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale Nationale. Il serait intéressant d'étendre la démarche

scientifique de la présente recherche à l'étude de l'impact de la dissémination de prescription des TBDP pour les autres troubles anxieux.

Lorsque l'on compare les résultats de la présente étude dans un service de santé et de services sociaux de 1<sup>ère</sup> ligne (71,1% de TBDP) et ceux de Roberge (2015) dans un service de médecine de 1<sup>ère</sup> ligne (36,2% de TBDP), nous observons un taux plus élevé de prescriptions dans l'étude actuelle. Est-ce que cette hausse de prescription est une conséquence d'une dissémination efficace de la part du CLSC ? Si c'est le cas, un service comme le CLSC (milieu de la présente étude) pourrait servir d'exemple lorsqu'il s'agit de proposer un modèle de dissémination en 1<sup>ère</sup> ligne.

Parmi les impacts cliniques découlant de la recherche actuelle, on note une utilisation marquée de prescription des TBDP par les professionnels, donc, une connaissance de certains TBDP. Plus les prescriptions de TBDP augmentent, plus elles devraient permettre une efficacité et une harmonisation de l'offre de service, une qualité optimisée de soins auprès des patients visant une réduction des symptômes, une augmentation du nombre de patients traités, et éventuellement, un impact sur la liste d'attente. Pourrions-nous augmenter le taux de prescription de TBDP même s'il est déjà élevé ? La proportion de 55,8% de TBDP psychologiques comprend une grande part de prescriptions en traitements de groupe (42,3%). Comme pour certains patients la modalité de groupe comporte certains inconvénients (ex. formule de traitement ne convenant pas à tous les patients, comorbidité de trouble de la personnalité sévère rendant difficile pour les professionnels l'application des techniques de traitements ciblant le TAG), il pourrait être intéressant, par exemple, de mettre en place des séminaires de développement

clinique visant à parfaire les connaissances et les compétences des professionnels en psychothérapie individuelle pour le TAG.

Maintenant, il n'est pas suffisant de constater les impacts positifs organisationnels d'une bonne dissémination des TBP. Les intervenants ont besoin de mettre à jour de façon continue leurs connaissances et compétences afin de prescrire adéquatement. Lecomte (2003) fait état des barrières et des recommandations face à la dissémination des guides de pratique pour les professionnels en santé mentale, suite à une recension des écrits. Certaines limites et recommandations nommées par les intervenants sont comparables entre les auteurs. Selon ce qu'a constaté Lecomte (2003), dans les recherches, la publication de guides de pratique en elle-même serait insuffisante pour changer les comportements et attitudes des praticiens. Les praticiens ont besoin d'être accompagnés de façon continue afin d'intégrer des changements de pratique. En ce sens, des conseillers cliniciens pourraient être mis à contribution afin d'accompagner les professionnels.

Enfin, une dernière interrogation demeure. Dans les grandes organisations de services publics, l'intervenant qui reçoit un patient pour l'évaluer et l'orienter (travailleur social, infirmière) doit départager le motif de consultation du patient et son opinion clinique. On sait que le motif de consultation ne correspond pas toujours au besoin réel du patient afin d'améliorer sa qualité de vie. Les patients ne sont pas toujours conscients de l'impact du TAG sur les différentes sphères de leur vie. Cela peut devenir pertinent pour le professionnel qui procède à la demande initiale, d'évaluer si le TAG pourrait être contributif au motif de consultation ou être le facteur de maintien de tout autre symptôme présenté par le patient. Ainsi, il peut être requis afin d'actualiser cet acte

professionnel qu'un psychologue procède à l'évaluation clinique par diagnostic différentiel afin d'identifier la contribution du TAG dans le tableau clinique et lui permettre de prescrire un TBDP et d'assurer une intervention de qualité optimale.

### ***5.3.Limites de l'étude et recherches futures***

Le consentement des intervenants a été obtenu pour 81,25% des dossiers, ce qui est très bien, considérant le fort roulement du personnel et la charge de travail des intervenants. Bien qu'il ne serait pas réaliste de viser 100% de consentements, cela n'empêche pas de se demander si toutes les stratégies ont été explorées. Les intervenants identifiés dans les 64 dossiers TAG ont reçu un feuillet d'information et un formulaire de consentement écrits. Est-ce qu'un autre moyen comme une présentation verbale, par exemple, aurait pu augmenter le taux de participation en permettant aux intervenants de poser des questions de vive voix ? Cependant, les intervenants avaient la possibilité de contacter le chercheur principal afin d'apporter des clarifications à leurs questionnements. Bien que cette recherche visait à mettre en lumière la pratique-terrain dans un but d'amélioration et d'efficacité, il est possible que certains intervenants aient pu craindre que cette recherche ait un but caché d'évaluer la qualité de leur pratique. Cette crainte aurait pu avoir un effet défavorable sur la volonté de participer à l'étude.

Une autre limite concerne les disparités dans les différents calculs de la prévalence. Comme nous l'avons constaté, la prévalence du TAG est de 2,1% ou 10,5% selon qu'on la calcule sur l'ensemble des dossiers (3087) ou sur les dossiers qui ne comprennent pas les services externes hospitaliers (611). L'explication est la suivante, lorsque l'on parle de dossiers externes hospitaliers, il n'y a pas de médecins ni de

psychologues à l'accueil (entrée des services où les patients sont évalués pour être orientés dans les services) du milieu où nous avons procédé à l'étude. Or, la présence de médecins ou de psychologues à l'accueil permet d'augmenter les diagnostics de TAG chez les patients car c'est un acte réservé. Les autres intervenants ne sont pas habilités à poser un diagnostic de TAG, ce qui peut affecter la prévalence de ce trouble dans le milieu étudié. Une étude semblable dans un CLSC où l'on retrouve des médecins pour de la clinique « sans rendez-vous » aurait probablement modifié à la hausse la prévalence puisque les médecins peuvent diagnostiquer le TAG.

D'autre part, nous ne sommes pas en mesure de déterminer si les patients de médecins qui ont reçu un double traitement (psychologique et pharmacologique) (21,1%) ont eu une prescription de traitement combiné dès le départ ou si les traitements ont été successifs.

Autre observation, nous n'avons pas discriminé la provenance des prescriptions psychologiques et pharmacologiques. Comme il a été mentionné dans la méthodologie, les intervenants prescripteurs proviennent de différents services (guichet d'évaluation bio-psycho-social, accueil psycho-social, programme de traitement psychologique). Il aurait été intéressant d'identifier la provenance des prescripteurs selon les services de l'établissement en regard des trajectoires pour connaître si, dans certains services, il y a eu plus de prescriptions que dans d'autres services. Cela nous aurait permis de connaître si, dans certains secteurs, il y a eu une meilleure dissémination des TBDP que dans les autres secteurs.

Le fait que l'hypothèse n'ait pas été confirmée suggère que les cliniciens prescrivent un TBDP de manière routinière, peu importe la présence de comorbidité. Des

recherches futures, de type qualitative, pourraient documenter comment les cliniciens adaptent leurs traitements lorsqu'il y a comorbidité psychiatrique ou médicale.

## Conclusion

L'hypothèse principale de la présente étude était que les praticiens dans les services de santé et services sociaux de 1<sup>ère</sup> ligne prescrivent moins de traitements basés sur les données probantes (TBDP) auprès des patients atteints d'un TAG lorsqu'il y a présence de comorbidité somatique et/ou psychologique. Nous avons tracé un portrait des proportions de TBDP effectuées auprès de 52 patients qui avaient un diagnostic de TAG, sélectionnés parmi tous les dossiers des archives en 2012 d'un établissement de service de 1<sup>ère</sup> ligne à Québec (Canada). Les données n'ont pas démontré de différence statistiquement significative dans la probabilité de recevoir un TBDP chez les personnes avec ou sans comorbidité. Cependant, 71,1% des patients atteints d'un TAG ont reçu un TBDP qu'ils aient ou non une comorbidité. Une bonne dissémination des TBDP pour le TAG a ainsi été observée dans cet établissement de service de santé et de services sociaux de 1<sup>ère</sup> ligne. De plus, la comorbidité ne serait pas un obstacle à la prescription d'un TBDP pour le TAG.

## Références

- Addis, M. E. (2002). Method for disseminating research products and increasing evidence-based practice: promises, obstacles and future directions. *Clinical Psychology: Science and practice*, 9, 367-378.
- Allgulander, C., Dahl, A., Austin, C., Morris, P. Soggard, J. et al. (2004). Efficacy of sertraline in a 12-week trial for generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry*, 161, 1642-1649.
- Allgulander, C., Hartford, J., Russell, J., Ball, S., Erickson, J. et al. (2007). Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder: results of duloxetine treatment from a pooled analysis of three clinical trials. *Curr Med Res Opin*, 23, 1245-1252.
- Allgulander, C., Nutt, D., Detke, M., Erickson, J., Spann, M. et al. (2008). A non-inferiority comparison of duloxetine and venlafaxine in the treatment of adult patients with generalized anxiety disorder. *J Psychopharmacol*, 22, 417-425.
- Allgulander, C., Hackett, D. & Salinas, E. (2001). Venlafaxine extended release (ER) in the treatment of generalized anxiety disorder: twenty-four-week placebo-controlled dose-ranging study. *Br J Psychiatry*, 179, 15-22.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S. et al., Project (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 420, 21-27.
- Altman, D.G. (1991). *Practical statistics for medical research*. London: Chapman and Hall.
- American Psychiatric Association (APA, 2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington D.C. : Auteur
- Anseau, M., Fischler, B., Dierick, M., Mignon, A. & Leyman, S. (2005). Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: the GADIS study. *Eur Psychiatry*, 3, 229-235.
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1996). *Anxiety disorders and their treatment: A critical review of the evidence-based literature*. Ottawa, (ON): Health Canada.
- Baldwin, D. S., Huusom, A. K. & Maehlum, E. (2006). Escitalopram and paroxetine in the treatment of generalized anxiety disorder: randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Br J Psychiatry*, 189, 264-272.

- Ball, S., Kuhn, A., Wall, D., Shekhar, A. & Goddard, A. (2005). Selective serotonin reuptake inhibitor treatment for generalized anxiety disorder: a double-blind, prospective comparison between paroxetine and sertraline. *J Clin Psychiatry*, 66, 94-99.
- Bandelow, B., Seidler-Brandler, U., Becker, A., Wedekind, D. & Ruther, E. (2007). Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders, *World J Biol Psychiatry*. 8.175-187.
- Bandelow, B., Chouinard, G., Bobes, J., Ahokas, A., Eggens, I. et al. (2010). Extended-release quetiapine fumarate (quetiapine XR): a once-daily monotherapy effective in generalized anxiety disorder. Data from a randomized, double-blind, placebo- and active-controlled study, *Int J Neuropsychopharmacol*. 13,305-320.
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *The American Psychologist*, 59,869-878.
- Barlow, D., Gorman, J., Shear, M. & Woods, S. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial, *JAMA*. 283, 2529-2536.
- Barlow, D. H., Levitt, J. T. & Bufka, L. F. (1999). The dissemination of empirically supported treatment: a view to the future. *Behavior Research and Therapy*, 37(Suppl. 1). S147-S162.
- Barrett, J. E., Barrett, J. A., Oxman, T. E. & Gerber, P. D. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in primary care practice. *Arch Gen Psychiatry*, 45, 1100-1106.
- Beesdo, K., Hoyer, J., Jacobi, F., Low, N. C., Hofler, M. et al. (2009). Association between generalized anxiety disorder levels and pain in a community sample: evidence for diagnostic specificity, *J Anxiety Disord*. 23, 684-693.
- Bélanger, L., Ladouceur, R. & Morin, C. (2005). Generalized anxiety disorder and health care use. *Can Fam Physician*, 51, 1362-1369.
- Bielski, R. J., Bose, A. & Chang, C. C. (2005). A double-blind comparison of escitalopram and paroxetine in the long-term treatment of generalized anxiety disorder. *Ann Clin Psychiatry*, 17, 65-69.
- Borkovec, T. & Ruscio, A. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*, 62, 37-42.
- Borkovec, T., & Whisman, M. (1996). Psychosocial Treatment for Generalized Anxiety Disorder. In M. Mavissakalian & R. Prien, (Eds.), *Long-term treatment for the anxiety disorders* (pp. 171-199). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Borkovec, T., Newman, M., Pincus, A. & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy of generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems, *J Consult Psychol*, 70, 288-298.
- Bose, A., Korotzer, A., Gommoll, C. & Li, D. (2008). Randomized placebo-controlled trial of escitalopram and venlafaxine XR in the treatment of generalized anxiety disorder, *Depress Anxiety*. 25, 854-861.
- Boylan, K., Bieling, P., Marriott, M., Begin, H., Young, L.T., et al. (2004). Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder, *J Clin Psychiatry*. 65, 1106-1113.
- Brawman-Mintzer, O., Knapp, R. G., Rynn, M., Carter, R. E. & Rickels, K. (2006). Sertraline treatment for generalized anxiety disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study, *J Clin Psychiatry*. 67.874-881.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grishman, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample, *J Abnorm Psychol*. 110, 585-599.
- Bruce, S., Machan, J., Dyck, I. & Keller, M. (2001). Infrequency of “pure” GAD: Impact of psychiatric comorbidity on clinical course, *Depress Anxiety*. 14, 219-225.
- Byers, A. L., Yaffe, K., Covinsky, K. E., Friedman, M. B. & Bruce, M. L. (2010). High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication, *Arch Gen Psychiatry*. 67, 489-496.
- Bystritsky, A., Kerwin, L., Feusner, J. D. & Vapnik, T. (2008). A pilot controlled trial of bupropion XL versus escitalopram in generalized anxiety disorder. *Psychopharmacol Bull*, 41, 46-51.
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H. et al. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines ? A framework for improvement. *JAMA*, 282, 1458-1465.
- Cape, J., Kendall, T., Bhatti, H., Buszewicz, M., Chan, M. et al. (2011). *Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults: management*. NICE-National Institute for Health and Care Excellence. 57p.
- Carroll, K. M. & Rounsaville, B. J. (2007). A vision of the next generation of behavioral therapies research in the addictions, *Addiction*. 102.850-862.
- Casacalenda, N. & Boulenger, J. P. (1998). Pharmacologic treatments effective in both Generalized Anxiety Disorder and Major Depressive Disorder: Clinical and theoretical implications, *Canadian Journal of Psychiatry*. 43, 722-730.

- Chorpita, B. J. & Nakamura, B. J. (2004). Four considerations for dissemination of intervention innovations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*, 364-367.
- Comer, J., Blanco, C., Hasin, D., Liu, S., Grant, B., et al. (2011). Health-related quality of life across the anxiety disorders, *J Clinical Psychiatry*. *72*, 43-50.
- Coric, V., Feldman, H. H., Oren, D. A., Shekhar, A., Pultz, J. et al. (2010). Multicenter, randomized, double-blind, active comparator and placebo-controlled trial of a corticotropin-releasing factor receptor-1 antagonist in generalized anxiety disorder, *Depress Anxiety*. *27*, 417-425.
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M. & Dozois, D. J. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD, *J Anxiety Disorder*. *22*, 108-116.
- Craske, M. G., Roy-Byrne, P. P., Stein, M. B., Sullivan, G., Sherbourne, C. et al. (2009). Treatment for anxiety disorders: Efficacy to effectiveness to implementation. *Behavior Research and Therapy*, *47*, 931-937.
- Crits-Christoph, P., Newman, M. G., Rickels, K., Gallop, R., Gibbons, M. B. et al. (2011). Combined medication and cognitive therapy for generalized anxiety disorder, *Journal of Anxiety disorder*. *25*, 1087-1094.
- Culpepper, L. (2009). Generalized anxiety disorder and Medical illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, *70*, 20-24.
- Dannon, P., Gon-Usishkin, M., Gelbert, A., Lowengrub, K. & Grunhaus, L. (2004). Cognitive behavioral group therapy in panic disorder patients: The efficacy of CBGT versus drug treatment, *Ann Clin Psychiatry*, *16*, 41-46.
- Davidson, J., Bose, A., Korotzer, A. & Zheng, H. (2004). Escitalopram in the treatment of generalized anxiety disorder: double-blind, placebo controlled, flexible-dose study. *Depress Anxiety*, *19*, 234-240.
- Davidson, J., Du Pont, R., Hedges, D. & Haskins, J. (1999). Efficacy, safety and tolerability of venlafaxine extended release and buspirone in outpatients with generalized anxiety disorder, *J Clin Psychiatry*, *60*, 528-535.
- Davis, D. A., Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical guidelines. *CMAJ*, *157*, 408-416.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R. et al. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 409-416.

- DeRuiter, C., Ruken, H., Garssen, B., van Schaik, A. & Kraaimaat, F. (1989). Comorbidity among the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 57-68.
- Dozois, D. J. A., Mikail, S. et al. (2012). *Evidence-based practice of psychological treatments: A Canadian perspective. Report of the CPA Task Force*. Canadian Psychological Association. 83 p.
- 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., Léger, E., Freeston, M. H., Langlois, F. et al. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *J Consult Clin Psychol*, 73, 821-825.
- Dugas, M. J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A. et al. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults generalized anxiety disorder. *Behav Ther*, 41, 46-58.
- Dunner, D. (2001). Management of anxiety disorders: the added challenge of comorbidity. *Depress Anxiety*, 13, 57-71.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L. et al. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychother psychosom*, 74, 26-30.
- Feinstein, R. E. (1999). Cognitive and mental disorders due to general medical conditions. In Cutler, J.L. & Marcus, E.R. (Eds), *Psychiatry*, (pp.102-103). Philadelphia, WB: Saunders company.
- Ferrero, A., Piero, A., Fassina, S., Massola, T., Lanteri, A. et al. (2007). A 12-month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalized anxiety disorder in a community setting. *Eur Psychiatry*, 22, 530-539.
- Fricchione, G. (2004). Generalized Anxiety Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 351, 675-682.
- Garcia-Campayo, J., Caballero, F., Perez, M. & Lopez, V. (2012). Pain related factors in newly diagnosed Generalized anxiety disorder patients. *Actas Esp Psiquiatr*, 40 (4). 177-186.
- Garyfallos, G., Adamopoulou, A., Karastergiou, A., Voikli, M., Donias, S. et al. (1999). Psychiatric comorbidity in Greek patients with generalized anxiety disorder. *Psychopathology*, 32, 308-318.

- Gelenberg, A., Lydiard, R., Rudolph, R., Aguiar, L., Haskins, J. et al. (2000). Efficacy of venlafaxine extended-release capsules in nondepressed outpatients with generalized anxiety disorder: a 6-month randomized controlled. *JAMA*, 283, 3082-3088.
- Goodman, W. K., Bose, A. & Wang, Q. (2005). Treatment of generalized anxiety disorder with escitalopram: pooled results from double-blind, placebo-controlled trials. *J Affect Disord*, 87, 161-167.
- Goodman, W. K. (2004). Selecting Pharmacotherapy for Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 8-13.
- Gosselin, P. & Ladouceur, R. (2001). Medication use among GAD patients. *Communication présentée au World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies*, Vancouver, BC.
- Gould, R., Otto, M., Pollack, M. H. & Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavioral Therapy*, 28, 285-305.
- Gould, R., Safren, S., Washington, D. & Otto, M. (2004). A Meta-Analytic Review of Cognitive Behavioral Treatments. In: R. Heinberg, C. Turk & D. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp.248-264). New York, NY: Guilford Press.
- Habib, K. E., Gold, P. W. & Chrousos, G. P. (2001). Neuroendocrinology of stress. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 30, 695-728.
- Härter, M. C., Conway, K. P. & Merikangas, K. R. (2003). Associations between anxiety disorders and physical illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosciences*, 253, 313-320.
- Hartford, J., Kornstein, S., Liebowitz, M., Pigott, T., Russell, J. et al. (2007). Duloxetine as an SNRI treatment for generalized anxiety disorder: results from a placebo and active-controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol*, 22, 167-174.
- Haward, R. S., Guyatt, G. H., Moore, K. A., McKibbin, K. A. & Carter, A. O. (1997). Canadian physician attitudes about preferences regarding clinical practice guidelines. *CMAJ*, 156, 1715-1723.
- Hofmann, S. G. & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*, 69, 621-632.

- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt A. A. & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*, 78, 169-183.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Korte, K. J. & Smits, J. A. (2009). Is it beneficial to add pharmacotherapy to cognitive-behavioral therapy when treating anxiety disorders: a meta-analytic review. *Int J Cogn Ther*, 2, 160-175.
- Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M. & Teixeira, V. (2007). Psychological therapies for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. CD001848.
- Kapczinski, F., Lima, M. S., Souza, J. S. & Schmitt, R. (2003). Antidepressants for generalized anxiety disorder (review). *Cochrane Database Syst Rev*. CD003592.
- Kasper, S., Herman, B., Nivoli, G., Van Ameringen, M., Petralia, A. et al. (2009). Efficacy of pregabalin and venlafaxine XR in generalized anxiety disorder: results of a double-blind, placebo-controlled 8-week trial. *Int Clin Psychopharmacol*, 24, 87-96.
- Katz, I., Reynolds, C., Alexopoulos, G. & Hackett, D. (2002). Venlafaxine ER as a treatment for generalized anxiety disorder in older adults: pooled analysis of five randomized placebo-controlled clinical trials. *DJ Am Geriatr Soc*, 50, 18-25.
- Katzman, M., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., et al. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14, 1186-1471.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R. C., Du Pont, R., Berglund, P. & Wittchen, H. U. (1999). Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *Am J Psychiatry*, 156, 1915-1923.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. E. (2005a). Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R. & Walters, E. E. (2005b). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.

- Kim, Y. W., Lee, S. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B. et al. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety*, 26, 601-606.
- Kim, T. S., Pae, C. U., Yoon, S. J., Bahk, W. M., Jun T. Y. & et al. (2006). Comparison of venlafaxine extended release versus paroxetine for treatment of patients with generalized anxiety disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*, 60, 347-351.
- Koponen, H., Allgulander, C., Erickson, J., Dunayevich, E., Pritchett et al. (2007). Efficacy of duloxetine for the treatment of generalized anxiety disorder: implications for primary care physicians. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 9, 100-107.
- Koutsavlis, A. T. (2001). *Dissémination des guides de pratiques chez les médecins*. Institut national de santé publique. Gouvernement du Québec. Bibliothèque Nationale du Québec. Bibliothèque Nationale du Canada. 51 p.
- Lecompte, Y. (2003). Développer de meilleures pratiques. Dans : De meilleures pratiques à pratiques novatrices. *Santé mentale au Québec*. 28, 9-36.
- Lenox-Smith, A. J. & Reynolds, A. (2003). A double-blind, randomized, placebo controlled study of venlafaxine XL in patients with generalized anxiety disorder in primary care. *Br J Gen Pract*, 53, 772-777.
- Lenze, J. E., Rollman, B. L., Shear, M. K., Dew, M. A., Pollock, B. G. et al. (2009). Escitalopram for older adults of generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *JAMA*, 301, 295-303.
- Lieb, R., Becker, E. & Atamura, C. (2005). The epidemiology of GAD disorder in Europe. *Eur. Neuropsychopharmacol*, 15, 445-452.
- Linden, M., Zubaegel, D., Baer, T., Franke, U. & Schlattmann, P. (2005). Efficacy of cognitive behaviour therapy in generalized anxiety disorders. Results of a controlled clinical trial (Berlin CBT-GAD study). *Psychother Psychosom*, 74, 36-42.
- Lydiard, R. & Monnier, J. (2004). Pharmacological Treatment. In: R. Heinberg, C. Turk & D. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp.351-379). New York, NY: Guilford Press.
- Lydiard, R., Brawman-Mintzer, O. & Ballenger J. (1996). Recent developments in the psychopharmacology of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 660-668

- Mackenzie, C. S., Reynolds, K., Chou, K. L., Pagura, J. & Sareen, J. (2011). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in a national sample of older adults. *Am J Geriatr Psychiatry, 19*, 305-315.
- Maier, W., Gansicke, M., Freyberger, H. J., Linz, M., Heun, R. et al. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: A valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica Scand, 101*, 29-36.
- Martens, E. J., de Jonge, P. Na B., Cohen, B. E., Lett, H. et al. (2010). Scared to death? Generalized anxiety disorder and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease: The heart and Soul Study. *Arch Gen Psychiatry, 67*, 750-758.
- McEwen, B. S. (2003). Mood disorders and allostatic load. *Biol Psychiatry, 54*, 200-207.
- McLaughlin, T., Geissler, E. & Wan, G. (2003). Comorbidities and associated treatment charges in patients with anxiety disorders. *Pharmacotherapy, 23*, 1251-1256.
- Merideth, C., Cutler, A. J., She, F. & Eriksson, H. (2012). Efficacy and tolerability of extended release quetiapine fumarate monotherapy in the acute treatment of generalized anxiety disorder: a randomized, placebo controlled, and active-controlled study. *Int Clin Psychopharmacol, 27*, 40-54.
- Miller, N. S. (1995). Liability and efficacy from long-term use of benzodiazepines: Documentation and interpretation. *Psychiatric Annals, 25*, 166-173.
- Mitte, K., Noack, P., Steil, R. & Hautzinger, M. (2005). A meta-analytic review of the efficacy of drug treatment in generalized anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol, 25*, 141-150.
- Mokhber, N., Azarpazhooh, M. R., Khajehdaluae, M., Velayati, A. & Hopwood, M. (2010). Randomized, single-blind, trial, of sertraline and buspirone for treatment of elderly patients with generalized anxiety disorder. *Psychiatry Clin Neurosci, 64*, 128-133.
- Nimatoudis, I., Zissis, N., Kogeorgos, J., Theodoropoulou, S., Vidalis, A. et al. (2004). Remission rates with venlafaxine extended release in Greek outpatients with generalized anxiety disorder. A double-blind, randomized, placebo controlled study. *Int Clin Psychopharmacol, 19*, 331-336.
- Noyes, R. Jr. (2001). Comorbidity in generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am, 24*, 41-55.
- O'Connor, K., Todorov, C., Robillard, S., Borgeat, F. & Brault, M. (1999). Cognitive-behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A controlled study. *Can J Psychiatry, 44*, 64-71.

- Paxling, B., Almlöv, J., Dahlin, M., Carlbring, P., Breitholtz, E et al. (2011). Guided internet-delivered cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther*, 40, 159-173.
- Pollack, M., Zaninelli, R., Goddard, A., McCafferty, J., Bellew, K. et al. (2001). Paroxetine in the treatment of generalized anxiety disorder: results of a placebo-controlled, flexible-dosage trial. *J Clin Psychiatry*, 62, 350-357.
- Provencher, M. D., Ladouceur, R. & Dugas, M. J. (2006). La comorbidité dans le trouble d'anxiété généralisée: prévalence et évolution suite à une thérapie cognitivo-comportementale. *Revue canadienne de psychiatrie*, 51, 91-99.
- Revicki, D. A., Travers, K., Wyrwich, K. W., Svedsater, H., Locklear, J. et al. (2012). Humanistic and economic burden of generalized anxiety disorder in North America and Europe. *J Affect Disord*, 140, 103-112.
- Rickels, K. & Rynn, M. (2002). Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(suppl 14), 9-16.
- Rickels, K., Pollack, M., Sheehan, D. & Haskins, J. (2000). Efficacy of extended-release venlafaxine in nondepressed outpatients with generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry*, 157, 968-974.
- Rickels, K., Zaninelli, R., McCafferty, J., Bellew, K., Iyengar, M. et al. (2003). Paroxetine treatment of generalized anxiety disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*, 160, 749-756.
- Roberge, P., Normand-Lauzière, F., Raymond, I., Luc, M., Taguay-Bernard, M.M. et al. (2015). Generalized anxiety disorder in primary care: mental health services use and treatment. *BMC Fam Pract*, 16, 146.
- Roberge, P., Fournier, L., Aubé, M., Brouillet, H., Brousselle, A. et al. (2008). Projet cible-qualité pour les troubles anxieux et dépressifs en première ligne : regard sur la prestation de soins et le soutien à la décision clinique. *Institut national de santé publique. Gouv du Québec*.
- Robinson, E., Titov, N., Andrews, G., McIntyre, K., Schwencke, G. et al. (2010). Internet treatment for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial: comparing clinician vs technician assistance. *PloS One*, 5:e10942.
- Roemer, L., Orsillo, S. M. & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 76, 1083-1089.

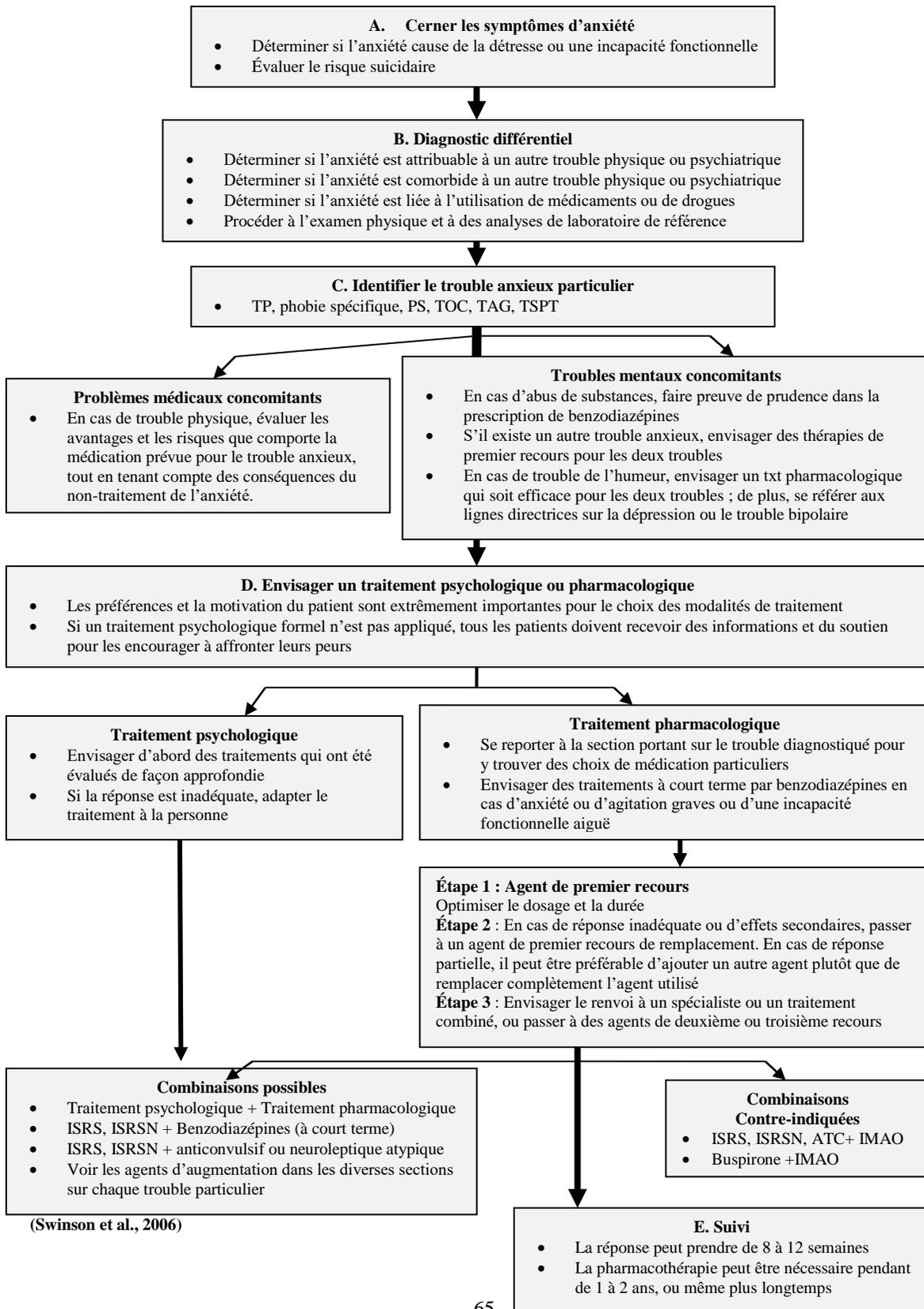
- Romera, I., Fernandez-Péres, S., Montejo, A. L., Caballero, F., Caballero, L. et al. (2010). Generalized anxiety disorder, with or without co-morbid major depressive disorder, in primary care: Prevalence of painful somatic symptoms, functioning and health status. *Journal of Affective disorders*, 127, 160-168.
- Roshanaei-Moghaddam, B., Pauly, M. C., Atkins, D. C., Baldwin, S. A., Stein, M. B. et al. (2011). Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? *Depress Anxiety*, 28, 560-567.
- Russakoff, L. M. (1999). Psychopharmacology. In Cutler, J. L. & Marcus, J. L., (Eds.) *Psychiatry*, (pp.227-320). Philadelphia, WB: Saunders company.
- Rynn, M., Russell, J., Erickson, J., Detke, M. J., Ball, S. et al. (2008). Efficacy and safety of duloxetine in the treatment of generalized anxiety disorder: a flexible-dose, progressive-titration, placebo-controlled trial. *Depress Anxiety*, 25, 182-189.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Lujan, L. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45, 201-210.
- Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H. et al. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 902-909.
- Shankman, S. & Klein, D. (2002). The impact of comorbid anxiety disorders on the course of dysthymic disorder: A 5-year prospective longitudinal study. *J Affective disorder*, 70, 211-217.
- Sherbourne, C. D., Jackson, C. A., Meredith, L. S., Camp, P. & Wells, K. B. (1996). Prevalence of Comorbid Anxiety Disorder in Primary Care Outpatients. *Archive Family Medecine*, 5, 27-34.
- Sherbourne, C. D., Sullivan, G., Craske, M. G., Roy-Byrne, P., Golinelli, D. et al. (2010). Functioning and disability levels in primary care out-patients with one or more anxiety disorders. *Psychol Med*, 40, 2059-2068.
- Siev, J. & Chambless, D. L. (2007). Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *J Consult Clin Psychol*, 75, 513-522.
- Simon, N. M. (2009). Generalized anxiety disorder and psychiatric comorbidities such as depression, bipolar disorder, and substance abuse. *Journal of Clinical Psychiatric*, 70, 10-14.

- Sramek, J. J., Zarotsky, V. & Cutler, N. R. (2002). Generalized anxiety disorder, treatment options. *Drugs*, 62, 1635-1648.
- Stein, M. B. (2009). Neurobiology of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatric*, 70, 15-19.
- Stirman, S. W. Crits-Christoph, P. & DeRubeis, R. J. (2004). Achieving successful dissemination of empirically supported psychotherapies: a synthesis of dissemination theory. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 343-359.
- Surtees, P. G., Wainwright, N. W., Khaw, K. T. & Day, N. E. (2003). Functional health status, chronic medical conditions and disorders of mood. *Br J Psychiatry*, 18, 299-303.
- Swinson, R. P., Antony, M. M., Bleau, P., Chokka, P., Craven et al. (2006). *Guide de pratique clinique: Traitement des troubles anxieux*. Revue canadienne de psychiatrie. Association des psychiatres du Canada. 51(2).
- Taylor, C. B. & Chang, V. Y. (2008). Issues in the dissemination of cognitive-behavior therapy. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(Suppl. 47), 37-44.
- Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E. & Spence, J. (2010). Transdiagnostic internet treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*, 48, 890-899.
- van der Heiden, C., Muris, P. & van der Molen, H. T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*, 50, 100-109.
- Waghorn, G., Chant, D., White, P. & Whiteford, H. (2005). Disability, employment and work performance among people with ICD-10 anxiety disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 39, 55-66.
- Weingardt, K. R. (2004). The role of instructional design and technology in the dissemination of empirically supported, manual-based treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 313-331.
- Weisberg, R. B., Beard, C., Pagano, M. E., Maki, K. M., Culpepper, L. et al. (2010). Impairment and functioning in a sample of primary care patients with generalized anxiety disorder: results from the primary care anxiety project. *Prime Care Companion J Clin Psychiatry*, 12, doi 10.4088/PCC.4009m00890blu.
- Weisz, J. R., Weersing, V. R. & Henggeler, S. W. (2005). Jousting with straw men: comment on Western, Novotny and Thompson-Brenner. *Psychological Bulletin*, 131, 418-426.

- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J. et al. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*, 48, 429-434.
- Wilson, G. T. (2007). Manual-based treatment: evolution and evaluation. In T.A. Treat, R.R. Bootzin & T.B. Baker (Eds.), *Psychological clinical science: Papers in honor of Richard M. McFall*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, Ed.
- Wittchen, H. U. (2002a). Generalized Anxiety Disorder: Prevalence, burden and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16, 162-171.
- Wittchen, H. U. & Beloch, E. (1996). The impact of social phobia on quality of life. *Int Clin Psychopharmacol*, 11(3), 15-23.
- Wittchen, H. U. & Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: Nature and course. *J Clin Psychiatry*, 62(11), 15-19.
- Wittchen, H. U., Nelson, C. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med*, 28, 109-126.
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C. & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R, Generalized Anxiety Disorder in the Nationale Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(5), 355-364.
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., Höfler, M. et al. (2002b). Generalized anxiety disorder and depression in primary care: prevalence, recognition and management. *J Clin Psychiatry*, 63(8) 24-34.
- Woolf, B. (1955). On estimating the relation between blood group and disease. *Ann Hum Gen*, 19, 251-253.
- Wu, W. Y., Wang, G., Ball, S. G., Desaiyah, D. & Ang, Q. Q. (2011). Duloxetine versus placebo in the treatment of patients with generalized anxiety disorder in China. *Chin Med J (Engl)*, 124, 3260-3268.
- Zhu, B., Zhao, Z., Ye, W., Marciniak, M. D. & Swindle, R. (2009). The cost of comorbid depression and pain for individuals diagnosed with generalized anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis*, 197, 136-139.

## ANNEXE 1

### Processus d'évaluation et d'orientation dans le traitement des troubles anxieux



## ANNEXE 2

### Traitements et interventions psychologiques du TAG Basés sur les données probantes Selon Katzman (2014)

1. Thérapie cognitivo-comportementale individuelle  
  
Borkovec, 1996,2001; Gould, 1997, 2004; Siev, 2007; Hunot, 2007; Hofmann, 2008; Covin, 2008.
2. Thérapie cognitivo-comportementale de groupe  
  
Dugas, 2003; Hunot, 2007; Covin, 2008.
3. Thérapie cognitivo-comportementale administrée via un ordinateur  
  
Titov, 2010; Robinson, 2010, Paxling, 2011.
4. Thérapie de relaxation (efficacité à court terme mais limitée dans le temps)  
  
Siev, 2007.
5. Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)  
  
Roemer, 2008.
6. Thérapie méta-cognitive  
  
Wells, 2010; van der Heiden, 2012.
7. Thérapie cognitivo-comportementale ciblant l'intolérance à l'incertitude  
  
Dugas, 2010.
8. Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT)  
  
Kim, 2009.

### ANNEXE 3

**Traitements pharmacologiques du TAG (médicaments de premier recours)  
Basés sur les données probantes  
Selon l'Association Canadienne des troubles anxieux (Katzman et al., 2014)**

1. Paroxétine (nom commercial, paxil)  
  
Bielski, 2005; Baldwin, 2006; Kapczinski, 2003; Rickels, 2003; Pollack, 2001;  
  
Ball, 2005; Bandelow, 2010; Kim, 2006.
2. Escitalopram (nom commercial, cipralex)  
  
Davidson, 2004; Goodman, 2005; Bielski, 2005; Baldwin, 2006; Bose, 2008;  
  
Bystritsky, 2008; Lenze, 2009; Merideth, 2012; Coric, 2010.
3. Sertraline (nom commercial, zoloft)  
  
Ball, 2005; Allgulander, 2004; Brawman, 2006; Mokhber, 2010.
4. Venlafaxine XR (nom commercial, effexor)  
  
Mitte, 2005; Bose, 2008; Kapczinski, 2003; Hartford, 2007; Allgulander, 2008;  
  
Davidson, 1999; Nimatoudis, 2004; Rickels, 2000; Katz, 2002; Kasper, 2009;  
  
Allgulander, 2001; Gelenberg, 2000; Lenox-Smith, 2003.
5. Duloxétine (nom commercial, cymbalta)  
  
Rynn, 2008; Koponon, 2004; Wu, 2011; Allgulander, 2007; Hartford, 2007;  
  
Allgulander, 2008.

## ANNEXE 4

### Liste des problèmes de santé mentale (tel que reconnu dans la nomenclature émise par le Ministère de la Santé et des services sociaux)

1. Problèmes de santé mentale (non diagnostiqués)
  - I. Symptômes dépressifs
  - II. État de panique
  - III. Insécurité
  - IV. Problèmes d'anxiété
  - V. Stress
2. Délirium, démence, trouble amnésique et autres troubles cognitifs
  - I. Délirium
  - II. Démence
  - III. Trouble amnésique
  - IV. Autres troubles cognitifs
3. Schizophrénie et autres troubles psychotiques
  - I. Trouble délirant
  - II. Trouble schizo-affectif
4. Troubles de l'humeur
  - I. Trouble dépressif
  - II. Trouble bipolaire
  - III. Autres troubles de l'humeur
  - IV. Dépression majeure
  - V. Trouble dysthymique
5. Troubles anxieux
  - I. Trouble d'anxiété généralisée
  - II. Troubles obsessionnels
  - III. Phobie sociale
  - IV. Stress post traumatique
6. Troubles somatoformes
7. Troubles des conduites alimentaires
8. Troubles du contrôle des impulsions
9. Troubles de la personnalité
10. Troubles factices
11. Troubles dissociatifs
12. Troubles de l'adaptation
13. Troubles mentaux non spécifiés
  - I. Retard mental
14. Troubles de la 1<sup>ère</sup> enfance, de la 2<sup>ème</sup> enfance et de l'adolescence
  - I. Trouble envahissant du développement
  - II. Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
  - III. Autisme

## ANNEXE 5

### Liste des problèmes de santé physique (tels que reconnus dans la nomenclature émise par le Ministère de la Santé et des services sociaux)

1. Maladies infectieuses et parasitaires (sauf ITS)
  - I. SIDA
2. Infections transmises sexuellement et syndrômes cliniques associés
3. Tumeurs
  - I. Tumeur bénigne
  - II. Tumeur maligne de la glande thyroïde et autres glandes endocrines
  - III. Tumeur maligne du sang et des organes hématoprotéiques
  - IV. Leucémie et lymphome
  - V. Tumeur du système nerveux
  - VI. Tumeur ophtalmologique
  - VII. Tumeur du système respiratoire
  - VIII. Tumeur du poumon
  - IX. Tumeur du système digestif
  - X. Tumeur des organes génitaux
  - XI. Tumeur de la prostate
  - XII. Tumeur du col utérin
  - XIII. Tumeur du système urinaire
  - XIV. Tumeur du sein
  - XV. Tumeur de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
  - XVI. Tumeur du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
  - XVII. Tumeur du côlon et du rectum
4. Maladies et troubles endocriniens, de la nutrition et du métabolisme
  - I. Obésité
  - II. Diabète
5. Maladies et troubles du sang
6. Maladies et troubles du système nerveux
  - I. Alzheimer
  - II. Épilepsie
7. Maladies et troubles ophtalmologiques
8. Maladies et troubles de l'oreille
9. Maladies et troubles de l'appareil circulatoire
  - I. Hypertension
  - II. Maladies vasculaires cérébrales (séquelles d'AVC...)
10. Maladies et troubles de l'appareil respiratoire
  - I. MPOC
  - II. Asthme
  - III. Bronchite chronique
11. Maladies et troubles de l'appareil digestif
12. Maladies et troubles des organes génito-urinaires
13. Maladies et troubles de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
14. Maladies et troubles des systèmes ostéo-articulaires, des muscles et du tissu conjonctif
  - I. Ostéoporose
  - II. Arthrite et Rhumatisme
  - III. Fibromyalgie

## ANNEXE 6

### TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES BASES SUR LES DONNEES PROBANTES (DEFINITIONS)

1. **Psychothérapie cognitivo-comportementale individuelle:** approche selon laquelle les difficultés psychologiques sont liées à des pensées ou à des comportements inadéquats. Le psychothérapeute utilise différentes techniques et stratégies afin d'aider un client à modifier ses comportements, ses pensées et ses émotions.
2. **Psychothérapie cognitivo-comportementale de groupe:** idem qu'en individuel.
3. **Psychothérapie cognitivo-comportementale par ordinateur:** idem sauf que le traitement se fait à l'ordinateur par l'entremise d'un programme informatisé.
4. **Psychothérapie cognitivo-comportementale ciblant l'intolérance à l'incertitude :** approche identique au #8 mais spécifique à une cible thérapeutique, celle de l'intolérance à l'incertitude.
5. **Thérapie basée sur l'acceptation (ACT) :** La thérapie d'acceptation et d'engagement repose sur le moment présent et l'acceptation de ce qui est éprouvé, pensé et ressenti. Ce n'est qu'en acceptant ce que nous ne pouvons pas changer que nous réussissons à dégager les ressources nécessaires pour agir là où c'est possible afin d'orienter notre vie dans le sens des valeurs qui nous sont chères. Le but premier de la thérapie n'est pas la réduction des symptômes mais l'augmentation de la flexibilité psychologique afin de favoriser l'engagement dans des actions contribuant à la construction d'une existence riche et pleine de sens.
6. **Thérapie méta-cognitive:** Les objectifs cette thérapie sont d'abord de découvrir ce que les patients connaissent de leurs propres pensées et comment leur esprit fonctionne, puis, d'enseigner au client comment ces croyances erronées conduisent à des réponses inutiles et à des pensées qui servent à prolonger involontairement ou aggraver les symptômes. Enfin, cette approche vise à fournir au client, d'autres moyens de répondre aux pensées afin de permettre une réduction des symptômes.
7. **Techniques de relaxation:** Techniques qui visent globalement une réduction du stress. Elles sont multiples et d'inspirations diverses. Elles peuvent s'apparenter aux psychothérapies, à la médecine psychosomatique ou au développement personnel. Certaines techniques sont dérivées du Yoga ou de méthodes de méditation.
8. **Thérapie cognitive basée sur la Pleine conscience:** L'approche basée sur la pleine conscience se distingue de la thérapie cognitivo-comportementale de différentes façons. D'abord, l'accent est mis sur l'acceptation radicale plutôt que sur des stratégies de changement cognitif. Les participants ne sont pas entraînés à modifier le contenu de leurs pensées, mais plutôt à observer ces pensées comme n'étant que des pensées plutôt qu'un reflet de la réalité. On enseigne aux participants à respirer en présence de leurs expériences (émotions, sensations, pensées), à aller vers celles-ci plutôt que de chercher à les modifier ou les corriger. Les participants apprennent à être conscients de la tendance à juger ou à évaluer leurs pensées, émotions et sensations en adoptant une attitude de bienveillance face à ces expériences.

ANNEXE 7

**1<sup>e</sup> COLLECTE DE DONNÉES**

Recherche doctorale Jean-Guy Rochefort

**NO CLIENT** : \_\_\_\_\_ No dossier : \_\_\_\_\_

**CRITÈRES D'INCLUSION**

AGE (18 ANS ET PLUS)

DIAGNOSTIC TAG AU DOSSIER

**CRITÈRE D'EXCLUSION**

TROUBLE NEUROCOGNITIF IDENTIFIÉ

ANNEXE 8

**2<sup>e</sup> COLLECTE DE DONNÉES**

Recherche doctorale Jean-Guy Rochefort

**NO CLIENT** : \_\_\_\_\_

**CARACTÉRISTIQUES DU CLIENT**

Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

Statut social : Marié/conjoint  Célibataire  Monoparental

Statut d'emploi : Emploi  BS  Chômage  Pension  Invalidité  Sans emploi

Scolarité (complétée) Primaire  Secondaire  Cegep  Université

**PRÉSENCE DE COMORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE (NOMMER LES DIAGNOSTICS) (ANNEXE 5)**

OUI  NON

DATE

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**PRÉSENCE DE COMORBIDITÉ PHYSIQUE (NOMMER LES DIAGNOSTICS) (ANNEXE 6)**

OUI  NON

DATE

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**1<sup>ÈRE</sup> QUESTION DE RECHERCHE**

**PRESCRIPTION : TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE BASÉ SUR DONNÉES PROBANTES**

NON  OUI  identifier (annexe 5): **1 2 3 4 5 6 7 8**

**2<sup>ÈME</sup> QUESTION DE RECHERCHE**

**PRESCRIPTION : TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE BASÉ SUR DONNÉES PROBANTES**

NON  OUI  identifier (annexe 6): **1 2 3 4 5**

**Collecte effectuée par :** \_\_\_\_\_ *psychologue*

**# Membre de l'Ordre des psychologues du Québec :** \_\_\_\_\_

**Date de la collecte :** \_\_\_\_\_

\*Cet instrument a été développé par Jean-Guy Rochefort, M.Ps., psychologue et requiert son autorisation pour des fins d'utilisation. 2015

## ANNEXE 9

# FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Projet de recherche : Portrait des interventions basées sur les données probantes effectuées auprès des adultes atteints d'un trouble d'anxiété généralisée

### Présentation du chercheur

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de doctorat de Jean-Guy Rochefort, dirigé par Geneviève Belleville, Ph.D. et Guillaume Foldes-Busque, Ph.D. de l'École de psychologie de l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

### Nature de l'étude

La recherche a pour but de tracer le profil des interventions basées sur les données probantes prescrites pour les clients atteints d'un TAG par les intervenants dans un service de 1<sup>ère</sup> ligne (travailleurs sociaux, infirmières, psychologues et médecins). La prescription de traitements basés sur les données probantes sera comparée entre des clients atteints d'un TAG avec et sans comorbidité physique et/ou psychologique.

### Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche consiste à nous donner l'autorisation de consulter des dossiers de clients atteints d'un TAG dans lesquels vous êtes intervenus à compter de 2012. Nous y extrairons les données suivantes :

- Les interventions basées sur les données probantes prescrites dans le plan d'intervention, dans l'orientation du guichet d'accès, dans le rapport du service d'Accueil-évaluation-orientation-référence ou dans les notes médicales

### Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Le fait de collaborer à cette recherche ne comporte aucun risque, ni inconvénient. Il s'agit pour vous d'une opportunité de collaboration à une réflexion sur les barrières à l'application des traitements basés sur les données probantes lorsqu'il y a présence de comorbidité.

Le chercheur exerce un double-rôle dans l'établissement puisqu'il est également psychologue au sein de l'équipe de traitement en 1<sup>ère</sup> ligne. Conséquemment, son implication se limite à documenter et décrire les données extraites. Il n'y a pas de volet « évaluation individuelle » de la pratique des intervenants.

### Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer ou non à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir le chercheur dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tous les renseignements issus de dossiers dont vous êtes fiduciaires seront alors détruits.

### **Confidentialité et gestion des données**

Les données recueillies demeureront strictement confidentielles. À cet égard, voici les mesures qui seront appliquées dans le cadre de la présente recherche :

Durant la recherche :

- votre nom ne sera pas identifié;
- le nom du client sera remplacé par un code dans les collectes de données;
- seul le chercheur aura accès à la liste contenant les noms et les codes, elle-même conservée séparément du matériel de recherche et des données;
- tout le matériel de la recherche sera conservé dans un classeur barré, dans un local sous clé;

Lors de la diffusion des résultats :

- les noms des intervenants et des clients ne paraîtront dans aucun rapport;
- les résultats seront présentés sous forme globale de sorte que les résultats individuels ne seront jamais communiqués;
- les résultats de la recherche seront publiés dans des revues scientifiques, et aucun intervenant et client ne pourra y être identifié;
- un texte exposant les résultats de cette étude sera expédié aux intervenants qui en feront la demande au chercheur, dont les coordonnées sont fournies dans le présent document.

Après la fin de la recherche :

- la liste des noms et des codes sera détruite après un an (2019). Dans un souci de protection, le ministère de la Santé et des Services sociaux demande à tous les comités d'éthique désignés d'exiger que le chercheur conserve, pendant au moins un an après la fin du projet, la liste des participants de la recherche ainsi que les coordonnées, de manière à ce que, en cas de nécessité, ceux-ci puissent être rejoints rapidement. Dans un souci de protection, le ministère de la Santé et des Services sociaux demande à tous les comités d'éthique désignés d'exiger que le chercheur conserve, pendant au moins un an après la fin du projet, la liste des participants de la recherche ainsi que les coordonnées, de manière à ce que, en cas de nécessité, ceux-ci puissent être rejoints rapidement.

### **Compensation**

Aucune compensation monétaire n'est prévue.

### **Remerciements**

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions de nous autoriser à procéder à cette collecte de données.

### Signature

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ consens librement à participer à la recherche « Portrait des interventions effectuées auprès des clients atteints d'un TAG dans un service de 1<sup>ère</sup> ligne ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant, de la participante

\_\_\_\_\_  
Date

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur

\_\_\_\_\_  
Date

### Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche, sur les implications de votre participation ou si vous souhaitez vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Jean-Guy Rochefort, étudiant-chercheur au numéro de téléphone suivant : 418-651-2572 poste 48121, ou à l'adresse courriel suivante : [jean\\_guy.rochefort@csssvc.qc.ca](mailto:jean_guy.rochefort@csssvc.qc.ca)

### Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de la Capitale Nationale :

Madame Dominique Charland  
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services  
CIUSSS de la Capitale Nationale  
Téléphone : 418-691-0762

**FEUILLET D'INFORMATION**

**PORTRAIT DES INTERVENTIONS BASÉES SUR LES DONNÉES PROBANTES EFFECTUÉES AUPRÈS DES ADULTES ATTEINTS D'UN TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE**

**CHERCHEUR PRINCIPAL :** Jean-Guy Rochefort, M.Ps., candidat au doctorat

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PROJET :**

Notre projet de recherche vise à tracer le profil des interventions basées sur les données probantes prescrites pour les clients atteints d'un TAG par les intervenants dans un service de 1<sup>ère</sup> ligne (travailleurs sociaux, infirmières, psychologues et médecins). La prescription de traitements basés sur les données probantes sera comparée entre des clients atteints d'un TAG avec et sans comorbidité physique et/ou psychologique.

Les résultats de cette recherche permettront d'avoir une meilleure connaissance des pratiques pour le TAG sur le terrain et de suggérer des pistes de réflexion sur la dissémination des « traitements basés sur les données probantes ».

Ce projet est réalisé dans le cadre d'un mémoire doctoral présenté dans le cadre du Programme de doctorat (D.Psy.), École de Psychologie, Université Laval. Dirigé par Geneviève Belleville, Ph.D., directrice et Guillaume Foldes-Busque, Ph.D., co-directeur.

**VOTRE PARTICIPATION :**

Votre participation à cette recherche consiste à nous donner l'autorisation de consulter des dossiers de clients atteints d'un TAG pour lesquels vous êtes intervenus à compter de 2012.

**ATTESTATION DU CONSENTEMENT :**

Le simple retour du formulaire de consentement sera considéré comme l'expression implicite de votre consentement à participer à ce projet.

**RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :**

Si vous avez des questions sur la recherche, sur les implications de votre participation, pour se retirer du projet ou pour recevoir un résumé des résultats, veuillez communiquer avec Jean-Guy Rochefort, 418-651-2572 poste 48121.

**PLAINTES OU CRITIQUES :**

Si vous avez des plaintes ou des critiques relatives à votre participation à cette recherche, vous pouvez vous adresser, en toute confidentialité, au bureau de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de la Capitale-Nationale, aux coordonnées suivantes :

Madame Dominique Charland  
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services  
CIUSSS de la Capitale Nationale  
Téléphone : 418-691-0762