

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

UTILISATION DE L'INTERNET ET FORMATION DE PAIRS-AIDANTS POUR  
SURMONTER LES OBSTACLES AU TRAITEMENT DES TROUBLES ANXIEUX

THÈSE  
PRÉSENTÉE  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
MARIKO CHARTIER-OTIS

MARS 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

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

## REMERCIEMENTS

Je voudrais tout d'abord remercier mes deux directeurs de thèse, Claude Bélanger et Michel Perreault qui ont joué des rôles complémentaires dans la mise sur pied et dans l'élaboration de cette thèse; Claude pour votre grande expérience sur le plan clinique, Michel pour votre rigueur de chercheur. Merci pour la transmission de votre savoir. Je voudrais aussi vous remercier tous les deux pour votre grande disponibilité et votre rétroaction rapide aux nombreuses versions de chaque article. Merci également pour vos encouragements à développer mon autonomie professionnelle comme jeune chercheure. Je tiens aussi à vous dire merci pour votre humour qui a su alléger mon parcours et le rendre convivial pendant ces cinq années.

J'aimerais aussi remercier André Marchand pour sa précieuse collaboration au développement de la formation de pairs-aidants ainsi que dans l'écriture de deux des articles qui composent cette thèse. Ce projet de recherche a sollicité la participation de nombreuses personnes, dont plusieurs l'ont fait bénévolement. Je tiens à remercier tous les membres du comité de suivi du projet de recherche (Valérie Royle, Anick Laverdure, Camillo Zacchia, Stéphane Bouchard et les autres). J'ai bien apprécié vos rétroactions constructives par rapport au projet. Je voudrais aussi remercier plusieurs personnes qui ont contribué à la mise en place du projet; Serge Charlebois pour la conception du questionnaire Web; Catherine Guay pour sa contribution à la conception des manuels de formation; Hervine Brunaud pour la mise en page des manuels de formation; Myra Gravel Crevier pour son assistance dans la préparation des PowerPoint des séances de formation. Merci également à mes deux complices à la Clinique des troubles anxieux, Julie Brochu et Hélène Favreau, pour votre implication au sein de la belle équipe d'animatrices que nous étions et pour votre motivation à donner cette formation. Je tiens aussi à remercier Jean Bégin, statisticien au département de psychologie de l'UQAM, de m'avoir reçue à plusieurs reprises dans son bureau pour me guider dans le monde des statistiques.

Merci aussi à ma famille, Richard, Manon et S'Arto et leurs conjoints, Aline, René et Amy, pour votre amour et votre foi en ce que je suis. Un merci tout spécial à mon père

Richard, de m'avoir encouragée à me dépasser; tu as contribué au développement de ma curiosité intellectuelle, et à ma mère Manon, pour son amour inconditionnel ainsi que pour son soutien émotionnel. Finalement, je veux remercier mon copain François, qui m'a épaulée tout au long de ce parcours et m'accompagne au quotidien pour le « meilleur et pour le pire ».

Plusieurs amies ont contribué à rendre agréable ce parcours et je les remercie pour leur amitié, leur présence, leur soutien émotionnel et de camaraderie. Andréa, ma collègue de bureau et de congrès, ma partenaire de voyages et de soupers, merci pour toutes ces activités partagées tant académiques que sociales. Ta vivacité et ta spontanéité ont imprégné l'atmosphère dans laquelle s'est déroulé mon doctorat. Mélissa, ton savoir et ton expérience m'ont inspirée et m'ont amenée, bien souvent, à suivre tes traces. Merci aussi pour ces activités et intérêts que nous partageons. Merci Alessandra pour ton amitié précieuse, tes conseils, ton expérience d'ex-doctorante et tous ces moments où nous avons ri autant dans notre quartier que dans un coin de la province. Plusieurs autres amies que j'ai connues pendant mes études ont aussi été importantes pour moi et je tiens à les remercier : Céline, Catherine, Nancy et les autres.

J'aimerais aussi remercier les personnes souffrant de troubles anxieux et leurs proches qui ont participé à ce projet ainsi que les organismes de soutien qui ont accepté de collaborer au projet, plus particulièrement Phobies-Zéro et Revivre. Ce projet de recherche a été réalisé grâce au financement des IRSC et du MSSS. Finalement, je remercie le Fonds de recherche sur la société et la culture (FQRSC) pour les bourses d'études reçues et qui m'ont permis de réaliser cette thèse.



## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	xi
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	xiii
RÉSUMÉ.....	xv
CHAPITRE I	
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
1.1 Mise en contexte.....	3
1.1.1 Caractéristiques du TPA et du TAS.....	3
1.1.2 Modèles étiologiques: TPA et TAS.....	4
1.1.2.1 Facteurs prédisposants.....	5
1.1.2.2 Facteurs précipitants et facteurs de maintien.....	6
1.1.3 Coûts économiques et difficultés d'accès aux services.....	6
1.1.4 Recours aux services et modèle comportemental de l'utilisation des soins de santé.....	8
1.1.4 Obstacles aux services de soins de santé pour les TA.....	10
1.1.5.1 Obstacles au niveau du pré-traitement et des services offerts.....	11
1.1.5.2 Obstacles au traitement.....	12
1.1.5.3 Localisation géographique.....	13
1.2 Conséquences associées aux problèmes d'accessibilité.....	13
1.2.1 Qualité de vie.....	13
1.1.2 Apparition de troubles comorbides.....	14
1.1.3 Impact sur les proches.....	14
1.3 Stratégies pour favoriser l'accès aux services.....	15
1.3.1 Utilisation des technologies des communications.....	15

1.3.2	Choix d'une stratégie basée sur une intervention de pairs-aidants.....	16
1.3.2.1	Services de paraprofessionnels.....	16
1.3.2.2	Groupes de soutien.....	17
1.3.2.3	Pairs-aidants (PA).....	18
1.3.2.4	Modèles explicatifs au rôle positif de PA.....	19
1.3.2.5	Bénéfices pour les PA.....	20
1.3.2.6	Intervention de PA pour les TA.....	20
1.3.2.6.1	Particularités de la formation.....	21
1.4	Limites des connaissances actuelles.....	22
1.5	Objectifs.....	23
1.5.1	Premier article.....	23
1.5.2	Deuxième article.....	24
1.5.3	Troisième article.....	24
1.6	Contenu de la thèse.....	25
CHAPITRE II		
DÉTERMINANTS DES OBSTACLES AU TRAITEMENT POUR LES TROUBLES ANXIEUX.....		
	Résumé.....	31
	Abstract.....	33
	Introduction.....	35
	Method.....	36
	Participants and procedure.....	36
	Measures.....	37
	Description of questionnaire sections.....	38
	Predisposing and enabling factors influencing treatment-seeking.....	38

Severity of the disorder.....	38
Perceived treatment need and barriers to treatment.....	38
Results.....	39
Participants.....	39
Perceived unmet need for treatment for anxiety.....	39
Relationship between perceived need for care and the behavioural model of health services use.....	40
Predictors of perceived unmet need for treatment.....	40
Perceived barriers to treatment.....	40
Discussion.....	41
Conclusion.....	43
Acknowledgments.....	44
References.....	45
CHAPITRE III	
FARDEAU, SOUTIEN SOCIAL ET BESOINS DE SERVICES CHEZ LES PROCHES DE PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES ÉMOTIONNELS.....	53
Résumé.....	57
Introduction.....	59
Définitions des troubles émotionnels et des types de fardeau.....	59
Fardeau objectif et subjectif des proches.....	61
Aide professionnelle pour les proches.....	63
Pertinence et objectifs de cette étude.....	64
Méthode.....	64
Participants et procédure.....	64
Instruments de mesure.....	65
Analyses.....	66

Fardeau des proches.....	67
Soutien fonctionnel.....	67
Services pour les proches.....	68
Résultats.....	68
Fardeau des proches.....	69
Soutien fonctionnel.....	69
Services pour les proches.....	70
Discussion.....	70
Références.....	76

#### CHAPITRE IV

#### FORMATION DE PAIRS-AIDANTS POUR LES TROUBLES ANXIEUX..... 87

Résumé.....	91
Introduction.....	93
-- Programme de pairs-aidants.....	93
-- Pairs-aidants et troubles anxieux.....	94
-- Objectifs de l'étude.....	95
Méthode.....	95
Recrutement et formation de pairs-aidants.....	95
Procédure.....	97
Mesures.....	98
1. Évaluation de la participation.....	98
2. Évaluation des aptitudes et de l'implication (perspective des formatrices).....	98
3. Évaluation du programme de formation (perspective des participants).....	98
Analyse des données.....	99
Résultats.....	100

1. Évaluation de la participation.....	100
2. Évaluation des aptitudes et de l'implication (perspective des formatrices).....	100
a) Participation à la formation.....	100
b) Écoute.....	101
c) Capacité d'expression.....	102
d) Compréhension des concepts et des outils.....	103
Type de comportements observés chez les participants.....	104
Thème 1: Manifestations de comportements inappropriés.....	104
Thème 2: Manifestations de comportements ciblés par la formation.....	105
3. Évaluation de l'appréciation de la formation (perspective des participants).....	105
Sources d'appréciation de la formation.....	106
Thème 1: Contenu.....	106
Thème 2: Présentation.....	106
Recommandations et améliorations.....	106
Thème 1: Contenu.....	107
Thème 2: Présentation.....	107
Discussion.....	107
Problèmes d'assiduité et d'abandons.....	108
Conclusion.....	110
Références.....	112
CHAPITRE IV	
DISCUSSION GÉNÉRALE.....	115
5.1 Synthèse des principaux résultats.....	118
5.1.1 Obstacles au traitement.....	118
5.1.2 Impact des TA sur les proches.....	121

5.1.3 Formation de PA.....	123
5.2 Programmes de formation.....	123
5.2.1 Programmes de formation et PA.....	124
5.2.2 Programmes de formation et proches.....	126
5.3 Implications cliniques des résultats.....	127
5.3.1 Stratégies visant l'amélioration de l'accessibilité au traitement par l'entremise des PA ou des proches.....	127
5.3.2 Comment favoriser l'accessibilité au niveau organisationnel ?.....	130
5.4. Considérations méthodologiques.....	133
5.4.1 Limites du programme de recherche.....	133
5.4.2 Forces et retombées du projet de recherche.....	135
5.5 Pistes de recherches futures.....	136
5.5.1 Identifier les autres manifestations de l'anxiété dans la recherche de traitement.....	136
5.5.2 Examiner le soutien social donné et les autres composantes associées au fardeau chez les proches.....	137
5.5.3 Évaluer la formation.....	138
5.6. Conclusion générale.....	139
APPENDICE A ANNONCE SUR LES SITES PARTENAIRES.....	141
APPENDICE B FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	145
APPENDICE C QUESTIONNAIRE WEB.....	149
APPENDICE D QUESTIONNAIRE WEB PROCHES.....	177
APPENDICE E SCHÉMA DE L'ARBRE DÉCISIONNEL POUR LA CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE WEB.....	193

APPENDICE F	
GRILLE DE L'ENTREVUE DE SÉLECTION DES PARTICIPANTS POUR LA FORMATION DES PAIRS-AIDANTS.....	197
APPENDICE G	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT: PROGRAMME DE FORMATION DE PAIRS-AIDANTS.....	203
APPENDICE H	
PLANIFICATION DE L'HORAIRE DES SESSIONS DE FORMATION.....	209
APPENDICE I	
MANUELS DE FORMATION POUR LES PAIRS-AIDANTS.....	217
APPENDICE J	
FICHE D'ÉVALUATION DU PARTICIPANT.....	403
APPENDICE K	
QUESTIONNAIRE SUR L'ÉVALUATION DE LA FORMATION.....	409
APPENDICE L	
CANEVAS D'ENTREVUE DE GROUPE: FORMATION DE PAIRS-AIDANTS.....	415
APPENDICE M	
ACCUSÉS DE RÉCEPTION DES ÉDITEURS DES REVUES PSYCHIATRIC QUARTERLY ET REVUE QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE.....	421
APPENDICE N	
ARTICLE TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE ET ANXIÉTÉ SOCIALE : RECOURS À DES PAIRS-AIDANTS ET ACCÈS AU TRAITEMENT.....	425
APPENDICE O	
ARTICLE ÉVALUATION D'UNE CONSULTATION EN LIGNE PORTANT SUR LE TRAITEMENT DES TROUBLES ANXIEUX.....	443
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.....	455

## LISTE DES TABLEAUX

### CHAPITRE II

Table 1	Characteristics of participants with diagnoses of PDA and/or SA.....	46
Table 2	Severity of disorder and enabling and predisposing factors for individuals with PDA and/or SA as a function of perceived need for treatment.....	47
Table 3	Binary logistic stepwise regression for variables predicting perceived unmet treatment need for individuals with PDA and/or SA.....	48
Table 4	Perceived barriers to treatment for anxiety for individuals with PDA and/or SA .....	49

### CHAPITRE III

Tableau 1	Caractéristiques des proches.....	77
Tableau 2	Caractéristiques des personnes souffrant de troubles émotionnels.....	78
Tableau 3	Distribution des commentaires des proches en fonction des types de fardeau, de soutien et des services souhaités.....	79
Tableau 4	Distribution des commentaires des proches en fonction de leur lien avec la personne atteinte.....	80
Tableau 5	Fréquence des comportements de soutien chez les proches.....	81

### CHAPITRE IV

Tableau 1	Niveau de participation des participants et participantes à la formation.....	106
-----------	---	-----



## LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

APA	American Psychiatric Association
AP	Attaque(s) de panique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
ÉSPT	État de stress post-traumatique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PA	Pair(s)-aidant(s)
PASM	Plan d'action en santé mentale
TA	Trouble(s) anxieux
TAS	Trouble d'anxiété sociale
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TOC	Troubles obsessionnel-compulsif
TP	Trouble panique
TPA	Trouble panique avec agoraphobie

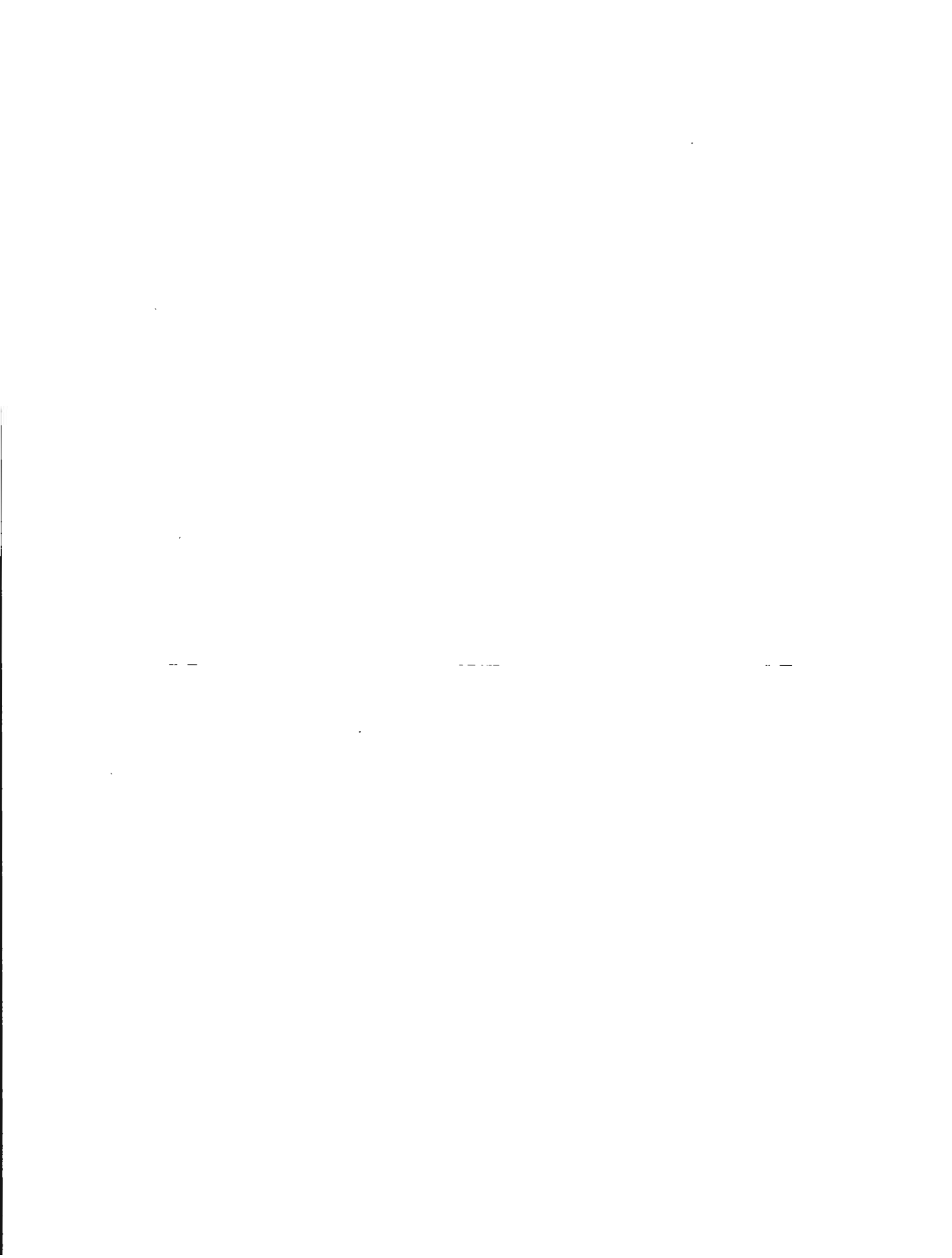


## RÉSUMÉ

Le trouble panique avec agoraphobie (TPA) et le trouble d'anxiété sociale (TAS) sont les deux troubles anxieux (TA) dont la prévalence est la plus forte. Ces troubles ont un impact considérable sur le fonctionnement social, la qualité de vie, l'apparition de troubles comorbides, les relations avec les proches et peuvent conduire à des coûts économiques et sociaux excessifs. De plus, les personnes qui en souffrent présentent des difficultés importantes d'accès au traitement. Malgré l'existence de traitements qui ont démontré leur efficacité, ces personnes peuvent attendre longtemps avant de consulter. Plusieurs obstacles sont à l'origine de ce problème d'accessibilité aux soins spécialisés. Ainsi, il importe de pouvoir identifier les obstacles ainsi que les facteurs qui influencent la recherche de soins chez cette population. L'identification de ces variables s'avère primordiale et permettra de développer des stratégies permettant un meilleur accès aux soins en santé mentale. L'étude du fardeau chez les proches, du soutien social ainsi que de leurs besoins spécifiques quant aux services désirés permettra aussi de mieux connaître l'impact de ces troubles.

Le chapitre I est une introduction générale qui fait l'état des connaissances dans le domaine des difficultés d'accès aux traitements cliniques pour les personnes souffrant de TA. Ce chapitre présente également des stratégies qui viendraient pallier aux problèmes d'accessibilité, principalement l'utilisation du Web et le recours aux pairs-aidants (PA). Le chapitre II constitue un article empirique qui porte sur les besoins de soin non-comblés et les obstacles au traitement chez une population de personnes ayant reçu un diagnostic de TPA, de TAS ou les deux. Le chapitre III présente les résultats d'un article qui examine l'impact des difficultés des personnes souffrant de troubles émotionnels sur leurs proches, le soutien social donné ainsi que les besoins de services. Le chapitre IV comprend un dernier article qui évalue le niveau de préparation des participants ayant complété une formation de PA pour l'accompagnement de personnes souffrant de TPA et de TAS. Finalement, le chapitre V présente une discussion générale et une analyse critique des résultats obtenus dans les articles en tenant compte des considérations méthodologiques, des pistes de recherches futures et des implications cliniques.

Mots-clés : Trouble panique avec agoraphobie, trouble d'anxiété sociale, obstacles, accessibilité, soins spécialisés, internet, proches, pairs-aidants, formation



## INTRODUCTION GÉNÉRALE

### 1.1 Mise en contexte

Les troubles anxieux (TA) sont les problèmes de santé mentale les plus fréquents, avec une prévalence annuelle qui se situe à 18,1% (Kessler *et al.*, 2005). Au Canada, parmi les 10% des personnes qui ont eu recours à des services pour leur santé mentale au cours d'une année, 3% souffraient d'un trouble d'anxiété sociale (TAS), 1,5% de trouble panique (TP) et 0,7% d'agoraphobie (Lesage *et al.*, 2006). Au Québec, environ 11% de la population ont rapporté avoir eu l'un de ces troubles au cours de sa vie (Kairouz *et al.*, 2008). Selon de nombreuses études, plusieurs obstacles importants sont à l'origine des difficultés d'accès au traitement clinique. En raison de ces difficultés pour accéder aux soins spécialisés, les personnes souffrant de TA ont tendance à attendre très longtemps avant de consulter et lorsqu'elles le font, la plupart verront un médecin généraliste plutôt qu'un spécialiste de la santé mentale (Lesage *et al.*, 2006; Vasiliadis *et al.*, 2005; Olfson *et al.*, 1998; Wang *et al.*, 2005).

#### 1.1.1 Caractéristiques du TPA et du TAS

Le trouble panique avec agoraphobie (TPA) se caractérise par la présence d'attaques de panique (AP) récurrentes et par des comportements d'évitement face à des situations où la personne souffrant de ce trouble craint de faire de nouvelles attaques de panique. Ces craintes peuvent amener la personne à éviter de se retrouver dans des situations où il pourrait lui être difficile de s'échapper. Ce type d'évitement conduit à des taux élevés d'absentéisme au travail et à plusieurs perturbations de la vie sociale chez la personne (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association [APA], 2000).

Le TAS se caractérise par une peur ou une anxiété persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de performance durant lesquelles la personne doit être en contact avec des gens non familiers, ou qu'elle peut être exposée à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Dans ces moments, la personne craint d'agir ou de montrer des réactions

anxieuses de façon embarrassante ou humiliante (DSM-IV-TR; APA, 2000). Le «National Comorbidity Survey» révèle un taux de prévalence à vie de 13,3% pour ce trouble (Kessler *et al.*, 1994). Il s'agit du troisième problème psychiatrique le plus prévalent après l'abus de substance et la dépression (Kessler *et al.*, 1994). Parmi les TA, il est celui qui présente le plus haut taux de prévalence (Kjernisted, 2000). Le TPA se situe, quant à lui, au second rang. Ce dernier touche entre 3,5% et 5,3% de la population (Wittchen et Essau, 1993). Malgré la forte prévalence de ces deux TA dans la population, la majorité des personnes atteintes ne cherchent pas de traitement, même s'il existe des thérapies reconnues et efficaces (Gorman *et al.*, 1998; Heimberg, 2001, 2002; Lépine, 2002; Marchand *et al.*, 2004; Telch *et al.*, 1995).

Le TPA tout comme le TAS touche en plus grande proportion les femmes que les hommes (Kessler *et al.*, 1994; Schneier *et al.*, 1992). En effet, le TPA se rencontre 2.5 fois plus souvent chez les femmes. Par ailleurs, ces troubles affectent plus souvent les jeunes, les célibataires, les personnes moins instruites ou ayant un statut socio-économique inférieur (Kessler *et al.*, 1994; Magee *et al.*, 1996; Schneier *et al.*, 1992). Le TPA débute généralement entre 18 et 35 ans alors que le TAS se développe le plus couramment au cours de l'adolescence.

#### 1.1.2 Modèles étiologiques: TPA et TAS

Plusieurs modèles étiologiques permettent d'expliquer le développement et le maintien du TPA: modèle issu du conditionnement aux stimuli intéroceptifs, modèle bio-comportemental de Barlow, modèle cognitif, modèle psychophysiologique avec rétroaction (Bouton, Mineka et Barlow, 2001; Marchand et Boivin, 1999). Il existe des recoupements au niveau de la conceptualisation de ce trouble: une crainte des sensations physiques perçues comme étant dangereuses, une réaction d'alarme apprise, des pensées catastrophiques, une hypervigilance aux sensations et un évitement des situations associées aux attaques de panique (Craske et Barlow, 2001; Marchand et Boivin, 1999). Selon ces modèles, des prédispositions biologiques et psychologiques augmenteraient les probabilités de déclencher une activation physiologique intense et une interprétation catastrophique des sensations physiques de cette activation.

Pour l'anxiété sociale, les modèles étiologiques sont plus récents (modèle du conditionnement, modèle cognitif, modèle de la présentation de soi, modèle psychobiologique) et expliquent ce trouble par la présence d'une préoccupation excessive qu'ont ces personnes de l'impression qu'elles feront ainsi qu'une sous-estimation de leur performance sociale. Plusieurs raisons peuvent être à l'origine de l'attention portée sur la perception que pourrait avoir les autres, plus souvent évaluée comme négative: un besoin excessif d'être approuvé, une réponse émotive conditionnée à la suite d'expériences de rejet ou d'humiliation ou encore un déficit sur le plan des habiletés sociales. L'apparition de ces deux troubles ne dépend pas uniquement d'une seule cause. En effet, elle provient de l'interaction entre des facteurs prédisposants, précipitants et de maintien qui peuvent être biologiques, psychologiques et sociales (Marchand et Boivin, 1999).

#### 1.1.2.1 Facteurs prédisposants

Des études ont montré qu'il semble exister une fragilité biologique (génétique ou neurologique) (Ladouceur, Boisvert et Marchand, 1999). Une étude récente a révélé que la longueur des télomères était plus courte chez les personnes plus âgées souffrant de troubles anxieux et qu'une association existait entre la longueur des télomères et le nombre d'expériences aversives vécues durant l'enfance (Kananen *et al.*, 2010). Les personnes présentant une fragilité biologique auraient une réaction plus forte que les autres face aux événements stressants de la vie. Par ailleurs, la tendance à percevoir l'anxiété comme étant dangereuse, aussi appelée «sensibilité à l'anxiété», serait un facteur psychologique important (Reiss *et al.*, 1986). Cette tendance à percevoir comme dangereuses les sensations physiques ou l'évaluation négative d'autrui dans le cas du TAS proviendraient d'expériences aversives telles que des traumatismes psychiques ou physiques, des observations vicariantes ou des attitudes parentales (Craske et Barlow, 2001; Rapee et Spence, 2004).

Dans une étude de Phillips et ses collaborateurs (2005), les résultats ont montré que l'adversité dans la petite enfance serait un facteur prédictif du développement des troubles anxieux alors que les troubles de l'humeur seraient davantage associés à d'autres facteurs de stress. En effet, une mauvaise santé mentale à l'âge adulte serait, en partie, attribuée à

l'adversité dans l'enfance autant chez les femmes que chez les hommes (Afifi *et al.*, 2008). Une autre étude a démontré que l'adversité dans l'enfance était associée à la psychopathologie à plusieurs stades développementaux (adolescence, jeune adulte et début de la vie; Clark *et al.*, 2010). Par ailleurs, le faible statut socio-économique dans l'enfance serait aussi un facteur de vulnérabilité à l'âge adulte (Melchior *et al.*, 2007). Selon une étude longitudinale conduite par Stansfeld et ses collaborateurs (2009), il existerait une association entre le statut socio-économique dans l'enfance et le risque de développement d'un trouble anxieux ou de l'humeur à l'âge adulte.

#### 1.1.2.2 Facteurs précipitants et facteurs de maintien

Aussi appelés facteurs déclenchants, les facteurs précipitants précèdent habituellement les premières attaques de panique ou les premiers symptômes de l'anxiété sociale. Ce sont des traumatismes (p.ex., crise d'hypoglycémie, grossesse, accident, agression), des stressors psychosociaux (p.ex., divorce, mort, maladie, perte d'emploi, mariage, naissance) ou des stressors chroniques (p.ex., problèmes conjugaux, conflits au travail). Bien qu'un très grand nombre de personnes ait déjà fait une attaque de panique, c'est la «peur d'avoir peur» (peur des sensations physiques associées aux attaques de panique) et l'évitement en découlant qui jouent un rôle important dans le maintien du trouble panique avec agoraphobie (Craske et Barlow, 2001). Dans le cas du TAS, l'adoption de comportements sécurisants, le fait de ne pas prendre de risques socialement tout comme l'évitement de situations sociales sont des exemples de facteurs de maintien (Boisvert, Bertrand et Morier, 1999). Ces derniers regroupent les facteurs cognitifs, comportementaux, les gains secondaires ainsi que les facteurs situationnels et individuels.

#### 1.1.3 Coûts économiques et difficultés d'accès aux services

Le recours à des traitements inadéquats engendre des coûts élevés et des conséquences délétères pour le système de santé et pour les personnes atteintes (Wang, Demler et Kessler, 2002). Par exemple, aux États-Unis, les coûts associés aux TA étaient de 46,6 milliards de dollars en 1990, soit le tiers des coûts investis dans les problèmes de santé



mentale. Parmi les coûts associés aux TA, moins d'un quart a été investi en traitements médicaux et thérapeutiques directs alors que les trois quarts étaient attribuables à l'absentéisme et à la baisse de productivité au travail (DuPont *et al.*, 1996).

Plusieurs études montrent que les coûts excessifs associés aux TA, plus particulièrement au TPA, proviennent d'une combinaison de facteurs incluant une mauvaise reconnaissance du trouble, des erreurs de diagnostic par les professionnels de la première ligne et une sur-utilisation des ressources médicales par les patients (Grudzinski, 2001). Cette sur-utilisation a pour effet d'engorger inutilement le système de soins de santé particulièrement au niveau de la première ligne (Lépine, 2002). En effet, parmi tous les troubles psychiatriques, les gens souffrant de TA sont ceux qui utilisent davantage les services des médecins généralistes que ceux de professionnels en santé mentale (Lépine, 2002; Vasiliadis *et al.*, 2005; Wang *et al.*, 2005) les généralistes doivent généralement référer les patients en deuxième ou troisième ligne pour qu'ils puissent recevoir des services spécialisés. Cependant, il y a lieu de croire que ces références soient rarement faites considérant le fort pourcentage d'erreurs dans les diagnostics de TPA et de TAS chez ces médecins (Spitzer, 1994). Selon une étude récente d'Ouadahi et ses collaborateurs (2009), les omnipraticiens arriveraient à détecter et diagnostiquer un grand nombre de patients. Selon les résultats obtenus lors de cette étude, la difficulté résiderait davantage dans la continuité et la qualité des services plutôt que dans leur accessibilité. Par ailleurs, une autre façon d'accéder à des services spécialisés à l'extérieur du système médicale est de consulter dans le réseau privé. Or, les coûts qui y sont associés peuvent limiter l'accès.

Parmi les personnes qui consultent, très peu reçoivent un traitement pour leurs problèmes de santé mentale. Selon plusieurs études, seulement un tiers des personnes souffrant de TA reçoivent un traitement (Leon *et al.*, 1995; Young *et al.*, 2001; Young *et al.*, 2008). Dans une étude examinant les traitements psychiatriques reçus par des patients souffrant de TA, presque la moitié (47,3%) de ces personnes n'ont pas été traitées, 24,5% ont reçu à la fois une médication et une psychothérapie, alors que seulement 7,2% ont reçu une psychothérapie seule sans médication (Weisberg *et al.*, 2007). Des résultats semblables ont été trouvés dans l'étude de Stein et ses collaborateurs (2004) où moins d'un patient sur trois a

reçu à la fois une psychothérapie et une médication. Les critères permettant de conclure qu'un traitement est approprié varient d'une étude à l'autre et ne semblent pas toujours tenir compte des études d'efficacité sur la thérapie cognitivo-comportementale. Considérant ces critères non rigoureux, il se pourrait que le nombre de personnes recevant un traitement considéré comme adéquat selon la définition à laquelle se sont référés les auteurs de ces études soit en deçà des chiffres rapportés plus hauts. Par conséquent, le nombre de patients recevant un traitement reconnu selon les meilleures pratiques pour les TA serait considérablement bas (Connolly et Bernstein, 2007; Lecomte, 2003; Swinson *et al.*, 2006).

Le postulat selon lequel il puisse y avoir des difficultés d'accès aux soins pour les personnes souffrant de TA trouve aussi des assises dans le fait qu'il existe souvent un long délai entre l'apparition des symptômes anxieux et la première consultation. En moyenne, ces personnes reçoivent un traitement huit ans après l'apparition des premiers symptômes (Olfson *et al.*, 1998). Dans l'étude de Perreault et ses collaborateurs (2004), les personnes initiant un traitement pour le TPA souffraient de ce problème depuis 11 ans. Afin de diminuer ces délais souvent imputables au fait que les personnes atteintes ne sont pas au courant des possibilités de traitement, il importe donc d'améliorer les mécanismes d'orientation et de soutien vers des ressources adéquates et spécialisées pour le traitement de ces troubles anxieux (Perreault *et al.*, 2004).

#### 1.1.4 Recours aux services et modèle comportemental de l'utilisation des soins de santé

Au Québec, le taux de consultation pour des raisons de santé mentale (dépression, anxiété sociale, trouble panique et agoraphobie) s'est élevé à 10% dans la dernière année (Lesage et Vasiliadis, 2006). Parmi ces personnes, seulement 40% ont eu recours à des services de santé. Les femmes consulteraient davantage que les hommes alors que les jeunes de 18 à 34 ans ainsi que les personnes âgées de 50 ans et plus seraient moins en contact avec les services de santé mentale (Ouadahi *et al.*, 2009; Vasiliadis *et al.*, 2005). Les besoins pour des soins de santé mentale ont été satisfaits chez moins d'une personne sur six parmi les personnes rapportant des besoins non comblés malgré les soins qu'elles ont reçus (18%) (Fournier *et al.*, 2002).

Il existe plusieurs modèles explicatifs sur les facteurs qui déterminent l'utilisation des services de santé tel que le modèle de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975) ou celui de Pescosolido (1991). Le modèle de l'action raisonnée explique les liens entre les croyances, les attitudes, les normes subjectives, les intentions et les comportements des individus alors que le modèle de Pescosolido met l'accent sur les réseaux sociaux dans la recherche d'aide. Celui d'Andersen (1995) apparaît comme étant le plus intéressant en raison de l'accent mis sur l'influence des ressources de la personne dans sa recherche de traitement. Ce modèle comportemental a été développé à la fin des années 1960 et a été bonifié au fil des années. Le but de ce modèle est de permettre une meilleure compréhension de l'utilisation des services de santé, de définir et de mesurer l'accès aux soins et d'encourager les politiques d'équité. Le modèle est complet et intègre des composantes provenant d'autres modèles comme, par exemple, les relations sociales du modèle de Pescosolido. Sa force réside dans son dynamisme et inclut les résultats sur l'état de santé et la satisfaction une fois les services reçus. Il inclut aussi une boucle de rétroaction montrant que les résultats affectent à leur tour les facteurs, les besoins perçus de service ainsi que les comportements de santé.

Selon ce modèle, il y a trois types de facteurs qui influencent la recherche de traitement, soient les facteurs prédisposants (p.ex., sexe, âge), les facteurs facilitants (p.ex., localisation géographique, revenu) ainsi que les «facteurs de besoins» qui regroupent la sévérité du trouble pour lequel le patient cherche de l'aide, le niveau de détresse et la durée des symptômes. Un quatrième facteur du modèle comportemental correspond à «l'utilisation des services». Dans les études sur l'accessibilité, «la perception de besoins de traitement non comblés» (*unmet need for treatment*) est aussi utilisée par les auteurs en tant que variable dépendante. Bien que l'utilisation des services et la perception de besoins de traitement non comblés semblent se rapprocher, le recours aux services ne signifient pas nécessairement que les besoins de soins ont été comblés. Il est probable que la variable de perception des besoins de traitement ait été conceptualisée comme faisant partie des facteurs de besoin puisqu'elle était associée au diagnostic.

Des études montrent que des variables démographiques (facteurs prédisposants et facilitants) sont associées aux besoins de soins non comblés dans certains groupes spécifiques de personnes: avoir un faible revenu, résider en milieu rural, être une femme, appartenir à un jeune groupe d'âge (15-24 ans) (Motjabai, Olfson et Mechanic, 2002; Wang *et al.*, 2005). Il

semble qu'un facteur de besoins, la sévérité du trouble, soit aussi associée aux besoins de traitement non comblés (Craske *et al.*, 2005; Motjabai, Olfson et Mechanic, 2002). Par ailleurs, des études ont révélé que le diagnostic n'est pas toujours en cause dans la perception de besoin de traitement non comblés. En effet, d'autres variables telles que la qualité de vie, la détresse et les idéations suicidaires dans la dernière année, indépendamment du diagnostic, ainsi que le soutien social seraient associées aux besoins non comblés (Sareen *et al.*, 2005; Sareen *et al.*, 2005).

#### 1.1.5 Obstacles aux services de soin de santé pour les TA

Le délai pouvant varier de huit à 11 ans entre l'apparition des premiers symptômes anxieux et la première consultation peut s'expliquer par la présence d'obstacles qui rendent l'accès au traitement difficile (Gretchen, 2001; Olfson *et al.*, 1998; Perreault *et al.*, 2004). Ces obstacles peuvent être rencontrés au pré-traitement, au niveau des services offerts et au moment du traitement. De plus, la recherche de soins de santé n'est pas seulement influencée par les obstacles de traitement, mais aussi par le désir de changement de l'individu (Katerndahl, 2002). Parmi les six phases du modèle de changement comportemental: (1) précontemplation, (2) contemplation, (3) préparation, (4) action, (5) maintien, (6) fin, la reconnaissance du problème et le changement sera envisagé par la personne lorsqu'elle se trouve au stade de contemplation (Prochaska et DiClemente, 1986). À ce stade, il appert que le soutien (p.ex. la disponibilité d'un membre de l'entourage qui peut fournir un moyen de transport) est un facteur important pouvant sous-tendre le changement chez l'individu (Katerndahl, 2002), surtout s'il y a de l'évitement phobique (Katerndahl, 2000; Magee *et al.*, 1996). Dans le cas où le soutien est non-disponible, la recherche de soins de santé et la capacité de se mobiliser pour le changement peuvent s'avérer difficiles pour les personnes souffrant de troubles anxieux, particulièrement celles qui présentent des comportements d'évitement.

#### 1.1.5.1 Obstacles au niveau du pré-traitement et des services offerts

Au niveau du pré-traitement, la première étape nécessaire à la recherche de traitement est la reconnaissance de ses symptômes et du trouble par la personne qui en souffre. Vingt-cinq pourcent (25%) des gens ayant un TAS et dix pourcent (10%) des gens ayant un TP n'estiment pas avoir un problème d'anxiété (Olfson, 2001). Alors que des personnes ne reconnaissent pas avoir un trouble de santé mentale, d'autres n'estiment pas avoir besoin de soins. En effet, seulement 21 % des personnes ayant un trouble anxieux rapportent avoir besoin d'aide professionnelle (Motjabai, Olfson et Mechanic, 2002). Le coût non remboursable par les assurances, le fait de ne pas savoir où aller ou qui appeler pour recevoir de l'aide, se sentir mal à l'aise ou avoir peur de ce que les autres pourraient penser ou dire sont d'autres raisons qui rendent l'accès au traitement difficile (Christiana, 2000; Craske *et al.*, 2005; Olfson *et al.*, 2000). Par exemple, dans une étude menée par Olfson et ses collaborateurs (2000), 19,7% des personnes souffrant de TAS rapportaient ne pas avoir cherché de traitement plus tôt à cause de leur peur de ce que les autres pourraient penser ou dire. En outre, Craske et ses collaborateurs (2005) ont rapporté que 43% des personnes souffrant de TPA n'avaient pu trouver où aller pour recevoir de l'aide. Des résultats semblables ont été observés chez les personnes souffrant de TAS, où 39% indiquaient ne pas savoir où consulter pour recevoir de l'aide (Olfson *et al.*, 2000).

La fréquence des erreurs diagnostiques et l'orientation vers des traitements inadéquats sont des obstacles rencontrés au niveau des services offerts (Gretchen, 2001). Ces obstacles peuvent faire en sorte que les patients sont dirigés vers des traitements inappropriés ou qu'ils ne sont pas référés à des professionnels spécialisés, le trouble pouvant demeurer non diagnostiqué et non-traité. Par exemple, dans les centres de santé primaire, le diagnostic de TP est erroné dans 61% des cas et dans 75% des cas pour le TAS (Spitzer, 1994). Les erreurs de diagnostic entraînent ainsi une mauvaise orientation vers les services qui bénéficieraient aux personnes souffrant de troubles anxieux.

Il existe deux types de traitement, que ce soit de façon individuelle ou combinée, dont l'efficacité est bien établie pour ces deux troubles (APC et CANMAT, 2001; APC, 2006; Fedoroff et Taylor, 2001; Gorman *et al.*, 1998; Heimberg, 2001, 2002, 2004; Marchand *et al.*, 2004; Telch *et al.*, 1995). Il s'agit de la pharmacothérapie de type antidépresseur ainsi que de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Les stratégies utilisées dans la TCC proviennent des théories de l'apprentissage et du traitement émotionnel, dont le but est d'amener la personne à ressentir l'anxiété dans les situations évitées et d'apprendre à ne plus craindre ce qui est perçu comme dangereux (Rothbaum, 2006). Les études d'efficacité ont montré que la TCC serait plus efficace pour le TPA et le TAS que les groupes contrôle ou les listes d'attente, et aussi supérieure à d'autres types de thérapie (Addis *et al.*, 2004; Chambless et Gillis, 1993). Au niveau de la pharmacothérapie, ce sont les antidépresseurs qui seraient les plus efficaces (Clum, Clum et Surls, 1993; Todorov, 2004).

#### 1.1.5.2 Obstacles au traitement

Même lorsqu'un traitement adéquat est offert à un patient, des obstacles peuvent être rencontrés (Gretchen, 2001). Dans une étude de Perreault et ses collaborateurs (2004) auprès de personnes souffrant de TPA ayant effectué une demande par téléphone, plus du tiers ne se sont pas présentés à l'entrevue d'évaluation. De plus, 16,1% des personnes qui ont initié le traitement ont abandonné au cours de la thérapie. Des *focus groups* réalisés auprès des participants qui n'ont pas abandonné au cours de l'étude montrent que plusieurs obstacles expliqueraient les difficultés d'accès et d'observance au traitement. Les appréhensions vécues avant le début du traitement, la nouveauté de la situation, les craintes associées au déplacement jusqu'au lieu de traitement représentent des sources d'inquiétudes majeures pour plusieurs participants (Perreault *et al.*, 2004). Finalement, l'augmentation de l'attrition lors de la phase d'exposition observée dans cette étude met en lumière la nécessité de considérer les comportements d'évitement dans la façon de dispenser les services auprès des patients anxieux.

### 1.1.5.3 Localisation géographique

Des recherches suggèrent que la localisation géographique constituerait un facteur de risque important dans le développement des TA, des troubles de l'humeur et de l'utilisation de substances (Judd *et al.*, 2002). En effet, la proportion de personnes souffrant de TAS serait supérieure dans les petites villes et les zones rurales que dans les milieux urbains (Olfson *et al.*, 2000). Des résultats similaires ont été trouvés dans une étude menée par Diala et Muntaner (2003) où ces troubles étaient plus fréquents dans les régions rurales qu'urbaines et ce, chez les hommes. La plus grande proportion de problèmes de santé mentale dans les régions rurales et éloignées peut s'expliquer par le fait qu'il n'y pas ou peu de services spécialisés offerts.

## 1.2. Conséquences associées aux problèmes d'accessibilité

### 1.2.1 Qualité de vie

La qualité de vie des personnes souffrant de TPA et de TAS qui sont en attente de traitement ou qui reçoivent des traitements inappropriés est inférieur à celle observée dans la population générale. Une étude effectuée en Ontario a montré que le TAS est associé à une diminution marquée de la qualité de vie (Stein et Kein, 2000). De plus, de nombreuses recherches soulignent le fait que le TAS comporte de nombreux risques pour la personne qui en souffre: dépendance financière, incapacité à assumer pleinement son rôle social, idéations suicidaires plus fréquentes, abus d'alcool, sentiments d'isolement social ainsi que de problèmes relationnels (Amies, Gelder et Shaw, 1983; Liebowitz *et al.*, 1985; Lochner *et al.*, 2003; Magee *et al.*, 1996; Olfson *et al.*, 2000; Schneier *et al.*, 1992; Schneier *et al.*, 1994). Tout comme pour le TAS, les études portant sur la qualité de vie pour le TPA montrent un niveau inférieur chez ces personnes. Dans une étude de Carrerra et ses collaborateurs (2005), les symptômes anxieux et dépressifs, l'âge, la fréquence des AP ainsi que l'évitement agoraphobique expliquaient entre 18% et 42% de la variance de la qualité de vie. La santé

mentale et physique est également inférieure chez les personnes ayant un TPA (Candilis *et al.*, 1999).

### 1.2.2 Apparition de troubles comorbides

Non seulement la qualité de vie des personnes souffrant de TA est affectée, mais ces personnes sont aussi plus à risque de développer des troubles comorbides. Selon Welkowitz (2004), la comorbidité représente un obstacle important à la recherche de traitement. Une étude longitudinale a montré que le TAS précède le diagnostic de troubles concomitants dans environ 70% de ces conditions comorbides, suggérant que ces derniers se développent comme conséquence du TAS (Schneier *et al.*, 1992). Malheureusement, les personnes souffrant de ce problème ont tendance à ne pas chercher de traitement jusqu'à ce qu'elles rencontrent des difficultés engendrées par des troubles comorbides (Kjernisted, 2000). L'apparition de troubles comorbides est similaire pour ce qui est du TPA. Les personnes qui en sont atteintes souffrent pour 90% d'entre elles d'un autre TA (Struening *et al.*, 1996). De plus, la dépression et l'augmentation du risque suicidaire de même que les maladies cardiovasculaires sont souvent associés au TPA (Rivás-Vazquez *et al.*, 2004; Sareen *et al.*, 2006; Suls et Bunde, 2005; Vickers et McNally, 2004). Ces résultats montrent la nécessité d'un dépistage précoce pour faciliter l'accès aux services et par conséquent, améliorer la qualité de vie, réduire les symptômes ainsi que l'apparition de troubles comorbides (Kjernisted, 2000).

### 1.2.3 Impact sur les proches

L'apparition d'un TA peut conduire à des réactions de détresse et la perception d'un fardeau chez le proche (Beckham, Lytle et Feldman, 1996; Calhoun, Beckham et Bosworth, 2002; Calvocoressi *et al.*, 1995; Magliano *et al.*, 1995; Manguno-Mire *et al.*, 2007). Dans le domaine des TA, les études ont surtout porté sur les proches des personnes souffrant de trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et d'état de stress post-traumatique (ÉSPT) (Kalra *et al.*, 2008; Ramos-Cerqueira *et al.*, 2008). Bien qu'il n'existe aucune étude empirique à ce jour sur les proches de personnes souffrant de TAS et de TPA, plusieurs auteurs ont abordé l'impact de l'évitement sur leur relation avec les personnes atteintes. En effet, les demandes



d'accompagnement des personnes souffrant de ces troubles entraînent l'adoption d'un rôle de protecteur chez les proches (Bélanger *et al.*, 2008). Par conséquent, les proches peuvent développer différentes réactions négatives incluant des sentiments de détresse importants.

### 1.3 Stratégies pour favoriser l'accès aux services

#### 1.3.1 Utilisation des technologies de communication

Dans le but de favoriser l'accès aux services pour certaines populations, l'utilisation de l'Internet s'avère une piste intéressante. Grâce à l'augmentation de l'accès et de l'utilisation des services en ligne, l'Internet favorise les consultations électroniques. En conséquence, des méthodes basées sur les technologies de communication sont de plus en plus utilisées. Par exemple, de nombreuses recherches font état de nouvelles modalités de traitements qui ont été développées afin de contrer les problèmes d'accessibilité au traitement: TCC téléphonique et par vidéoconférence, utilisation de la réalité virtuelle dans les programmes de désensibilisation et pour l'exposition, etc. (Botella *et al.*, 2004; Bouchard *et al.*, 2004; Kenwright et Marks, 2004; Klinger *et al.*, 2005; Vincelli *et al.*, 2003). Par ailleurs, la collecte de données par l'utilisation de questionnaires Web est de plus en plus employée par les chercheurs (Schleyer et Forrest, 2000). En effet, plusieurs études ont été conduites, principalement avec des populations d'étudiants, de professeurs et d'administrateurs (Hou et Wisenbaker, 2005; Edirisooriya et McLean, 2003; Morrell *et al.*, 2007). Bien qu'il existe peu d'études dans le champ des sciences sociales, plusieurs chercheurs ont développé des outils d'auto-dépistage (papier ou Web) du TPA et du TAS (Newman *et al.*, 2003; Newman *et al.*, 2006; Farvolden *et al.*, 2003) afin de pallier aux difficultés rencontrées en lien avec l'accès et la qualité des ressources diagnostiques pour ces troubles. Les résultats d'études portant sur ce type de collecte de données par le biais de questionnaires Web montrent qu'il possède de nombreux avantages: réduction du temps de réponses, diminution des coûts, saisie automatique des données, flexibilité et acceptation du format, avancement technologique, possibilité d'obtenir de l'information additionnelle, etc. Parmi ces avantages, on retrouve la possibilité de rejoindre des participants qui souffrent de problèmes de santé mentale mais qui n'ont encore jamais eu recours au système de santé.

L'utilisation de questionnaires Web permet ainsi d'obtenir des données auprès d'une population connue pour des difficultés particulières, mais pour lesquelles les personnes n'ont pas encore cherché de l'aide. Le chercheur doit cependant s'assurer que la population qu'il étudie a un accès égal à cette technologie (ordinateur, Internet), sinon l'échantillon risque de ne pas être représentatif de la population à l'étude (Dillman *et al.*, 1998). Ces méthodes de collecte de données posent aussi certaines limites: faible taux de réponse, erreurs de mesure, difficultés techniques (Granello et Wheaton, 2004). L'utilisation de ce type d'outil permet donc d'explorer des thèmes avec une population susceptible de présenter des difficultés particulières et ce, dans le but d'augmenter l'accès aux services, même si certains problèmes associés à ce mode ont été identifiés.

### 1.3.2 Choix d'une stratégie basée sur une intervention de pairs-aidants (PA)

#### 1.3.2.1 Services de paraprofessionnels

Afin de pallier aux problèmes d'accessibilité au traitement, l'utilisation des services de paraprofessionnels peut aussi représenter une alternative intéressante puisqu'ils peuvent souvent rejoindre un plus grand nombre de personnes. Le terme «paraprofessionnel» fait référence au personnel non qualifié en santé mentale (Moffic, 1984), qui, souvent, ont fait l'expérience d'être patients; chez ces paraprofessionnels, la relation thérapeutique avec la personne aidée est davantage axée sur l'expérience que sur la théorie et la recherche empirique (Rohde et Nehls, 1996).

Les résultats portant sur l'utilisation de services offerts par des paraprofessionnels en terme de coût-efficacité sont contradictoires (Tan, 1997). Par ailleurs, plusieurs études montrent que les paraprofessionnels sont aussi efficaces que les thérapeutes professionnels (Berman et Norton, 1985; Christensen et Jacobson, 1994). D'après une recension des écrits menée par den Boer et ses collaborateurs (2005) portant sur les services de paraprofessionnels pour les troubles dépressifs et anxieux, les résultats montrent une absence de différence significative entre les paraprofessionnels et les professionnels et trois études

indiquent un effet significatif pour les services donnés par des paraprofessionnels en comparaison à l'absence d'interventions (den Boer *et al.*, 2005).

Dans le contexte de transformation des services auquel nous assistons, le développement des compétences des individus offrant de l'aide est essentiel (Émard, 2004). L'implication professionnelle est un moyen qui permet ainsi d'améliorer la qualité des services paraprofessionnels en transmettant de l'information aux membres du groupe (Émard, 2004). La plupart du temps, les groupes de soutien sont en contact avec des professionnels en santé mentale (Burlingame et Davis, 2002). Cependant, en tant que professionnels, il est fortement recommandé d'être à l'écoute des besoins du groupe de soutien. En effet, l'implication professionnelle peut venir ébranler l'idéologie des groupes selon laquelle les membres sont les experts de leurs difficultés puisqu'ils en ont fait l'expérience (Burlingame et Davis, 2002). Un professionnel qui assume un rôle de leader peut donc constituer une menace aux yeux de certains. Malgré cela, la création d'une alliance entre membres d'un groupe de soutien et professionnels (en adoptant une attitude de respect mutuel et de partenariat plutôt que comme une source de solution d'experts) amène des résultats positifs. Selon une étude menée par Morton et Lieberman, 60% des groupes de soutien observés bénéficiaient de l'aide apportée par des professionnels (1993 dans Burlingame et Davis, 2002). Une étude récente a ainsi montré que l'implication de pairs et de professionnels a un impact sur la longévité des groupes (dans Burlingame et Davis, 2002). Finalement, les pairs-aidants obtiennent de meilleurs succès que les professionnels lorsqu'ils partagent de l'information parce que les gens s'identifieraient à eux (Turner et Shepherd, 1999).

### 1.3.2.2 Groupes de soutien

Les groupes de soutien sont souvent pris en charge par des paraprofessionnels (den Boer *et al.*, 2005). Ils se composent de membres qui partagent des préoccupations ou des problèmes semblables; les membres ont le contrôle sur la structure et le format du groupe; l'aide reçue est donnée par les autres membres du groupe et il n'y a pas ou très peu de coûts pour les membres (Burlingame et Davis, 2002).

Les personnes qui font partie d'un groupe de soutien peuvent en retirer plusieurs bénéfices. Selon une étude menée par Biegel, Shafran et Johnsen (2004), les membres perçoivent les groupes de soutien comme plus bénéfiques que les non membres. Dans cette étude, les deux bénéfices perçus comme plus importants sur le plan personnel sont l'acquisition de connaissances sur la maladie mentale et la capacité à y faire face émotionnellement. Sur le plan social, les avantages perçus sont l'acceptation par les autres et la bonne entente ou le sentiment d'appartenance. Selon une étude de Chamberlin, Rogers et Ellison (1996), la participation à un groupe de soutien a des effets positifs sur la qualité de vie de ses membres. En outre, dans un contexte de rétablissement, le fait d'appartenir à un groupe de soutien (GROW) améliore la qualité de vie chez les gens qui souffrent de maladies mentales sévères (Corrigan *et al.*, 2002). Selon Mead et Copeland (2000), le soutien par les pairs est une composante-clé dans le processus de rétablissement en santé mentale. Ce type de soutien peut être défini comme du soutien social émotionnel, souvent combiné au soutien instrumental (aide matérielle ou financière, services tangibles) qui est mutuellement offert et donné par des pairs qui ont une condition mentale similaire, afin d'amener un changement personnel et social désiré (Gartner et Riessman, 1982). Maton (1988) a trouvé que le fait de recevoir du soutien social est positivement lié à la perception bénéfique d'appartenir à un groupe (p.ex., «Compassionate Friends», «Multiple Sclerosis», «Overeaters Anonymous») et à la satisfaction. Le soutien par les pairs permettrait aussi de réduire l'isolement social (Leung et De Sousa, 2002) et il serait une forme de *thérapie de réseaux sociaux* («social network therapy») dans lequel les gens stigmatisés interagissent entre eux, se sentent acceptés et s'efforcent d'être acceptés et ultimement estimés comme des membres de la communauté (Schubert et Borkman, 1991). Finalement, les groupes de soutien permettent un certain soutien mutuel, c'est-à-dire que les membres sont des personnes volontaires qui s'entraident et partagent des expériences de vie similaire (Davidson *et al.*, 1999).

### 1.3.2.3 Pairs-aidants (PA)

Dans l'optique de faciliter l'accessibilité aux services, l'intervention de PA (paraprofessionnels) par le biais d'un groupe de soutien a été menée avec succès auprès de certaines populations, comme par exemple celles qui souffrent de dépendance aux drogues

(Moos *et al.*, 2001). Une approche similaire a été développée avec les personnes souffrant de schizophrénie (Rumming *et al.*, 2005) ou pour la prévention du SIDA, du diabète, du cancer, ou de l'alcoolisme (Garay-Sevilla *et al.*, 1995).

#### 1.3.2.4 Modèles explicatifs sous-jacents au rôle positif de PA

Selon la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1977), le modelage est une composante essentielle du processus d'apprentissage. Il s'agit d'un processus où les personnes observent les comportements d'autrui et adoptent ensuite des comportements similaires et ce, en fonction des caractéristiques du modèle, de leurs propres attributs et des conséquences positives perçues à adopter un comportement semblable. La crédibilité du modèle et le renforcement de nouveaux comportements appris sont des éléments importants du processus d'apprentissage. En effet, les PA doivent avoir une certaine crédibilité pour avoir de l'influence (Turner et Shepherd, 1999). Par exemple, dans les groupes où les leaders sont perçus comme compétents, les membres rapportent un meilleur bien-être et une meilleure évaluation de leur groupe (Maton, 1988). Selon Turner et Shepherd (1999), les PA peuvent représenter une source d'information plus crédible et moins menaçante que les professionnels aux yeux de certains patients. Ils disposeraient d'une facilité naturelle à communiquer avec les personnes aidées (Crofts et Herkt, 1995). De plus, les pairs peuvent renforcer socialement les comportements appris des membres tout comme l'impact du traitement en aidant les personnes souffrant de TA à confronter les situations anxiogènes. Finalement, ils peuvent agir comme des modèles de rôles positifs (Turner et Shepherd, 1999).

Selon une théorie de la comparaison sociale proposée il y a maintenant plus d'un demi-siècle (Festinger, 1954), les gens sont poussés à s'évaluer en se comparant aux personnes qui leur sont similaires. Ainsi, les pairs donnent l'opportunité unique aux personnes qu'ils tentent d'aider de se comparer à des gens qui ont affronté des difficultés semblables et qui ont pu s'en sortir. En effet, le fait d'observer des modèles de rôles d'individus qui ont su se remettre de problèmes similaires peut avoir un effet thérapeutique (Maton, 1988; Robert *et al.*, 1991). Les pairs permettent donc à la personne atteinte de partager son expérience et de normaliser ce qu'elle vit (Solomon, 2004). Finalement, selon

Burlingame et Davis (2002), les modèles représentés par les PA peuvent encourager et motiver les membres, renforcer les normes du groupe, fournir de l'empathie et favoriser l'identification au pair-aidant.

#### 1.3.2.5 Bénéfices pour les PA

L'auto-efficacité se définit comme la confiance que possède une personne à émettre un comportement particulier et à avoir des attentes de succès par rapport à ce qu'elle entreprend. Ainsi, une personne mettra-t-elle en pratique un comportement socialement appris si elle croit qu'il sera efficace (Turner et Shepherd, 1999). Les programmes de formation et d'éducation des pairs incluent le développement d'habiletés sociales. L'apprentissage de ces habiletés vise à transmettre aux pairs l'information sur la conduite à adopter dans leur comportement d'entraide. L'éducation par les pairs est donc un processus de réappropriation du pouvoir d'action pour ceux qui sont impliqués car elle donne la possibilité d'essayer de nouveaux comportements à l'intérieur d'un cadre supportant. L'auto-efficacité et l'appropriation sont donc également bénéfiques pour ceux qui apportent de l'aide (Turner et Shepherd, 1999). En effet, selon le principe de la thérapie-aidante introduit par Riessman en 1965, les avantages à aider les autres sont l'augmentation du sentiment de compétence, l'impression de recevoir en donnant, l'acquisition d'un apprentissage en aidant les autres et l'amélioration d'un sens de soi grâce à la rétroaction donnée par les personnes aidées (Skovholt, 1974). En somme, l'expérience de PA consistant pour une personne à aider les autres avec un problème similaire à celui qu'il a déjà éprouvé a un effet catalyseur pour le changement et la croissance personnelle (Burlingame et Davis, 2002).

#### 1.3.2.6 Intervention de PA pour les TA

Fokias et Tyler (1995) suggèrent qu'une plus grande attention soit portée sur l'évaluation de l'impact que peut avoir une personne significative, extérieure au noyau familial, comme levier de progrès dans le traitement chez les personnes souffrant de TPA. De même, Marcus et Runge (1990) ont examiné l'efficacité d'un programme d'accompagnement par des bénévoles pour des clients souffrant d'un TPA. Ces bénévoles avaient déjà souffert de

ce trouble et étaient supervisés par des professionnels. Ils accompagnaient des clients au moment de leurs exercices d'exposition *in vivo* aux situations évitées. Les résultats indiquent que l'implication de PA a permis de diminuer significativement la fréquence et la sévérité des AP ainsi que l'anxiété chez les clients qui ont reçu l'aide de bénévoles. Les clients ont également souligné l'apport de la relation significative vécue et le soutien social perçu. Ces résultats concordent avec les travaux de Parsonnet et Weinstein (1987) qui indiquent que 1) le traitement peut être plus efficace pour des clients non adhérents au traitement lorsqu'il est combiné à des approches destinées à en améliorer l'accès et l'observance, 2) l'accès et la participation au traitement peuvent être améliorés par l'intervention de non professionnels, et 3) l'intervention de pairs peut présenter des bénéfices intéressants tant pour les aidés que pour les aidants. Frustaci (1988) a déjà avancé à cet effet que les groupes de soutien, combinés à une intervention professionnelle, représentent un moyen efficace pour que cette clientèle puisse sortir de l'isolement.

#### 1.3.2.6.1 Particularités de la formation

L'intervention de PA doit cependant être basée sur une formation spécifique. En effet, l'accompagnement et le soutien apportés aux personnes atteintes doivent viser chez elles une plus grande autonomie et une capacité à accéder et à poursuivre leur traitement clinique. Il importe donc de guider les PA dans leur rôle pour éviter que leurs comportements d'aide n'entraînent des comportements d'évitement (p.ex., dans le cas où un PA ne serait pas suffisamment rétabli pour guider l'aidé dans ses exercices d'exposition), et de dépendance chez les aidés tout comme les aidants. Dans le cadre du programme de recherche qui s'inscrit dans cette thèse, le but sera de favoriser une intervention de PA qui permettra aux personnes atteintes de se prendre progressivement en charge, au fur et à mesure qu'elles regagnent confiance en leurs moyens. Pour ce faire, les PA doivent avoir accès à une formation appropriée, en harmonie avec les objectifs de traitement, pour soutenir ces personnes lorsqu'elles sont en attente de traitement, lorsqu'elles doivent initier les démarches pour obtenir un traitement ou encore lorsqu'elles doivent effectuer des exercices spécifiques en dehors des séances de thérapie. Elles doivent aussi avoir accès à de l'information pertinente sur les services pour y orienter les personnes qui ont besoin d'aide.

Les travaux menés jusqu'ici par l'équipe de Perreault et ses collaborateurs (2004) indiquent qu'une proportion importante de personnes aux prises avec un TPA éprouvent des difficultés d'accès au traitement. Dans le contexte de la toxicomanie, Perreault et ses collaborateurs (2006) ont mené des travaux où des PA ont pu jouer un rôle complémentaire au traitement offert pour la dépendance aux opiacés. Les résultats mettent en lumière l'importance de bien connaître les préférences sur les services des personnes en traitement ainsi que le soutien qui peut être offert par des PA. En effet, dans cette étude, malgré une offre de service qui semblait répondre aux besoins des personnes en traitement à la méthadone, très peu de ces clients ont eu recours aux services offerts par des PA. Il appert que le type de services offerts et les modalités proposées ne correspondaient pas aux préférences des clients. Ces résultats mettent en relief l'importance d'évaluer la perspective des personnes aux prises avec des difficultés et leur point de vue sur les services qu'elles souhaitent recevoir. Ainsi, le projet proposé ici et présenté dans cette thèse est basé sur une consultation auprès des personnes qui souffrent d'un TPA ou d'un TAS afin de développer une formation destinée à des PA. Il importe que cette formation sache répondre aux préférences des personnes consultées.

#### 1.4 Limites des connaissances actuelles

Il existe de plus en plus d'études sur les obstacles au traitement dans le domaine de la santé mentale. Par contre, très peu d'études ont porté sur les obstacles au traitement pour les personnes souffrant de TA, plus particulièrement pour le TPA et le TAS. Or, en raison de leur symptomatologie particulière, et plus particulièrement à cause de l'évitement qui constitue une composante centrale du trouble, cette population mérite une attention particulière lorsque l'accès aux services est étudié.

Les proches des personnes souffrant de TPA et de TAS ont également reçu peu d'attention jusqu'à maintenant dans les études. En effet, ce sont surtout les proches de personnes souffrant d'ÉSPT et de TOC dans le domaine des TA qui ont été étudiées. À notre connaissance, aucune étude ne s'est attardée sur le fardeau vécu par ces personnes et sur le



soutien social donné aux personnes ayant un TPA ou un TAS. Le fardeau vécu par les proches pourrait avoir un impact sur le soutien qu'ils sont en mesure de donner aux personnes atteintes.

Une formation de PA s'adressant aux personnes souffrant de TPA et de TAS qui viserait spécifiquement les comportements d'évitement pour améliorer l'accès aux traitements n'a jamais été développée. Également, aucune étude n'a porté sur le point de vue des acteurs impliqués dans le développement d'une formation de PA dont le but est d'améliorer la formation offerte.

## 1.5 Objectifs

Le présent projet de recherche vise à identifier les obstacles au traitement chez une population de personnes souffrant de TPA et de TAS. En effet, il a pour but de faire avancer les connaissances en ce qui a trait aux déterminants des obstacles, que ce soit au niveau administratif, mais aussi au chapitre clinique. Il tentera également de répondre aux questionnements sur le fardeau vécu par les proches de personnes souffrant de ces troubles. Finalement, dans un contexte où l'accessibilité aux soins de santé est difficile pour les personnes souffrant de TPA et de TAS, un programme de formation a été développé et évalué par les acteurs impliqués (participants et formatrices).

### 1.5.1 Premier article

En se basant sur les réponses provenant d'un questionnaire Web portant sur les obstacles au traitement chez les personnes souffrant de TPA et de TAS, les objectifs suivants ont été formulés concernant le premier article:

1. Examiner les besoins de soins non comblés liés aux problèmes d'anxiété chez des personnes ayant déjà reçu un diagnostic de TPA et/ou de TAS en utilisant le modèle comportemental de l'utilisation des soins de santé (Andersen, 1995).

2. Examiner, à partir de ce modèle, dans quelle mesure les facteurs prédisposants (âge, sexe, statut civil, niveau d'éducation complété), facilitants (location géographique, revenu, aide d'un proche, appartenance à un groupe de soutien) et la sévérité du trouble chez les participants sont associés aux besoins de soins non comblés et d'en déterminer les prédicteurs.
3. Évaluer les obstacles au traitement.

#### 1.5.2 Deuxième article

Cet article portant sur le fardeau, le soutien et le besoin de services des proches de personnes souffrant de troubles émotionnels est basé sur les réponses provenant d'un questionnaire Web. Pour cet article, les objectifs suivants ont été formulés :

1. Documenter les types d'impact (fardeau) sur la vie personnelle des proches de personnes atteintes de troubles émotionnels
2. Explorer les différents types de soutien offerts par les proches.
3. Examiner le type de services qui pourraient leur être utiles dans leur rôle d'aidants naturels.

#### 1.5.3 Troisième article

Cet article portant sur la formation de PA est basé sur les réponses provenant des participants et des formatrices. Pour cet article, les objectifs suivants étaient poursuivis :

1. Examiner le degré et la qualité de la participation des PA à la formation donnée.
2. Évaluer à partir de la perspective des formatrices, les aptitudes et l'implication des participants concernant la formation donnée.
3. Évaluer à partir de la perspective des participants et participantes, l'appréciation et formuler des recommandations concernant la formation reçue.

## 1.6 Contenu de la thèse

La thèse se divise en cinq chapitres. Le chapitre I est une introduction générale qui présente l'état des connaissances dans le domaine des difficultés d'accès aux traitements pour les personnes souffrant de TA, plus particulièrement pour le TPA et le TAS. Il est aussi question des moyens qui permettraient de favoriser un meilleur accès à ces services.

Le chapitre II comprend un article empirique qui s'intitule «*Determinants of Barriers to Treatment for Anxiety Disorders*». Cet article porte sur les besoins de soin non-comblés et les obstacles au traitement chez une population de personnes ayant reçu un diagnostic de TPA, de TAS ou les deux. Au total, 206 personnes ont participé à cette étude. Cet article a paru en ligne dans la revue scientifique *Psychiatric Quarterly* au mois de février 2010 et a été publié dans le volume 81(2) de la revue du mois de juin 2010 aux pages 127-138.

Le chapitre III présente les résultats d'un deuxième article empirique intitulé «*Fardeau, soutien social et besoins de services chez les proches de personnes souffrant de troubles émotionnels*». Cet article examine l'impact des difficultés des personnes souffrant de troubles émotionnels, plus particulièrement de TPA, de TAS et de trouble dépressif, sur les proches. Le soutien social donné par les proches et les besoins de services ont également fait l'objet de cet article. Sur un total de 59 proches qui ont répondu au questionnaire Web, 43 de ces participants ont été retenus dans l'échantillon. Des analyses de contenu ont principalement été conduites sur les données. Cet article a été accepté pour publication à la *Revue québécoise de psychologie*.

Le chapitre IV comprend un dernier article portant sur la formation des PA dont le titre est «*Formation de pairs-aidants pour les troubles anxieux*». Cet article évalue la préparation des participants ayant complété une formation de PA pour l'accompagnement de personnes souffrant de TPA et de TAS. Quatre participants ont suivi la formation. L'article a été soumis pour publication à la revue *Revue de Psychoéducation*.

Le chapitre V présente une discussion générale et une analyse critique des résultats obtenus dans les trois articles empiriques. Les implications cliniques des résultats sont discutées sous les aspects de l'intégration de la formation et l'extension de celle-ci à d'autres types d'aidants. Les forces et les lacunes méthodologiques du projet de recherche sont soulignées. Finalement, des pistes de recherches futures sont suggérées.

Les appendices N et O présentent deux articles publiés en lien avec le projet de recherche. Le premier article: «*Trouble panique avec agoraphobie et trouble d'anxiété sociale: Recours aux pairs-aidants et accès au traitement*» a été publié dans la revue *Santé mentale au Québec*. Il s'agit d'un article théorique qui expose les meilleures pratiques de traitement pour les troubles anxieux, les difficultés d'accès, les obstacles organisationnels et ceux reliés à la symptomatologie ainsi que les interventions visant les comportements d'évitement. Le second article: «*Évaluation d'une consultation en ligne portant sur le traitement des troubles anxieux*» a été publié dans le *Journal International de Victimologie*. Il présente les résultats d'une consultation basée sur un questionnaire Web interactif dont le but était de mieux cerner l'accès au traitement des personnes souffrant de troubles anxieux. Le taux élevé de personnes ayant complété le questionnaire (n = 714) permet de démontrer la capacité de cette approche à rejoindre une population considérée comme difficile d'accès. Ces deux articles ont été publiés en 2009.

CHAPITRE II  
DÉTERMINANTS DES OBSTACLES AU TRAITEMENT POUR LES TROUBLES  
ANXIEUX



Determinants of barriers to treatment for anxiety disorders

Mariko Chartier-Otis, M.Ps.

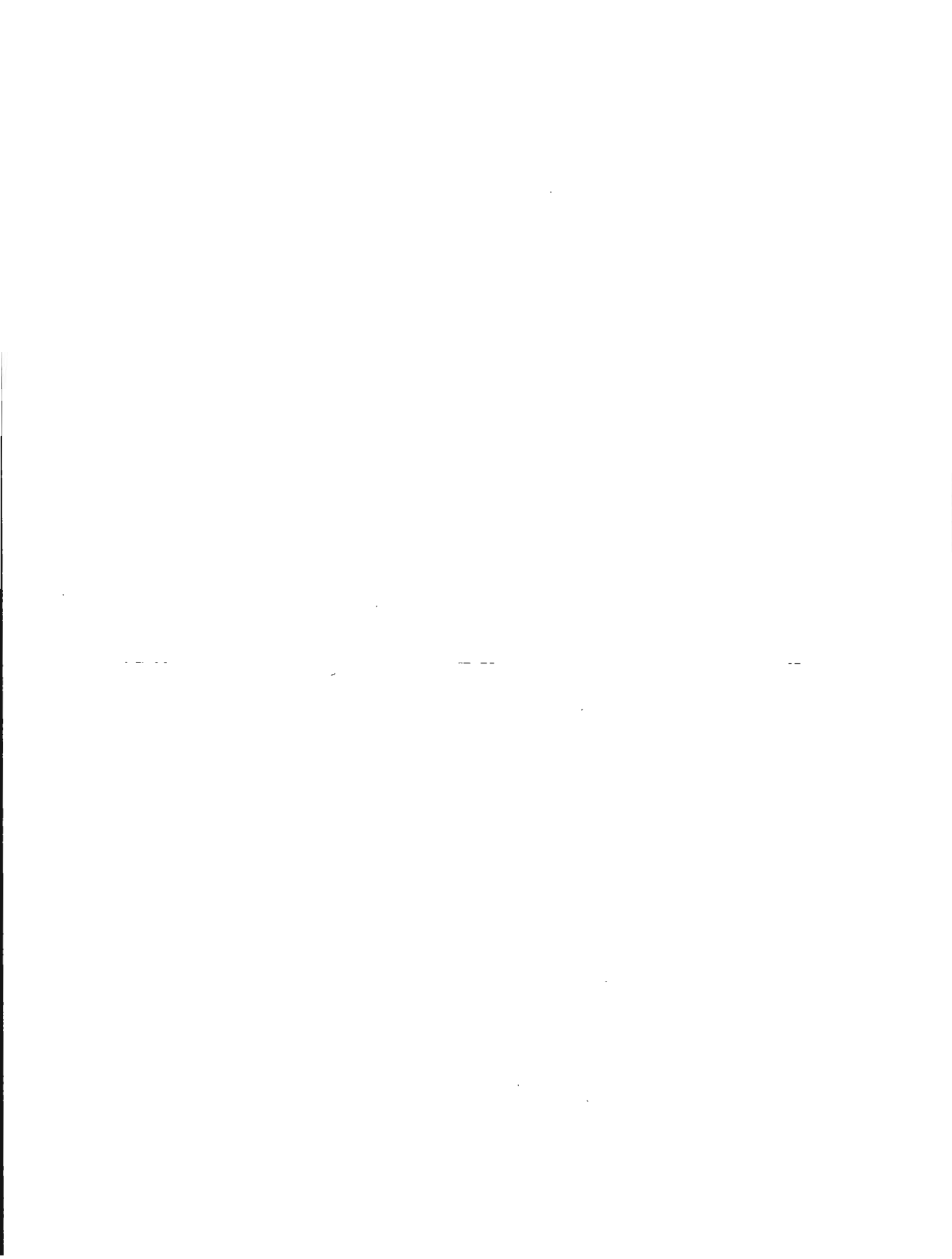
Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Michel Perreault, Ph.D.

Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal, Québec, Canada

Claude Bélanger, Ph.D.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

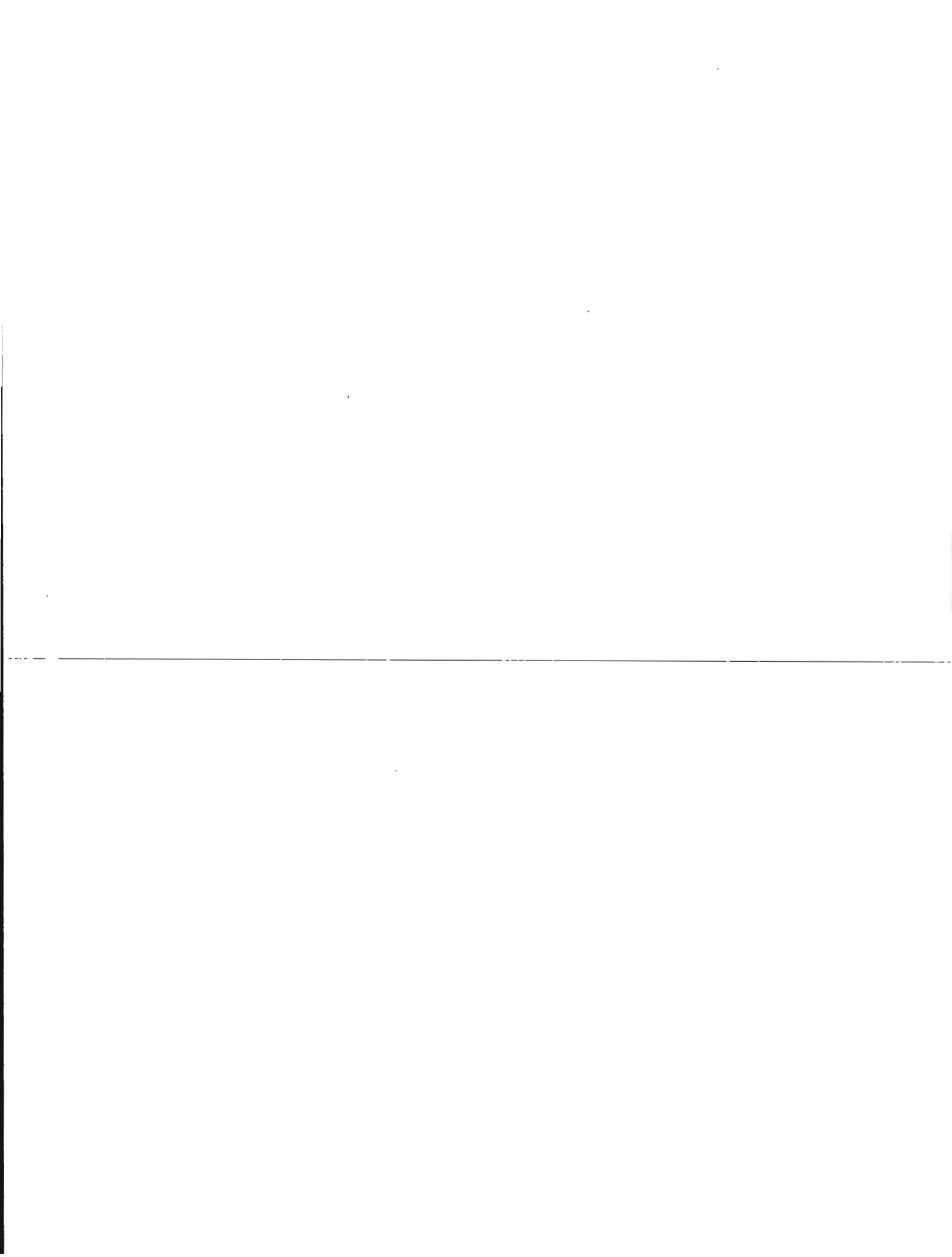




## Résumé

**Objectif:** Le but de l'étude est d'évaluer la perception des besoins de soins non comblés, leurs déterminants ainsi que les obstacles au traitement chez une population québécoise souffrant du trouble panique avec agoraphobie ou d'anxiété sociale. **Méthode:** Les données de 206 participants rapportant avoir déjà reçu un diagnostic de trouble panique avec agoraphobie ou d'anxiété sociale ont été recueillies à partir d'un questionnaire Web. Des analyses corrélationnelles et des régressions logistiques binaires de type pas-à-pas ont été conduites afin d'explorer les déterminants des besoins de soins non comblés. **Résultats:** 144 participants (69.9 %) rapportent avoir connu des périodes où ils n'ont pas reçu les soins dont ils auraient eu besoin. Des variables liées à la sévérité du trouble soit, la dépression comorbide, l'évitement, la durée des inquiétudes, l'interférence et le délai entre l'apparition des premiers symptômes et la première consultation sont corrélés à la perception de besoins de soins de santé non comblés. La dépression et la présence d'évitement prédiraient cette perception. Les obstacles au traitement les plus souvent rapportés sont les préoccupations liées au coût des services (63.9%), la difficulté à savoir où aller pour obtenir de l'aide (63.2%), l'absence de couverture d'assurance santé (52.4%) ainsi que le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous (52.1%). **Conclusion:** Les résultats de cette étude montrent la nécessité de surmonter les obstacles au traitement occasionnés par les comportements d'évitement en recourant à plusieurs mécanismes tels que l'Internet, les groupes de soutien ou en élargissant les services offerts dans les centres publics.

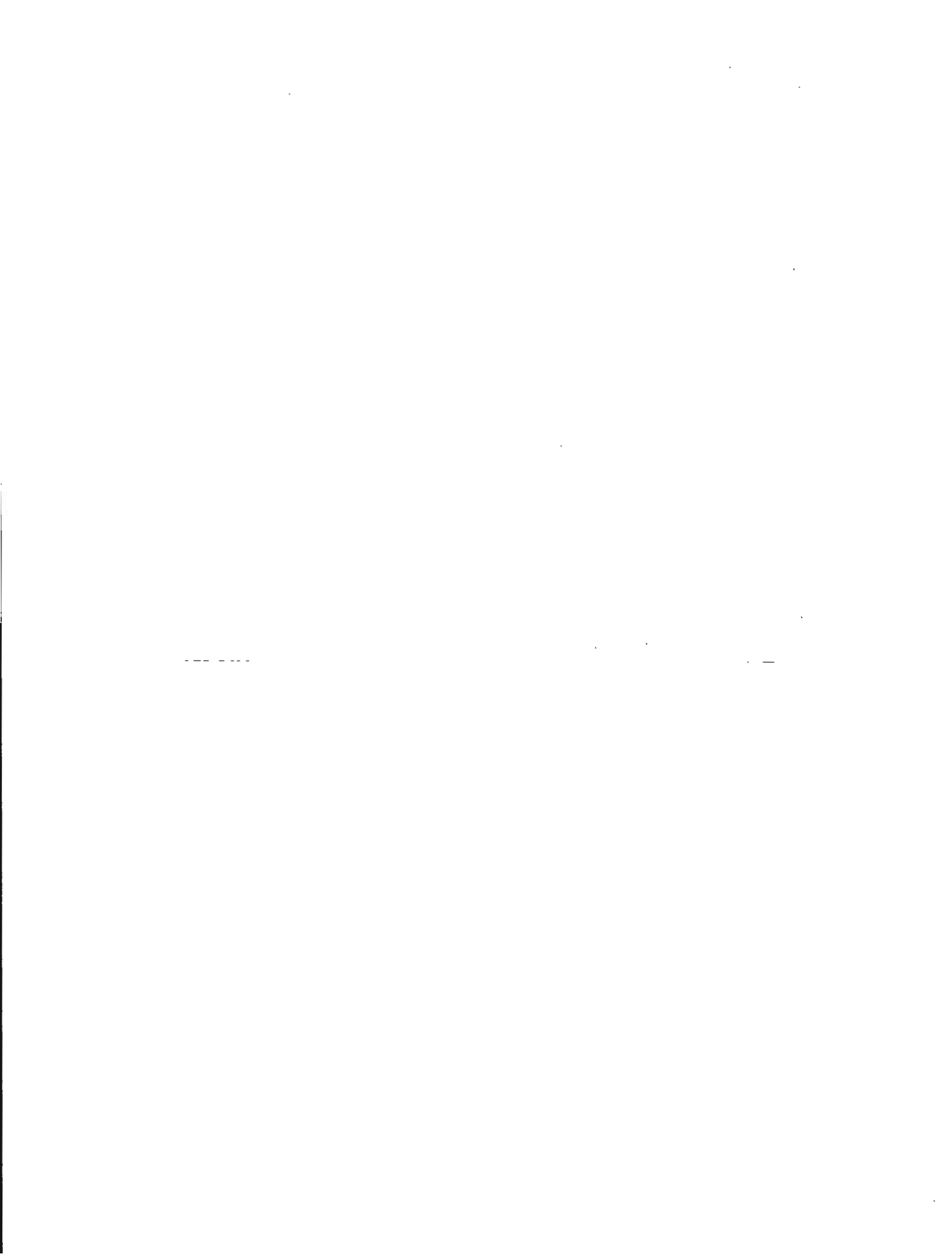
Mots-clés: Obstacles; besoins de soins non comblés; traitement; anxiété sociale, trouble panique avec agoraphobie.



## Abstract

**Objectives:** The objectives of this study were to evaluate perceived unmet need for mental healthcare, determinants of unmet need, and barriers to care in individuals with social anxiety (SA) or panic disorder with agoraphobia (PDA) in Quebec. **Method:** Data from 206 participants diagnosed with SA or PDA were collected using an online questionnaire. Correlational analyses and binary stepwise logistic regressions were conducted to explore determinants of perceived unmet need. **Results:** Of the 206 participants, 144 (69.9%) reported instances of unmet need for treatment. Perceived unmet need was correlated with variables related to the severity of the disorder, such as comorbid depression, avoidance, duration of worry, interference with functioning, and time lapsed between the appearance of first symptoms and first consultation. Depression and avoidance emerged as predictors for perceived unmet need in the regression analysis. The most common barriers to treatment reported were concern about the cost of services (63.9%), not knowing where to go to get help (63.2%), lack of health insurance coverage (52.4%), and appointment wait times (52.1%). **Conclusions:** The results of this study demonstrate the need to overcome barriers to treatment engendered by avoidance behaviors associated with anxiety. Potential methods for achieving this objective include Internet outreach, support groups, and increased accessibility to public services.

Key words: barriers; unmet need; treatment; social anxiety; panic disorder with agoraphobia



## **Introduction**

Social anxiety (SA) and panic disorder with agoraphobia (PDA) are the most widespread of the anxiety disorders (1, 2) and include a significant element of phobic avoidance (3-5). Despite the documented effectiveness of cognitive-behavioral therapy (6-9), very few individuals who suffer from these disorders receive care, either because they delay seeking treatment for a long time or do not seek treatment at all (10-16). Research in this area has revealed several characteristics associated with perceived unmet need for treatment (16-17), and theoretical models have been developed to highlight factors that determine the use of healthcare services. Andersen's behavioral model (18) is particularly interesting because it emphasizes the influence of the user's personal resources in treatment-seeking. This model describes three types of factors that influence treatment-seeking behaviour: predisposing factors (e.g., gender, age), enabling factors (e.g., geographical location, income), and need factors. Need factors include the severity of the disorder for which help is sought, level of distress caused by the disorder, and duration of symptoms. Demographic variables (predisposing and enabling factors) are associated with unmet need for care in certain groups of people (16-17), as is severity of the disorder (17, 19). The research in this area has identified several barriers that can interfere with the search for treatment. The barriers most frequently reported by people with PDA or SA are treatment costs not covered by insurance, not knowing where to go or whom to call for help, and discomfort or worry about what others would think (19-21).

For a comprehensive understanding of barriers to treatment, access to populations who do not seek help or who wait a long time before consulting is essential. The Internet may be an effective and efficient way to reach these individuals, many of whom are confined at home by avoidance behaviors. Indeed, online questionnaires allow access to the clinical populations with the most severe symptoms (22). One Internet study revealed that respondents to an online questionnaire about social anxiety had more severe symptoms and greater disturbance of functioning than a clinical sample of individuals who sought treatment for the same problem (23). The majority of existing studies about need for care and barriers to treatment for PDA and/or SA were conducted in hospital treatment centers. The authors of

the present study know of no online study of perceived need for care and barriers to treatment for individuals with anxiety disorders.

The first objective of this study is to use the behavioral model of health services use (18) to examine perceived unmet need for treatment in individuals diagnosed with PDA or SA. The second objective is to use this model to investigate the extent to which predisposing factors (age, gender, marital status, education), enabling factors (geographical location, income, help from family or friends, support group membership), and severity of the disorder are associated with unmet need for treatment. The third objective of this study is to identify predictors of unmet need. The fourth objective is to evaluate barriers to treatment in this population.

## **Method**

### Participants and procedure

The present study's sample is composed of individuals with anxiety disorders such as PDA and SA living in Quebec. The participants recruited for this study completed an interactive online questionnaire accessed through links on six websites: Phobies-Zéro ( $n = 37$ ), Douglas Mental Health University Institute ( $n = 23$ ), Louis-H. Lafontaine Hospital ( $n = 6$ ), the Montreal branch of the Canadian Mental Health Association ( $n = 5$ ), mental health support association Revivre ( $n = 61$ ), the Quebec Anxiety Disorders Association (ATAQ) ( $n = 3$ ) and online discussion forums ( $n = 6$ ). Phobies-Zéro, Revivre, and ATAQ are non-profit organizations that offer support groups for individuals with anxiety disorders. Additional participants were recruited via two mass invitations to the mailing lists of the Faculty Association of Social Sciences Students and the Quebec Society for Research in Psychology ( $n = 9$ ). Further participants were recruited through posters on university bulletin boards ( $n = 10$ ) and pamphlets available in public and private specialized anxiety disorder clinics ( $n = 8$ ). Thirty-eight participants heard about the study through other means. Recruitment took place between April 4 and August 26, 2008. The Research Ethics Board (REB) of the Douglas Mental Health University Institute approved this project.

Each participating website provided information about the project, the questionnaire, and the objectives of the study. All participants were required to complete an online consent form before beginning the questionnaire. As recommended by Schmidt (24), the questionnaire could not be accessed until the completed consent form was submitted. Once consent was given, participants followed a link to the Web questionnaire. Questionnaire responses were directed to a secure website operated by the Quebec Minister of Health and Social Services, where they were collected and automatically processed by software designed for this purpose.

To be eligible to participate in this study, respondents had to suffer from social anxiety or panic disorder with agoraphobia, as determined by the diagnostic questions in the questionnaire. Over one half of the participants in the final sample (56.3%) had a diagnosis of panic disorder with or without agoraphobia, 13.1% had a diagnosis of social anxiety, and 30.6% had been diagnosed with both disorders. Exclusion criteria were as follows: 1) lack of PDA or SA diagnosis by a healthcare professional, 2) severe and persistent psychiatric disorder (e.g. schizophrenia, bipolar disorder, psychosis), and 3) residence outside Quebec. The last criterion reflects the study's focus on the perception of patients within the Quebec healthcare system.

## Measures

Participants completed an interactive online questionnaire. The *Online survey about obstacles to treatment for anxiety disorders* was developed for this study and included a total of 42 questions about sociodemographic variables, clinical symptoms, perceived need for care, and barriers to treatment. The questionnaire was available both in English and French. To maximize accessibility and minimize non-completion, a simple questionnaire format and a new page for each section were used (25). The questionnaire was adjusted and finalized following a preliminary test with a sample of 11 people. A pilot study was conducted to pre-test the questionnaire and to identify and resolve potential technical problems (22).

*Description of questionnaire sections**Predisposing and enabling factors influencing treatment-seeking*

The first section of the questionnaire was composed of nine questions designed to gather information about predisposing factors (age, gender, marital status, education) and enabling factors (geographical location, help from family or friends, support group membership).

*Severity of the disorder*

This section of the questionnaire was composed of 31 questions that focused on clinical symptoms. Data were gathered about PDA and SA diagnoses and comorbidity, as well as frequency and duration of symptoms. To gather maximal information about the manifestations and severity of the disorders, this section also included questions adapted from the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; 26) about panic disorder (seven questions), agoraphobia (four questions), and social anxiety (five questions).

*Perceived treatment need and barriers to treatment*

Perceived unmet need for treatment for anxiety was evaluated with a closed question adapted from Craske and colleagues (19). Participants were asked, "In your adult life, has there ever been a period when you did not seek or obtain the care you needed for your problem with anxiety?" Participants who responded in the affirmative were asked the following additional question: "What are the reasons why you did not receive the care you needed? Was it because...?". Participants identified the obstacles they experienced by indicating agreement or disagreement with 12 statements incorporating five dimensions of perceived barriers to services: cost, social attitudes, access, services, and loss of pay. These dimensions are based on a factor analysis conducted by Craske and colleagues (19).



## Results

### Participants

A total of 485 people responded to the online questionnaire between April and August 2008. Only respondents who reported a diagnosis of PDA or SA by a healthcare professional were retained. Participants were excluded if their responses to the screening questions indicated no diagnosis of PDA or SA by a healthcare professional or a diagnosis other than PDA or SA ( $n = 214$ ). Respondents with a diagnosis of bipolar disorder or psychosis ( $n = 29$ ), respondents living outside of Quebec ( $n = 27$ ), and respondents who failed to complete the questionnaire beyond the first or second section ( $n = 9$ ) were also excluded. A final sample of 206 respondents, each with a diagnosis of PDA, SA, or both, was retained. Over one half of the participants were between 25 and 44 years old. Final sample characteristics are presented in Table 1.

### Perceived unmet need for treatment for anxiety

Of the final sample for this study, 144 participants (69.9%) reported one or more periods of unmet need for treatment (defined as periods during which participants did not receive the care they felt they needed for anxiety). Characteristics of participants with and without perceived unmet need are presented in Table 2. This information is presented in a format consistent with the behavioural model of health services use (18). The time lapsed between first symptoms and first consultation with a healthcare professional was longest for participants who reported periods of unmet need. Among the participants who reported unmet need for treatment, 124 (86.1%) had been treated for anxiety, 104 (72.2%) had received pharmacological treatment, 99 (68.8%) had received psychotherapy, and 37 (25.7%) had participated in a support group.

### Relationship between perceived need for care and the behavioral model of health services use

Correlational analyses (Pearson) were conducted to examine the relationships between the three primary dimensions of the behavioral model of health services use (predisposing factors, enabling factors, need factors) and perceived unmet need. No significant correlations between perceived unmet need for care and predisposing or enabling factors were observed ( $r$  between  $-.043$  and  $.086$ ). However, several symptomatology variables were linked to the perception of unmet need, including comorbid depression ( $r = .237, p < .001$ ), avoidance ( $r = .208, p < .001$ ), duration of worry about panic attacks ( $> 1$  month) ( $r = .160, p < .01$ ), interference with functioning ( $r = .161, p < .01$ ) and time lapsed between initial appearance of PDA symptoms and first consultation ( $r = -.168, p < .01$ ).

### Predictors of perceived unmet need for treatment

To further establish the determinants of perceived unmet need for treatment, a regression analysis was conducted on the data from the 206 participants who reported instances of unmet need. In the absence of a theoretical model that suggests a logical hierarchical entry of variables, a binary logistic stepwise regression was conducted. As reported in Table 3, perceived unmet need for treatment is predicted by two severity variables – avoidance and comorbid depression. The regression analysis revealed that these two variables account for 13.3% of the variance in unmet need for treatment. Participants who reported a period of major depression and participants who reported that they avoid going out, being in a crowd, waiting in line, or using public transportation for fear of a panic attack were significantly more likely to have reported instances of unmet need for treatment.

### Perceived barriers to treatment

As reported in Table 4, the most frequently reported perceived barriers to treatment were concern about the cost of services, difficulty knowing where to go to get help, appointment wait times, and lack of health insurance coverage. Among the 91 participants who did not know where to go to get help, 33% had consulted a Local Community Services

Center (CLSC), 53.8% had consulted a medical clinic, 49.5% had consulted a psychologist or psychiatrist in private practice, 31.9% had consulted a general hospital, and 25.3% had consulted a psychiatric hospital. Over one half (52.8%) of the participants who reported cost as a barrier to treatment had an annual income under \$20,000.

## **Discussion**

In an online survey of 206 individuals with PDA or SA living in Quebec, nearly seventy percent (69.9%) experienced periods during which they did not receive the treatment they felt they needed. This result is not congruent with the results of two studies of primary healthcare in the United States (17, 19). In both of these studies, only a minority of subjects reported unmet need for treatment. Two factors may account for the large proportion of respondents with unmet treatment need in the present study. First, the participants in this study were surveyed about unmet need over the lifetime, rather than during the past three months (19). Second, the use of the Internet for recruitment in this study may have attracted different participants – particularly those with more avoidance behaviors as a function of more severe symptoms – than those in a non-Web-based study (23). Relationships were found between perceived unmet treatment need and several of the indicators of symptom severity in the behavioral model of health services use. The present study is further differentiated from previous studies by the absence of an association between predisposing or enabling factors and perceived unmet need. Previous studies have found a correlation between perceived unmet need and the following variables: low income, residence in a rural area, age group and gender (female) (16, 17).

Although a large proportion of participants in the present study reported periods of unmet treatment need, a large majority of participants (86.1%) reported having received treatment at some point. The development of comorbid depression may be a major factor that prompts individuals to seek treatment (27, 28). The results of the present study indicate that comorbid depression predicts perceived unmet need. Individuals who suffer from comorbid depression may have greater perceived unmet needs, and may therefore be more likely to seek care. Further, patients who are unsatisfied with the services received may be more likely to have perceived unmet needs (29).

The results of the present study reveal that avoidance and comorbid depression predict perceived unmet need for treatment. These results are consistent with prior studies in which symptomatology variables predicted perceived unmet need for treatment (17, 19). Motjabai and colleagues (17) identified comorbidity as a predictor of perceived unmet need. Avoidance as a determinant of perceived unmet need had not been measured prior to this study. The emergence of this predictor highlights the need to consider avoidance as a factor in service and treatment planning, organization, and accessibility. Indeed, SA and PDA patients often avoid the public arenas where treatment is offered, making avoidance a key factor in perceived unmet need for treatment.

Finally, the most frequent barriers to treatment reported in this study were the cost of services and not knowing where to go to find help, a finding that is consistent with results from Craske and colleagues (19). In the present study, concern about the cost of services was the most frequently reported (63.9%) barrier to treatment. This barrier may be accounted for by the finding that over half of respondents who reported cost as a barrier to treatment had previously consulted in private practice and reported an annual income under \$20,000 (the lowest income bracket). The second barrier, not knowing where to go to get help, may be a product of poor access to information about anxiety disorders and the professional treatments and services available for individuals with these disorders. This accessibility issue extends beyond patients and includes primary healthcare workers. Lack of health insurance coverage was another frequently reported barrier for participants in this study. The fourth most common barrier to treatment, appointment wait time, is likely a function of limited access to specialized and ultra-specialized services. Very few people who suffer from anxiety disorders have access to these services and many are therefore more likely to consult a general practitioner (16, 30). Finally, three barriers to treatment related to social attitudes were reported frequently, two of which reflect concern about social stigma: the patient's belief that he or she can't be helped (49.5%), embarrassment about talking to someone about his or her problems (43%), and worry about what others might think (41.8%). These results are congruent with results from two prior studies, particularly for individuals suffering from social anxiety, for whom fear of judgment is an important concern (21).

Two of the three most commonly reported barriers to treatment are related to cost. This result reveals that despite the universal healthcare system in Canada, many people do

not have access to services for anxiety disorders. Moreover, research in this area has shown that services are even less accessible in rural regions (31, 32). The results of the present study indicate that access to treatment is limited even in urban areas and that many patients resort to consulting private practitioners.

Several limitations to this study must be mentioned: 1) diagnoses of SA and PDA were self-reported, which prevents validity checks; 2) no measure of self-perceived mental health was included. Perceived mental health is an important component of need factors (severity of disorder). Measurement of this variable would have allowed a comparison between the results of online respondents with severe impairment and clinical samples of primary health care patients.

Various points concerning online survey measures should be considered in future research. First, the use of the Web in the present study allowed 206 individuals with diagnosed anxiety disorders to access and complete the questionnaire in a short period, providing valuable information about barriers to treatment and other difficulties. This population is notoriously difficult to reach with traditional surveys. Moreover, online questionnaires have been demonstrated to provide a sense of social distance that may encourage respondents to express themselves candidly (33). This may have had the effect of decreasing respondents' social desirability bias and limiting the impact of other factors known to elicit favourable evaluations of treatment (34). More studies that compare traditional surveys and online surveys about patients' perspective on services are necessary in order to verify these hypotheses. Researchers in this area may also wish to further examine the influence of comorbid mood disorders on the initial decision to seek treatment in individuals with PDA or SA. Finally, given that 13.3% of the variance in perceived unmet need for treatment is accounted for by avoidance and comorbid depression, future research into predictors of unmet need related to severity of the disorder may prove interesting.

## **Conclusion**

The results of this study highlight the value of using the Internet to reach individuals with major avoidance problems related to PDA or SA with or without comorbid depression. The results emphasize the need to prioritize accessibility to care. This objective could be

achieved by making information about mental health problems and services more accessible, through peer-accompaniment programs organized through existing support groups, or even by using technology such as videoconferencing to reach those reluctant to travel (35, 36). Achieving this objective will allow a greater number of patients to benefit from clinically proven treatments.

### **Acknowledgments**

This study was approved by the ethics committee at the Douglas University Mental Health Institute. It is funded in part by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR – Partnership Program), the Quebec Minister of Health and Social Services, and the health program of the *Fonds de Recherche en Santé du Québec* [Quebec Fund for Health Research]. The authors wish to thank Sarah Roberts for translating the text into English, and the following organizations for their help with recruitment: Phobies-Zéro, the Montreal branch of the Canadian Mental Health Association, Revivre, ATAQ, Faculty Association of Social Sciences Students, Quebec Society for Research in Psychology.

## References

1. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 51:8-19, 1994.
2. Wittchen HU, Essau CA: Epidemiology of panic disorder: progress and unresolved issues. *Journal of Psychiatric Research* 27:47-68, 1993.
3. Katerndahl DA: Predictors of the Development of Phobic Avoidance. *Journal of Clinical Psychiatry* 61:618-625, 2000.
4. Turk CL, Heimberg RG, Magee L: Social Anxiety Disorders, in *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A step-by-step treatment manual*, 4<sup>th</sup> ed. Edited by Barlow DH, New York, The Guilford Press, 2008.
5. Kasper A: Social phobia: the nature of the disorder. *Journal of Affective Disorders* 50:S3-S9, 1998.
6. Heimberg RG: Current status of psychotherapeutic interventions for social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry* 62:36-42, 2001.
7. Heimberg RG: Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Society of Biological Psychiatry* 51:101-108, 2002.
8. Telch NJ, Schmidt NB, Jaimez TL, et al: Impact of Cognitive-Behavioral Treatment on Quality of Life in Panic Disorder Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63:823-830, 1995.
9. Marchand A, Germain V, Reinhartz D, et al: Analyse des coûts et de l'efficacité d'une psychothérapie pour le Trouble panique avec agoraphobie versus un traitement combinant la pharmacothérapie et la psychothérapie. *Santé mentale au Québec* 29:201-220, 2004.
10. Olfson M, Kessler RC, Berglund PA, et al: Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry* 155:1415-1422, 1998.
11. Perreault M, Bélanger C, Marchand A, et al: Client perspectives on how to improve the therapeutic procedures of a cognitive-behavioural treatment (CBT) for Panic Disorder with Agoraphobia (PDA). 6th Annual International Conference of the European Network for Mental Health Service Evaluation, London, 2004.
12. Lépine JP: The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. *Journal of Clinical Psychiatry* 63:4-8, 2002.

13. Katerndahl DA: Factors influencing care seeking for a self-defined worst panic attack. *Psychiatric Services* 53:464-470, 2002.
14. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, et al: Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53:159-168, 1996.
15. Kessler RC, Zhao S, Katz SJ, et al: Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry* 156:115-123, 1999.
16. Wang PS, Lane M, Olfson M et al: Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62:629-640, 2005.
17. Mojtabai R, Olfson M, Mechanic D: Perceived Need and Help-Seeking in Adults With Mood, Anxiety, or Substance Use Disorders. *Archives of General Psychiatry* 59:77-84, 2002.
18. Andersen RM: Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behavior* 36:1-10, 1995.
19. Craske MG, Edlund MJ, Sullivan G, et al: Perceived Unmet Need for Mental Health Treatment and Barriers to Care Among Patients With Panic Disorder. *Psychiatric Services* 56:988-994, 2005.
20. Christiana JM, Gilman SE, Guardino M, et al: Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: an international survey of members of mental health patient advocate groups. *Psychological Medicine* 30:693-703, 2000.
21. Olfson M, Guardino M, Struening E, et al: Barriers to the Treatment of Social Anxiety. *American Journal of Psychiatry* 157:521-527, 2000.
22. Granello DH, Wheaton JE: Online Data Collection: strategies for Research. *Journal of Counseling and Development* 82:387-393, 2004.
23. Erwin BA, Turk CL, Heimberg RG, et al: The Internet: home to a severe population of individuals with social anxiety disorder? *Journal of anxiety disorders* 18:629-646, 2004.
24. Schmidt WC: World-Wide Web Survey Research: Benefits, Potential Problems, and Solutions. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers* 29:274-279, 1997.
25. Dillman DA, Tortora RD, Contradt J, et al: Influence of Plain vs Fancy Design on Response Rates for Web Surveys, 1998.



26. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Clinician Version (SCID-CV). Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996.
27. Kjernisted KD: Fear: the impact and treatment of social phobia. *Journal of Psychopharmacology* 14:13-23, 2000.
28. Roy-Byrne PP, Stein MB, Russo J, et al: Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 60:492-499, 1999.
29. Fournier L, Aubé D, Roberge P, et al: Vers une première ligne forte en santé mentale: Messages clés de la littérature scientifique. Institut national de santé publique du Québec: 1-39, 2007.
30. Vasiliadis HM, Lesage A, Adair C, et al: Service use for mental health reasons: cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access. *Canadian Journal of Psychiatry* 50:614-619, 2005.
31. Alegria M, Canino G, Rios R, et al: Inequalities in Use of Specialty Mental Health Services Among Latinos, African Americans, and Non-Latino Whites. *Mental Health Care for Latinos* 53:1547-1555, 2002.
32. Diala CC, Muntaner C: Mood and Anxiety Disorders Among Rural, Urban, and Metropolitan Residents in the United States. *Community Mental Health Journal* 39:239-252, 2003.
33. Lyons AC, Cude B, Lawrence FC, et al: Conducting Research Online: Challenges Facing Researchers in Family and Consumer Sciences. *Family and Consumer Sciences Research Journal* 33: 341-356, 2005.
34. Perreault M, Pawliuk N, Veilleux R, et al: Qualitative assessment of mental health service satisfaction: Strengths and limitations of a self-administered procedure. *Community Mental Health Journal* 42:233-241, 2006.
35. Botella C, Villa H, Garcia-Palacios A, et al: The use of VR in the treatment of panic disorders and agoraphobia. *Studies In Health Technology And Informatics* 99:73-90, 2004.
36. Marcus HP, Runge CM: Community-Based Services For Agoraphobics. *Families in Society. The Journal of Contemporary Human Services* 71:602-606, 1990.

**Table 1** Characteristics of participants with diagnoses of PDA and/or SA

	N	%
Gender		
Female	158	77.5
Male	46	22.5
Marital status		
Single	83	40.7
Common-law	63	30.9
Married	39	19.1
Separated or divorced	19	9.3
Education		
Primary	7	3.4
High School	60	29.3
College	70	34.1
University	68	33.2
Employment status		
Full time	96	47.8
Part time	49	24.4
Unemployed	56	27.9
Symptomatology		
Time (in months) lapsed between initial PDA symptoms and first consultation	44.7 ± 70.9	
Time (in months) lapsed between initial SA symptoms and first consultation	75 ± 105.1	
Diagnosis of depression	128	61.8
Other diagnosis	59	28.6
Prescription medication for PDA or SA	148	72.5

**Table 2** Severity of disorder and enabling and predisposing factors for individuals with PDA and/or SA as a function of perceived need for treatment

Factors	Unmet need for treatment		Met need for treatment	
	(N = 144)		(N = 62)	
	N	%	N	%
Symptom severity				
Comorbidity PDA-SA	45	31.3	18	29
Comorbid depression	100	69.4	28	45.2
Substance abuse or dependence	44	30.6	12	25.5
Time (in months) lapsed between initial PDA symptoms and first consultation				
	52.83 ± 78.92		27.15 ± 45.27	
Time (in months) lapsed between initial SA symptoms and first consultation				
	77.54 ± 112.5		68.24 ± 84.52	
PA in the past month				
	7 ± 12		5 ± 8	
Concern about consequences of PA				
Worries (> one month)	117	81.3	48	77.4
Change in behavior	106	73.6	35	57.4
Avoidance due to fear of having a PA	114	79.7	42	68.9
Need for accompaniment	87	60.4	15	39.5
Social anxiety	55	38.5	17	27.4
Avoidance of social situations	106	73.6	39	63.9
Interference with functioning	86	59.7	30	49.2
Lifetime absence from (in months)	87	61.7	27	44.3
88	64.7	27	44.3	
Facilitators				
Geographical location				
City	117	83.6	50	80.6
Town or village	13	9	5	8.1
Rural	10	6.9	7	11.3
Income				
Under \$20,000	66	47.5	24	39.3
\$20,000\$ to \$40,000	44	31.7	21	34.4
\$40 000\$ and \$70,000	24	17.3	12	19.7
Over \$70,000	5		4	6.6
Help from family or friends	83	57.6	38	62.3

Support group membership	46	32.9	19	32.2
Predisposing factors				
Age				
17 years or younger	1	.7	1	1.6
18-24	14	9.9	8	12.9
25-34	51	35.9	21	33.9
35-44	38	26.4	11	17.7
45-54	28	19.4	16	25.8
55-64	9	6.3	4	6.5
65 or older	1	.7	1	1.6
Gender				
Female	111	78.2	46	75.4
Male	31	21.8	15	24.6
Marital status				
Single	63	44.4	20	32.8
Common-law	38	26.8	25	41
Married	25	17.6	13	21.3
Separated or divorced	16	11.3	3	4.9
Level of education				
Primary	6	4.2	1	1.6
High school	40	28.2	20	32.3
College	46	32.4	23	37.1
University	50	35.2	18	29

**Table 3** Binary logistic stepwise regression for variables predicting perceived unmet treatment need for individuals with PDA and/or SA

Predictors	B	B SE	eB	CI	Wald	p
Depression	.99	.3	2.68	1.5-4.8	11	.001
Avoidance	.95	.33	2.59	1.36-4.94	8.31	.004

**Table 4** Perceived barriers to treatment for anxiety for individuals with PDA and/or SA

Barriers to treatment: “Was it because...”	N	%
1. You were concerned about the cost of getting help?	92	63.9
2. You didn’t know where to go to get help?	91	63.1
3. Your health insurance didn’t cover the services you needed?	75	52.4
4. The waiting time for an appointment was too long?	74	52.1
5. You didn’t think that you could be helped?	64	44.4
6. You were embarrassed to talk to someone about the problems you were having?	59	41
7. You were worried about what others would think?	55	38.2
8. You could not get through to the healthcare professional’s office on the telephone?	39	27.1
9. It took too long to get to the healthcare professional’s office from your home or workplace?	35	24.3
10. You were worried about losing pay from work?	29	20.1
11. You were unable to go to the healthcare professional’s office during opening hours?	28	19.4
12. You needed someone to take care of your children?	18	12.5

NB: Respondents with PDA, SA, and PDA/SA were divided into three groups. A chi-square test revealed no differences in perceived barriers between the groups.



### CHAPITRE III

FARDEAU, SOUTIEN SOCIAL ET BESOINS DE SERVICES CHEZ LES PROCHES DE  
PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES ÉMOTIONNEL





Fardeau, soutien social et besoins de services chez les proches de personnes souffrant de  
troubles émotionnels

Mariko Chartier-Otis, M.Ps.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Michel Perreault, Ph.D.

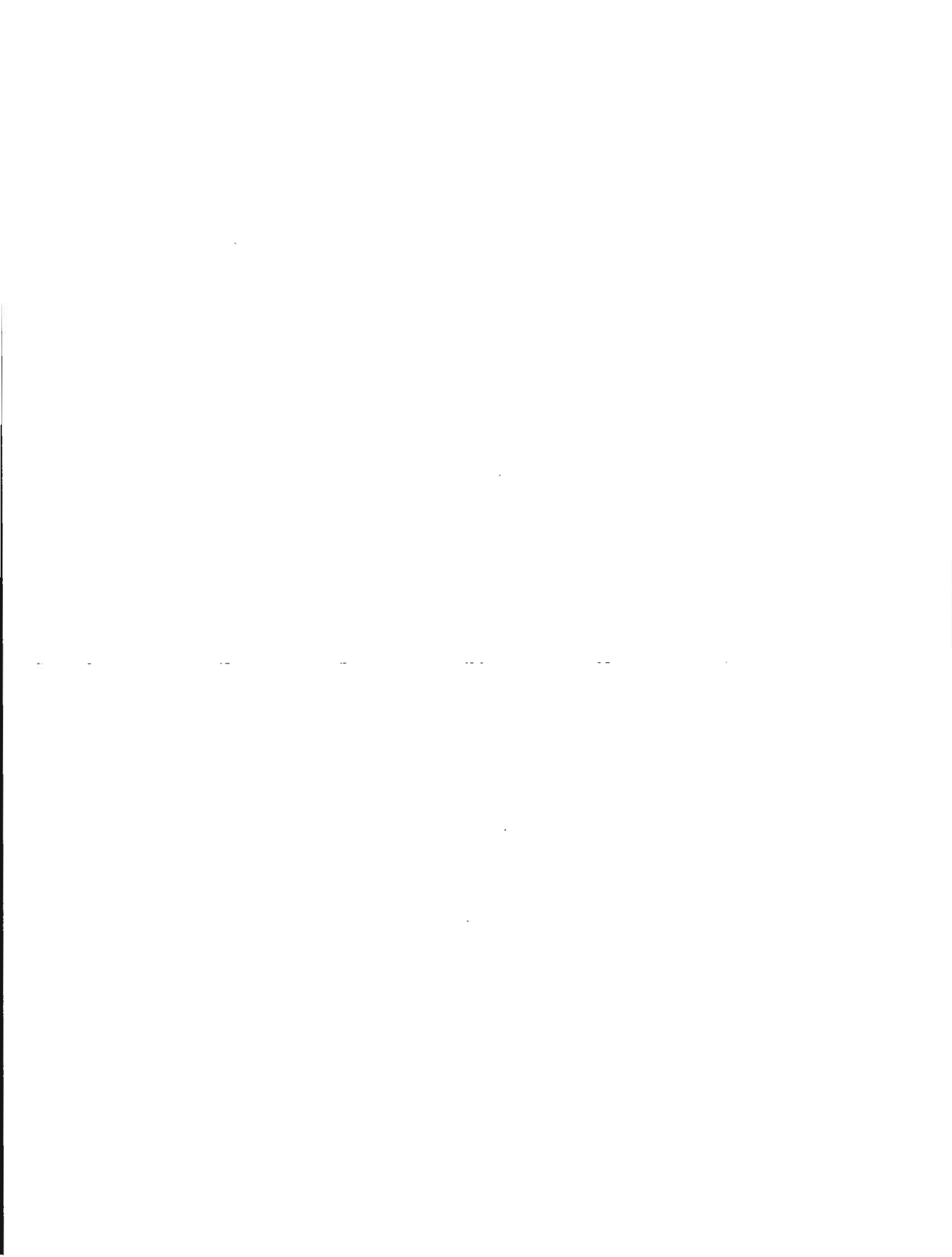
Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal, Québec, Canada

Claude Bélanger, Ph.D.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Marchand, André, Ph. D.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada



## Résumé

La majorité des études sur le fardeau des proches portent sur les troubles psychotiques. Cette étude documente le fardeau et explore le soutien offert par les proches de personnes aux prises avec des troubles émotionnels. Les réponses de 43 proches ayant répondu à un questionnaire Web ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Les résultats diffèrent selon que les proches sont des parents ou des conjoints. Le fardeau des parents se rapporte davantage à un fardeau subjectif alors qu'il est davantage relié à un fardeau objectif chez les conjoints. L'ensemble des proches octroient surtout du soutien émotionnel et informationnel. Ces résultats ainsi que les besoins de services exprimés par les proches mettent en évidence l'importance de prioriser des services de soutien et de fournir de l'information sur ceux-ci.

Mots clés: troubles émotionnels, proches, fardeau, soutien, troubles anxieux, trouble de dépression majeure

## Abstract

The majority of studies on relatives' burden has focused on psychotic disorders. This study explores the burden placed upon and support offered by relatives of individuals with emotional disorders. Responses by 43 relatives who completed an online questionnaire were subject to content analysis. Results varied depending on whether the relatives were parents or spouses. For parents there is a greater subjective burden whereas among spouses there is a greater objective burden. Relatives primarily provide emotional and informational support. These results and the service needs expressed by relatives highlight the importance of prioritizing support services and providing relatives with information.

Key words: emotional disorders, relatives, burden, support, anxiety disorders, major depressive disorder



## INTRODUCTION

### Définitions des troubles émotionnels et des types de fardeau

Les personnes souffrant de troubles émotionnels partagent de nombreuses caractéristiques cliniques. En plus de présenter un dysfonctionnement émotionnel, elles ont souvent tendance à recourir à des stratégies d'évitement afin de réduire leur détresse (Allen, McHugh & Barlow, 2008). Parmi ces stratégies d'évitement, on retrouve l'évitement émotionnel qui se caractérise par le fait d'éviter de faire de l'exercice physique dans le cas de la dépression ou du trouble panique avec agoraphobie (TPA) par exemple, ou encore d'établir un contact visuel dans le cas du trouble d'anxiété sociale (TAS). L'évitement cognitif est également présent chez les personnes souffrant de ces troubles. Il prend la forme de ruminations dans la dépression, de distractions dans le TPA et le TAS. Finalement, les objets sécurisants sont souvent utilisés comme stratégie de gestion par les personnes souffrant de troubles émotionnels. Le transport de médicaments, du cellulaire, d'une bouteille d'eau, de photos associées à des expériences positives, d'un porte-bonheur ou encore le port de lunettes sont des exemples de comportements sécurisants chez ces personnes. Les troubles émotionnels ainsi définis comprennent les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles somatoformes, les troubles dissociatifs et les troubles alimentaires.

Le fait, pour les proches, de prendre soin des personnes atteintes de ces problèmes et de leur donner du soutien peut générer du stress, provoquer des réactions émotionnelles et, ultimement, influencer la qualité de leur relation. Les proches, qu'ils soient conjoints, parents, enfants, frères ou sœurs de personnes souffrant de troubles émotionnels, peuvent expérimenter diverses formes de fardeaux. Ce fardeau sera défini ici comme étant constitué de tous les défis et difficultés rencontrés en lien avec le trouble dont la personne souffre (Sales, 2003). Certains auteurs proposent aussi de distinguer deux types de fardeau: le fardeau objectif et le fardeau subjectif (Braithwaite, 1992; Schene, Tessler & Gamache, 1994). Le fardeau objectif représente les tâches que doivent accomplir les proches (aider, superviser), les interactions familiales et sociales perturbées ainsi que les activités qui ne peuvent plus être réalisées (loisirs, carrière). Pour sa part, le fardeau subjectif est relié aux réactions personnelles notamment la détresse des proches résultants de la prise en charge des personnes souffrant de troubles émotionnels.

De nombreuses études portent sur le fardeau assumé par les proches de personnes souffrant de démence et de troubles graves et persistants, dont la schizophrénie (Provencher, Perreault, St-Onge & Rousseau, 2003; Wijeratne & Lovestone, 1996; Winefield & Harvey, 1993). Par contre, très peu d'études analysent l'impact que peuvent avoir certains troubles émotionnels tels les troubles anxieux ou de l'humeur sur le fardeau des proches. Les recherches sur le sujet dans le domaine des troubles anxieux (TA) s'attardent principalement à l'impact du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et de l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) (Kalra, Kamath, Trivedi & Janca, 2008; Ramos-Cerqueira, Torres, Torresan, Negreiros & Vitorino, 2008). Il existe également quelques recherches concernant le fardeau chez les proches des individus souffrant d'un trouble de dépression majeur (TDM) (Leff, 2005). Ces études présentent des résultats semblables à ceux observés chez les proches de personnes souffrant de troubles sévères et persistants tant pour le fardeau, qu'il soit objectif ou subjectif, ou de leur qualité de vie en général (Angermeyer, Kilian, Wilms & Wittmund, 2006; Veltro, Magliano, Lobraccio, Morosini & Maj, 1994). Par ailleurs, la majorité des études portant sur l'ÉSPT mettent en lumière une forte détresse psychologique chez les proches ainsi qu'une association entre l'ampleur des symptômes d'ÉSPT des personnes qui en souffrent et le fardeau vécu par les proches. Ces études portent cependant exclusivement sur les proches des vétérans de guerre (Beckham, Lytle & Feldman, 1996; Calhoun, Beckham & Bosworth, 2002; Manguno-Mire et al., 2007). En ce qui concerne les proches de personnes atteintes de TOC, il existe souvent un processus d'«accommodation familiale» où les proches adoptent plusieurs comportements visant à accommoder la personne atteinte et/ou à ne pas provoquer de conflits (Bélanger, Leduc, Fredman, El-Baalbaki & Baucom, 2008). Ces processus d'accommodation à la maladie entraînent un fardeau élevé chez les proches (Calvocoressi et al., 1995; Magliano, Tosini, Guarneri, Marasco & Catapano, 1995; Ramos-Cerqueira et al., 2008).

Il serait concevable que certains autres types de troubles anxieux, qui présentent plusieurs recouvrements avec les symptômes d'évitement puissent susciter chez les proches des réactions de détresse similaires. Le trouble panique avec agoraphobie (TPA) et le trouble d'anxiété sociale (TAS) correspondent à cette description puisqu'ils comportent une composante d'évitement phobique importante (Kasper, 1998; Katerndahl, 2000; Turk, Heimberg & Magee, 2001). Cet évitement influence la relation entre les personnes qui

souffrent de troubles anxieux et leurs proches; ceux-ci adoptent souvent un rôle d'accompagnateur ou de protecteur (Bélanger et al., 2008). Cette situation génère souvent une relation où le mode relationnel privilégié chez la personne anxieuse s'installe autour d'une dynamique de dépendance. Les demandes d'accompagnement lors des sorties, la difficulté à rester seule, et les besoins de réassurance fréquents peuvent dès lors devenir exigeants pour les proches. Ces demandes peuvent générer une détresse importante chez ces derniers ainsi que des tensions et des dysfonctions au sein des relations interpersonnelles et familiales (Marcaurette, Bélanger & Marchand, 2003).

Par ailleurs, les personnes atteintes d'un trouble de dépression majeure (TDM) suscitent aussi des réactions de détresse chez leurs proches. Il est en effet possible que la perte d'intérêt et de motivation, l'évitement des interactions sociales de même que l'arrêt des activités et des exercices physiques qui sont au cœur de cette problématique puissent aussi avoir le même type d'impact délétère sur les proches (Allen et al., 2008). Par exemple, il arrive fréquemment que les proches rapportent avoir un sentiment à l'effet que la personne qu'ils connaissaient avant que ne survienne la dépression a été remplacée par un étranger. Cette perte crée des sentiments de désespoir et d'impuissance chez les proches, mais aussi une diminution de leurs activités sociales et un réaménagement de leurs tâches (Leff, 2005). Tout comme c'est le cas avec les TA, les probabilités que des difficultés conjugales et familiales surviennent sont plus grandes lorsqu'une personne souffre de TDM (Bélanger, El-Baalbaki, Leduc & Coyne, 2008). En somme, les personnes aux prises avec un trouble émotionnel dans le registre des troubles anxieux ou de l'humeur peuvent souvent solliciter une plus grande prise en charge et augmenter le fardeau du proche.

#### Fardeau objectif et subjectif des proches

Le fardeau objectif se distingue du fardeau subjectif par le temps consacré à l'aide apportée par les proches (tâches à accomplir, interactions familiales et sociales perturbées, restriction dans les activités) alors que le fardeau subjectif est directement lié aux réactions personnelles de détresse des proches (Braithwaite, 1992; Schene, Tessler & Gamache, 1994). Certains chercheurs ont tenté de mieux différencier et définir la mesure du fardeau vécu par les proches. Ainsi, une étude de Chakrabarti, Kulhara & Verma (1993) conduite auprès de personnes souffrants de dysthymie, de trouble d'anxiété généralisée (TAG) ou de trouble

obsessionnel-compulsif révèle la présence de fardeau dans quatre domaines: perturbation de la routine familiale (plus haut niveau de fardeau), problèmes financiers, restriction des loisirs et interactions familiales problématiques. Des résultats comparables ont été trouvés dans des études conduites auprès des proches de personnes souffrant de TPA, de TOC et de TDM où les activités de loisirs, les relations sociales et interpersonnelles, entre autres, apparaissent comme étant les plus affectées (Magliano et al., 1995; Renshaw, Chambless, Rodebaugh & Steketee, 2000). Les résultats d'études menées auprès des proches de personnes souffrant de TDM montrent un impact similaire, soit une réduction dans les activités sociales ainsi que des difficultés conjugales et sexuelles (Bélanger et al., 2008; Fadden, Bebbington & Kuipers, 1987).

La présence d'un TA ou d'un TDM est susceptible de créer différents bouleversements au sein des systèmes familiaux et interpersonnels de la personne atteinte de trouble émotionnel. En plus des problèmes relationnels, cette situation peut occasionner des difficultés psychologiques chez les proches tels que des symptômes dépressifs ou anxieux (Manguno-Mire et al., 2007; Westerink & Giarratano, 1999). Ainsi, plusieurs études révèlent la présence d'un trouble de santé mentale dans 38 à 45 % des cas chez les proches (Fadden et al., 1987; Leff, 2005; Östman & Hansson, 2004; Ramos-Cerqueira et al., 2008; Renshaw et al., 2000; Wittmund, Wilms, Mory & Angermeyer, 2002). Chez les proches de personnes souffrant de TOC ou de TDM, les symptômes les plus fréquemment rapportés sont les tensions, les inquiétudes et l'irritabilité (Magliano et al., 1995). Par ailleurs, les symptômes dépressifs seraient plus présents chez les parents de personnes aux prises avec un TOC.

En dépit de cette détresse, les proches sont souvent incités à soutenir un individu aux prises avec un trouble émotionnel. Ils peuvent se sentir impuissants face aux difficultés de la personne atteinte, ne pas savoir quoi faire ou comment le faire pour la soutenir adéquatement. Ils peuvent en outre faire preuve de sur-implication émotionnelle qui se manifeste par une réponse émotionnelle exagérée, des comportements intrusifs ou encore des sacrifices excessifs, et ce, en réaction à la maladie de la personne atteinte (Bélanger et al., 2008). Ainsi, cette situation où le proche devient sur-impliqué émotionnellement peut générer un stress supplémentaire et contribuer à la perception de fardeau chez ce dernier. Certaines conditions environnementales peuvent cependant contribuer à atténuer ce fardeau. Parmi ces facteurs de protection, la présence d'un soutien social adéquat diminue l'impact que peut avoir un trouble



de santé mentale sur la vie des proches (Gowers & Bryan, 2005). Plusieurs recherches ont confirmé la présence d'un lien positif entre le soutien social et le bien-être psychologique, et d'une relation négative entre le soutien social et la détresse psychologique (Billette, Guay & Marchand, 2005; Guay, Billette & Marchand, 2006; St-Jean-Trudel, Guay & Marchand, 2009). Ces études portent principalement sur la perception du soutien reçu chez la personne atteinte. Très peu d'études se sont cependant penchées sur le point de vue des proches qui sont amenés à donner du soutien aux personnes souffrant de troubles émotionnels, plus particulièrement dans le domaine des troubles anxieux.

#### Aide professionnelle pour les proches

Les proches doivent souvent donner des soins et fournir du soutien, et ce, sans aucune formation et souvent sans l'aide de professionnels. Cette situation accroît considérablement leurs fardeaux objectif et subjectif et peut les conduire à des problèmes psychologiques. En effet, la majorité des proches rapportent qu'ils souhaiteraient recevoir de l'aide de la part des professionnels, de même qu'une écoute attentive, une compréhension de leurs difficultés et de l'information quant à leur rôle dans la gestion efficace des problèmes de santé mentale de la personne qu'ils doivent aider (Muscroft & Bowl, 2000). En effet, près de la moitié des conjoints de personnes souffrant de TDM ne savent pas comment soutenir et gérer les variations d'humeur de la personne atteinte et seulement une minorité de conjoints ont eu l'impression d'avoir reçu suffisamment d'informations par des professionnels pour bien comprendre leurs difficultés (Bélangier et al., 2008, Fadden et al., 1987). Les attentes de soutien pour eux-mêmes n'ont cependant pas été examinées dans cette étude de Fadden, même s'il aurait été intéressant d'explorer ce type d'attentes.

Il existe donc un besoin bien documenté de mieux connaître la perspective des proches par rapport aux membres de leur entourage qui éprouvent des troubles émotionnels. Il importe en outre de porter une attention particulière aux TA et au TDM puisque d'une part, il existe peu de recherches auprès des proches de personnes souffrant de l'une ou l'autre de ces conditions et que, d'autre part, il s'agit des deux troubles de santé mentale les plus prévalents, avec une prévalence à vie de 15% pour les troubles de l'humeur et de 11% pour le TP, le TAS et l'agoraphobie (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault & Fiset-Laniel, 2008). Également, il semble pertinent de mieux comprendre les services qui pourraient être utiles

aux proches afin de les soutenir dans l'aide qu'ils apportent aux personnes souffrant de troubles émotionnels.

#### Pertinence et objectifs de cette étude

La présente recherche explore la perspective des proches. Une analyse de contenu a été menée pour le traitement des réponses aux questions ouvertes afin de mieux comprendre la nature du fardeau et du soutien vécus chez les proches. Les objectifs de cette étude sont: 1) de documenter les types d'impact (fardeau) sur la vie personnelle des proches de personnes atteintes de troubles émotionnels, 2) d'explorer les différents types de soutien offerts par les proches, et 3) d'examiner le type de services qui pourraient leur être utiles dans leur rôle d'aidants naturels.

### MÉTHODE

#### Participants et procédure

L'échantillon de l'étude est composé de proches de personnes souffrant de troubles émotionnels vivant au Québec. Il est constitué des personnes qui ont accepté de remplir un questionnaire Web interactif à partir d'hyperliens disponibles sur des sites Internet dont celui de l'Institut universitaire en santé mentale Douglàs ( $n = 4$ ), de l'Hôpital L.-H. Lafontaine ( $n = 1$ ), de l'Association Canadienne en Santé Mentale de Montréal ( $n = 3$ ), des organismes d'aide Phobies-Zéro ( $n = 3$ ), Revivre ( $n = 6$ ), La Clé des champs ( $n = 1$ ) et la Fédération des Familles et Amis de la Personne Atteinte de Maladie Mentale (FFAPAMM;  $n = 4$ ). Les organismes Phobies-Zéro, Revivre et La Clé des champs offrent des groupes de soutien aux personnes qui souffrent de TA ou de troubles de l'humeur, alors que la FFAPAMM s'adresse directement aux proches. Deux sollicitations de masse à partir de listes d'envoi de l'Association facultaire étudiante des sciences humaines de l'UQÀM et de la Société québécoise pour la recherche en psychologie ont également permis de recruter des proches ( $n = 6$ ). Les autres participants ont été recrutés grâce à une campagne de publicité faite à partir des panneaux d'affichage dans les universités, les cliniques spécialisées, privées ou médicales et par le biais de dépliants laissés dans ces cliniques. Quinze proches ont pris connaissance de l'étude d'autres façons. Le recrutement a eu lieu entre le 1<sup>er</sup> avril et le 15 novembre 2008.

Sur chacun de ces sites, l'information décrivant le projet et les objectifs du questionnaire étaient présentés. Conformément aux recommandations de Schmidt (1997), le

formulaire de consentement apparaissait à l'écran avant que les participants ne puissent avoir accès au questionnaire de l'étude. Les utilisateurs étaient ensuite invités à remplir le questionnaire Web en cliquant sur un hyperlien. Les données étaient alors dirigées vers un site Web sécurisé sous la responsabilité du Ministère de la santé et des Services sociaux du Québec.

Un total de 59 proches a répondu au questionnaire Web. Seulement les répondants qui rapportaient bien connaître une personne ayant un diagnostic de trouble émotionnel ont été retenus. Un total de 43 proches de personnes atteintes de troubles émotionnels au Québec a ainsi été retenu dans l'échantillon. Ces personnes rapportaient souffrir de TPA, de TAS, de dépression ou d'un autre trouble émotionnel tel que le TOC ou le TAG. Les proches de personnes atteintes de schizophrénie (2) ou de trouble bipolaire (5), et ceux ayant abandonné la passation du questionnaire avant la fin (5) ont été exclus. Les proches qui étaient résidents à l'extérieur du Québec (n=3) ont finalement été exclus. L'échantillon final est constitué à 84,1% de femmes; 31,8 % des proches de l'échantillon ont entre 25 et 34 ans, et 25% ont entre 45 et 54 ans. Plus de la moitié des participants sont des parents (33,3%) ou des conjoints (21,4%) et 52,4% ont des contacts tous les jours avec l'aidé. Le Tableau 1 présente les caractéristiques de cet échantillon. Pour sa part, le Tableau 2 montre les caractéristiques diagnostiques des personnes souffrant de troubles émotionnels.

#### Instruments de mesure

Le *Questionnaire Web sur les obstacles au traitement* a été construit aux fins de la présente étude. Ce questionnaire comporte deux versions, pour les personnes atteintes de troubles émotionnels et pour les proches. Afin de rendre le questionnaire accessible au plus grand nombre de participants potentiels et pour prévenir les possibilités d'abandons, la simplicité du format et la création d'une nouvelle page pour chaque section ont été respectées (Dillman, Tortora, Contradt & Bowker, 1998). L'ensemble du questionnaire a été ajusté suite à deux pré-tests administrés à 11 personnes. Une étude pilote a également permis de pré-tester le questionnaire et de réduire les problèmes techniques éventuels (Granello & Wheaton, 2004).

Le questionnaire comprend des questions portant sur les renseignements sociodémographiques (âge, sexe, état civil, niveau d'éducation complété; 15 questions), sur

les pistes diagnostiques des personnes atteintes de troubles émotionnels (TPA, TAS, TDM; 15 questions) ainsi que sur le sentiment de détresse chez les proches (p.ex., problèmes de santé mentale; 5 questions). Pour connaître les diagnostics des personnes atteintes de troubles émotionnels, certaines questions proviennent du *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID; First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1996) alors que trois questions sur la santé mentale des proches ont été adaptées du questionnaire utilisé lors de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes en 2008. Le questionnaire s'intéresse aussi au type de relation entretenu avec la personne qui éprouve des difficultés, ainsi qu'à la fréquence des contacts avec celle-ci (8 questions). Le questionnaire inclut, en outre, cinq questions sur la fréquence des comportements de soutien des proches. Les items choisis proviennent du Questionnaire sur les Comportements de Soutien en situation d'Anxiété (QCSA; St-Jean-Trudel, Guay, Marchand & O'Connor, 2005). Les proches doivent répondre sur une échelle de type Likert en cinq points, de « jamais » à « toujours ». Trois questions ouvertes sont finalement posées aux proches, respectivement sur le type d'impact (fardeau) occasionné par la maladie de la personne atteinte, sur le type de soutien offert et sur le type de services requis dans leur rôle d'aidant naturel: « De quelles façons les difficultés de votre proche exercent un impact sur votre vie personnelle? », « Quel type d'aide apportez-vous pour les difficultés de votre proche? », et « Quels services vous seraient utiles dans votre rôle de personne aidante? ». Ces questions ouvertes ont été posées aux proches qui avaient répondu par l'affirmative à certaines questions qui portaient sur l'impact que la maladie de la personne atteinte avait sur eux, ou à d'autres questions qui ciblaient leur besoin d'accès à des ressources d'aide comme aidants naturels.

### Analyses

Les réponses des participants aux trois questions ouvertes ont fait l'objet d'une analyse de contenu. La procédure utilisée correspond au modèle de catégorisation des énoncés mixtes décrit par l'Écuyer (1988). Une partie des catégories étaient préexistantes au départ et elles ont été ajustées selon les réponses obtenues. La grille d'analyse initiale a en conséquence été modifiée lors de l'ajustement de certaines catégories selon le contenu des réponses recueillies. Une grille d'analyse a été développée pour chaque question.

### Fardeau des proches

La catégorie « type d'impact » correspond au fardeau perçu par les proches des difficultés des personnes atteintes de troubles émotionnels sur leur vie personnelle. Les thèmes identifiés ont été créés à partir des composantes du fardeau objectif et subjectif identifiées et mesurées dans les recherches publiées sur ce sujet (Sales, 2003). Le fardeau objectif représente les tâches que doivent accomplir les proches (aider, superviser), les interactions familiales et sociales perturbées ainsi que les activités qui ne peuvent plus être réalisées (loisirs, carrière). Selon les réponses obtenues, cette catégorie a été divisée en deux sous-catégories soient: 1) les interactions conjugales problématiques et 2) les effets sur d'autres aspects de la vie (loisirs, travail). D'autre part, le fardeau subjectif réfère aux réactions personnelles notamment la détresse des proches résultants de la prise en charge des personnes souffrant de troubles émotionnels. Selon les réponses obtenues, cette catégorie a été divisée en deux sous-catégories soient: 1) les émotions d'impuissance et de tristesse et 2) les symptômes dépressifs et anxieux. La sous-catégorie *Autres* a été créée pour les commentaires qui ne pouvaient être inclus dans aucune autre catégorie en raison du manque de précision de l'énoncé.

### Soutien fonctionnel

Le soutien fonctionnel comprend la qualité des ressources disponibles, particulièrement les perceptions de l'individu en ce qui concerne l'accomplissement de certaines fonctions par ses proches. Dans la présente étude, cette catégorie réfère au type d'aide donné par les proches aux personnes atteintes de troubles émotionnels. Généralement le soutien fonctionnel comprend le soutien émotionnel, informationnel, instrumental et de camaraderie. Les thèmes ont été identifiés à partir des réponses des participants ainsi que des dimensions du soutien positif généralement reconnues (Échelle des provisions sociales; Cutrona & Russel, 1987). Le soutien émotionnel fait référence aux échanges à propos des émotions vécues par les personnes souffrant de troubles émotionnels. Pour sa part, le soutien informationnel se présente sous-forme de conseils/propositions et il peut avoir pour effet d'aider à comprendre et à mieux gérer les situations difficiles. Cette catégorie a été divisée en deux sous-catégories soient: 1) les conseils/propositions et 2) l'orientation vers les services. Finalement, le soutien instrumental consiste à offrir de l'aide matérielle ou financière et à

rendre des services tangibles. Cette catégorie fait aussi référence aux encouragements que peuvent donner les proches aux personnes atteintes de troubles émotionnels ainsi qu'aux comportements d'accompagnement qu'ont souvent les proches envers les personnes qui font de l'évitement. La catégorie *Autres* a été créée pour les commentaires qui ne pouvaient être inclus dans aucune autre catégorie.

### Services pour les proches

La catégorie « type de service » représente les services qui seraient utiles aux proches dans leur rôle d'aidant. Les thèmes ont été identifiés à partir des réponses des participants. Les commentaires des proches au sujet des types de services qui pourraient leur être utiles dans leur rôle portent surtout sur les services professionnels attendus et le besoin d'informations. La catégorie services professionnels représente le besoin de recevoir des services de thérapies. Cette catégorie a été divisée en deux sous-catégories soient: 1) l'aide pour les proches qui comprend des services de thérapie pour eux-mêmes, mais aussi des services pour les aider dans leur rôle de personne aidante et 2) l'aide pour les personnes atteintes de troubles émotionnels. La catégorie besoin d'informations représente toute forme d'informations dont pourrait bénéficier le proche dans l'aide qu'il apporte à la personne souffrant de troubles émotionnels. Cette catégorie comprend également des commentaires à propos de la non-connaissance des services, ce qui reflète le besoin de diffusion plus large d'informations sur les services.

## RÉSULTATS

L'analyse a été menée sur un total de 147 commentaires émis par les 43 proches: 46 commentaires pour le type d'impact (fardeau), 59 commentaires pour le type de soutien et 42 commentaires pour le type de services.

Les résultats sont présentés selon les trois objectifs de l'étude, soit: 1) de documenter le type d'impact (fardeau) sur la vie personnelle des proches; 2) d'explorer les différents types de soutien donné par les proches, et 3) d'examiner le type de services qui pourraient leur être utiles dans leur rôle d'aidants naturels. La majorité, soit 83,3% des proches rapportent que les difficultés de la personne atteinte exercent un impact sur leur vie personnelle. De plus, 92,9% des proches affirment donner du soutien à la personne souffrant

de troubles émotionnels pour ses difficultés. Finalement, 82,5% indiquent que des services leur seraient utiles dans leur rôle de personne aidante. Une analyse de contenu mixte a été utilisée pour analyser chacune de ces variables. Le Tableau 3 présente la distribution des commentaires des proches en fonction des types d'impact (fardeau), de soutien et des services souhaités.

#### Fardeau des proches

Presque autant de commentaires ont été émis par les proches à l'endroit du fardeau objectif (23) que du fardeau subjectif (21). Par contre, un plus grand nombre de proches expriment des symptômes dépressifs et anxieux (dont 6 commentaires se rapportent aux inquiétudes), par exemple « nuit à notre sommeil et augmente l'anxiété », « prends beaucoup d'énergie », en comparaison aux émotions d'impuissance et de tristesse (sous-catégorie: fardeau subjectif). Les participants ont fait les commentaires suivants concernant leurs émotions d'impuissance et de tristesse : « cela me rend triste de voir que je ne peux rien faire », « sentiment d'impuissance ». De même, en ce qui concerne le fardeau objectif, les interactions conjugales problématiques (p. ex., « conflits », « problèmes d'intimité sexuelle », « irritabilité, impatience ») sont plus spécifiquement rapportées par les conjoints, que les commentaires par rapport à d'autres aspects de leur vie (« difficulté de se mobiliser pour des activités/sorties de couple », « difficile financièrement »). Les conjoints ont aussi exprimé plus de commentaires à l'égard du fardeau objectif alors que les parents en ont suscité davantage au niveau du fardeau subjectif. Le Tableau 4 présente la distribution des commentaires des proches en fonction du lien avec la personne atteinte.

#### Soutien fonctionnel

Parmi les 59 commentaires émis, près des deux tiers se rattachent au soutien émotionnel (p.ex., « écoute », « soutien moral »). Il serait fourni autant par les parents, les conjoints, la fratrie que par les amis. La question sur l'aide apportée par les proches a suscité 17 commentaires en lien avec le soutien informationnel. Ces commentaires se répartissent à peu près également entre les conseils/propositions (10) et l'orientation vers les services (7) (p.ex., « je vérifie l'aide que je pourrais aller chercher pour lui », « j'essaie de le convaincre d'aller voir un psychologue »). Peu de commentaires ont été exprimés à l'égard du soutien

instrumental. En effet, ce thème inclut 8 commentaires, dont le soutien financier, les encouragements et l'accompagnement. Les comportements de soutien émis par des proches lorsqu'un individu vit une situation anxiogène ont également été mesurés. Le Tableau 5 présente la fréquence de ces comportements de soutien émis par les proches. La majorité de ces personnes incitent la personne atteinte à ne pas fuir ou éviter la situation et l'aident à affronter ses peurs. Toutefois, un peu plus de la moitié des proches accompagnent la personne atteinte dans ses déplacements.

#### Services pour les proches

Parmi les 42 commentaires recueillis, 29 se rapportent aux services professionnels. Les proches, particulièrement les parents, souhaitent que les services professionnels venant en aide aux personnes atteintes soient plus accessibles. Des commentaires sont exprimés aux niveaux du besoin de « services à coûts modiques » et d'accès à des « services de consultation plus rapides » ainsi que des problèmes d'accès aux services: « listes d'attente trop longues ». Les proches ont aussi exprimé des commentaires au sujet de l'aide qu'ils pourraient recevoir pour eux-mêmes (p.ex., « une psychothérapie personnelle serait aidante »). Ils souhaitent également une aide pour savoir comment intervenir auprès des personnes souffrant de troubles émotionnels (p.ex., « de l'aide pour savoir comment aider »). Enfin, 13 commentaires émis se rapportent au besoin d'informations concernant les services offerts. Certains participants suggèrent des façons de donner de l'information, par exemple, par la mise en place de « sites regroupant les informations pertinentes sur les troubles de santé mentale » et de « documentation pour guider et conseiller les proches ». Certains répondants ont indiqué ne pas connaître de tels services.

#### DISCUSSION

La présente étude avait pour objectif de documenter le point de vue des proches de personnes aux prises avec des troubles émotionnels. Cette perspective a été étudiée en fonction de trois variables, soient les types d'impact (fardeau), les différents types de soutien et les services qui pourraient être utiles aux proches dans leur rôle d'aidants naturels. Les résultats obtenus, fondés sur une consultation menée auprès de 43 proches, permettent de mieux comprendre l'impact des troubles émotionnels sur la vie personnelle des proches et le



type de soutien social donné par ces personnes. Les résultats permettent également de déterminer les services qui pourraient être mis en place pour assister les proches dans leur rôle de soutien.

Un premier constat permet de conclure que la majorité des proches rapportent que les difficultés de la personne atteinte exercent un impact majeur sur leur vie. Les proches rapportent un fardeau aussi élevé aux niveaux subjectifs qu'objectif. Pour ce qui est du fardeau subjectif, ce sont les commentaires à propos de la présence chez eux de symptômes dépressifs et anxieux qui sont les plus souvent émis par les proches, alors que pour le fardeau objectif, ce sont les interactions conjugales problématiques qui posent majoritairement problème. Les émotions d'impuissance et de tristesse (fardeau subjectif) et les effets sur d'autres aspects de la vie (fardeau objectif) ont aussi suscité des commentaires de la part des proches.

Ces résultats correspondent à ce qui est rapporté dans les écrits scientifiques à propos de la présence des symptômes dépressifs et anxieux chez les proches. Par exemple, tout comme dans la recherche de Magliano et ses collègues (1995), parmi les symptômes les plus souvent rapportés par les proches, on retrouve les inquiétudes. Par ailleurs, 32,5% des proches de notre étude reconnaissent avoir un problème de santé mentale, ce qui se rapproche de l'étendue (entre 38 à 45%) signalée dans plusieurs études (Fadden et al., 1987; Leff, 2005; Östman & Hansson, 2004; Ramos-Cerqueira et al., 2008; Renshaw et al., 2000; Wittmund et al., 2002). De plus, les parents de l'échantillon de la présente étude rapportent le plus grand nombre de symptômes anxieux et dépressifs. La présence de ce type de détresse émotionnelle avait aussi été mesurée chez les parents de personnes souffrant de TDM et de TOC (Magliano et al., 1995). Les parents des enfants souffrant de troubles de santé mentale sont donc plus susceptibles d'éprouver des problèmes de santé mentale eux-mêmes (Gowers & Bryan, 2005). Les résultats de la présente étude mettent aussi en lumière des interactions conjugales problématiques au sein des couples où l'un des partenaires souffre d'un trouble émotionnel. Ces résultats concordent avec des études portant sur les troubles anxieux et la dépression menées chez les conjoints (Bélanger et al., 2008; Fadden et al., 1987; Marcaurelle et al., 2003). En somme, les résultats montrent qu'il existe davantage de fardeaux subjectifs chez les parents alors que le fardeau objectif serait plus présent chez les conjoints.

En second lieu, on remarque que presque tous les proches expriment apporter de l'aide à la personne atteinte pour ses difficultés (soutien fonctionnel). L'examen des réponses à l'analyse de contenu sur cette variable montre que le soutien émotionnel est la forme de support principal octroyé par les proches (parents, conjoints, amis, fratrie); ce support se traduit, entre autres, par de l'écoute. Le soutien informationnel vient immédiatement après en termes de fréquence, avec 17 commentaires répartis entre les conseils/propositions et l'orientation vers les services. Finalement, une minorité de commentaires ont été émis à l'endroit du soutien instrumental.

Ces résultats sont conformes à ceux des écrits scientifiques où le soutien émotionnel semble fondamental comme facteur de résilience. En effet, ce type de soutien est un facteur prévisionnel du bien-être psychologique chez les femmes anxieuses selon une étude de St-Jean-Trudel et de ses collègues (2009). Il est intéressant de réaliser que le soutien informationnel donné par les proches vise à orienter les personnes souffrant de troubles émotionnels vers des services offerts par des professionnels. Par ailleurs, dans la présente étude, le soutien financier et les encouragements que peuvent donner les proches sont très peu rapportés comme moyens pour aider la personne atteinte. Toutefois, un peu plus de la moitié des proches sont cependant disposés à apporter de l'aide tangible en accompagnant dans ses déplacements la personne atteinte. Ce comportement d'accompagnement, même si dans son intention première vise probablement à aider la personne atteinte, peut alimenter une certaine dépendance chez la personne aidée. En effet, les demandes d'accompagnement exprimées par les personnes souffrant de TPA ou de TAS sont souvent faites dans le but de les rassurer et de diminuer leur anxiété en situation d'exposition. Cette stratégie au niveau du soutien instrumental chez le proche qui consiste à accompagner pourrait ainsi contribuer au maintien de l'évitement chez cette dernière. Ce type de soutien pourrait en définitive constituer un facteur de maintien du trouble anxieux, en renforçant les stratégies dysfonctionnelles basées sur l'évitement du danger perçu (Bélangier et al., 2008). En effet, alors qu'ils incitent la personne atteinte à ne pas fuir ou éviter la situation, les comportements d'accompagnement pourraient parfois avoir une fonction inverse. L'impact serait donc ici à la fois positif en favorisant l'exposition ou l'activation comportementale pour les personnes souffrant de TDM, mais négatif en rassurant la personne anxieuse et en encourageant une certaine dépendance. La psychoéducation offerte aux proches incluant l'importance de

l'accompagnement associée à un retrait graduel pourrait permettre de diminuer le fardeau vécu par ces personnes. Il existe déjà des programmes de psychoéducation pour les proches de personnes souffrant de schizophrénie et d'ÉSPT qui ont montré une diminution du fardeau et de la détresse (Abramowitz & Coursey, 1989; Guay et al., 2004, Yamaguchi et al., 2006). La psychoéducation permettrait également de donner un meilleur soutien (Guay et al., 2006; Tarrier et Humphreys, 2003). Les proches semblent donc en général donner un soutien caractérisé par une écoute attentive et des conseils ainsi que de l'aide tangible qui semble parfois aidante, mais qui comporte cependant un prix à payer au niveau de la dépendance et de l'évitement de certaines situations qui auraient à être affrontées seul.

Une troisième conclusion peut être tirée par rapport aux attentes des proches vis-à-vis les types de services offerts. En effet, la majorité des proches rapportent que des services adaptés à leurs besoins leur seraient utiles dans leur rôle de personne aidante. Les résultats de l'analyse de contenu révèlent que ce sont surtout les services professionnels qui leur seraient utiles pour aider les proches dans leur rôle de soutien. Ceux-ci expriment vouloir recevoir des services pour eux-mêmes, mais ils souhaitent également qu'ils soient plus accessibles aux personnes souffrant de troubles émotionnels. Finalement, des commentaires au sujet du besoin d'informations sur les troubles émotionnels et sur les services offerts ont également été exprimés par les proches.

Ces résultats concordent avec ceux obtenus dans des études précédentes. En effet, la perception des proches pour un meilleur accès au traitement a été étudiée par Perreault, Provencher, St-Onge & Rousseau (2002). Tout comme les études menées auprès des proches des personnes souffrant des troubles graves et persistants, les parents constituent la majorité de l'échantillon. Par ailleurs, le besoin d'être soutenu autant pour ses propres problèmes psychologiques que pour le type de soutien à donner aux personnes atteintes a été trouvé dans plusieurs études portant sur le traitement de l'ÉSPT (Billette et al., 2008; Guay, Billette, St-Jean-Trudel, Marchand & Maingy, 2004; Tarrier & Humphreys, 2003). Le besoin d'informations que l'on retrouve aussi chez les proches de personnes souffrant de troubles émotionnels met en lumière la nécessité de mettre en place des réseaux de soutien pour ces proches, par la diffusion plus large d'informations sur les services, par le développement de meilleurs accès aux personnes souffrant de troubles émotionnels et à leurs proches, et par la mise en place de canaux de communication plus efficaces entre les proches et les

professionnels de la santé. Finalement, bien que la moitié des proches aient été impliqués dans le traitement, il est intéressant de constater que ceux-ci souhaiteraient voir des améliorations quant aux services offerts.

En dépit de son intérêt dans l'exploration des différents types d'impacts des problèmes émotionnels chez les proches, la présente étude comporte certaines limites. Premièrement, les résultats sont basés sur un échantillon de participants recrutés par l'entremise de sites Internet. Il se pourrait que les caractéristiques des proches de cette étude ne soient pas représentatives de l'ensemble des proches du Québec. En effet, ils pourraient vivre davantage de stress associé à une condition potentiellement plus sévère des personnes qu'ils connaissent et qui sont atteintes de troubles émotionnels, ce qui pourrait expliquer que ces proches soient plus portés à chercher des informations sur le Web (Granello & Wheaton, 2004; Erwin, Turk, Heimberg, Fresco & Hantula, 2004). De plus, la difficulté de recruter les proches par l'entremise de l'Internet pourrait refléter le manque de sites s'adressant spécifiquement aux proches de personnes souffrant de troubles émotionnels. L'échantillon étant majoritairement constitué de femmes, les résultats obtenus ne peuvent être généralisés aux proches masculins. Ensuite, la sévérité et l'intensité du fardeau vécu par les proches est inconnue. Dans les recherches futures, il serait intéressant de mesurer, à l'aide de questionnaires validés, le lien entre la sévérité des symptômes des personnes atteintes et l'intensité du fardeau des proches dans différents échantillons de personnes ayant des troubles émotionnels, puisque ce lien a été obtenu dans certaines études sur l'ÉSPT et le TOC (Calhoun et al., 2002; Magliano et al., 1995). Par ailleurs, il est curieux de constater qu'aucun soutien négatif ou interactions négatives n'ont été rapportés par les participants. Il serait pertinent de croire à l'existence d'un biais positif quant à la conception du soutien du point de vue de la personne qui le donne. Le paradoxe souligné plus haut au niveau des aspects tant positifs que négatifs de l'accompagnement, mais où seuls les aspects positifs sont retenus, constitue un exemple de ceci. Des études futures recueillant à la fois la perception des proches et celle des personnes atteintes quant à la qualité du soutien social seraient intéressantes mais aussi des mesures qui tiendraient compte de leur niveau d'insight et de sur-implication émotionnelle.

En conclusion, les résultats de cette étude confirment l'existence de différents types de fardeaux vécus par les proches, du type de soutien offert aux personnes atteintes et

montrent l'utilité d'assister davantage les proches dans leur rôle d'aidants naturels. Cette étude met en lumière les caractéristiques d'une population peu étudiée jusqu'à ce jour, soient les proches de personnes souffrant de troubles émotionnels, plus particulièrement le TPA, le TAS ainsi que le TDM. La présente étude fait également ressortir le rôle important qu'occupent ces proches et le fardeau que peut représenter la prise en charge des personnes atteintes de troubles émotionnels. Bien que ce soient en majorité des parents et des conjoints qui ont répondu au questionnaire, cette étude a réussi à rejoindre un échantillon hétérogène de proches en se servant de l'accès par le Web. Ainsi, il serait intéressant dans les recherches futures de mieux distinguer les caractéristiques spécifiques chez les différents types de proches afin d'arriver à une meilleure compréhension de leur situation. Finalement, cette étude montre l'importance de développer des moyens de rendre plus accessibles des services permettant de soutenir à la fois les personnes atteintes de troubles émotionnels et leurs proches et ce, dans le but de réduire leur fardeau et d'améliorer le soutien offert par les proches. Des campagnes de sensibilisation pourraient être entreprises auprès des professionnels de première ligne afin qu'ils connaissent le risque que représente l'impact d'un trouble émotionnel sur la santé mentale des proches. Ainsi, ces professionnels pourraient détecter certains signes précurseurs d'une détérioration psychologique et orienter ces proches, si besoin est, vers des services appropriées.

## Références

- Abramowitz, I. A., et Coursey, R. D. (1989). Impact of and educational support group on family participants who take care of their schizophrenic relatives, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 232-236.
- Allen, L. B., McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2008). Emotional Disorders; A unified protocol. In D. H. Barlow (Éds), *Clinical handbook of psychological disorders: A step by step treatment manual* (pp.216-249). New York :The Guilford Press.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R., Wilms, H.-U., & Wittmund, B. (2006). Quality of life of spouses of mentally ill people. *International Journal of Social Psychiatry*, 52, 278-285.
- Beckham, J. C., Lytle, B. L., & Feldman, M.E. (1996). Caregiver burden in partners of Vietnam war veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 1068-1072.
- Bélanger, C., El-Baalbaki, G., Leduc, A., & Coyne, J. (2008). Couples et dépression: Évaluation et traitement. In J. Wright, Y. Lussier & S. Sabourin (Éds), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 623-656). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bélanger, C., Leduc, A., Fredman, S., El-Baalbaki, G., & Baucom, D. H. (2008). Couples et troubles anxieux: Évaluation et intervention. In J. Wright, Y. Lussier & S. Sabourin (Éds), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 507-539). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Billette, V., Guay, S., & Marchand, A. (2005). Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle: synthèse des écrits. *Santé mentale au Québec*, 2, 101-120.
- Billette, V., Guay, S., & Marchand, A. (2008). Posttraumatic Stress Disorder and social support in female victims of sexual assault: The impact of spousal involvement on the efficacy of cognitive-behavioral therapy. *Behavior Modification*, 32(6), 876-896.
- Braithwaite, V. (1992). Caregiving burden: Making the concept scientifically useful and policy relevant. *Research on Aging*, 14(1), 3-27.
- Calhoun, P. S., Beckham, J. C., & Bosworth, H. B. (2002). Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 205-212.
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Price, L. H. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(3), 441-443.

- Chakrabarti, S., Kulhara, P., & Verma, S. K. (1993). The pattern of burden in families of neurotic patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 172-177.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. In W. H. Jones & D. Perlman (Éds.), *Advances in personal relationships* (Vol.1, pp.37-67). Greenwich, CT: JAI Press.
- Dillman, D. A., Tortora, R. D., Conradt, J., & Bowker, D. (1998). Influence of plain vs fancy design on response rates for Web surveys. Retrieved February 16, 2002, from Washington State University, Social & Economic Sciences Research Center Web site: <http://survey.sesrc.wsu.edu/dillman/papers/asa98ppr.pdf>
- Erwin, B. A., Turk, C. L., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., & Hantula, D. A. (2004) The Internet: home to a severe population of individuals with social anxiety disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 629-646.
- Fadden, G., Bebbington, P. & Kuipers, L. (1987). Caring and its burdens: a study of the spouses of depressed patients. *The British Journal of Psychiatry*, 151, 660-667.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, G. B. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Leff, J. (2005). Families of People with Major Depression. In N. Sartorius, J. Leff, J. J. López-Ibor, M. Maj & A. Okasha (Éds), *Families and Mental Disorders, From Burden to Empowerment* (pp.55-68). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Gowers, S. G., Bryan, C. (2005). Families of Children With a Mental Disorder. In N. Sartorius, J. Leff, J. J. López-Ibor, M. Maj & A. Okasha (Éds), *Families and Mental Disorders, From Burden to Empowerment* (pp.127-159). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between Posttraumatic Stress Disorder and social support: Processes and Potential Research Avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19(3), 327-338.
- Guay, S., Billette, V., St-Jean-Trudel, E., Marchand, A., & Maingy, N. (2004). Couple therapy and post-traumatic stress disorder. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 4, 81-88.
- Granello, D. H., & Wheaton, J. E. (2004). Online Data Collection: Strategies for Research. *Journal of Counseling and Development*, 82, 387-393.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M., & Fiset-Laniel, J. (2008). Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 67 p.

- Kalra, H., Kamath, P., Trivedi, J. K., & Janca, A. (2008). Caregiver burden in anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 21*, 70-73.
- Kasper, S. (1998). Social phobia: the nature of the disorder. *Journal of Affective Disorders, 50*, S3-S9.
- Katerndahl, D. A. (2000). Predictors of the development of phobic avoidance. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*(8), 618-623.
- L'Écuyer, R. (1988). L'analyse de contenu: Notion et étapes. In J. P. DesLauriers (Éd.), *Les méthodes de la recherche qualitative* (pp.49-66). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Leff, J. (2005). Families of People with Major Depression. In N. Sartorius, J. Leff, J. J. López-Ibor, M. Maj & A. Okasha (Éds), *Families and Mental Disorders, From Burden to Empowerment* (pp.55-68). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Magliano, L., Tosini, P., Guarneri, M., Marasco, & Catapano, F. (1995). Burden on the families of patients with obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *European Psychiatry, 10*, 192-197.
- Manguno-Mire, G., Sautter, F., Lyons, J., Myers, L., Perry, D., Shermans, M., Glynn, S., & Sullivan, G. (2007). Psychological distress and burden among female partners of combat veterans with PTSD. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 144-151.
- Marcaurelle, R., Bélanger, C., & Marchand, A. (2003). Marital relationship and the treatment of panic disorder with agoraphobia: A critical review. *Clinical Psychology Review, 17*, 247-276.
- Muscroft, J., & Bowl, R. (2000). The impact of depression on caregivers and other family members: implication for professional support. *Counselling Psychological Quarterly, 53*, 117-134.
- Östman, M., & Hansson, L. (2004). Appraisal of caregiving, burden and psychological distress in relatives of psychiatric inpatients. *European Psychiatry, 19*, 402-407.
- Perreault, M., Provencher, H., St-Onge, M., & Rousseau, M. (2002). Le point de vue des aidants familiaux sur les services en santé mentale offerts à leurs proches. *Santé mentale au Québec, 27*(2), 198-214.
- Provencher, H. L., Perreault, M., St-Onge, M., & Rousseau, M. (2003). Predictors of psychological distress in family caregivers of persons with psychiatric disabilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 592-607.
- Ramos-Cerqueira, A. T., Torres, R., Torresan, R. C., Negreiros, A. P., & Vitorino, C. N. (2008). Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety, 25*, 1020-1027.



- Renshaw, K. D., Chambless, D. L., Rodebaugh, T. L., & Steketee, G. (2000). Living with severe anxiety disorders: Relatives' distress and reactions to patients behaviours. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 190-200.
- Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of Life Research*, 12(1), 33-41.
- Schene, A. H., Tessler, R. C., & Gamache, G. M. (1994). Instruments measuring family of caregiver burden in severe mental illness. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 29, 228-240.
- Schmidt, W. (1997). World Wide Web survey research: Benefits, potential problems, and solutions. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 29, 274-279.
- St-Jean-Trudel, E., Guay, S., & Marchand, A. (2009). Les relations entre le soutien social, le bien-être et la détresse psychologique chez les hommes et les femmes avec un trouble anxieux : résultats d'une enquête nationale. *Revue canadienne de santé publique*, 100(2), 148-152.
- St-Jean-Trudel, E., Guay, S., Marchand, A., & O'Connor, K. (2005). Développement et validation d'un questionnaire mesurant le soutien social en situation d'anxiété auprès d'une population universitaire. *Santé mentale au Québec*, 1, 43-60.
- Tarrier, N., & Humphreys, A. L. (2003). PTSD and the social support of the interpersonal environment: The development of social cognitive behaviour therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 187-198.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Magee, L. (2001). Social anxiety disorder. In D. H. Barlow (Éds), *Clinical handbook of psychological disorders: A step by step treatment manual* (pp.123-163). New York: The Guilford Press.
- Veltro, F., Magliano, L., Lobraccio, S., Morosini, P. L., & Maj, M. (1994). Burden on key relatives of patients with schizophrenia vs neurotic disorders: a pilot study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 66-70.
- Westerink, J., & Giarratano, L. (1999). The impact of posttraumatic stress disorder on partners and children of Australian Vietnam veterans. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(6), 841-847.
- Wijeratne, C., & Lovestone, S. (1996). A pilot study comparing psychological and physical morbidity in carers of elderly people with dementia and those with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 741-744.
- Winefield, H. R., & Harvey, E. J. (1993). Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(3), 619-625.

- Wittmund, B., Wilms, H.-U, Mory, C., & Angermeyer, M. C. (2002). Depressive disorders in spouses of mentally ill patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 177-182.
- Yamaguchi, H., Takahashi, A., Takano, A. et Kojima, T. (2006). Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 590-597.

Tableau 1  
Caractéristiques des proches

Caractéristiques des proches	n = 43	%
Sexe		
Femme	36	83.7
Homme	7	16.3
Lien		
Parent	14	33.3
Fratric	5	11.9
Oncle/tante	1	2.4
Membre de la famille non spécifié	4	9.5
Conjoint	9	21.4
Ami	6	14.3
Collègue de travail	1	2.4
Enfant	2	4.8
Nombre de contacts		
Tous les jours	22	52.4
Plus d'une fois par semaine	11	26.2
Une fois par semaine	7	16.7
Moins d'une fois par mois	2	4.6
Type de région habitée		
Métropole	34	81
Agglomération et ville	7	16.7
Rurale	1	2.4
Problème de santé mentale	13	32.5
Implication dans le traitement	12	50
Caractéristiques diagnostiques des personnes souffrant de troubles émotionnels		
Troubles anxieux		
Trouble panique avec agoraphobie	15	35.7
Trouble d'anxiété sociale	11	26.2
Autres troubles	13	31
Dépression	15	35.7
Troubles émotionnels non identifiés	11	25.6
Traitement reçu	25	61

Tableau 2  
Caractéristiques des personnes souffrant de troubles émotifs

Caractéristiques diagnostiques des personnes souffrant de troubles émotionnels		
Troubles anxieux		
Trouble panique avec agoraphobie (TPA)	15	35.7%
Trouble d'anxiété sociale (TAS)	11	26.2%
Autres troubles	13	31%
Dépression (TDM)	15	35.7%
Troubles émotifs non identifiés	11	25.6%
Traitement reçu	25	61%

Tableau 3  
Distribution des commentaires des proches en fonction des types de fardeau,  
de soutien et des services souhaités

<b>Type d'impact</b>		
Fardeau subjectif (total = 21)	Symptômes dépressifs et anxieux	15
	Émotions d'impuissance et de tristesse	6
Fardeau objectif (total = 23)	Interactions conjugales problématiques	13
	Effets sur d'autres aspects de la vie (loisirs, travail, etc.)	10
Autres (total = 2)		
<b>Type de soutien fonctionnel</b>		
Soutien émotionnel (total = 37)		
Soutien informationnel (total = 17)	Conseils/propositions	10
	Orientation vers les services	7
Soutien instrumental (total = 8)		
Autres (total = 3)		
<b>Type de service</b>		
Services professionnels (total = 29)	Aide pour les personnes atteintes	16
	Aide pour les proches	13
Information (total = 13)		

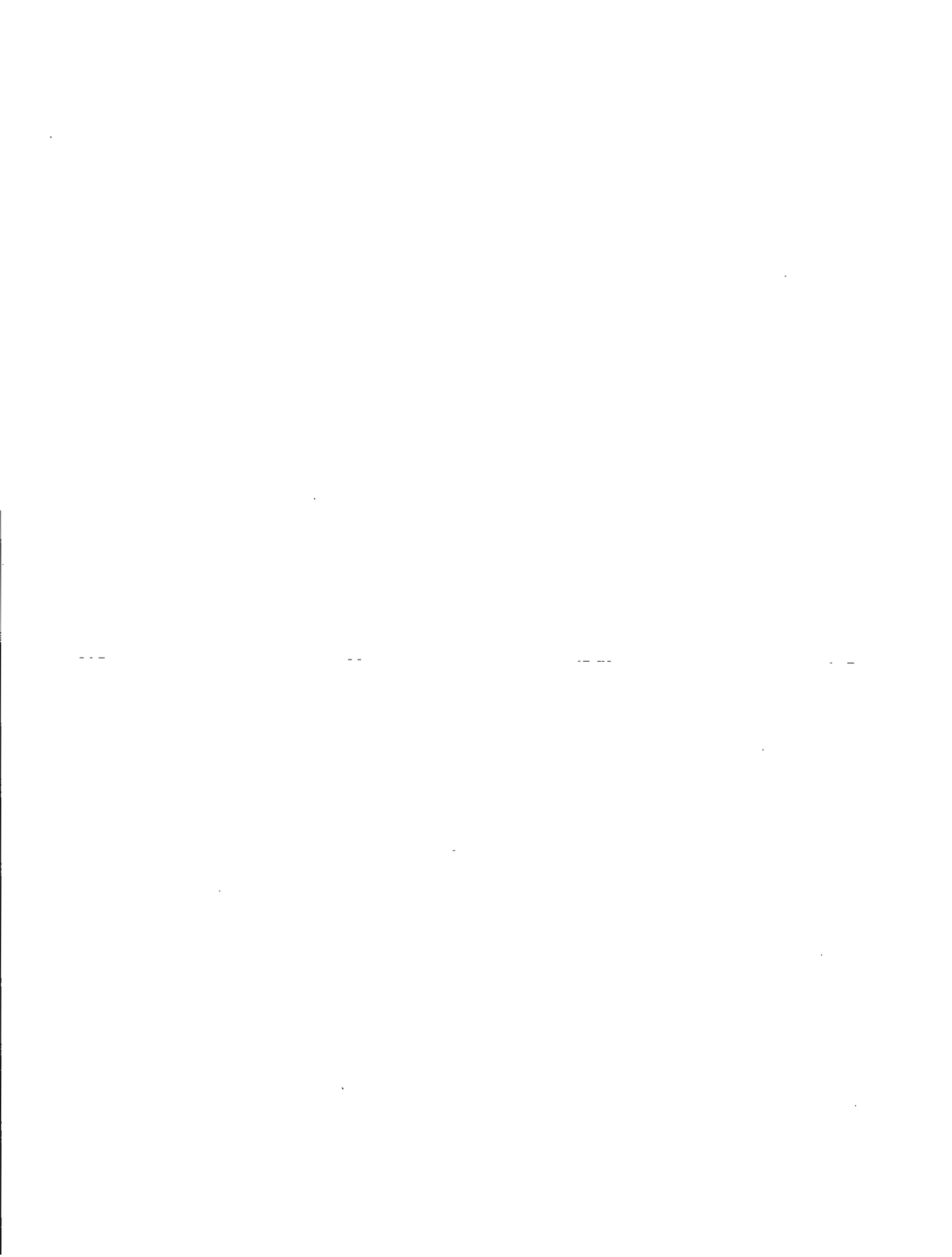
Tableau 4  
Distribution des commentaires des proches  
en fonction de leur lien avec la personne atteinte

	Parent	Conjoint	Fratrie	Ami	Enfant	FNS*	Collègue	Oncle/ tante
<b>Type d'impact</b>								
Fardeau subjectif (total = 21)								
Symptômes dépressifs et anxieux	8	0	4	2	1	0	0	0
Émotions d'impuissance et de tristesse	2	0	0	0	1	3	0	0
Fardeau objectif (total = 23)								
Interactions conjugales problématiques	2	8	1	1	1	0	0	0
Effets sur d'autres aspects de la vie (loisirs, travail, etc.)	4	5	0	1	0	0	0	0
<b>Type de soutien fonctionnel</b>								
Soutien émotionnel (total = 37)	9	8	7	8	1	4	0	0
Soutien informationnel (total = 17)								
Conseils/propositions	3	1	3	0	1	1	0	1
Orientation vers les services	3	2	0	1	0	1	0	0
Soutien instrumental (total = 8)	2	2	2	1	0	1	0	0
<b>Type de service</b>								
Services professionnels (total = 29)								
Aide pour les personnes atteintes	7	4	2	2	0	1	0	0
Aide pour les proches	4	4	2	0	0	3	0	0
Information (total = 13)	4	0	3	3	2	0	1	0

\* Famille non spécifié

Tableau 5  
Fréquence des comportements de soutien chez les proches

Comportements de soutien des proches	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1- Dit d'éviter ou de fuir la situation	55%	17.5%	12.5%	10%	5%
2- L'accompagne dans ses déplacements	20%	5%	22.5%	32.5	20%
3- Vais ou reste à sa place dans la situation	33.3%	25.6%	20.5%	10.3%	10.3%
4- L'incite à ne pas fuir ou éviter la situation	5.3%	2.6%	7.9%	36.8%	47.4%
5- L'aide à affronter ses peurs	2.6%	0%	12.8%	33.3%	51.3%





CHAPITRE IV  
FORMATION DE PAIRS-AIDANTS POUR LES TROUBLES ANXIEUX



Formation de pairs-aidants pour les troubles anxieux

Mariko Chartier-Otis, M.Ps.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Michel Perreault, Ph.D.

Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal, Québec, Canada

Claude Bélanger, Ph.D.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Marchand, André, Ph. D.

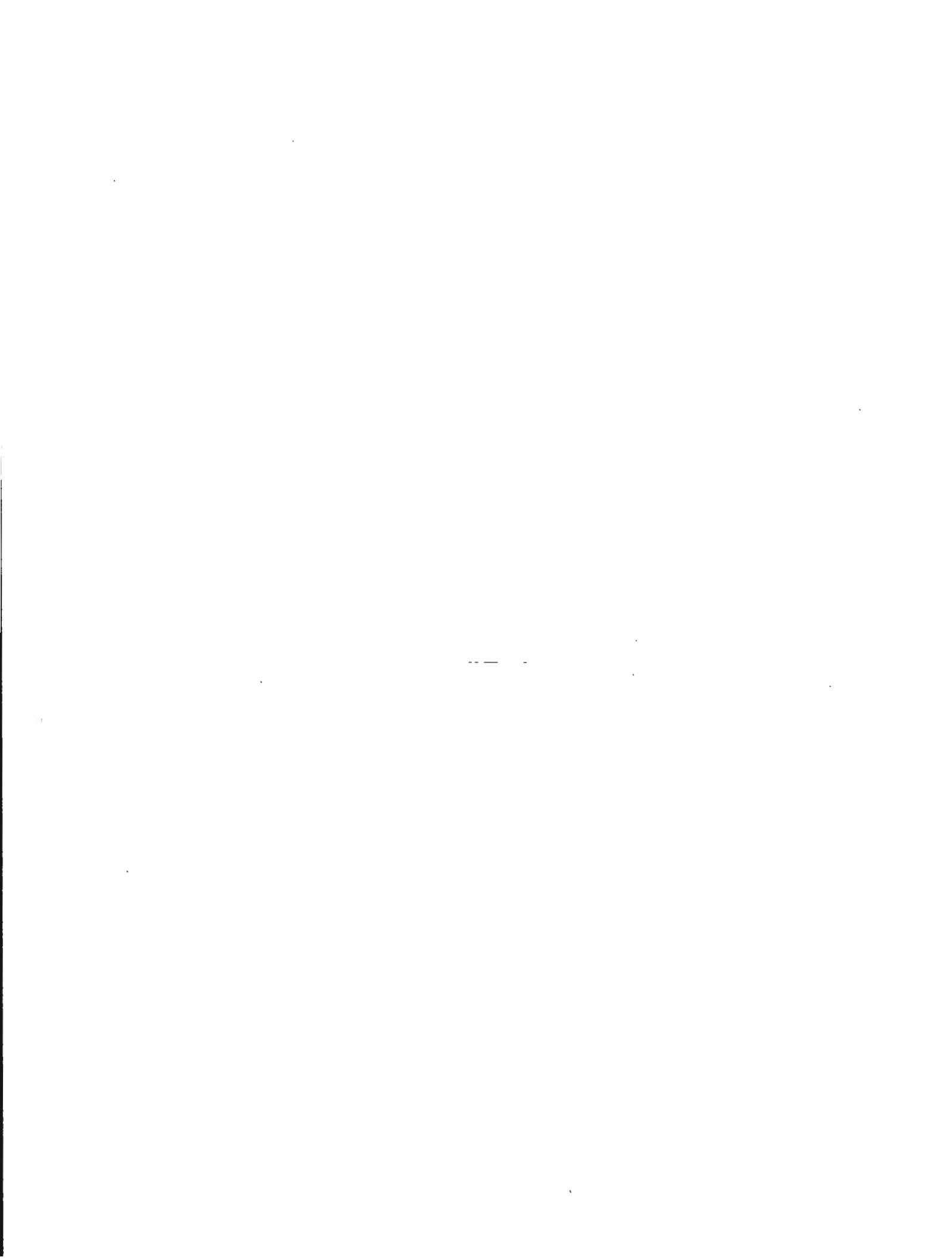
Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada



## Résumé

La contribution de pairs-aidants (PA) est reconnue dans l'intervention auprès des personnes aux prises avec des troubles psychotiques. Cette étude porte sur le développement d'une formation de PA pour l'accompagnement des personnes ayant des troubles anxieux. L'objectif de cette étude est de vérifier dans quelle mesure les participants sont suffisamment préparés et outillés à intervenir. Des recommandations sont formulées pour favoriser davantage l'implication des participants et pour améliorer la formation offerte.

Mots clés: pairs-aidants, formation, troubles anxieux, trouble panique avec agoraphobie, trouble d'anxiété sociale



## **Introduction**

Depuis les dernières années, il est de plus en plus reconnu que le soutien social en général et plus précisément celui de pair-aidant (PA) peuvent jouer un rôle remarquable dans le rétablissement d'une personne souffrant d'un trouble de santé mentale (Campbell et Leaver, 2003). Le PA est important dans la mise en place de soutien social puisqu'il a déjà souffert d'un trouble de santé mentale et, à partir de son expérience et de sa compréhension du processus de rétablissement, il est en bonne position pour aider les personnes souffrant du même trouble. Ainsi, plusieurs études démontrent l'impact positif de la contribution des PA dans le processus de rétablissement (Corrigan, Calabrese, Diwan, Keogh, Keck et Mussey, 2002; Davidson, Chinman, Kloos, Weingarten, Stayner, et Tebes, 1999). Leur contribution est également reconnue comme bénéfique pour faciliter le traitement (Hodges et Hardiman, 2006; Kirby et Keon, 2006). Or, à notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à la perspective des PA autant dans le processus de leur formation que dans l'analyse de leur perception du rôle qu'ils auront à jouer comme PA.

### **Programmes de pairs-aidants**

Les programmes de PA en toxicomanie et en éducation ont été les premiers à émerger et à montrer un impact positif sur les utilisateurs (Zemore, 2007; Myrick, Highland et Russell, 1995). D'autres programmes de PA se sont également développés dans le domaine de la santé physique (Garay-Sevilla et al., 1995) et en santé mentale pour les troubles graves et persistants (Moos, Schaefer, Andrassy et Moos, 2001; Rummig, Hansen, Helbing, Pitschel-Walz et Kissling, 2005). Au Canada, l'intégration de PA dans les équipes de suivi intensif est encouragée depuis les années 1980 (Gélinas, 2002). Au Québec, l'un des objectifs centraux du plan d'action ministériel 2005-2010 préconise l'embauche de PA dans 30% des équipes de suivi intensif. Ce type de service comporte plusieurs avantages pour les personnes qui bénéficient de ce soutien. En effet, des études démontrent chez ces patients une diminution des symptômes et du nombre d'hospitalisations, une meilleure qualité de vie et une amélioration de leur réseau social (Chamberlain, Rogers et Ellison, 1996; Davidson, Chinman, Kloos, Weingarten, Stayner et Tebes, 1999). Il existe également des bénéfices pour

les PA, car ils acquièrent une meilleure confiance en leurs aptitudes, une estime d'eux-mêmes plus élevée, une hausse de leurs sentiments d'espoir et une réappropriation de leur pouvoir (Salzer, 1997).

### **Pairs-aidants et troubles anxieux**

Il apparaît intéressant d'offrir ce type de service aux personnes souffrant de troubles anxieux, et plus particulièrement ceux ayant un trouble panique avec agoraphobie (TPA) ou un trouble d'anxiété sociale (TAS). En effet, en plus de constituer les deux troubles les plus prévalents parmi les troubles anxieux (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault et Fiset-Laniel, 2008), ces derniers se caractérisent par de nombreux comportements d'évitement (Katerndahl, 2000) et en conséquence des difficultés d'accès aux traitements. Dans ce contexte, l'implication et l'intervention du PA peuvent aider la personne atteinte à moins éviter et faciliter l'accès et l'observance au traitement.

En dépit de la pertinence d'avoir recours aux PA, il n'existe que très peu d'études témoignant de programmes de soutien par des PA pour les personnes souffrant de troubles anxieux. Une étude de Marcus et Runge (1990) examine l'efficacité d'un programme d'accompagnement par des bénévoles pour des clients souffrant de TPA. Ces bénévoles étaient supervisés par des professionnels et ils accompagnaient les clients au moment de l'application de la stratégie d'exposition *in vivo* aux situations évitées. Les résultats indiquent que l'implication de ces PA a permis de diminuer significativement la fréquence et la sévérité des attaques de panique, ainsi que l'anxiété chez les clients. Ces derniers ont également souligné l'apport positif de cette relation et le soutien social perçu.

Plusieurs études appuient l'importance pour les PA de recevoir une formation permettant d'améliorer l'efficacité de leurs interventions (Sherman & Porter, 1991; Tan, 1992). En effet, dans le processus visant à devenir PA, il est nécessaire de s'assurer que ceux-ci possèdent des connaissances spécifiques (p.ex., sur les différents traitements et les services disponibles), ainsi qu'une expérience antérieure de traitement en santé mentale (Dixon, Krauss, & Lehman, 1994). Tan (1992) identifie des critères de sélection pour pouvoir suivre



une formation de PA : maturité personnelle, stabilité psychologique, chaleur, empathie, expérience de vie particulière, disponibilité, capacité à apprendre, habileté à maintenir la confidentialité.

Un programme visant à favoriser un meilleur accès au traitement où les PA accompagneraient les patients souffrant de TPA et de TAS au moment de l'application de la stratégie d'exposition *in vivo* aux situations évitées semble pertinent. De plus, considérant les rechutes qui peuvent se produire et le besoin de supervision continue, il semble important de se questionner sur la possibilité pour des PA d'intervenir à la suite d'une formation (Fox & Hilton, 1994; Tan, 1997). Par ailleurs, seules quelques recherches ont porté sur la perspective des PA par rapport à leur travail de PA (Mowbray, Mowley et Collins, 1996; Mowbray et al., 1998; Sherman et Porter, 1991). À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée au point de vue des acteurs impliqués (futurs PA et formateurs) dans le processus de développement d'une formation.

### **Objectifs de l'étude**

Le but de la présente étude consiste à vérifier dans quelle mesure les participants ayant complété une formation de PA pour l'accompagnement de personnes en traitement pour un TPA ou un TAS sont suffisamment préparés et outillés à intervenir auprès de ces personnes. Les objectifs poursuivis visent à: 1) examiner la participation des PA à la formation donnée, 2) évaluer à partir de la perspective des formatrices, les aptitudes et l'implication des participants aux activités de formation et 3) évaluer à partir de la perspective des participants et participantes, l'appréciation de la formation et formuler des recommandations.

### **Méthode**

#### **Recrutement et formation de PA**

Quatre-vingt-deux participants parmi les 704 qui ont participé à une consultation Web ont fourni leurs coordonnées personnelles afin d'être contactés pour suivre une

formation de PA. Cette étape s'inscrivait dans le cadre d'une recherche en ligne portant sur les obstacles au traitement chez les personnes souffrant de troubles anxieux. Lors de ce contact téléphonique, les participants (n = 34) souhaitant suivre la formation ont été convoqués à une entrevue de sélection. Seulement cinq personnes se sont déplacées pour participer à l'entrevue de sélection. Un certain nombre de personnes (n = 48) ont été refusées pour diverses raisons: elles n'avaient jamais souffert d'un TPA et/ou d'un TAS, ou encore elles présentaient une problématique de santé mentale autre, tel un trouble sévère et persistant ou un trouble de personnalité.

Les critères de sélection sont les suivants: 1) être âgé de 18 ans et plus ; 2) avoir déjà souffert de l'un ou l'autre des troubles anxieux ciblés (TPA ou TAS) ; 3) présenter à l'ADIS-IV-L (DiNardo, Brown et Barlow, 1994) une condition stable et asymptomatique en ce qui a trait à leur trouble depuis au moins un an ; et 4) être apte à mener à terme les activités programmées (dispositions personnelles, capacité de gestion des informations pertinentes, d'accompagnement et de soutien aux personnes en traitement).

Le contenu de l'entrevue de sélection s'intéresse à l'expérience de la personne dans un groupe de soutien ou en relation d'aide, à l'intérêt et à la motivation pour devenir PA, aux aspects potentiellement problématiques dans leur rôle d'aidant, et à la vérification de la stabilité de leurs symptômes. Lors de l'entrevue, un jeu de rôle portant sur une situation susceptible de se présenter dans leur travail de PA a permis de mieux évaluer leur niveau de base. Cette entrevue de 30 à 45 minutes était conduite par un psychologue spécialisé dans les troubles anxieux (TA) et par une étudiante au doctorat en psychologie qui avait une formation clinique. Les objectifs de l'étude ont été expliqués lors de l'entrevue de sélection et lors de la première session de formation. Les droits et engagements des participants ont aussi été discutés lors de la première rencontre. Ils ont accepté les conditions de l'étude et ont signé le formulaire de consentement. Le projet a été accepté par le comité d'éthique de l'établissement où est rattaché le chercheur principal.

## Procédure

La formation s'inspire du programme développé par Marcus et Runge (1990) auprès de bénévoles qui viennent en aide aux personnes ayant un TPA. La pertinence de ce modèle de formation réside dans la finalité de l'intervention des bénévoles, axée sur l'accompagnement des clients dans la réalisation d'exercices d'exposition. La formation est également basée sur les réponses données à une consultation en ligne et portant sur les préférences entourant le service de PA auprès de plus de 200 personnes (Chartier-Otis, Perreault, Bélanger et Marchand, 2009), ainsi que sur une consultation auprès de chercheurs et professionnels œuvrant auprès de patients présentant des TA.

La formation a pour objectif l'acquisition de trois rôles chez les PA, soient: 1) un rôle d'information, 2) un rôle de soutien et 3) un rôle d'accompagnement. La formation offerte aux PA se déroule en cinq sessions au cours desquelles les thèmes suivants sont abordés: 1) la description des troubles anxieux (anxiété normale vs pathologique, caractéristiques principales des différents TA, facteurs développementaux et de maintien), 2) les ressources, l'accès aux traitements et les traitements offerts pour traiter le TPA et le TAS (orientation vers les services), 3) la relation d'aide (alliance et limites de la relation, développement de la relation d'aide, différents types d'aidé, code de conduite des PA et confidentialité, principes de l'intervention à intensité décroissante auprès des aidés), 4) les activités assumées par les PA (information, accompagnement, soutien, techniques d'écoute, résolution de problèmes) et 5) les interventions du PA dans le rôle d'accompagnateur (techniques d'exposition, moments où a lieu l'intervention).

La durée de la formation est de 2 h 30 à raison d'une fois par semaine. Les cinq sessions de formation ont eu lieu entre novembre 2008 et janvier 2009 à la Clinique des troubles anxieux de l'Institut Universitaire Douglas à Montréal. Les rencontres ont été animées par trois étudiantes au doctorat en psychologie ayant une expérience clinique auprès de patients présentant des TA. Un guide de formation a été construit pour chaque session de formation et remis à chacun des participants. Également, chaque session était accompagnée d'une présentation sur support PowerPoint. Un exercice qui devait être complété à la maison entre chaque session de formation était remis à la fin de chaque session. Une compensation

financière de 20\$ en guise de dédommagement pour les frais inhérents à la formation a été remise à la fin de chaque session de formation.

## **Mesures**

### ***1. Évaluation de la participation***

L'évaluation du degré et de la qualité de participation des PA a été mesurée à l'aide des variables suivantes: le fait de s'être conformé aux exigences du processus de sélection (coordonnées laissées sur le Web, contacts téléphoniques, participation à l'entrevue de sélection), l'assiduité aux sessions de formation, le taux d'abandon et le nombre de devoirs remis.

### ***2. Évaluation des aptitudes et de l'implication (perspective des formatrices)***

Les données proviennent d'observations effectuées au moyen d'une grille où les formatrices compilaient leurs observations concernant les quatre participants ayant complété la formation. Ces observations ont été effectuées par les trois formatrices au cours des cinq sessions de formation. L'objectif de cette grille d'observation vise à documenter la perspective des formatrices quant aux aptitudes démontrées par chaque participant ainsi qu'à leur implication: participation, écoute, capacité d'expression, compréhension des concepts et des outils. Chaque item est coté sur une échelle de 0-5 et peut faire l'objet de commentaires qualitatifs. Après chaque session, les formatrices remplissent une grille pour chaque participant.

### ***3. Évaluation du programme de formation (perspective des participants)***

Les données portant sur la formation reçue proviennent des réponses des futurs PA au questionnaire d'évaluation administré à la fin de chaque session ainsi que d'un mini groupe de discussion réalisé auprès de ces derniers, une fois la formation complétée. Les réponses à ce questionnaire visent à documenter leur perspective par rapport aux sessions de formation,

et plus précisément leur appréciation et leurs recommandations pour améliorer cette formation. Ce questionnaire est inspiré des fiches d'évaluation des formations croisées déjà utilisées par notre équipe de recherche (Perreault, Bonin, Veilleux, Alary et Ferland, 2005). Ce questionnaire est rempli après chaque session de formation. Il comprend six questions ouvertes portant, entre autres, sur les aspects les plus appréciés de la formation et sur ceux qui pourraient être améliorés, ainsi que neuf questions fermées. Un mini groupe de discussion a aussi été mené deux semaines après la formation. Deux personnes familières avec ce type de démarche se sont chargées de l'animation de cette rencontre qui a impliqué trois participants. L'objectif consistait à documenter leur point de vue sur leur expérience et sur leurs sources d'appréciation et d'insatisfaction face à celle-ci. Les commentaires émis ont été soumis à une analyse de contenu selon la méthode proposée par Krueger (1994, 1998). Les animateurs et animatrices de ce groupe ont examiné les sources d'appréciation (contenu, présentation) et les suggestions d'amélioration.

### **Analyse des données**

Les différentes sources de données (grilles d'observation, questionnaires d'évaluation, groupe de discussion) ont été utilisées afin de vérifier dans quelle mesure les participants ayant complété une formation de PA sont prêts et outillés à intervenir auprès des personnes souffrant de TPA/TAS, selon la perspective des formatrices et leur propre perspective. Concernant le premier objectif, des analyses descriptives ont été effectuées. Pour les deuxième et troisième objectifs, des analyses de contenu ont été réalisées. À partir des réponses, il a été possible de développer des catégories selon les principes d'analyse de contenu décrits par l'Écuyer (1990) et de construire une grille d'analyse. L'analyse a été menée sur les commentaires émis par les trois formatrices, par les quatre participants à la formation, et par ceux présents lors de l'animation du groupe de discussion.

## Résultats

### *1. Évaluation de la participation*

Cinq des neuf personnes qui avaient accepté de participer à l'entrevue de sélection se sont présentées à la rencontre d'évaluation. Ces cinq participants ont été retenus pour suivre la formation, mais seulement quatre ont effectivement participé à cette formation, dont trois femmes et un homme. Le tableau 1 présente le niveau de participation (assiduité et devoirs remis) aux sessions de formation. Le participant 1 ne s'est pas présenté à aucune session de formation. Le participant 3 a abandonné la formation suite à la 4<sup>e</sup> session de formation. Finalement, le participant 5 a été exclu en raison de son absence à une séance de rattrapage prévue pour pallier à ses absences aux deux dernières sessions. Ainsi, deux participants sur quatre ont complété la formation.

### *2. Évaluation des aptitudes et de l'implication (perspective des formatrices)*

Quatre grandes catégories (participation, écoute, capacité d'expression et compréhension des concepts et des outils) étaient proposées aux formatrices pour évaluer les aptitudes et l'implication des participants. Au moment de l'analyse des données, les sous-catégories pour chacune de ces catégories ont été divisées en deux selon que les commentaires étaient favorables ou défavorables aux aptitudes pour agir en tant que PA et à l'implication dans les activités de formation. Pour chacune des formatrices, des commentaires ont été enregistrés. Chaque thème sera examiné ici à la lumière de ces commentaires.

#### **a) Participation à la formation**

La participation fait référence au degré d'attention dont a fait preuve un participant tout au long d'une session, à la qualité de ses interventions ainsi que de ses propositions pour améliorer le contenu de la session.

**Participation active.** Une participation « active » témoigne de la qualité de la participation durant une session. Les trois formatrices ont soulevé chez la majorité des participants une participation active caractérisée par une attention soutenue face au contenu présenté et des questions pertinentes en lien avec le matériel.

**Participation non-active.** Deux types d'aspects sont considérés pour qualifier une participation « non-active » : ceux qui sont davantage liés à une faible participation et ceux qui concernent une participation très active mais peu « contenue » (propos qui dépasse le cadre de la formation). Par exemple, quelques participants parlent peu même lorsque sollicités alors que d'autres ont tendance à participer beaucoup et à faire des commentaires peu synthétiques, à s'éloigner du sujet de discussion et à formuler des commentaires qui portent quasi uniquement sur un partage d'expériences personnelles.

Il y a plus de commentaires qui ont été générés au sujet d'une participation active (71) que d'une participation non-active (34).

## b) Écoute

L'écoute se traduit par une attitude non-verbale manifestée par le participant (p. ex., regarde tout le temps la personne qui parle, fait des signes de tête en guise d'approbation).

**Écoute active.** L'écoute active provient d'observations faites par les formatrices. Celles-ci ont noté la prise de notes, des hochements de tête, des expressions non-verbales (p. ex., sourires) ainsi qu'un contact visuel approprié.

**Écoute non-active.** Les formatrices ont observé plusieurs attitudes des participants lorsqu'ils éprouvaient des difficultés d'écoute. Les points suivants ont été soulevés à plusieurs occasions: un non-verbal démontrant un faible intérêt (« regarde de temps en temps les personnes qui parlent », « lit son manuel et feuillette les sections qui n'ont pas encore été couvertes par les animatrices ») ou encore le fait de couper la parole à la formatrice (« à

plusieurs reprises il n'écoutait plus le présentateur et continuait à parler en même temps que lui»).

Il y a plus de commentaires qui ont été émis à l'égard d'une écoute active (55) que d'une écoute moins active (35).

### c) Capacité d'expression

La facilité à s'exprimer, à utiliser un vocabulaire approprié, à reformuler et à poser les bonnes questions est ici notée.

**Capacité d'expression adéquate.** Il en ressort que les participants « s'expriment dans les moments appropriés », font des « interventions pertinentes et synthétisées », « posent d'excellentes questions » et savent « faire passer des messages ».

**Capacité d'expression inadéquate.** Les observations portent sur la difficulté à synthétiser le contenu du message que les participants tentent de transmettre: « commentaires très longs, et difficiles pour les formateurs de reprendre la parole », « lien au départ avec le contenu présenté qui finit par devenir anecdotique », « certains commentaires s'éloignent du sujet abordé ». Outre cette difficulté manifestée par les participants, les formatrices ont noté la présence d'un faible niveau d'élaboration chez certains d'entre eux lorsqu'ils intervenaient. De plus, les participants démontraient un comportement non-verbal caractérisé par des difficultés d'expression: « le ton de sa voix était légèrement bas », « Les commentaires partagés sont exprimés avec un ton parfois brusque et pouvant être agressant pour les autres participants ou animateurs ».

Dans l'ensemble, les formatrices ont noté un peu plus de commentaires adéquats (42) quant à la capacité d'expression que de commentaires inadéquats (31).



#### d) Compréhension des concepts et outils

Cette catégorie regroupe les commentaires sur le degré de compréhension que démontre le participant par rapport aux concepts et outils présentés lors de la formation.

**Compréhension adéquate des concepts et outils.** Ces commentaires se rapportent aux « liens intéressants entre les concepts » faits par les participants, aux « questions qui ont énormément de sens avec le matériel présenté » ainsi qu'à la « capacité d'appliquer le matériel appris ». D'ailleurs, au niveau de l'application des outils enseignés, ils parviennent « à faire des liens, à réutiliser les concepts présentés (reflets, reformulations, etc.) », ainsi qu'à démontrer une écoute active avec la « proposition d'étapes intermédiaires tout en laissant l'aidé prendre sa décision ».

**Compréhension inadéquate des concepts et outils.** Bien que certains points aient été soulevés par les formatrices quant à l'application adéquate des outils, plusieurs observations montrent des difficultés à ce niveau. En effet, elles ont noté des difficultés à appliquer certains concepts lors des exercices d'apprentissage. Les jeux de rôle ont été particulièrement révélateurs. Ainsi, lors d'une mise en situation, une participante a « proposé à l'aidé de l'appeler durant la nuit si elle avait besoin d'aide et de l'aider à se distraire pour faire passer l'attaque de panique » et un autre « est tombé facilement dans les conseils », des stratégies pourtant enseignées comme étant contre-indiquées. Également, la difficulté chez le participant à prendre une distance par rapport à son expérience passée a été soulevée par les formatrices: « il semble s'arrêter à son expérience personnelle et généraliser sans ajouter et nuancer avec les informations apportées dans le module de formation ».

Il y a davantage de commentaires émis à l'endroit d'une compréhension adéquate des concepts et outils (53) que d'une compréhension mitigée (22).

## **Type de comportements observés chez les participants**

Deux thèmes principaux sont ressortis à partir des réponses obtenues aux grilles d'observation complétées par les formatrices: a) manifestations de comportements inappropriés, et b) manifestations de comportements ciblés. Chacun de ces thèmes comporte deux sous-catégories.

### **Thème 1: Manifestations de comportements inappropriés**

Les trois formatrices ont observé des comportements inappropriés interférant avec le rôle de PA. Ces comportements donnaient l'impression que les participants utilisaient la formation comme un groupe de thérapie.

**Partage d'expériences et besoin de ventiler.** Plusieurs participants ont manifesté un besoin de ventiler par le partage fréquent d'expériences personnelles. Cette observation a été effectuée par l'ensemble des formatrices: « étale beaucoup ses histoires personnelles, semble avoir besoin de ventiler, interventions fréquentes pertinentes la plupart du temps, mais trop longues », « interventions parfois longues lorsqu'il s'agit pour le sujet d'un thème lié à son anxiété ». Par ailleurs, leur discours est souvent circonstanciel: « participant difficile à interrompre. Participations longues et non synthétisées. Il semble avoir de la difficulté à laisser des détails de côté et résumer ».

**Comportements d'opposition.** Les comportements d'opposition ont davantage été présents chez une participante. Ils se sont manifestés par un désengagement de sa part ainsi que par une attitude pouvant parfois être invalidante autant envers les formatrices qu'à l'égard des autres participants: « Tendance à invalider les présentateurs. Expression non-verbale d'impatience ou de malaise qui se traduit par une attitude retirée et parfois invalidante sur le contenu transmis. » et « Le ton avec lequel sont faits les commentaires démontre une remise en question de la véracité et du bien-fondé du contenu que les formatrices présentent. Semble parfois créer des malaises parmi les participants et formateurs en raison du caractère confrontant des propos ».

Davantage de commentaires ont été émis par les participants à l'égard du partage d'expériences et du besoin de ventiler (51) que de commentaires liés aux comportements d'opposition (29).

## **Thème 2: Manifestations de comportements ciblés par la formation**

**Forces identifiées chez les participants.** Les formatrices ont soulevé plusieurs forces (15 commentaires) chez les participants tels que le sens de la répartie ainsi que leur capacité à donner du feedback et du soutien lors des mises en situation. Les formatrices ont, entre autres, rapporté: « Elle est intervenue au bon moment et a ajouté de l'information constructive sur le contenu », « Le participant partage sa satisfaction à l'égard de la formation à la fin de la rencontre ».

**Signes de progrès dans les apprentissages.** Bien que plusieurs comportements problématiques aient été soulevés par les formatrices, les participants ont démontré des signes de progrès (34 commentaires) d'une session à l'autre: « Très peu d'interventions s'éloignant du sujet, améliorations considérables dans son attitude. Il a respecté les consignes du début spécifiant de se mettre dans un mode d'écoute et non de partage ». En effet, les participants ont été amenés lors des sessions de formation à limiter leurs témoignages et la plupart sont arrivés à être plus circonscrits lorsqu'ils s'exprimaient.

### ***3. Évaluation de l'appréciation de la formation (perspective des participants)***

À partir des réponses obtenues aux questionnaires d'évaluation de la formation complétés par les participants et des données obtenues lors du mini groupe de discussion, il a été possible de classer les commentaires en fonction du contenu et de la présentation.

## **Sources d'appréciation de la formation**

### **Thème 1: Contenu**

Les participants ont rapporté avoir apprécié la pertinence de l'information transmise, plus particulièrement celle en lien avec « l'éclaircissement des rôles et responsabilités du pair-aidant » et la découverte des ressources existantes pour faire face aux TA. Une autre participante a soulevé le fait qu'elle a apprécié avoir appris à éviter certains pièges, « voir ce qu'il ne faut pas utiliser comme stratégies ». Par ailleurs, plusieurs participants ont apprécié les modes d'apprentissage concrets tels que « les jeux de rôles », « les mises en situation », « les objectifs concrets ». Finalement, la compétence des formatrices et leur maîtrise du contenu ont été relevés par les participants comme source d'appréciation.

### **Thème 2: Présentation**

Au niveau du soutien visuel, les guides de formation, ainsi que les présentations qui accompagnaient chacune des rencontres ont été très appréciés par les participants de la formation. La majorité des participants a aussi apprécié l'animation, dont « le fait que les trois formatrices alternent leur présentation » ainsi que « l'esprit d'équipe et la complémentarité des interventions ». De plus, deux participants ont beaucoup aimé l'espace qu'ils avaient pour parler et poser des questions. Finalement, l'ordre et le rythme auquel se sont déroulées les sessions ainsi que « les retours fréquents sur la matière précédente » ont été appréciés.

### **Recommandations et améliorations**

Des recommandations ont été proposées par les participants à l'égard des sessions de formation futures.

### **Thème 1: Contenu**

La majorité des commentaires recueillis au cours du groupe de discussion et des fiches indiquent la nécessité qu'il y ait davantage de jeux de rôle. Une participante propose en outre d'ajouter de l'information supplémentaire lors des prochaines formations (p.ex., « élaborer plus sur ce qui se passe dans les cliniques spécialisées »).

### **Thème 2: Présentation**

La majorité des participants ont proposé que plus de temps soient prévu pour chaque session de formation. Tous suggèrent également de réduire la quantité de matériel couvert à chacune des rencontres et en y intégrant une pause. À la première session de formation, une participante a soulevé le besoin qu'un meilleur encadrement des témoignages des participants soit fait: « recentrer les gens lors des partages, car tendance à s'éloigner du sujet ».

### **Discussion**

Cette étude exploratoire a été guidée par l'objectif principal de vérifier dans quelle mesure les participants ayant complété une formation de PA pour l'accompagnement de personnes en traitement pour un TPA ou un TAS sont préparés et outillés pour intervenir auprès de ces personnes, selon le jugement des formatrices et des participants eux-mêmes.

La participation à la formation, ainsi que l'implication dans la formation évaluée à l'aide de la compréhension et du jugement des formatrices révèlent des résultats intéressants. En effet, malgré un nombre important de personnes intéressées (82) à suivre la formation et sélectionnées ensuite pour l'entrevue (34), une minorité a participé à la formation (4). Par ailleurs, des cinq personnes ayant accepté de participer à la formation, plus de la moitié présentent des problèmes d'assiduité. En bref, au terme de cette étude, seulement deux participants sur un total initial de cinq personnes n'ont pas abandonné en cours de formation.

De plus, selon la perspective des formatrices, les résultats révèlent la présence d'une implication surtout bénéfique au niveau de la participation, de l'écoute, de la capacité d'expression ainsi que de la compréhension des concepts et des outils. D'autres thèmes ont émergé, soient les manifestations de comportements problématiques (partage d'expériences et besoin de ventiler, comportements d'opposition) et les manifestations de comportements ciblés (forces et signes de progrès).

L'évaluation des participants a fait ressortir les sources d'appréciation ainsi que les recommandations et améliorations à la fois sur le contenu et sur la présentation de la formation. L'examen du matériel colligé fait ressortir certaines similitudes entre les différents points de vue des acteurs impliqués. Ainsi, autant les formatrices que les participants ont soulevé l'importance de favoriser davantage la mise en place de jeux de rôles afin de permettre une meilleure intégration des concepts appris. De plus, il a été observé par les formatrices que certains participants semblaient avoir besoin de ventiler, ce qui rejoint le point de vue des participants qui souhaitaient que les témoignages soient mieux encadrés. Le désir de consacrer plus de temps aux sessions de formation exprimé par les participants pourrait aussi être relié à l'observation faite par les formatrices au sujet de ce besoin de ventiler qui occupait une partie des rencontres.

Plusieurs liens peuvent être établis entre cette étude et des recherches précédentes. Les signes de progrès (p. ex., le fait de limiter les témoignages et d'être plus circonscrit) observés par l'ensemble des formatrices au cours des sessions de formation montrent une certaine capacité, chez les participants à apprendre et à s'adapter. Cette caractéristique a été identifiée par Tan (1992) comme un critère de sélection des PA. Donc, malgré les problèmes soulevés par les formatrices au sujet des comportements problématiques venant interférer avec le déroulement de la formation, les participants ont su démontrer des signes de progrès ce qui témoignent d'une bonne capacité à s'adapter.

### **Problèmes d'assiduité et d'abandons**

Il est essentiel de soulever les problèmes d'assiduité et d'abandons chez les participants de cette étude. En effet, malgré le contrôle de plusieurs facteurs externes (p.ex.,

les entrevues de sélection qui ont permis de vérifier la motivation tout comme la stabilité psychologique, la prise en considération de la satisfaction des participants au sujet de la formation), un participant ne s'est jamais présenté aux sessions de formation, une participante a abandonné avant la dernière session de formation et une autre a été exclue suite à deux absences et à son absence à une session de rattrapage. Ces abandons, tout comme les comportements problématiques manifestés par certains participants, posent la question du rétablissement. Solomon (1994) souligne l'importance de la stabilité des symptômes chez les PA. Ainsi, il apparaît primordial de se questionner sur le rétablissement véritable des personnes sélectionnées. D'après cette perspective, la formation pourrait être conçue comme une étape dans le processus de sélection des futurs PA. Par ailleurs, il se pourrait aussi que la durée de la formation offerte aux participants ne corresponde pas à une durée optimale. En effet, dans plusieurs études, la durée de la formation était supérieure à 20 heures (Mowbray, Mowley et Collins, 1996; Mowbray et al., 1998; Sherman et Porter, 1991), ce qui s'avère supérieur à la durée de la formation suivie, soit cinq sessions de deux heures. Il est possible de penser que les signes de progrès observés par les formatrices chez les participants se seraient poursuivis si la formation avait été plus longue. Ainsi, les prochaines formations offertes devraient prendre en considération cette donnée afin de favoriser une meilleure intégration du matériel chez les participants tout en leur laissant l'espace et le temps nécessaires pour se redéfinir dans un nouveau rôle, soit celui d'aidant (Sherman et Porter, 1991). La supervision prévue pour les PA suite à la formation pourrait aussi favoriser ce processus. Par contre, une formation trop longue pourrait augmenter le taux d'abandon. La prudence serait de mise quant à la longueur à prévoir. Des formations s'étalant sur plusieurs fins de semaine pourraient être une alternative intéressante pour permettre une progression des apprentissages tout en prévenant les abandons.

La présente étude comporte certaines limites. Premièrement, les résultats sont basés sur un petit échantillon, ce qui rend difficile la généralisation des résultats obtenus. Il faut poursuivre l'offre du programme de formation afin d'évaluer le niveau de préparation chez d'autres participants, et ce, en modifiant les modalités de la formation, particulièrement en consacrant plus de temps aux rencontres et en intégrant davantage de jeux de rôles. Il importe de rappeler que cette étude porte essentiellement sur des perceptions et interprétations. Dans

des recherches futures, il serait intéressant de développer des mesures standardisées et objectives qui pourraient être administrées à différents moments durant le processus de formation.

## **Conclusion**

En conclusion, les résultats de cette étude sont les premiers qui portent sur le processus de formation de PA pour le traitement des TA au Québec. Ils montrent l'intérêt et l'importance de porter une attention particulière au processus de formation et de prendre en considération les points de vue des différents acteurs impliqués. Dans un même ordre d'idées, cette étude a tenu compte de l'implication des PA dans le développement d'une formation conçue pour eux. Par ailleurs, la formation offerte montre la possibilité de devenir PA-bénévole dans un cadre autre que l'emploi. Comme cette première étude est exploratoire, elle a permis d'identifier les principaux thèmes à retenir dans le développement d'outils de mesure standardisés pour évaluer, de manière rigoureuse, la perspective des personnes participant à d'autres formations, en fonction des aspects qu'ils jugent pertinents. Finalement, cette étude montre l'importance de continuer à s'intéresser au point de vue de tous les acteurs impliqués dans le développement des programmes de formation et d'encadrement des PA.



**Tableau 1**  
**Niveau de participation des participants et participantes à la formation**

	Nombre de sessions complétées	Abandons	Nombre de devoirs remis
Participant 1	0	Avant la 1 <sup>e</sup> session de formation	0
Participant 2	5	Aucun	5
Participant 3	3	Suite à la 4 <sup>e</sup> formation	4
Participant 4	4	Aucun	5
Participant 5	3	Exclusion après la formation	3

### Références

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Plan d'action ministériel 2005-2010 en santé mentale: La force des liens, Montréal 2005
- Campbell J, Leaver, J. Emerging new practices in organized peer support. Report form NTCA's National Experts Meeting, Alexandria, VA 2003
- Chamberlin J, Rogers S, Ellison MJ. Self-help programs: A description of their characteristics and their members, *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1996; 19(3): 33-42
- Chartier-Otis M, Perreault M, Bélanger C, Marchand A. L'utilisation du Web pour améliorer l'accès aux traitements de personnes souffrant de troubles anxieux. Atelier présenté dans le cadre du symposium sur l'accès électronique au traitement à la Conférence internationale sur l'utilisation d'Internet en santé mentale, Montréal, Canada 2009
- Corrigan PW, Calabrese JD, Diwan SE, Keogh CB, Keck L, Mussey C. Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness; I: Qualitative analysis of program materials and testimonies, *Community Mental Health Journal* 2002; 38(4): 287-301
- Davidson L, Chinman M, Kloos B, Weingarten R, Stayner D, Tebes JK. Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence, *Clinical Psychology: Science and Practice* 1999; 6(2): 165-87
- DiNardo P, Brown TA, Barlow DH. Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-I-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L). Albany, NY, Graywind Publications 1994
- Dixon L, Krauss N, Lehman A. Consumers as service providers: The promise and challenge, *Community Mental Health Journal* 1994; 30(6): 615-25
- Fox L, Hilton D. Response to 'consumers as service providers: The promise and challenge', *Community Mental Health Journal* 1994; 30(6): 627-9
- Garay-Sevilla ME, Nava LE, Malacara JM, Huerta R, Diaz de Leon J, Mena A. et al. Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus, *Journal of Diabetes and Its Complications* 1995; 9: 81-6
- Gélinas D. Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ? Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du Colloque Suivi intensif en équipe dans la communauté: Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002

- Hodges JQ, Hardiman ER. Promoting healthy organizational partnerships and collaboration between consumer-run and community mental health agencies, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2006; 33(3): 267-78
- Kairouz S, Boyer R, Nadeau L, Perreault M, Fiset-Laniel J. Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Québec, Institut de la statistique du Québec 2008: 23-5
- Katerndahl DA. Predictors of the development of phobic avoidance, *Journal of Clinical Psychiatry* 2000; 61(8): 618-23
- Kirby MJ, Keon WJ. De l'ombre à la lumière – La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada. Le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie 2006
- Krueger RA. *Focus groups: A practical guide for applied research* (2<sup>e</sup> ed.). Thousand Oaks: Sage 1994: 255 p.
- Krueger RA. *Analyzing and reporting focus group results*. Thousand Oaks: Sage 1998
- L'Écuyer R. L'analyse de contenu: Notion et étapes. *In*: Les méthodes de la recherche qualitative, DesLauriers JP. Presses de l'Université du Québec 1988; 49-66
- Marcus HP, Runge CM. Community-based services for agoraphobics, *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services* 1990; 71(10): 602-6
- Moos R, Schaefer J, Andrassy J, Moos B. Outpatient mental health care, self-help groups, and patients' one-year treatment outcomes, *Journal of Clinical psychology* 2001; 57(3): 273-87
- Mowbray CT, Mowley DP, Collins ME. Consumers as mental health providers: First-person accounts of benefits and limitations, *Consumers as Mental Health Providers* 1998; 25(4): 397-411
- Mowbray CT, Moxley DP, Trasher S, Bybee D, McCrohan N, Harris S et al. Consumers as community support providers: Issues created by role innovation, *Community Mental Health Journal* 1996; 32(1): 47-67
- Myrick RD, Highland WH, Sabella RA. Peer helpers and perceived effectiveness, *Elementary School Guidance & Counselling* 1995; 29(4): 278-88
- Perreault M, Bonin JP, Veilleux R, Alary G, Ferland I. Expérience de formation croisée dans un contexte d'intégration des services en réseau dans le sud-ouest de Montréal, *Revue canadienne de santé mentale communautaire* 2005; 24(1): 35-49

- Rumming CB, Hansen WP, Helbing A, Pitschel-Walz G, Kissling W. Peer-to-peer psychoeducation in schizophrenia: A new approach, *Journal of Clinical Psychiatry* 2005; 66(12): 1580-5
- Salzer MS. Consumer-delivered services as a best practice in mental health care delivery and the development of practice guidelines. Unpublished paper developed 1997
- Solomon P. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients, *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2004; 27(4): 392-401
- Solomon P. Response to 'Consumers as service providers: The promise and challenge', *Community Mental Health Journal* 1994; 30(6): 631-4
- Sherman PS, Porter R. Mental health consumers as case management aides, *Hospital and Community Psychiatry* 1991; 42(5): 494-8
- Tan SY. Development and supervision of paraprofessional counselors. *In: Innovations in clinical practice: A sourcebook*, VandeCreek L, Knapp S, Jackson TL. Sarasota, FL: Professional Resource Press 1992; 431-40
- Tan SY. The role of the psychologist in paraprofessional helping, *Professional Psychology: Research and Practice* 1997; 28(4): 368-72
- Turner G, Shepherd J. A method in search of a theory: Peer education and health promotion, *Health Education Research* 1999; 14: 235-47
- Zemore SE. Helping as healing among recovering alcoholics, *Southern Medical Journal* 2007; 100(4): 447-50

CHAPITRE V  
DISCUSSION GÉNÉRALE



## DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce projet de recherche doctoral s'inscrit dans le prolongement des études de notre équipe de recherche. L'intérêt pour le développement d'un questionnaire Web mesurant à la fois la perception des besoins de soins non comblés, les obstacles au traitement, mais aussi les préférences quant au recours à des pairs-aidants provenait des résultats obtenus dans des études précédentes (Chartier-Otis *et al.*, 2009; Perreault *et al.*, 2004; Perreault *et al.*, 2006; Perreault *et al.*, 2009) ainsi que d'une consultation auprès de l'organisme Phobies-Zéro. Compte tenu d'un fort achalandage sur leur site Web, il nous avait alors été proposé d'utiliser ce moyen pour recruter des participants. Grâce à cette façon de procéder, 714 participants ont été recrutés dont 206 personnes rapportant avoir déjà reçu un diagnostic de TPA et/ou de TAS ainsi que 43 proches de personnes souffrant de troubles émotionnels (Perreault *et al.*, 2009). Par ailleurs, les résultats obtenus à partir de ce même questionnaire Web nous ont montré que près des deux tiers des participants du sous-échantillon (n = 206) rapportaient qu'ils auraient recours à des personnes ayant déjà eu des difficultés semblables aux leurs si cette possibilité leur était accessible (Chartier-Otis *et al.*, 2009). Ainsi, le développement d'une formation de pairs-aidants s'adressant à des personnes ayant déjà souffert de TPA ou de TAS prenait ses origines dans ce contexte et répondait aux attentes exprimées par les répondants.

Ce chapitre présente une discussion générale des résultats obtenus dans ce projet de recherche. Six sections composent ce chapitre. La première section fait un retour sur les résultats portant sur les obstacles au traitement chez les personnes souffrant de TPA et de TAS, sur l'impact des troubles émotionnels sur les proches et sur la mise en place d'une formation de PA. Notre recherche effectuée sur la formation est discutée et mise en perspective par rapport aux autres recherches dans le domaine. Cette présentation est faite dans la deuxième section. La troisième section discute des implications cliniques des résultats en proposant des interventions aux professionnels, mais aussi aux décideurs du système de santé. Les forces et les faiblesses de ce projet de recherche sont examinées dans la quatrième section. La cinquième section offre diverses pistes de recherches futures. Finalement, une brève conclusion termine la discussion générale à la dernière section.

## 5.1 Synthèse des principaux résultats

### 5.1.1 Obstacles au traitement

Le premier volet de ce programme de recherche, qui portait sur les facteurs ayant pu influencer l'accès aux soins pour des personnes ayant un TPA ou un TAS, montre que 69,9% des participants de l'échantillon rapportent avoir connu des périodes où ils n'ont pas reçu les soins dont ils auraient eu besoin. Plusieurs variables liées à la sévérité du trouble (dépression, évitement, durée des inquiétudes, interférence avec le fonctionnement, délai entre l'apparition des premiers symptômes et la première consultation) sont corrélées à la perception de besoins de soins non comblés. Les résultats permettent d'observer que la dépression et la présence d'évitement sont des prédicteurs de la perception de besoins de soins non comblés. Par ailleurs, les obstacles entravant l'accès aux services de santé les plus fréquemment rapportés par les participants sont les préoccupations liées au coût de ces services, la difficulté à savoir où aller pour obtenir de l'aide, l'absence de couverture d'assurance santé ainsi que le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous.

Dans cette étude, la forte proportion des participants qui ont rapporté des périodes où ils n'ont pas reçu les soins requis diffère de celle d'études précédentes (Craske *et al.*, 2005; Motjabai, Olfson et Mechanic, 2002). Cette différence pourrait s'expliquer par la provenance de l'échantillon. En effet, il est possible que la sévérité des symptômes des participants ayant répondu à notre questionnaire Web soit plus élevée que dans les études précédentes en raison de la capacité du médium utilisé pour rejoindre les personnes qui éprouvent des symptômes plus importants (Erwin *et al.*, 2004). Une autre différence pourrait aussi être imputable à la formulation de la question dans notre questionnaire. En effet, plutôt que de mesurer la perception d'accès aux soins durant les trois derniers mois au cours de la dernière année, la question posée dans notre étude portait sur une période couvrant le cours de la vie. Bien que difficile à comparer avec les autres études dont la période couvre en général les 12 derniers mois, ce choix a été guidé par les résultats obtenus dans des études antérieures indiquant que les personnes souffrant de troubles anxieux n'en viennent à obtenir un traitement approprié qu'après plusieurs années (Olfson *et al.*, 1998; Perreault *et al.*, 2004). En outre, les résultats



obtenus dans cette étude par rapport aux facteurs du modèle comportemental de l'utilisation des soins de santé diffèrent de ceux trouvés dans les études effectuées en santé primaire (Craske *et al.*, 2005; Motjabai, Olfson et Mechanic, 2002). En effet, ce sont surtout les facteurs liés à la sévérité du trouble qui sont associés à la perception de besoins de soins de santé non comblés, alors que les autres études montrent également des liens entre la variable de perception et certains facteurs prédisposants (groupe d'âge, sexe féminin) et facilitateurs (faible revenu, résidence dans un milieu rural) (Motjabai, Olfson et Mechanic, 2002; Wang *et al.*, 2005). Au niveau de la localisation géographique, il se pourrait que nous n'ayons obtenu aucune différence, en raison du fait que les participants de l'échantillon n'étaient pas distribués également dans les trois catégories de localisation (ville, banlieue, milieu rural).

Dans leur étude des prédicteurs de la perception des besoins de soins de santé non comblés, Motjabai et ses collaborateurs (2002) ont fait ressortir l'importance de la comorbidité. Cette étude est intéressante, mais elle n'a pas tenu compte de la présence d'évitement comme prédicteur de la perception des besoins de soins non comblés. À notre connaissance, cette difficulté associée aux déplacements n'avait jamais été mesurée, en dépit de son intérêt théorique lorsque les difficultés d'accès aux soins sont étudiés. L'évitement comme prédicteur est un résultat intéressant car il nous indique l'importance de venir adresser ce type de symptôme dans la façon dont les soins sont dispensés. La présence d'évitement et sa fonction chez les personnes qui éprouvent de la difficulté à accéder aux soins mériterait davantage d'attention de la part de la communauté scientifique dans les recherches futures. En effet, l'agoraphobie et l'évitement sont au cœur de ces troubles et ces symptômes ont pour effet de réduire l'accès aux traitements puisque les déplacements nécessaires pour recevoir ces services sont très difficiles à réaliser pour ces personnes. Finalement, bien que la durée des inquiétudes, l'interférence dans le fonctionnement quotidien, le délai entre l'apparition des premiers symptômes et la première consultation soient associés à la perception des besoins de soins de santé non comblés, elles ne demeurent pas des variables significatives dans le modèle de régression de notre étude.

Parmi ceux qui ont rapporté des périodes où ils n'ont pas reçu les soins dont ils auraient eu besoin, un grand nombre de participants indiquent avoir déjà été traités pour

l'anxiété (86%). Soixante-douze pour cent auraient reçu un traitement pharmacologique et 69% auraient déjà suivi une psychothérapie. Ainsi, ces résultats semblent montrer que les besoins de traitement ne sont pas nécessairement satisfaits même après avoir reçu une consultation. Par ailleurs, les résultats d'études précédentes ont démontré qu'il n'existe pas de relation directe entre la perception de besoins pour des soins et la recherche d'aide professionnelle (Afifi, Cox et Sareen, 2005; Mojtabai et *al.*, 2002). Selon les résultats de l'étude d' Afifi, Cox et Sareen (2005), la région ayant le plus faible niveau de recherche d'aide (Terre-Neuve) ne correspondait pas à la région ayant les plus faibles besoins de soins (Île-du-Prince-Édouard).

Bien que la forte recherche d'aide professionnelle puisse montrer le besoin de services comme c'est le cas dans la région du Yukon/Territoire du Nord-Ouest/Nunavut, la persévérance chez les personnes qui présentent un problème de santé mentale peut également être en cause (Afifi, Cox et Sareen, 2005.) Ainsi, le grand nombre de participants dans notre échantillon (majoritairement de centres urbains) ayant déjà consulté mais dont les besoins de traitement n'ont pas été comblés peut s'expliquer par la satisfaction à l'égard du type de service reçu (consultation à l'urgence, médication seule, type de thérapie). Cette variable n'a pas été évaluée dans la présente étude, mais il aurait été intéressant de le faire puisqu'elle s'avère très importante dans le modèle d'Andersen sur l'utilisation des services. Néanmoins, ce résultat met en lumière la nécessité de s'interroger sur la qualité des services reçus par les personnes souffrant de TPA et de TAS. Comme l'a montré l'étude de Sareen et ses collaborateurs (2005), la thérapie faisait partie des trois types de soins requis mais non reçus les plus souvent rapportés par les participants. Cette étude, tout comme dans notre échantillon où les participants auraient reçu des soins de thérapie sans pour autant avoir comblé leurs besoins à ce niveau, met de l'avant la continuité des services en tant qu'enjeu (Ouahahi *et al.*, 2009). Toutefois, il faut interpréter ces résultats avec prudence, car nous ne savons pas si les participants ont reçu les soins avant ou après la période où ils rapportaient ne pas en avoir reçus.

Les résultats obtenus dans cette étude en ce qui a trait aux obstacles au traitement permettent de constater une constance entre les études américaines. Les préoccupations liées

au coût des services et le fait de ne pas savoir où aller pour obtenir de l'aide sont les obstacles les plus fréquents autant dans l'étude de Craske et ses collaborateurs (2006) que dans celle-ci. Il se pourrait que la perception de cet obstacle associé au coût soit lié au fait que plus de la moitié des répondants ait déjà consulté dans un bureau privé et qu'ils aient un revenu inférieur à 20 000\$, soit la tranche de revenus la moins élevée de l'échantillon. Le deuxième obstacle, soit le fait de ne pas savoir où aller pour obtenir de l'aide, peut s'expliquer par le manque d'informations disponibles sur les TA, sur les services ainsi que sur les traitements offerts, tant chez les intervenant de première ligne que chez les personnes souffrant de TA.

### 5.1.2 Impact des TA sur les proches

Les résultats de la deuxième étude de ce projet de recherche permettent d'observer que les proches de personnes souffrant de troubles émotionnels, plus particulièrement de TPA, de TAS et de dépression expérimentent un type de fardeau qui diffère selon le lien qu'ils ont avec la personne atteinte. En effet, le fardeau vécu par les parents serait davantage un fardeau subjectif alors que celui des conjoints se rapporterait au fardeau objectif. Le fardeau subjectif est relié aux réactions personnelles de détresse, résultants de la prise en charge des personnes souffrant de troubles émotionnels. Pour sa part, le fardeau objectif représente les tâches que doivent accomplir les proches (aider, superviser), les interactions familiales et sociales perturbées ainsi que les activités qui ne peuvent plus être réalisées (loisirs, carrière) (Braithwaite, 1992; Schene, Tessler et Gamache, 1994). Concernant le fardeau subjectif, le plus grand nombre de commentaires a été généré pour la présence de symptômes dépressifs et anxieux. Pour le fardeau objectif, les commentaires des proches se rapportent principalement aux interactions conjugales problématiques. Ces résultats concordent avec ceux d'études précédentes (Bélanger *et al.*, 2008; Fadden *et al.*, 1987; Leff, 2005; Magliano *et al.*, 1995; Marcaurette *et al.*, 2003; Östman et Hansson, 2004; Ramos-Cerqueira *et al.*, 2008; Renshaw *et al.*, 2000; Wittmund *et al.*, 2002;).

Par ailleurs, les proches offriraient surtout du soutien émotionnel (p.ex., l'écoute) et informationnel (conseils/propositions, orientation vers les ressources). L'analyse de contenu des commentaires des proches a permis de voir que bien que très peu de soutien instrumental

soit donné, les résultats à la question sur l'accompagnement dans les déplacements montrent que plus de la moitié des proches adoptent ce type de comportement. Ce dernier ne serait pas toujours aidant, car il encouragerait souvent le maintien des stratégies d'évitement, où la personne anxieuse éviterait de se déplacer seule, mais le ferait moins lorsqu'elle est accompagnée (Bélanger et al., 2008). Ainsi, les résultats de l'analyse de contenu indiquent un soutien social qui semble adéquat alors que la question sur l'accompagnement révèle un soutien favorisant la dépendance.

De plus, les résultats obtenus révèlent que la majorité des proches souhaiteraient recevoir des services adaptés à leurs besoins. En effet, les participants de l'étude ont manifesté le désir de recevoir des services pour eux-mêmes et des services plus accessibles aux personnes de leur entourage souffrant de troubles émotionnels. Le besoin de recevoir plus d'informations sur les TA et sur les services offerts pour le traitement de ces problèmes a également été exprimé par les proches. Ces résultats concordent avec des recherches conduites auprès des proches de personnes souffrant d'ÉSPT (Billette *et al.*, 2008; Guay *et al.*, 2004; Tarrier et Humphreys, 2003). Les résultats de notre étude montrent également l'importance de développer et de rendre accessibles des services de formation et de soutien aux proches.

La situation des proches de personnes souffrant de troubles émotionnels est vraisemblablement différente de celle des proches souffrant de troubles graves en raison des caractéristiques de la pathologie. En effet, il est concevable de penser que les enjeux au quotidien ainsi que le fardeau vécu par les proches ne sont pas les mêmes. Plusieurs caractéristiques seraient associées au fardeau et à la détresse psychologique chez les proches. Le fait d'apporter de l'aide de façon quotidienne ainsi que la durée de la relation avec la personne souffrant d'un trouble seraient des prédicteurs de la détresse psychologique et du fardeau (Östman et Hansson, 2004). Par ailleurs, d'autres études ont révélé que la sévérité des symptômes ainsi que le fonctionnement du patient dans la vie de tous les jours plutôt que le type de diagnostic prédiraient ces mêmes variables chez les proches (Ohaeri, 2003; Renshaw *et al.*, 2000; Wittmund *et al.*, 2002). Il apparaît difficile de comparer les proches de personnes souffrant de troubles graves avec notre échantillon étant donné que ce dernier n'est pas

homogène: deux groupes distincts sont ressortis, soient les parents vivant un fardeau de type subjectif et les conjoints qui présentent davantage un fardeau objectif.

Néanmoins, il pourrait y avoir certaines similitudes entre les proches de personnes souffrant de schizophrénie et ceux de notre échantillon quant au fardeau objectif: activités qui ne peuvent être réalisées, interactions familiales et sociales perturbées (Veltro *et al.*, 1994), bien que les interactions conjugales apparaissent au premier plan dans notre échantillon. Par ailleurs, les symptômes dépressifs et anxieux vécus par les parents de notre échantillon seraient aussi présents chez les proches de personnes souffrant de schizophrénie (Veltro *et al.*, 1994; Wittmund *et al.*, 2002). Finalement, les études actuelles ne permettent que des comparaisons limitées en raison des méthodologies différentes ayant été utilisées. En effet, plusieurs études ne sont basées que sur des échantillons de proches provenant de groupes de soutien (Provencher *et al.*, 2003; Winefield et Harvey, 1993). Cette situation entraîne des biais puisque les proches de personnes souffrant de troubles émotionnels ne semblent pas fréquenter ces groupes.

### 5.1.3 Formation de PA

Le dernier volet de notre programme de recherche rend compte d'une formation de PA développée et conçue dans le cadre de ce projet afin d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale des personnes souffrant de TA, plus particulièrement de TPA et de TAS. L'objectif de cette étude exploratoire était de vérifier dans quelle mesure les participants ayant complété une formation étaient préparés et outillés pour intervenir auprès de ces personnes.

Les résultats indiquent un taux élevé d'abandon entre le début du processus et la fin des cinq séances de formation. Sur les 34 participants sélectionnés à une entrevue d'évaluation, seulement quatre ont participé à la formation. Au terme de cette formation, deux personnes sur les quatre participants représentent des PA potentiels. Par ailleurs, dans une perspective d'offres éventuelles de formation, des recommandations ont été soulignées tant par les formatrices que par les participants. Une plus grande place accordée aux jeux de rôles et une durée supérieure accordée à la formation reçue pourraient favoriser une meilleure

intégration du rôle de PA (Sherman et Porter, 1991). De plus, ces améliorations pourraient permettre un rétablissement optimal au futur PA. En effet, en accordant plus de temps aux sessions de formation, les participants auraient l'opportunité de pratiquer davantage les nouvelles habiletés et de prendre confiance en eux dans ce rôle. Il serait intéressant de vérifier par le biais d'autres formations, à quel point les résultats obtenus dans cette étude sont représentatifs. Le recrutement pourrait se faire directement dans les groupes de soutien et auprès des patients qui viennent de terminer une TCC dans une clinique spécialisée pour l'anxiété. Ainsi, le taux de recrutement et de participation aurait plus de chance d'être élevé qu'avec les participants recrutés à l'aide du Web, qui, possiblement, présentaient une symptomatologie plus sévère.

## 5.2 Programmes de formation

### 5.2.1 Programmes de formation et PA

Les programmes de PA sont de plus en plus encouragés dans le milieu de la santé mentale. D'ailleurs, l'un des objectifs centraux du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (PASM) préconise l'embauche de PA dans 30% des équipes de suivi intensif. À titre d'exemple, un programme de PA (Programme québécois Pairs-Aidants Réseau) pour les troubles graves de santé mentale vise à intégrer des PA au sein des services de santé mentale. Dans le domaine des TA, seule une étude conduite aux États-Unis fait état d'une formation de PA s'adressant à des personnes souffrant de TPA (Marcus et Runge, 1990). À l'aide du contenu présenté par ces auteurs et d'une consultation Web menée auprès des personnes souffrant de TA (Chartier-Otis *et al.*, 2009), ce projet de recherche a permis de concevoir la première formation de PA pour les TA au Québec.

Cette formation répond aux obstacles identifiés dans le premier volet de cette recherche selon lequel l'évitement présent dans les TA entrave l'accès aux soins en santé mentale. La mise en place de programmes de PA tels que développé dans cette recherche permettra de donner certains outils pour faire face aux situations anxiogènes, et ce, grâce à différents apprentissages que feront les futurs PA sur les interventions à adopter dans le rôle

d'accompagnateur (p.ex., techniques d'exposition). Ainsi, en apprenant comment s'exposer avec l'aide d'un PA, les personnes souffrant de TPA et de TAS pourront plus facilement se déplacer vers les milieux où sont dispensés les soins. En implantant des programmes de PA autant dans le milieu hospitalier que dans les groupes de soutien, il sera possible de pallier aux obstacles les plus fréquemment rapportés par les participants dans le premier volet de ce programme de recherche. En effet, grâce aux apprentissages effectués dans leur programme de formation, les PA pourront donner de l'information sur les ressources existantes ainsi que sur les honoraires qu'ils peuvent s'attendre à verser s'ils consultent des ressources en pratique privée, ainsi que sur les organismes offrant des services à coûts réduits comme les centres d'intervention psychologique en milieux universitaires. Le fait de dispenser ce type d'information et d'assister le patient avec un TA dans le recherche du meilleur service disponible en fonction de son problème et de ses revenus pourrait adresser les préoccupations exprimées par les participants souffrant de TPA et/ou de TAS par rapport aux coûts des services, surtout s'ils ne disposent pas d'une couverture d'assurance privée pour les traitements psychothérapeutiques, ou encore leurs préoccupations quant au fait de ne pas savoir où aller et à qui s'adresser pour recevoir de l'aide.

Par ailleurs, le délai entre l'apparition des premiers symptômes et la première consultation varie entre huit et 11 ans (Olfson *et al.*, 1998; Perreault *et al.*, 2004). Il est concevable de penser que ces délais avant que les patients n'entreprennent un traitement seront inférieurs grâce à la disponibilité de PA, puisque ces derniers pourraient aider les patients en attente de soins. Le fait de pouvoir recourir à des PA pourrait donc diminuer les délais entre l'apparition du trouble et son traitement. Il serait, de ce fait, probable que le problème d'anxiété devienne moins chronique, avec la conséquence que la durée de la thérapie puisse diminuer alors que son efficacité augmenterait. Cette augmentation de l'efficacité de la thérapie en intervenant plus tôt dans le développement du problème pourrait contribuer à réduire la liste d'attente, puisqu'un meilleur roulement de patients pourrait être atteint. Un avantage additionnel s'articule autour du fait que dans le cas d'une période d'attente avant le début d'un traitement, la personne souffrant d'un TPA ou d'un TAS pourrait être pairée à un PA pendant ce délai. Lorsqu'elle se présenterait en traitement, elle aurait donc pu entamer une certaine démarche.

### 5.2.2 Programmes de formation et proches

L'implication des proches dans le traitement est considérée comme une dimension importante de la qualité des soins et des services offerts en santé mentale selon le PASM du Québec [Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), 2005]. De plus, l'appui des conjoints et le soutien familial sont des prédicteurs du bien-être (Walen et Lachman, 2002). Dans une perspective de mieux répondre aux besoins de services identifiés par les proches dans le deuxième volet de cette recherche et conformément aux suggestions généralement formulées dans les écrits scientifiques dans le domaine, il serait intéressant d'adapter la formation développée par les PA dans le présent projet de recherche à la situation des proches. En effet, les proches, qui agissent souvent à titre d'aidants naturels, donnent souvent du soutien social à la personne souffrant de TA, mais peuvent aussi au contraire avoir un impact sur le maintien du problème en favorisant, sans le savoir, un des problèmes centraux de ce trouble, soit l'évitement. Les résultats du deuxième volet de cette recherche adressent ce problème en soulignant que plus de la moitié des proches accompagnent la personne souffrant de trouble émotionnel dans ses déplacements. Cependant, bien que certaines personnes utilisent des comportements de soutien qui sont aidants (inciter à ne pas fuir ou éviter la situation, aider à affronter ses peurs), d'autres peuvent contribuer au maintien des symptômes (dire d'éviter ou de fuir la situation, rester à sa place dans la situation). Ainsi, les proches pourraient eux-mêmes bénéficier d'une certaine formation pour les assister dans les tâches qu'ils assument pour venir en aide à une personne atteinte.

Des études ont démontré l'efficacité de ce type de programme pour les proches de personnes souffrant de schizophrénie et d'ÉSPT (Abramowitz et Coursey, 1989; Guay *et al.*, 2004, 2005; Stengård, 2003; Yamaguchi *et al.*, 2006). Plusieurs études à travers le monde ont montré des résultats significatifs chez les proches de schizophrènes sur leur niveau de détresse et de fardeau après avoir suivi un groupe de psychoéducation (Abramowitz et Coursey, 1989; Stengård, 2003; Yamaguchi *et al.*, 2006). Aux États-Unis, un groupe de psychoéducation incluait six sessions dont l'enseignement portait sur la schizophrénie, la résolution de problèmes, la gestion des comportements du patient et sur l'accès aux



ressources communautaires. Les proches de ce groupe en comparaison à un groupe contrôle rapportaient une diminution significative de leur anxiété et de leur détresse après leur participation à ce groupe (Abramowitz et Coursey, 1989). Au Japon et en Finlande, des groupes de psychoéducation ont donné des résultats similaires: diminution significative du fardeau subjectif et de la détresse (Stengård, 2003; Yamaguchi *et al.*, 2006). Dans le domaine des TA, une étude pilote réalisée par Guay et ses collaborateurs (2004, 2005) montre qu'une intervention psychoéducative de trois séances avec le conjoint d'une victime d'ÉSPT améliore la qualité de la relation conjugale. Cependant, à notre connaissance, aucune étude à ce jour n'a porté sur l'impact de ce type d'intervention sur la diminution de la détresse et du fardeau auprès des proches de personnes souffrant de troubles anxieux tels que le TPA ou le TAS.

### 5.3 Implications cliniques des résultats

Les conclusions provenant des résultats du présent projet de recherche ont des implications en ce qui a trait aux intervenants, mais aussi auprès des décideurs du système de santé. L'auteure propose des stratégies d'interventions basées sur les résultats de ce programme de recherche et de ceux d'autres études empiriques dans le domaine.

#### 5.3.1 Stratégies visant l'amélioration de l'accessibilité au traitement par l'entremise des PA ou des proches

Bien que l'impact de la formation offerte aux PA dans cette recherche n'ait pu être évalué, il n'en demeure pas moins que cette initiative représente un intérêt pour les milieux de soins en santé mentale tout comme pour les organismes communautaires ayant surtout recours à des paraprofessionnels. À cet effet, le projet Zéro-ATAQ en collaboration avec Phobies-Zéro vise à former des PA qui auront un rôle d'information et de soutien. Le matériel produit pourrait ainsi être utilisé dans un contexte de formation à l'intérieur des groupes de soutien, après quelques modifications (allouer une plus grande période de temps aux jeux de rôles et aux témoignages). Suivant les recommandations du troisième volet de cette recherche, il serait intéressant que chaque module de formation pour les PA soit séparé en

deux périodes de deux heures trente ou encore, cinq heures de formation pourraient être consacrées à chaque module. Par ailleurs, le fait que la formation ait été donnée un soir de semaine tout comme les conditions météorologiques présentes au moment de la formation (p.ex., tempête de neige) ont pu nuire à l'assiduité des participants. Dans le but de favoriser l'assiduité, les différents modules de formation pourraient être offerts durant deux fins de semaine consécutives, ce qui nécessiterait moins de déplacements et favoriserait une cohésion de groupe, motivant ainsi davantage les participants à être présents. Un autre moyen de prévenir le petit nombre de participants prêts à devenir PA au terme de la formation serait d'augmenter au préalable la taille échantillonnale, même si les participants ont exprimé que le fait d'être un petit groupe était un aspect positif de la formation offerte. Comme l'ont fait Marcus et Rungee (1990) dans leur programme de formation, les participants pourraient avoir accès à des enregistrements vidéo de la formation pour les personnes qui ne pourraient pas se présenter à une rencontre de formation. De plus, des supervisions régulières pourraient être offertes au début du suivi et la fréquence diminuerait en fonction des besoins des PA et de leur confiance en leurs habiletés. Des supervisions mensuelles de groupe seraient l'occasion de poser des questions sur le traitement et un lieu pour partager ses préoccupations. Dans la mise en place du programme, il serait probablement facilitant pour l'alliance entre PA et aidés d'effectuer un pairage en fonction des types de personnalité, de l'âge, des préférences, du sexe des protagonistes, et des disponibilités mutuelles.

Deux stratégies permettraient d'implanter le programme de formation, soit 1) à l'intérieur des équipes de santé mentale en milieu hospitalier ou en CSSS et 2) dans les groupes de soutien. L'implantation dans une équipe de travail en milieu hospitalier rencontre de nombreuses embûches sur le plan administratif. En effet, plusieurs obstacles se sont présentés dans le cadre de ce projet, surtout en ce qui concerne la définition et la reconnaissance du statut du PA et ce, en raison de l'absence de rémunération. En effet, les PA reconnus dans le système de santé actuel américain occupent cette fonction à titre d'emploi rémunéré et sont couverts par les assurances professionnelles des établissements en cause alors que la formation développée dans le présent projet de recherche vise à former des bénévoles. Ainsi, l'implantation de ce service de PA représente un défi important sur le plan administratif. Dans une perspective d'implantation favorable, il serait profitable de prévoir

une forme de dédommagement afin d'assurer un certain engagement des futurs PA, mais aussi une meilleure clarification de leurs statuts sur le plan administratif. Malgré les obstacles identifiés, elle permettrait de remédier aux obstacles au niveau du traitement en facilitant l'observance des patients à la TCC, particulièrement durant la phase d'exposition, où l'attrition est la plus forte (Perreault *et al.*, 2004).

Il apparaît également avantageux de former des paraprofessionnels à l'intérieur des différents groupes de soutien pour qu'ils puissent intervenir à titre de PA. En effet, ces groupes ont un accès privilégié aux personnes souffrant de TA, alors que les services publics n'ont pas ce type d'accès. Ainsi, ces membres formés dans les groupes de soutien posséderaient l'information nécessaire pour diriger les personnes souffrant de TA vers les ressources appropriées et ils seraient plus aptes à bien cibler les comportements à encourager ou à dissuader. Le développement d'un meilleur insight sur les facteurs qui maintiennent les comportements dysfonctionnels leur permettrait donc d'avoir un impact sur l'accès aux services.

Ce type de stratégie est susceptible d'être fonctionnel seulement si les deux groupes d'intervenants, les professionnels, les PA et les autres intervenants des groupes d'aide, conviennent d'adopter une attitude de respect et de partenariat ainsi qu'une clarification des rôles de chacun. Pittett (2004) a proposé un modèle intéressant à ce chapitre. ANXIETAS qui est une association d'entraide en Suisse allemande est en effet un exemple d'implantation de ce type de groupe de soutien basé sur la collaboration des différents protagonistes susceptibles d'intervenir dans le traitement. Des bénévoles formés accompagnent des membres du groupe sur les lieux ou dans les situations qui déclenchent les AP. Ces bénévoles reçoivent une formation par des professionnels. Celle-ci est d'une durée de trois heures par jour, et elle est échelonnée sur quatre jours. Toutefois, l'efficacité de cette formation n'a pas été évaluée.

La mise en place de services de PA représenterait un moyen de favoriser la collaboration entre les différents acteurs impliqués auprès de la personne souffrant de TA, autant les professionnels que les paraprofessionnels. Par ailleurs, l'intégration des proches dans une perspective de soins en collaboration pourrait aussi s'avérer une piste intéressante. Il

serait intéressant que le programme de formation s'adressant aux PA tel que développé dans le cadre du présent projet de recherche soit adapté à la situation des proches. Il serait concevable de mettre l'accent sur 1) la description des TA (anxiété normale vs pathologique, caractéristiques principales des différents TA, facteurs développementaux et de maintien), 2) les ressources, l'accès aux traitements et les traitements offerts pour traiter le TPA et le TAS (orientation vers les services) ainsi que sur 3) les principes de l'exposition, et le développement de stratégies aidantes. La formation pourrait être de plus courte durée et regrouper ces thèmes et quelques éléments sur la relation d'aide, sur les techniques d'écoute et de résolution de problèmes. Le premier thème permettrait d'amener une meilleure compréhension chez les proches des manifestations de l'anxiété des personnes souffrant de TA, y compris une compréhension de la fonction de l'évitement. Cette psychoéducation pourrait normaliser leurs propres réactions et la notion de fardeau pourrait être abordée. Grâce au deuxième thème, les proches apprendraient à connaître les ressources disponibles pour les personnes souffrant de TA et pour eux-mêmes. Le but du dernier thème permettrait de comprendre les principes de l'exposition et l'importance de l'accompagnement associé à un retrait graduel. Finalement, il serait utile d'enseigner aux proches des stratégies de gestion de leurs propres émotions et des façons de prendre soin d'eux-mêmes.

### 5.3.2 Comment favoriser l'accessibilité au niveau organisationnel ?

Le PASM publié par le MSSS en mai 2005 ainsi que la réforme en cours dans le système de santé québécois vise à améliorer la qualité des soins et des services de première ligne en santé mentale. Pour y parvenir, plusieurs moyens sont suggérés. Se centrer sur les médecins généralistes ainsi que sur les soins en collaboration pour les soutenir est au cœur du plan d'action (Fournier *et al.*, 2007). En effet, parce que ces médecins sont souvent les premiers à être consultés par les patients, il importe de mettre en place une hiérarchisation des services de santé mentale (Lesage, Bernèche et Bordeleau, 2010). Une étude récente a montré que les médecins de famille détectent et diagnostiquent un nombre important de troubles courants alors que des conclusions précédentes faisaient ressortir les problèmes de dépistage de ces troubles de santé mentale par les médecins de famille. Or, l'enjeu actuel ne se situerait pas tant au niveau des problèmes d'accès aux services, mais davantage au niveau

de la continuité ainsi que de la qualité des services offerts (Ouadahi *et al.*, 2009). Des études se sont intéressées aux besoins et aux variables associées à l'adéquation de l'aide donnée chez des personnes souffrant de troubles graves de santé mentale. Elles ont montré le rôle facilitateur des variables d'accessibilité et de continuité des soins dans l'utilisation des services (Fleury *et al.*, 2010; Fleury *et al.*, 2010; Fleury *et al.*, 2008).

Afin de favoriser une meilleure accessibilité des services, des initiatives à propos des campagnes d'information et de sensibilisation auprès du public et des intervenants ont été entreprises dans le cadre du *PASM*. L'objectif de ces campagnes de sensibilisation est de transmettre l'information sur les différents problèmes de santé mentale ainsi que sur les traitements dont l'efficacité a été reconnue. En effet, ce moyen pourrait venir répondre au deuxième obstacle rapporté par les participants du premier article à savoir où aller pour obtenir de l'aide ainsi qu'au besoin d'informations soulevé par les proches de personnes souffrant de troubles émotionnels (résultat du deuxième article de cette thèse). Ainsi, cette «phase préparatoire» aurait comme fonction d'amener les gens à consulter davantage et à recevoir les traitements adéquats (Lesage, Bernèche et Bordeleau, 2010).

Par ailleurs, comme l'a démontré ce projet de recherche, le Web représente un très bon moyen pour avoir accès à une population qui présente des difficultés d'accès aux soins de santé en raison de leur symptomatologie particulière où l'évitement est central. Ainsi, de l'information plus détaillée sur les manifestations du TPA et du TAS, sur les ressources communautaires et sur les traitements disponibles pourrait être affichée sur les sites Web fréquentés par ces personnes. Plusieurs outils d'auto-dépistage sont déjà disponibles en anglais pour répondre aux obstacles aux soins de santé (Newman *et al.*, 2003; Newman *et al.*, 2006). Afin d'améliorer la disponibilité de ces ressources diagnostiques pour les francophones du Québec, il serait bénéfique de les traduire en français et de les valider.

Différentes stratégies seraient à envisager pour améliorer la continuité des services. Les résultats obtenus dans le premier article de cette thèse relatifs à la comorbidité ainsi que ceux provenant d'écrits scientifiques font ressortir la nécessité d'augmenter la communication ainsi que la collaboration entre les médecins de famille et les autres

professionnels de la première et de la deuxième ligne. Puisque les médecins de famille québécois identifient un problème de santé mentale chez près de 20% de leurs patients (Ouadahi *et al.*, 2009), ceux-ci pourraient avoir un rôle d'information et de motivation auprès des patients en les encourageant à consulter un psychologue d'approche cognitivo-comportementale. Il serait aussi intéressant que les grandes lignes de la TCC soient disponibles sur un site Web, cette information pouvant être présentée au patient par le médecin de famille. De plus, la possibilité d'implanter des services de PA dans les CSSS favoriserait une meilleure continuité des services en donnant l'opportunité aux personnes ayant reçu un diagnostic de TPA ou de TAS d'entreprendre une démarche avec un PA en attendant le moment où un traitement pourrait leur être offert.

Le contrôle de la qualité des services offerts par les professionnels de la santé devrait aussi faire partie des stratégies à mettre en place. Au Québec, un projet actuellement en cours vise à répondre à ce problème. Il s'agit du réseau Qualaxia, basé sur un modèle de gestion des maladies chroniques. L'objectif principal est d'encourager et d'accroître le recours aux traitements dont les données probantes sont disponibles. Le projet Cible Qualité a été implanté dans six CSSS du Québec et vise les troubles anxieux et dépressifs (Lesage, Rhéaume et Vasiliadis, 2009; Lesage, Bernèche et Bordeleau, 2010).

Finalement, les problèmes d'accessibilité aux services associés au coût pourraient être en partie résolus en s'inspirant de la situation australienne et anglaise. Dans le premier article de cette thèse, le coût représentait l'obstacle le plus important à l'utilisation des services. Une façon de favoriser un meilleur accès pour les personnes ayant un revenu insuffisant serait d'adopter le modèle déjà en vigueur en Australie et en Angleterre. En effet, la psychothérapie est, depuis la fin 2006, remboursée par l'équivalent de la Régie de l'assurance maladie (Lesage *et al.*, 2006; Lesage, Bernèche et Bordeleau, 2010).

## 5.4 Considérations méthodologiques

### 5.4.1 Limites du programme de recherche

Une première limite concerne la validité des instruments. Les réponses obtenues au questionnaire Web à propos des diagnostics sont auto-rapportées, ce qui ne permet pas d'être assuré de leur validité. Ainsi, en raison d'une diminution de la désirabilité sociale en présence d'un questionnaire sur le Web, il est possible que les participants aient sur-rapporté des symptômes ou des diagnostics trouvés sur l'Internet. Le biais pourrait être encore plus grand pour les proches de personnes souffrant de troubles émotionnels, qui avaient à rapporter un diagnostic qu'ils pouvaient ne pas connaître. À cet égard, 25,6 % des proches ayant répondu au questionnaire Web ont rapporté ne pas connaître le diagnostic de la personne souffrant d'un trouble émotionnel. La distance sociale que créent les questionnaires Web a également pu susciter davantage l'expression de besoins de soins non comblés. Toutefois, il est également possible que la forte proportion de personnes ayant rapporté des besoins de soins non comblés soit attribuable au moyen d'enquête par le Web qui a permis d'avoir accès à des personnes qui sont difficilement joignables par les moyens d'enquêtes classiques. Ainsi, il se pourrait que notre étude ait pu détecter plus de besoins non comblés chez des personnes qui ne sont pas consultés dans les études épidémiologiques.

Une autre limite provient du fait qu'il est difficile de savoir si les résultats auprès des trois échantillons utilisés pour cette thèse peuvent se généraliser à d'autres populations qui n'auraient pas eu recours au Web. Une étude d'Erwin et ses collaborateurs (2004) avait montré que la sévérité pouvait s'avérer plus importante chez les personnes ayant eu recours au Web. Les participants recrutés dans ces trois études proviennent tous de ce mode de recrutement et pourraient donc présenter une symptomatologie plus sévère que celle de la population générale. Cette hypothèse expliquerait le fort pourcentage de personnes ayant une perception de soins non comblés tout comme l'association importante entre cette perception et certains facteurs de sévérité du modèle comportemental de l'utilisation des soins de santé. D'autre part, cela pourrait expliquer les difficultés de recrutement des participants pour la

formation de PA à l'aide de l'Internet. En effet, plusieurs avaient laissé leurs coordonnées, mais seulement quelques personnes se sont montrées intéressées à faire l'entrevue d'évaluation. Il est aussi possible que ces participants aient écrit leurs coordonnées sans ressentir d'engagement. Finalement, il se pourrait que le fait de devoir se déplacer et de passer une évaluation ait suscité chez eux beaucoup d'anxiété, et qu'ils aient pu gérer cette situation en évitant de donner suite à leur offre.

Il serait intéressant de comparer les résultats de notre étude Web à ceux d'études menées auprès de personnes souffrant de troubles anxieux afin de déterminer la représentativité de notre échantillon. En effet, en plus de la symptomatologie plus importante de notre échantillon, près de 30% des personnes de l'échantillon décrit dans le premier article ont complété des études universitaires. L'échantillon de convenance obtenu nuit à la possibilité de généralisation des résultats. Toutefois, ce résultat est intéressant car il nous indique que malgré le nombre élevé de gens instruits dont l'accès est généralement meilleur (Steele, Dewa et Lee, 2007; Goodwin et Andersen, 2002), une forte proportion de ceux-ci rapportent des besoins de soins non comblés. Ainsi, il est concevable de penser que les besoins de soins non comblés seraient moins élevés pour un échantillon populationnel que l'échantillon clinique de la présente étude.

Par ailleurs, le manque de représentativité provient aussi des questions posées sur les obstacles. Les résultats de l'étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois ont montré que ce sont surtout les obstacles d'acceptabilité qui sont les plus souvent rapportés (Lesage, Bernèche et Bordeleau, 2010). En effet, dans cette enquête, les problèmes d'acceptabilité représentant 73% des mentions, la raison la plus souvent invoquée était «préférer s'en occuper soi-même». Cet item au sujet de l'acceptabilité n'avait pas été inclus dans notre questionnaire Web. Par contre, une question ouverte donnait la possibilité aux participants de répondre sur cette dimension.

Une autre limite concerne le devis d'analyse d'étude du deuxième article sur les proches de personnes souffrant de troubles émotionnels. Les approches participatives récentes mettent de l'avant la participation des usagers ainsi que des familles dans toutes les



étapes de la recherche. Or, la présente étude n'a pas tenu compte de cette intégration du point de vue des deux parties. En effet, les points de vue n'ont pas été appariés, mais seulement considérés de façon indépendante et ce, sur des variables différentes (perspective des personnes atteintes sur leurs besoins de traitement non comblés et les obstacles; perspective des proches sur le fardeau, le soutien et l'aide requis). Il aurait été intéressant d'avoir une vision plus systémique des interactions entre les personnes atteintes et leurs proches, ce qui pourrait être l'objet d'études futures afin de mieux comprendre ces aspects chez les personnes souffrant de troubles émotionnels.

#### 5.4.2 Forces et retombées du projet de recherche

Malgré les limites précédemment mentionnées, le projet comporte plusieurs forces. Premièrement, l'étude des facteurs du modèle comportemental de l'utilisation des soins de santé et des obstacles au traitement porte pour la première fois sur une population québécoise. Ensuite, bien que l'étude n'ait pas utilisé un questionnaire validé, les sections sur la perception des besoins de soins et les obstacles au traitement proviennent de questionnaires validés. Un nouveau prédicteur de la perception des soins non comblés a été identifié: la présence d'évitement, qui semble au cœur des difficultés d'accès. Par ailleurs, bien qu'il s'agisse de données qualitatives, le fardeau et le soutien social n'avaient pas été étudiés dans les études précédentes auprès de proches souffrant de troubles émotionnels. L'utilisation de ces données ainsi que les résultats d'études précédentes a permis de concevoir une formation de PA et de l'offrir au Québec.

Par ailleurs, le présent projet de recherche apportera des retombées auprès des personnes souffrant de TA. Les résultats et la production du matériel de formation pourront être transmis dans le cadre de formations ultérieures. L'Institut universitaire en santé mentale Douglas pourra intégrer des PA formés à l'équipe des professionnels traitants au sein de la Clinique des troubles anxieux. Également, des formations pourront être offertes auprès des membres de Phobies-Zéro. Une recherche future devrait se porter sur l'évaluation de son impact et de son efficacité sur les personnes atteintes de TA. Une fois son efficacité prouvée,

elle pourrait être transmise à plus grande échelle dans d'autres groupes de soutien et d'autres équipes de professionnels en santé mentale.

Finalement, cette thèse s'inscrit dans une perspective de «restauration des rôles» (St-Onge et Tessier, 2003), trop souvent négligée dans le système de soins. Ce concept fait référence aux relations avec les proches, à l'emploi ou aux occupations ayant une signification particulière. Les résultats de ce projet de recherche répondent à cette préoccupation en révélant le besoin d'intégrer des proches ainsi que des PA au traitement dans le but de favoriser le rétablissement des personnes concernées.

## 5.5 Pistes de recherches futures

Les résultats de cette recherche ouvrent la porte à de multiples avenues qu'il serait intéressant d'aborder dans des recherches futures.

### 5.5.1 Identifier les autres manifestations de l'anxiété dans la recherche de traitement

La première étude dans le cadre de cette recherche doctorale est la première à avoir révélé, tel que déjà rapporté, la présence d'évitement comme prédicteur de la perception des besoins de soins non comblés. Or, cette variable était une variable dichotomique (présence d'évitement/absence d'évitement) et n'a pas pu mesurer les niveaux de sévérité. Ainsi, une échelle de sévérité pour les comportements d'évitement permettrait de connaître l'intensité de cet évitement. Dans les recherches futures, il serait aussi pertinent de mesurer les formes d'évitement (cognitif, comportemental) afin d'avoir une meilleure compréhension de l'impact de cette variable sur la perception des besoins de soins non comblés. Par exemple, il pourrait arriver qu'une personne n'évite pas de lieux, mais qu'elle se serve de stratégies de distraction (évitement cognitif) lorsqu'elle se retrouve dans un milieu anxiogène pour elle.

D'autre part, dans le modèle comportemental de l'utilisation des soins de santé (Andersen, 1995), les «facteurs de besoin» regroupent la sévérité du trouble, mais aussi la perception qu'a la personne de sa propre santé mentale. Or, cette variable n'a pas été mesurée

dans cette étude. Comme elle représente une composante importante des «facteurs de besoin», il serait intéressant de l'inclure dans les prochaines recherches afin de comparer les données d'échantillons provenant de participants recrutés sur le Web avec celles d'échantillons cliniques. Par ailleurs, considérant que 13,3% de la variance de la perception des besoins de soins non comblés s'explique par la présence d'évitement et par la dépression comorbide, des études futures devraient porter sur l'identification d'autres prédicteurs en lien avec la sévérité du trouble.

De plus, des études longitudinales pourraient être entreprises afin de mieux comprendre l'évolution des symptômes. En effet, les données sur les diagnostics ont été mesurées à un seul moment. Ainsi, le premier trouble à être apparu, entre le TA ou la dépression, est inconnu. Il serait intéressant de mesurer les symptômes des participants à plusieurs moments afin d'avoir des indications sur l'évolution des symptômes tout comme une meilleure compréhension du développement de troubles comorbides. Par ailleurs, la recherche de soins étant aussi influencée par le désir de changement de l'individu (Katerndahl, 2002), il serait pertinent d'examiner cette variable dans une étude longitudinale.

#### 5.5.2 Examiner le soutien social donné et les autres composantes associées au fardeau chez les proches

La majorité des études ont porté sur le soutien social reçu par les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale (Billette, Guay et Marchand, 2005; Guay, Billette et Marchand, 2006; St-Jean-Trudel, Guay et Marchand, 2009). À l'exception de la deuxième étude de ce programme de recherche, aucune étude n'a été effectuée sur le soutien donné selon la perspective des proches. Dans les recherches futures, il serait intéressant d'étudier l'impact du soutien donné par les proches sur la diminution du fardeau de ces derniers. Autrement dit, est-ce que le soutien donné contribue à diminuer les symptômes chez les personnes atteintes et ainsi amoindrir le fardeau chez les proches? Il pourrait être intéressant d'étudier à la fois l'impact du soutien social reçu par les personnes souffrant de TA et la perception du soutien social donné par les proches, dans le but de comprendre l'impact de chacune de ces variables sur le fardeau ressenti par les proches. En effet, les proches pourraient en principe avoir l'impression de donner un soutien adéquat alors que dans les faits, celui-ci pourrait ne pas

correspondre aux besoins de la personne souffrant de TA. L'existence d'une différence de perception appuierait la nécessité de faire un travail d'éducation des proches quant au soutien requis pour la personne atteinte.

### 5.5.3 Évaluer la formation

Dans les recherches futures, il serait important de vérifier que les PA gardent une distance thérapeutique et ne s'identifient pas à la personne aidée. En effet, il serait essentiel de s'assurer que l'aide apportée par les PA n'entraîne pas de comportements d'évitement et de dépendance. Dans une perspective où la formation serait une étape dans le processus de sélection des futurs PA, plusieurs critères de rémission devraient être évalués à l'aide d'instruments validés: réduction des symptômes (AP, anxiété, évitement, activation physiologique), symptomatologie comorbide (p.ex., dépression), diminution de l'interférence dans le fonctionnement social, relationnel et au travail (Doyle et Pollack, 2003). Il existe aussi d'autres critères relatifs au rétablissement dont il faudrait tenir compte. En effet, les composantes du modèle de rétablissement de Jacobson et Greeley (2001) pourraient être utilisées. Selon ce modèle, quatre conditions internes sont nécessaires au rétablissement, soit l'espoir, la guérison, l'*empowerment*, et la capacité à entrer en relation. Deux processus sont au cœur de la guérison: se définir autrement que par la maladie et la notion de contrôle où la personne a trouvé des moyens pour gérer ses symptômes. Le dernier élément, soit la capacité à entrer en relation, peut s'acquérir à travers différentes activités tel que l'emploi, l'entretien de relations sociales, mais également par la possibilité d'aider des personnes ayant vécu des difficultés similaires. Ainsi, ces éléments pourraient faire l'objet de questionnaires administrés durant le processus de formation.

Dans un deuxième temps, il serait pertinent d'évaluer les bénéfices retirés par les PA grâce à leur nouveau rôle. En effet, la possibilité d'essayer de nouveaux comportements à l'intérieur d'un cadre supportant permet un processus de réappropriation du pouvoir (*empowerment*) dont les clés sont l'autonomie, le courage et la prise de responsabilités (Jacobson et Greeley, 2001). Ainsi, ce processus pourrait faciliter le rétablissement chez les

PA. Il serait important d'en évaluer les différentes facettes afin d'avoir une meilleure connaissance des bénéfices apportés par leur nouveau rôle.

Par ailleurs, il serait intéressant, dans les études futures, une fois que le programme de PA sera implanté, de mesurer les effets du modelage: À quel point les participants se sont identifiés à leur PA ? À quel point cette identification a favorisé l'adoption de comportements similaires ? Selon la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1977), la crédibilité du modèle est importante dans le processus d'apprentissage. Ainsi, l'adoption de comportements similaires au modèle dépendra des caractéristiques du modèle, de ses propres attributs ainsi que des conséquences perçues à adopter un comportement semblable. Ainsi, des études futures pourraient porter sur l'examen de l'impact de ces variables sur l'implication de la personne aidée dans son traitement et sur l'alliance avec son PA.

Il serait aussi pertinent d'évaluer dans quelle mesure les personnes souffrant de TPA ou de TAS utilisent les services de PA. Selon une consultation Web, près des deux tiers (60,4%) des participants rapportent qu'ils auraient recours à des personnes ayant déjà eu des difficultés semblables aux leurs si cette possibilité leur était accessible (Chartier-Otis et al., 2009). Toutefois, le nombre réel de personnes qui utiliseraient un tel service devrait être examiné en considérant la tendance à répondre plus facilement par l'affirmative sur le Web.

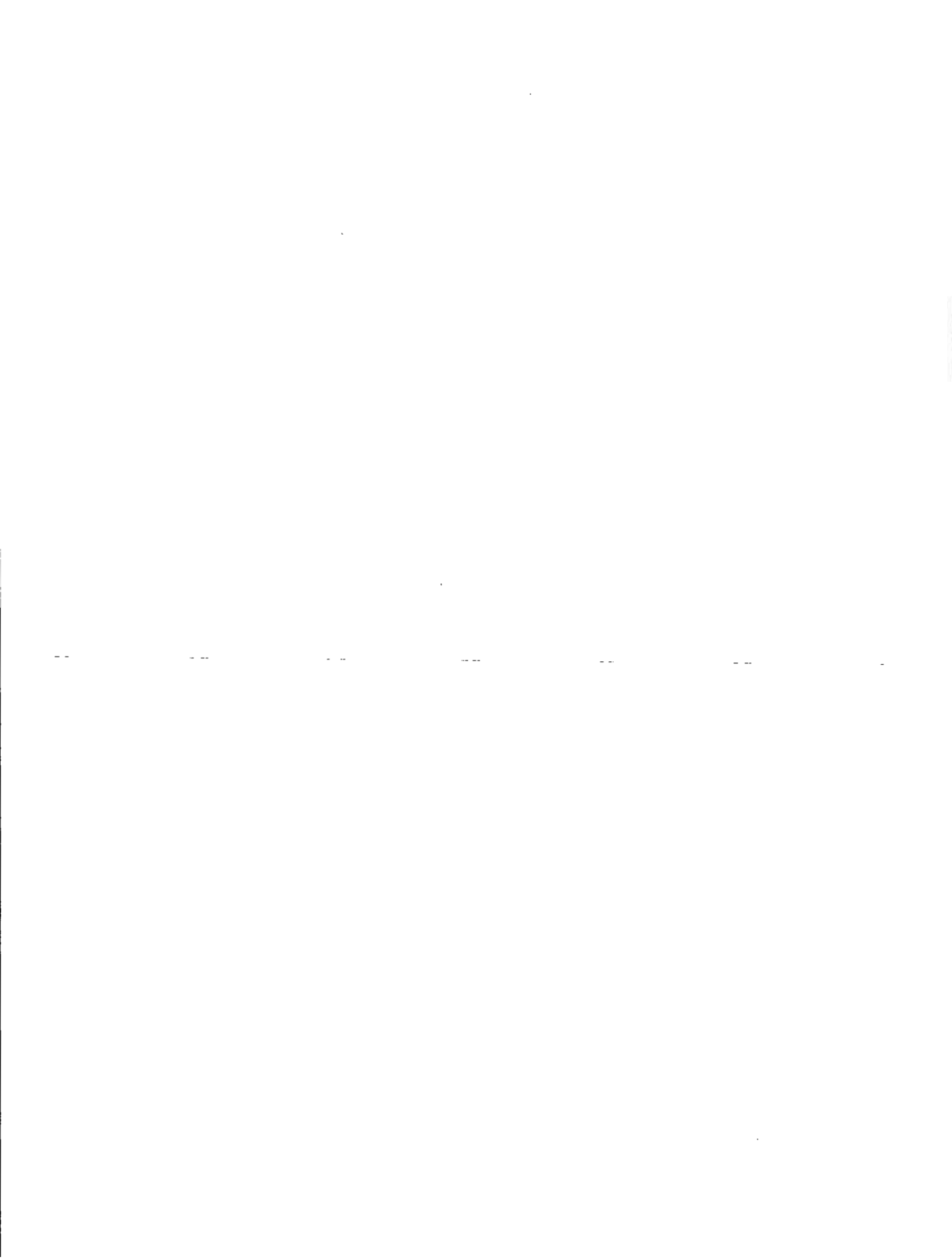
Finalement, des travaux devraient porter sur une comparaison entre plusieurs groupes en fonction des services reçus: groupe contrôle sans PA et sans traitement, groupe contrôle sans PA avec traitement, groupe recevant un service de PA uniquement, groupe avec PA et en traitement. Également, il serait intéressant d'évaluer dans quelle mesure le traitement combiné à l'intervention de PA est plus efficace pour les clients non adhérents au traitement.

## 5.6 Conclusion générale

Pour conclure, ce programme de recherche suit la direction du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* dont l'un des buts est de réduire les obstacles au traitement en favorisant la recherche d'aide chez les personnes qui en ont besoin. Les personnes affectées par des TA,

plus particulièrement ceux ayant un TPA ou un TAS, consultent peu ou attendent très longtemps avant de le faire et, lorsqu'elles le font, elles sont souvent mal orientées dans le réseau des services (Lesage *et al.*, 2006, Vasiliadis *et al.*, 2005; Olfson *et al.*, 1998; Wang *et al.*, 2005). Les différents obstacles au traitement sont nombreux (p.ex., préoccupations liées au coût, difficulté à savoir où aller pour obtenir de l'aide) et il apparaît essentiel de bien les identifier pour aider ces personnes à recevoir des traitements appropriés, en concordance avec les guides des meilleurs pratiques. Il existe plusieurs moyens qui faciliteraient l'accès au traitement chez cette clientèle présentant des comportements d'évitement importants. Ainsi le recours au Web, aux PA tout comme l'intégration des proches dans le traitement semblent prometteurs pour augmenter l'accès ainsi que l'observance au traitement clinique.

APPENDICE A  
ANNONCE SUR LES SITES PARTENAIRES





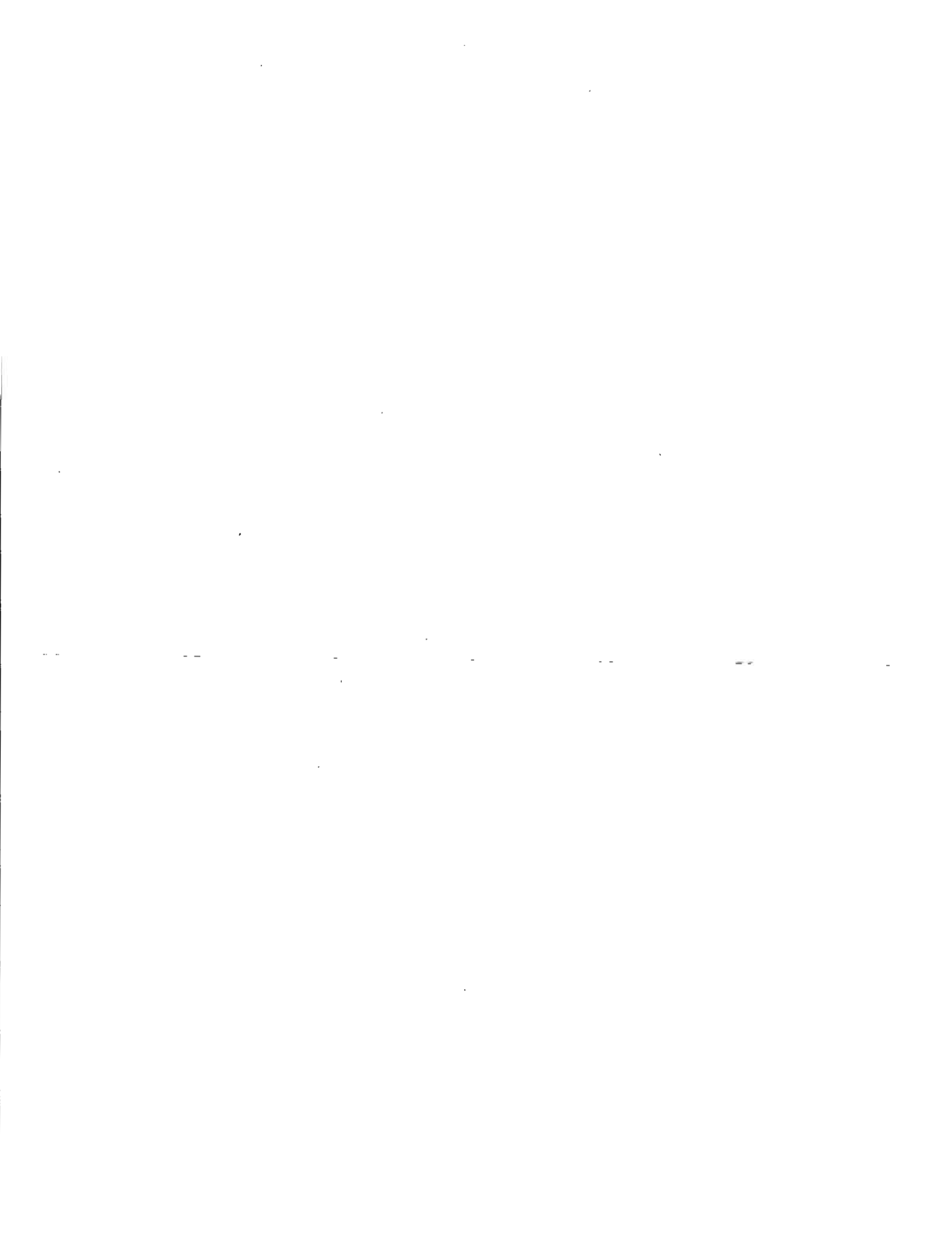
## **PARTICIPATION À UNE CONSULTATION SUR LES SERVICES OFFERTS POUR LES TROUBLES ANXIEUX**

Nous sommes à la recherche de personnes qui souffrent de troubles anxieux ou qui ont des proches incommodés par un ou des troubles anxieux. L'objectif de notre étude vise à connaître votre point de vue concernant les services de santé pour ces troubles.

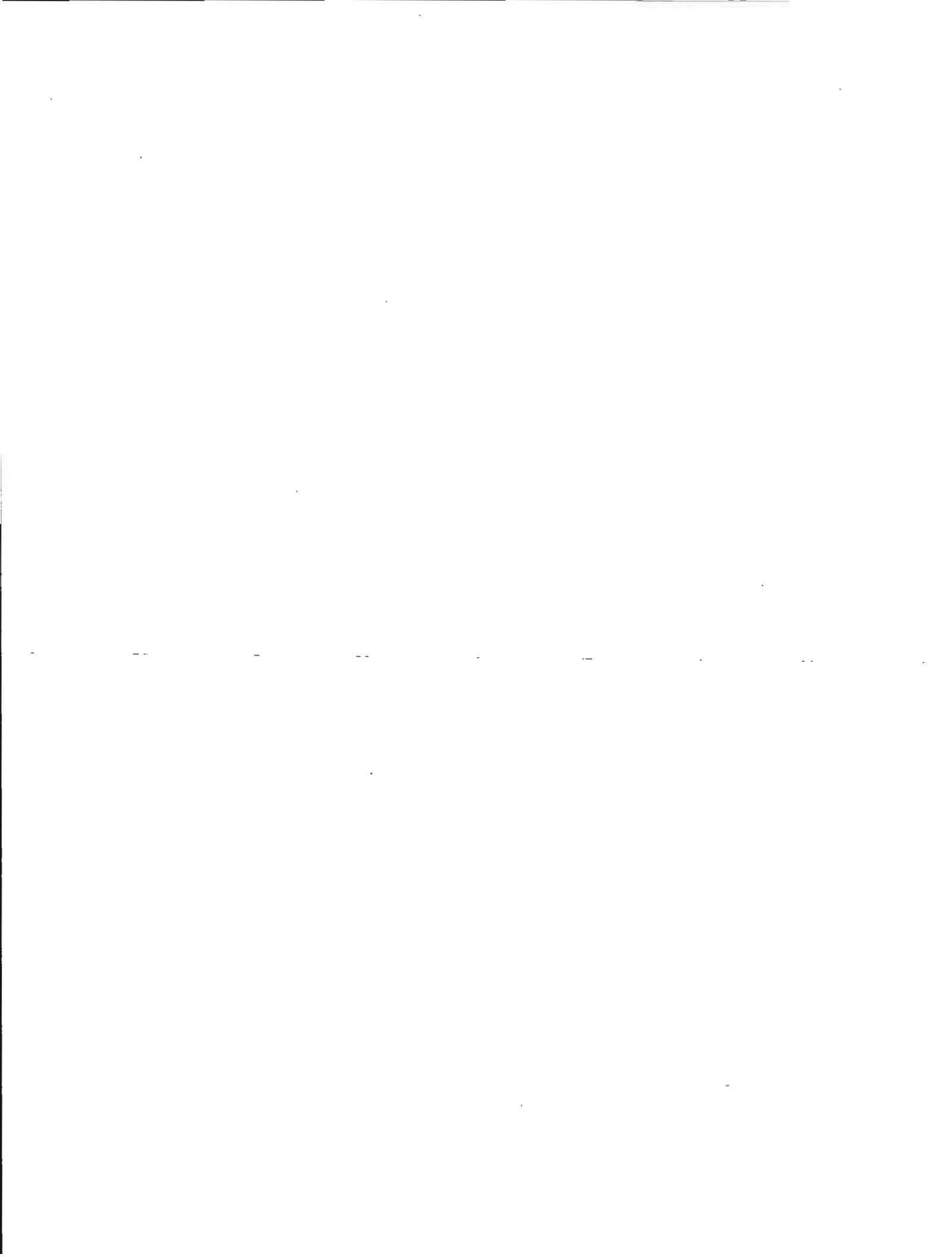
Votre implication dans cette recherche est entièrement anonyme et les informations que vous apporterez sont confidentielles. Le questionnaire prend environ 30 minutes à remplir. Les résultats seront présentés sur les différents sites Web participants, au terme de l'étude.

Si vous êtes intéressé (e) s à participer, veuillez cliquer sur le lien suivant:

Votre collaboration est essentielle à la réussite de cette étude et à la possibilité éventuelle d'interventions destinées à améliorer l'accessibilité aux services pour les personnes souffrant de troubles anxieux. Nous vous remercions infiniment pour le temps que vous nous consacrez.



APPENDICE B  
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT





## CONSENTEMENT WEB

### **Titre du projet :**

### **Consultation à propos des obstacles au traitement des personnes aux prises avec un trouble anxieux**

### **Invitation à participer à cette étude:**

Nous sollicitons votre participation à cette étude. Elle porte sur votre point de vue concernant les services de soins de santé offerts aux personnes qui souffrent de troubles anxieux. Cette étude est menée par une équipe de recherche de l'Institut Douglas dont les responsables sont Michel Perreault, Ph.D., Institut Douglas et Université McGill, Claude Bélanger, Ph.D. Institut Douglas et Université du Québec à Montréal, et André Marchand, Ph.D., Hôpital Louis-H Lafontaine et Université du Québec à Montréal en collaboration avec Phobies-Zéro.

### **But et description générale de l'étude:**

Le questionnaire de l'étude a été construit dans le but de connaître les obstacles rencontrés lors de l'utilisation des services de soins de santé des personnes qui souffrent de troubles anxieux. La durée prévue pour répondre à ce questionnaire est d'environ 30 minutes.

### **Êtes-vous obligé (e) de participer?**

Non, vous pouvez mettre un terme à votre participation en tout temps, sans avoir à justifier votre refus. Si vous décidez de cesser votre participation pendant que vous remplissez le questionnaire, vous pouvez tout simplement quitter le site Internet sans préavis.

### **Confidentialité:**

Toutes les réponses que vous nous fournirez demeureront anonymes. Elles seront traitées par l'équipe de recherche et seules les informations regroupées seront

transmises aux sites Internet participants. Aucun détail concernant vos réponses personnelles ne sera divulgué.

**Préjudices et inconvénients potentiels:**

Il n'existe pas, à notre connaissance, de risques à répondre à ce questionnaire.

**Bienfaits possibles:**

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel direct ou financier en remplissant ce questionnaire. Votre participation contribuera cependant à une meilleure connaissance des besoins au niveau des services octroyés pour les personnes souffrant d'anxiété. Des résultats généraux seront diffusés sur les sites Internet participants: [www.phobies-zéro.ca](http://www.phobies-zéro.ca), [www.douglas.qc.ca](http://www.douglas.qc.ca), [www.hlhl.qc.ca](http://www.hlhl.qc.ca), [www.acsmmontreal.qc.ca](http://www.acsmmontreal.qc.ca)).

**Qui contacter si j'ai d'autres questions?**

Pour toute question relative au projet, veuillez communiquer avec le chercheur principal, Michel Perreault, Ph.D., Institut Douglas et Université McGill, par courriel, à l'adresse suivante: [michel.perreault@douglas.mcgill.ca](mailto:michel.perreault@douglas.mcgill.ca) ou par téléphone au (514) 761-6131, poste 2823. Si vous avez des questions concernant vos droits à titre de sujet de recherche participant à une étude, veuillez joindre l'ombudsman de l'Hôpital Douglas au (514) 761-6131, poste 3287.

J'ai lu et compris les informations données ci-dessus et je consens à répondre au questionnaire.

Je ne désire pas répondre au questionnaire.

APPENDICE C  
QUESTIONNAIRE WEB





## **Consignes pour tout le questionnaire:**

Vous trouverez dans ce questionnaire un ensemble de questions à choix multiples où vous devez cocher la réponse appropriée et quelques questions ouvertes où vous aurez à compléter vous-même la réponse.

Pour chaque question, tentez de répondre au meilleur de votre connaissance en cochant la réponse correspondant le plus à votre opinion ou en écrivant un court texte qui exprime votre point de vue.

Répondez spontanément aux questions qui vous seront posées. Les questions à choix multiples ne devraient pas vous prendre plus de 15 secondes à répondre.

Vous pouvez en tout temps décider de quitter le questionnaire en cliquant sur le bouton «Je désire quitter le questionnaire». Vos réponses seront alors sauvegardées. Vous pouvez également cliquer sur le bouton «Pause» si vous désirez compléter le questionnaire plus tard. Vous aurez alors une semaine y retourner.

## ***PI* SECTION 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

---

Pour commencer, nous aimerions obtenir quelques informations sur vous et votre utilisation de l'Internet afin de dresser un portrait général des personnes qui répondent à ce questionnaire.

---

### **1. Avez-vous consulté ce site Internet...**

1. Pour améliorer votre connaissance des problèmes d'anxiété.
2. Pour améliorer votre connaissance sur les services disponibles pour les troubles anxieux.
3. Pour répondre à ce questionnaire.
3. Autres (Spécifiez: \_\_\_\_\_)

### **2. Consultez-vous ce site Internet principalement pour...**

1. Vous-même
2. Quelqu'un d'autre

*Passez à la question 3<sup>1</sup>  
 Passez au questionnaire pour les proches (SAUT  
 DE PAGE)*

**3. Combien de fois, approximativement, avez-vous consulté ce site Internet dans le dernier mois?**

---

**4. Par quel site Web en êtes-vous arrivé (e) s à consulter ce questionnaire?**

1. Association Canadienne de Santé Mentale-Montréal
2. Hôpital Louis-H. Lafontaine
3. Institut universitaire en santé mentale Douglas
4. Phobies-Zéro
5. Autres sites (Si possible, spécifiez: \_\_\_\_\_)

**5. Quels sites Web en lien avec l'anxiété avez-vous consultés dans le dernier mois? (Vous pouvez cocher plus d'une réponse)**

J'ai consulté le site de (l')...

1. Association Canadienne de Santé Mentale-Montréal
2. Hôpital Louis-H. Lafontaine
3. Institut universitaire en santé mentale Douglas
4. Phobies-Zéro
5. Autres sites (Si possible, spécifiez: \_\_\_\_\_)

**RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES**

**6. Quel est votre lieu de résidence actuel (ville)? \_\_\_\_\_**

**7. À quel groupe d'âge appartenez-vous?**

- |          |               |
|----------|---------------|
| 1. 18-24 | 4. 45-54      |
| 2. 25-34 | 5. 55-64      |
| 3. 35-44 | 6. 65 et plus |

**8. Quel est votre sexe?**

- |             |            |
|-------------|------------|
| 1. Masculin | 2. Féminin |
|-------------|------------|
- 

<sup>1</sup> Toutes les informations en italique seront absentes dans le format Web. Elles servent à guider Serge Charlebois dans la conception du format web interactif.

**9. Quel est votre lieu de naissance (ville)?** \_\_\_\_\_

**10. Quel est votre statut civil?**

- |                  |                              |              |
|------------------|------------------------------|--------------|
| 1. Célibataire   | 3. Marié (e)                 | 5. Veuf (ve) |
| 2. Union de fait | 4. Séparé (e) ou divorcé (e) |              |

**11. Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez complété?**

- |               |                      |
|---------------|----------------------|
| 1. Primaire   | 3. Collégial (CEGEP) |
| 2. Secondaire | 4. Universitaire     |

**12. Avez-vous un emploi rémunéré?**

- |                  |                  |                          |
|------------------|------------------|--------------------------|
| 1. Temps complet | 2. Temps partiel | 3. Pas d'emploi rémunéré |
|------------------|------------------|--------------------------|

**13. Poursuivez-vous des études?**

- |                  |                  |                   |
|------------------|------------------|-------------------|
| 1. Temps complet | 2. Temps partiel | 3. Pas aux études |
|------------------|------------------|-------------------|

**14. Quelles sont vos sources de revenus? (Vous pouvez cocher plus d'une réponse)**

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 1. Travail                           | 4. Prestation d'aide sociale                            |
| 2. Prestations d'assurance-chômage   | 5. Pension alimentaire                                  |
| 3. Invalidité ou accident de travail | 6. Autres (ex.: prêts, bourses, aide d'un proche, etc.) |

**15. Sur une base annuelle, à combien estimez-vous vos revenus personnels?**

- |                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Moins de 20 000\$          | 3. Entre 40 000\$ et 70 000\$ |
| 2. Entre 20 000\$ et 40 000\$ | 4. Plus de 70 000\$           |

---

Merci ! Vous venez de compléter la première section.

---

**P2 SECTION 2. SOUFFREZ-VOUS D'UN TROUBLE PSYCHOLOGIQUE?**

---

Dans cette section, nous aimerions en connaître davantage sur les difficultés que vous avez pu éprouver dans le passé ou que vous éprouvez présentement.

---

**1. Avez-vous déjà eu une évaluation pour un problème psychologique ou psychiatrique par un professionnel de la santé?**

1. Oui *Passez à la question 2*  
 2. Non *Passez à la section Dépistage (SAUT DE PAGE)*

**2. Avez-vous eu dans le passé une évaluation pour un trouble panique avec ou sans agoraphobie ou de l'agoraphobie par un professionnel de la santé?**

1. Oui  
 2. Non *Passez à la question 3*  
 3. Je ne sais pas *Passez à la question 3*

**Si oui, considérez-vous ce problème comme toujours présent ?**

1. Oui      2. Non      3. Je ne sais pas

**Si oui, combien de mois se sont écoulés entre l'apparition des premiers symptômes (malaises ou difficultés) et cette évaluation?**

J'ai eu cette évaluation environ \_\_\_\_\_ mois après l'apparition des symptômes.

**3. Avez-vous eu dans le passé une évaluation pour un trouble d'anxiété sociale (phobie sociale) par un professionnel de la santé?**

1. Oui  
 2. Non *Passez à la question 4*  
 3. Je ne sais pas *Passez à la question 4*

**Si oui, considérez-vous ce problème comme toujours présent?**

1. Oui            2. Non            3. Je ne sais pas

**Si oui, combien de mois se sont écoulés entre l'apparition des premiers symptômes (malaises ou difficultés) et cette évaluation?**

J'ai eu cette évaluation environ \_\_\_\_\_ mois après l'apparition des symptômes.

**4. Avez-vous eu dans le passé une évaluation pour une *dépression* par un professionnel de la santé?**

1. Oui  
 2. Non                    Passez à la question 5  
 3. Je ne sais pas      Passez à la question 5

**Si oui, considérez-vous ce problème comme toujours présent ?**

1. Oui            2. Non            3. Je ne sais pas

**Si oui, combien de mois se sont écoulés entre l'apparition des premiers symptômes (malaises ou difficultés) et cette évaluation?**

J'ai eu cette évaluation environ \_\_\_\_\_ mois après l'apparition des symptômes.

**5. Avez-vous eu dans le passé une évaluation ou reçu un diagnostic pour un *autre trouble psychologique ou psychiatrique* par un professionnel de la santé?**

1. Oui                    (Si vous connaissez le trouble, spécifiez: \_\_\_\_\_)  
 2. Non                    Passez à la question 6  
 3. Je ne sais pas      Passez à la question 6

**Si oui, considérez-vous ce problème comme toujours présent ?**

1. Oui            2. Non            3. Je ne sais pas

**Si oui, combien de mois se sont écoulés entre l'apparition des premiers symptômes (malaises ou difficultés) et cette évaluation?**

J'ai eu cette évaluation environ \_\_\_\_\_ mois après l'apparition des symptômes.

**6. Avez-vous déjà eu des problèmes de *dépendance* ou d'*abus* à l'*alcool* ou à d'*autres substances* (drogues, médicaments non-prescrits)?**

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas

**Si oui, votre consommation d'alcool ou de drogues a-t-elle été pour vous problématique?**

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas

*SCID-TP*

*A) Trouble panique*

**7. Vous est-il déjà arrivé d'avoir une attaque de panique, de vous sentir, *tout à coup*, saisi (e) de frayeur ou d'anxiété ou d'éprouver de nombreux symptômes?**

1. Non      Passez à la question 13
2. Oui

**8. Ces attaques sont-elles survenues *soudainement*, vous prenant par surprise dans des situations où vous ne vous attendiez pas à vous sentir nerveux (se) ou mal à l'aise?**

1. Non
2. Oui

**Si oui, combien d'attaques de ce genre avez-vous eue dans le dernier mois? \_\_\_\_\_**

**9. Après ce genre d'attaque, avez-vous été préoccupé (e) par les conséquences causées par les attaques de panique?**

1. Non      Passez à la question 13
2. Oui

**10. Dans quelle proportion de votre temps avez-vous été préoccupé (e) par ces attaques?**

1. Le tiers du temps
2. La moitié du temps

- 3. Les deux tiers du temps
- 4. Tout le temps

**11. Les inquiétudes ont-elles duré plus d'un mois?**

- 1. Oui
- 2. Non

**12. Vous arrive-t-il ou vous est-il déjà arrivé de changer certains de vos comportements en raison de ces attaques de panique?**

- 1. Oui
- 2. Non

**Si oui, au moment de votre dernière attaque de panique, quel intervalle de temps s'est écoulé entre le début des symptômes de panique et le moment où l'attaque a atteint son sommet d'intensité?**

- 1. Moins de 10 minutes
  - 2. Plus de 10 minutes
- 

*SCID-Agoraphobie*

**13. Y a-t-il certaines situations qui vous rendent anxieux (se) parce que vous avez peur d'avoir une attaque de panique?**

- 1. Non
- 2. Oui

Passez à la question 15

**14. Évitez-vous de sortir, d'être dans une foule ou une file d'attente, de prendre l'autobus ou le train par crainte d'avoir une attaque de panique?**

- 1. Oui
- 2. Non

**Si oui, devez-vous être accompagné (e) d'une personne que vous connaissez pour affronter ce genre de situations?**

- 1. Oui
  - 2. Non
- 

*SCID-TAS*

*C) Trouble d'anxiété sociale*

**15. Certaines personnes vont éprouver une peur ou une anxiété persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de performance durant lesquelles elles sont en contact avec des gens non familiers ou bien lorsqu'elles sont exposées à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Dans ces moments, elles craignent d'agir ou de montrer des réactions anxieuses de façon embarrassante ou humiliante.**

**Vous reconnaissez-vous dans cette description?**

1. Oui
2. Non

**Si oui, pouvez-vous énumérer vos peurs (optionnel): \_\_\_\_\_**

---

	Oui	Non
<b>Si oui, faites-vous des efforts particuliers pour éviter la ou les situations?</b>	1	2
<b>Si oui, est-ce que l'évitement, la peur anticipée ou la détresse que vous éprouvez en présence de situations interfèrent de façon marquée avec vos activités habituelles, votre rendement professionnel ou scolaire, vos activités sociales ou vos relations avec autrui?</b>	1	2

### **Dépistage**

*Cette section s'adresse aux personnes qui n'ont jamais reçu de diagnostic.*

#### *A) Trouble panique*

**2. Durant les six derniers mois, avez-vous eu des symptômes de peur subite et intense mais très brève, d'appréhension ou de terreur qui s'accompagnent de plusieurs symptômes physiques? Ces symptômes sont-ils survenus sans raison apparente (spontanément) ou dans des situations qui leur étaient associées (files d'attente, espaces clos, conduire sur des ponts, etc.)?**

1. Non      Passez à la question 10
2. Oui





0                      1                      2                      3                      4

**9. Jusqu'à quel point ces symptômes vous rendent-ils anxieux (se)?**

0                      1                      2                      3                      4

*B) Anxiété sociale*

- |   | Oui | Non |
|---|-----|-----|
| <b>10. Dans les situations sociales où il est possible que les gens vous remarquent, vous évaluent ou bien vous jugent, vous sentez-vous excessivement nerveux (se), mal à l'aise ou inconfortable?</b>     | 1   | 2   |
| <b>11. Avez-vous tendance à trop vous inquiéter à l'idée que vous puissiez agir de sorte à être embarrassé (e) ou vous sentir humilié (e) devant les autres ou que les autres vous jugent négativement?</b> | 1   | 2   |
| <b>12. Est-ce que vous essayez d'éviter certaines situations sociales comme parler, manger, boire ou écrire en public?</b>  | 1   | 2   |
| <b>13. Avez-vous tendance à vivre de la peur à chaque fois que vous êtes dans des situations sociales que vous redoutez?</b>  | 1   | 2   |
| <b>14. Est-ce que la peur arrive aussitôt que vous vous retrouvez dans des situations sociales que vous redoutez?</b>   | 1   | 2   |
| <b>15. Est-ce que vous diriez que votre peur en situation sociale est excessive ou déraisonnable?</b>   | 1   | 2   |
| <b>16. Jusqu'à quel point votre peur sociale dérange-t-elle votre vie, votre travail, vos activités sociale, votre vie familiale, etc.?</b>   |     |     |

0                      1                      2                      3                      4  
 Ne dérange pas du tout    Très peu    Plus ou moins    Beaucoup    Énormément

**17. Dans quelle mesure votre peur sociale vous rend-elle anxieux (se)?**

0                      1                      2                      3                      4  
 Pas d'anxiété              Très peu    Plus ou moins    Beaucoup    Énormément

**18. Est-ce que vos accomplissements dans votre travail et/ou à l'école ont été négativement affectés par votre peur en situation sociale?**

1. Oui            2. Non

*C) Évitement*

**Voici deux définitions de l'évitement anxieux:**

Peur de se retrouver dans des endroits ou des situations où, 1) il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels la personne pourrait ne pas trouver de secours en cas d'anxiété accompagnée de symptômes physiques, ou 2) peur de se retrouver dans des situations sociales ou de performance durant lesquelles la personne craint d'agir de façon embarrassante ou humiliante.

**19. Est-ce que l'une ou l'autre de ces situations décrites ci-haut génèrent des comportements d'évitement anxieux?**

1. Oui            (Spécifiez: 1, 2, 1 et 2)  
2. Non

**Si oui, est-ce que vos comportements d'évitement anxieux entraînent pour vous des difficultés au travail, à l'école ou dans vos loisirs?**

1. Oui  
2. Non  
3. Je ne travaille pas et/ou je ne vais plus à l'école

**Si vous ne travaillez pas à l'extérieur ou n'allez plus à l'école, est-ce relié à des comportements d'évitement anxieux?**

1. Oui            2. Non

**20. Si vous êtes en couple, est-ce que vos comportements d'évitement anxieux entraînent des problèmes dans votre vie de couple?**

1. Je ne suis pas en couple    2. Jamais    3. Parfois    4. Souvent    5. Toujours

**21. Est-ce que vos comportements d'évitement anxieux entraînent des difficultés dans vos relations sociales en général ?**

1. Jamais                      2. Parfois                      3. Souvent                      4. Toujours
- 

Vous avez maintenant complété la deuxième section du questionnaire.

---

### **P3 SECTION 3. VOTRE EXPÉRIENCE DE L'UTILISATION DES SERVICES**

---

Les questions suivantes portent sur votre utilisation des services de soins de santé. Nous aimerions en connaître davantage sur les consultations que vous avez eues pour vos problèmes d'anxiété ou les raisons pour lesquelles vous n'avez pas pu obtenir l'aide dont vous auriez eu besoin.

---

**1. Au cours de votre vie adulte, avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé pour un trouble panique avec ou sans agoraphobie, de l'agoraphobie ou un trouble d'anxiété sociale?**

1. Oui            Passez à la question 2
2. Non

**Si vous n'avez jamais consulté, depuis quand avez-vous un problème d'anxiété?**

Selon moi, j'ai ce problème depuis \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ années

Passez à la question 6

**2. Depuis combien de temps avez-vous consulté la première fois pour ce problème?**

J'ai consulté depuis \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ années

**3. Qui avez-vous consulté jusqu'ici? (Vous pouvez cocher plusieurs choix)**

- |                        |  |
|------------------------|--|
| 1. Médecin généraliste | 4. Autres thérapeutes                      |
| 2. Psychologue         | 5. Autres professionnels (Spécifiez _____) |
| 3. Psychiatre          |  |

**4. À quelle ressource avez-vous consulté? (Vous pouvez cocher plusieurs choix)**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Info-santé                          | 5. Hôpital général       |
| 2. CLSC                                | 6. Hôpital psychiatrique |
| 3. Clinique médicale                   | 7. Autres                |
| 4. Bureau privé avec un psychologue ou |                          |



- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 7. L'organisme consulté n'acceptait pas votre assurance santé.  | 1 | 2 |   |
| 8. Vous n'avez pas pu rejoindre un professionnel par téléphone.   |   | 1 | 2 |
| 9. Vous aviez peur de ce que les autres pourraient penser.  | 1 | 2 |   |
| 10. Vous aviez peur de perdre de l'argent sur votre paie de travail.                                      | 1 | 2 |   |
| 11. Vous ne pouviez pas vous rendre au bureau du professionnel sur les heures d'ouverture.                | 1 | 2 |   |
| 12. La durée pour se rendre au bureau du professionnel, de votre maison ou du travail, était trop longue. | 1 | 2 |   |
| 13. Vous aviez besoin de quelqu'un pour prendre soin de vos enfants.                                      | 1 | 2 |   |

**9. Avez-vous déjà suivi un traitement pour votre trouble anxieux?**

- 1 Non            Passez à la question 14  
2 Oui

**Spécifiez** (Vous pouvez cocher plusieurs choix):

- a) Une psychothérapie
- b) Un traitement pharmacologique
- c) Un groupe de soutien
- d) Un traitement à distance
- e) Autres (Spécifiez \_\_\_\_\_)

**10. Qu'avez-vous apprécié le plus dans les services et les traitements que vous avez reçus?**

---



---



---

**11. Qu'est-ce qui pourrait être amélioré selon vous?**

---



---



---

**12. Est-ce qu'un de vos proches a été impliqué dans le traitement?**

1. Oui            Spécifiez le lien:
- 1. Famille    (Spécifiez: \_\_\_\_\_)
  - 2. Conjoint (e)
  - 3. Ami (e)
  - 4. Collègues de travail
  - 5. Autres      (Spécifiez: \_\_\_\_\_)

Spécifiez de quelle façon: \_\_\_\_\_

2. Non

**Si non, auriez-vous souhaité qu'un de vos proches soit impliqué dans votre traitement?**

1. Oui
2. Non

**13. Avez-vous arrêté votre traitement pour votre trouble anxieux?**

1. Oui
2. Non

**Si oui, pourquoi avez-vous arrêté?**

1. Vous vous sentiez mieux.
2. Vous aviez complété le traitement recommandé.
3. Vous pensiez que cela n'aidait pas.
4. Vous pensiez que le problème allait s'améliorer sans recevoir plus d'aide professionnelle.
5. Vous ne pouviez pas payer.
6. Vous étiez trop embarrassé (e) de consulter un professionnel.
7. Vous vouliez résoudre le problème sans aide professionnelle.
8. Vous avez des problèmes au niveau du transport, de la garde d'enfant ou avec votre horaire.
9. Le service ou programme n'était plus disponible.
10. Vous n'étiez pas confortable vis-à-vis l'approche du professionnel.
11. Autres (Spécifiez: \_\_\_\_\_)

**14. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait (e) des traitements et des services reçus?**

1. Très satisfait
2. Satisfait
3. Ni satisfait (e), ni insatisfait
4. Insatisfait
5. Très insatisfait

**15. En général, dans quelle mesure diriez-vous que le traitement vous a aidé?**

1. Beaucoup



2. Assez
3. Un peu
4. Pas du tout

**16. Veuillez indiquer le niveau d'importance que vous accordez à l'information reçue sur...**

	Peu important	Important	Très important
1. Les services disponibles	1	2	3
2. Les difficultés pour lesquelles vous consultez	1	2	3
3. Le traitement psychothérapeutique	1	2	3
4. La médication	1	2	3

**17. Veuillez indiquer votre niveau de satisfaction concernant l'information reçue sur...**

	Incomplet	Acceptable	Excellent
1. Les services disponibles	1	2	3
2. Les difficultés pour lesquelles vous consultez	1	2	3
3. Le traitement psychothérapeutique	1	2	3
4. La médication	1	2	3

**18. Qu'est-ce que vous suggèreriez d'ajouter comme information à recevoir au moment du traitement?**

---



---



---



---



---

**19. Au moment où vous souffriez de problèmes anxieux (présent ou passé), receviez-vous l'aide d'un proche?**

1. Oui
2. Non

**Si oui, de quelle façon votre proche vous aidait-il à surmonter vos difficultés?**

---



---

**20. Veuillez identifier votre confident le plus significatif (si vous êtes en couple vous devez choisir votre conjoint-e) et inscrire le lien que vous avez avec lui (elle) (conjoint, parent, ami, etc.)** \_\_\_\_\_

Quand je vis une situation où je suis visiblement très anxieux (se) ou angoissé (e), il (elle)...

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1. me dit d'éviter ou de fuir la situation	1	2	3	4	5
2. m'accompagne dans mes déplacements	1	2	3	4	5
3. va ou reste à ma place dans la situation	1	2	3	4	5
4. m'incite à ne pas fuir ou éviter la situation	1	2	3	4	5
5. m'aide à affronter mes peurs	1	2	3	4	5

**21. Prenez-vous des médicaments pour votre trouble anxieux (trouble panique avec ou sans agoraphobie, agoraphobie ou un trouble d'anxiété sociale)?**

1. Oui
2. Non

**Si oui, connaissez-vous le type de médicament et son dosage?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Merci, vous avez maintenant rempli les trois premières sections du questionnaire.

\_\_\_\_\_

**P4****SECTION 4. GROUPES DE SOUTIEN**

---

Les groupes de soutien se composent de membres qui partagent des préoccupations semblables et s'entraident pour se sentir mieux. Nous aimerions connaître votre implication ainsi que votre point de vue sur les groupes de soutien, comme par exemple, Phobies-Zéro ou Agoraphobes Anonymes.

---

**1. Avez-vous déjà été ou êtes-vous présentement membre d'un groupe de soutien?**

1. Oui
2. Non

**Si oui, depuis combien de temps?** Depuis \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ années

**Si oui, quel est ce groupe de soutien?** \_\_\_\_\_

**Si oui, dans quelle ville?** \_\_\_\_\_

**Si non, auriez-vous souhaité devenir membre ou participer à des activités de ce genre de groupe sans pouvoir y parvenir?**

1. Oui
2. Non

**Si oui, quels ont été les obstacles?**

---



---



---



---



---

**2. Si vous appartenez à un groupe de soutien, qu'est-ce que vous appréciez le plus dans le fait d'appartenir à ce groupe?**

---



---

**Si vous ne participez pas aux activités d'un groupe de soutien, passez à la section  
POSSIBILITÉ DE RECOURS À DES PAIRS-AIDANTS**

**3. Quel est votre rôle au sein de votre groupe de soutien ? (Vous pouvez cocher plus d'une réponse)**

1. Je suis membre
2. Je suis animateur de groupe
3. Je suis bénévole mais pas animateur principal
4. Je suis bénévole pour la ligne d'écoute
5. Je suis bénévole pour l'accompagnement
6. Autres (Spécifiez: \_\_\_\_\_)

**4. Veuillez cocher dans les cases les activités de votre groupe de soutien auxquelles vous participez ainsi que la fréquence pour chacune d'entre elles?**

	Une fois par jour	De 2 à 3 fois par semaine	Une fois par semaine	Une fois par deux semaines	Une fois par mois	Une fois par 2 mois	Moins d'une fois par 2 mois
1. Réunions							
2. Ateliers et conférences							
3. Ligne téléphonique							
4. Forums de discussion							

---

**POSSIBILITÉ DE RECOURS À DES PAIRS-AIDANTS**

Les personnes qui sont responsables des activités des groupes de soutien sont souvent considérées comme des pairs-aidants. Il s'agit de personnes qui ont déjà souffert d'un trouble d'anxiété et qui apportent de l'aide à une personne qui en souffre présentement. Ici, nous nous intéressons à votre opinion sur la possibilité d'avoir recours à des pairs-aidants pour vous aider à surmonter vos difficultés.

**5. Selon vous, si vous aviez accès à des personnes qui ont des difficultés semblables aux vôtres, croyez-vous que ces personnes pourraient vous aider ? (Si**

vous ne souffrez plus de troubles anxieux, répondez aux questions en fonction de votre perception à l'époque où vous souffriez d'un trouble anxieux)

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas

**Si oui, comment ?**

---



---



---

**Si oui, quels seraient les services offerts par des pairs-aidants qui seraient les plus importants pour vous?**

**Pas du tout important    Peu important    Indifférent    Important    Très important**

**a) Accompagnement dans les endroits que vous évitez pour vous amener à pouvoir y aller seul (e).**

1                      2                      3                      4                      5

**b) Information concernant la problématique et les symptômes associés.**

1                      2                      3                      4                      5

**c) Information sur les ressources de services professionnels disponibles.**

1                      2                      3                      4                      5

**d) Encouragement à ne plus craindre d'affronter certaines situations.**

1                      2                      3                      4                      5

**e) Partage de leur expérience personnelle.**

1                      2                      3                      4                      5

**f) Partage de la façon dont ils s'en sont sortis.**

1                      2                      3                      4                      5

**8. Quelles sont, selon vous, les qualités que devrait avoir un bon pair-aidant?**

---

---

---

---

Merci ! Vous venez de compléter la quatrième section.

---

**P5****SECTION 5. DEVENIR UN PAIR-AIDANT**

Cette section est la dernière du questionnaire. Elle s'adresse à ceux et celles qui ont déjà souffert d'un trouble d'anxiété et qui voudraient apporter de l'aide à une personne qui en souffre présentement. Ici, nous voulons savoir si vous seriez intéressé(e)s à devenir un pair-aidant et, si oui, selon quelles modalités.

**1. Avez-vous de l'expérience comme pair-aidant au sein d'un groupe de soutien?**

1. Oui (Spécifiez : \_\_\_\_\_)  
2. Non

**2. Aimeriez-vous devenir un pair-aidant ?**

1. Oui  
2. Non

**Si non, pourquoi ?**

---



---



---

Passez à la fin du questionnaire

**2. Comment souhaiteriez-vous vous impliquer?**


---



---



---

**3. Devriez-vous être rémunéré(e) ?**

1. Oui      2. Non

**4. Combien de temps par semaine souhaiteriez-vous consacrer à cette activité?**

1. De 1 à 2 heures      3. De 5 à 6 heures  
2. De 3 à 4 heures      4. Plus de 7 heures

**5. Quel rôle aimeriez-vous jouer?**

---



---



---

**6. Parmi les tâches suivantes, laquelle préféreriez-vous accomplir? (Vous pouvez cocher plus d'une réponse)**

1. Accompagnement
2. Animation de sessions d'informations
3. Écoute téléphonique
4. Autres (Spécifiez : \_\_\_\_\_)

**7. Seriez-vous prêt à recevoir une formation (gratuite) pour vous aider à accompagner des personnes aux prises avec des problèmes d'anxiété?**

1. Oui                      2. Non

**Si oui, si vous deveniez un pair-aidant, sur quoi aimeriez-vous que la formation porte?**

---



---

**Si oui, énumérez par ordre de priorité les aspects les plus importants pour vous à aborder lors de la formation?**

1. Éducation sur les phobies et les problèmes d'anxiété \_\_\_\_\_
2. Renseignements sur l'évolution des phobies et des problèmes d'anxiété \_\_\_\_\_
3. Le développement de la relation d'entraide \_\_\_\_\_
4. L'importance de la confidentialité \_\_\_\_\_
5. Les techniques d'écoute \_\_\_\_\_
6. Les interventions reconnues efficaces pour le traitement des troubles anxieux \_\_\_\_\_
7. Les différents traitements disponibles \_\_\_\_\_
8. Les services disponibles pour les troubles anxieux \_\_\_\_\_
9. La gestion des problèmes dans la relation thérapeutique entre pair-aidant et personne aidée \_\_\_\_\_
10. Autres (Spécifiez : \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_



**Si oui, si vous deveniez un pair-aidant, souhaiteriez-vous vous faire superviser dans ce rôle?**

1. Oui                      2. Non

**Si oui, par qui souhaiteriez-vous vous faire superviser?**

1. Un professionnel                      3. Les deux (professionnel et pair-aidant)  
2. D'autres pairs-aidants                      4. Ça n'a pas d'importance

**Si vous avez des commentaires additionnels, nous vous invitons à les inscrire ici.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Vous avez maintenant complété le questionnaire. Nous tenons à vous remercier de vous y être intéressé(e) et d'y avoir consacré le temps nécessaire pour le remplir. Vous pourrez consulter les résultats qui seront disponibles sur les sites participants ([www.phobies-zero.ca](http://www.phobies-zero.ca), [www.douglas.qc.ca](http://www.douglas.qc.ca), [www.hlhl.qc.ca](http://www.hlhl.qc.ca), [www.acsmmontreal.qc.ca](http://www.acsmmontreal.qc.ca)).

**Soumettre**

Nous sommes présentement en train de monter une formation pour des pairs-aidants. Cette formation sera éventuellement disponible dans la région de Montréal. Si vous êtes intéressé (e) à devenir pair-aidant et que vous habitez dans la région, vous pouvez écrire vos coordonnées en cliquant sur le lien ci-dessous (vos réponses seront traitées indépendamment de vos coordonnées) ou communiquer avec la coordonnatrice du projet au (514) 761-6131, poste 2824 ou par courriel [mariko.chartier-otis@douglas.mcgill.ca](mailto:mariko.chartier-otis@douglas.mcgill.ca).

**Mettre ici le lien qui dirige vers la page des coordonnées**

**Lien**

**Coordonnées**

Nom: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (maison): \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (travail): \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (cellulaire): \_\_\_\_\_

APPENDICE D  
QUESTIONNAIRE WEB PROCHES



**3. Combien de fois, approximativement, avez-vous consulté ce site Internet dans le dernier mois?**

\_\_\_\_\_

**4. Par quel site Web en êtes-vous arrivé à consulter ce questionnaire?**

1. Association Canadienne de Santé Mentale-Montréal
2. Hôpital Louis-H. Lafontaine
3. Institut universitaire en santé mentale Douglas
4. Phobies-Zéro
5. Autres sites (Si possible, spécifiez: \_\_\_\_\_)

**5. Quels sites Web en lien avec l'anxiété avez-vous consultés dans le dernier mois? (Vous pouvez cocher plus d'une réponse)**

J'ai consulté le site de (l')...

1. Association Canadienne de Santé Mentale-Montréal
2. Hôpital Louis-H. Lafontaine
3. Institut universitaire en santé mentale Douglas
4. Phobies-Zéro
5. Autres sites (Si possible, spécifiez: \_\_\_\_\_)

## **RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES**

**6. Quel est votre lieu de résidence actuel (ville)?** \_\_\_\_\_

**7. À quel groupe d'âge appartenez-vous?**

- |                |               |
|----------------|---------------|
| 1. 17 et moins | 5. 45-54      |
| 2. 18-24       | 6. 55 -64     |
| 3. 25-34       | 7. 65 et plus |
| 4. 35-44       |               |

**8. Quel est votre sexe?**

- |             |            |
|-------------|------------|
| 1. Masculin | 2. Féminin |
|-------------|------------|

**9. Quel est votre lieu de naissance (ville)?** \_\_\_\_\_

**10. Quel est votre statut civil?**

- |                |              |              |
|----------------|--------------|--------------|
| 1. Célibataire | 3. Marié (e) | 5. Veuf (ve) |
|----------------|--------------|--------------|



**2. Dans le dernier mois, combien de fois êtes-vous entré en contact avec votre proche?**

1. Tous les jours
2. Plus d'une fois par semaine
3. Une fois par semaine
4. Une à trois fois par mois
5. Moins d'une fois par mois.
6. Autres (Spécifiez: \_\_\_\_\_)

**3. Est-ce que vous apportez de l'aide à votre proche pour ses difficultés?**

1. Oui
2. Non

**Si oui, quel type d'aide lui apportez-vous?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**4. Est-ce que les difficultés de votre proche exercent un impact sur votre vie personnelle?**

1. Oui
2. Non

**Si oui, comment?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**5. Y a-t-il des services qui vous seraient utile dans votre rôle de personne aidante?**

- 1. Non
- 2. Oui

Lesquels:

---

---

---

---

---

Merci ! Vous venez de compléter la première section.

---



PR2

## SECTION 2. DIFFICULTÉS DE MON PROCHE

Nous aimerions en connaître davantage sur les difficultés que votre proche éprouve ou a déjà éprouvé au cours de sa vie.

**1. Savez-vous si cette personne a déjà eu une évaluation pour un *problème psychologique ou psychiatrique* par un professionnel de la santé?**

- |                   |                                      |
|-------------------|--------------------------------------|
| 1. Oui            | Passez à la question 2               |
| 2. Non            | Passez à la section 3 (SAUT DE PAGE) |
| 3. Je ne sais pas | Passez à la question 2               |

**2. Savez vous si votre proche a eu dans le passé une évaluation pour un *trouble panique avec ou sans agoraphobie ou de l'agoraphobie* par un professionnel de la santé?**

- |                   |                        |
|-------------------|------------------------|
| 1. Oui            | (Spécifiez: _____)     |
| 2. Non            | Passez à la question 3 |
| 3. Je ne sais pas | Passez à la question 3 |

**Si oui, savez-vous si cette personne considère ce problème comme toujours présent?**

- |        |        |                   |
|--------|--------|-------------------|
| 1. Oui | 2. Non | 3. Je ne sais pas |
|--------|--------|-------------------|

**Si oui, savez-vous combien de mois se sont écoulés entre l'apparition des premiers symptômes (malaises ou difficultés) et cette évaluation?**

Mon proche a eu cette évaluation environ \_\_\_\_\_ mois après l'apparition des symptômes.

**3. Savez-vous si cette personne a eu dans le passé une évaluation pour un *trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)* par un professionnel de la santé?**

- |                   |                        |
|-------------------|------------------------|
| 1. Oui            |                        |
| 2. Non            | Passez à la question 4 |
| 3. Je ne sais pas | Passez à la question 4 |

**Si oui, savez-vous si cette personne considère ce problème comme toujours présent?**

1. Oui            2. Non            3. Je ne sais pas

**Si oui, savez-vous combien de mois se sont écoulés entre l'apparition des premiers symptômes (malaises ou difficultés) et cette évaluation?**

Mon proche a eu cette évaluation environ \_\_\_\_\_ mois après l'apparition des symptômes.

**4. Savez-vous si la personne que vous connaissez a eu dans le passé une évaluation pour une *dépression* par un professionnel de la santé?**

1. Oui  
 2. Non            Passez à la question 5  
 3. Je ne sais pas    Passez à la question 5

**Si oui, savez-vous si cette personne considère ce problème comme toujours présent?**

1. Oui            2. Non            3. Je ne sais pas

**Si oui, savez-vous combien de mois se sont écoulés entre l'apparition des premiers symptômes (malaises ou difficultés) et cette évaluation?**

Mon proche a eu cette évaluation environ \_\_\_\_\_ mois après l'apparition des symptômes.

**5. Savez-vous si la personne que vous connaissez a eu dans le passé une évaluation ou reçu un diagnostic pour un *autre trouble psychologique ou psychiatrique* par un professionnel de la santé?**

1. Oui            (Si vous connaissez le trouble, spécifiez: \_\_\_\_\_)  
 2. Non            Passez à la question 6  
 3. Je ne sais pas    Passez à la question 6

**Si oui, savez-vous si cette personne considère ce problème comme toujours présent?**

1. Oui            2. Non            3. Je ne sais pas

**Si oui, savez-vous combien de mois se sont écoulés entre l'apparition des premiers symptômes (malaises ou difficultés) et cette évaluation?**

Mon proche a eu cette évaluation environ \_\_\_\_\_ mois après l'apparition des symptômes.

**6. Savez-vous si la personne que vous connaissez a déjà eu des problèmes de dépendance ou d'abus à l'alcool ou à d'autres substances (drogues, médicaments non-prescrits)?**

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas

**Si oui, sa consommation d'alcool ou de drogues a-t-elle été problématique selon vous?**

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas

---

Vous avez maintenant complété la deuxième section du questionnaire.

---

**PR3 SECTION 3. L'UTILISATION DES SERVICES  
DE VOTRE PROCHE**

---

Les questions suivantes portent sur l'utilisation des services de soins de santé de la personne que vous connaissez. Nous aimerions en connaître davantage sur les consultations qu'elle a eues pour ses problèmes d'anxiété ou les raisons pour lesquelles elle n'a pas pu obtenir l'aide dont elle aurait eu besoin.

---

**1. Au cours de sa vie adulte, est-ce que votre proche a déjà consulté (e) un professionnel de la santé pour un trouble panique avec ou sans agoraphobie, de l'agoraphobie ou un trouble d'anxiété sociale?**

1. Oui            Passez à la question 2  
2. Non

**Si votre proche n'a jamais consulté ou si vous ignorez s'il (elle) l'a fait, depuis quand a-t-il (elle) un problème d'anxiété selon vous?**

Selon moi, mon proche a ce problème depuis \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ années

Passez à la question 6

**2. Depuis combien de temps a-t-il (elle) consulté la première fois pour ce problème?**

Il (elle) a consulté depuis \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ années

**3. Qui a-t-il (elle) consulté (e) jusqu'ici? (Vous pouvez cocher plusieurs choix)**

- |                        |                             |
|------------------------|-----------------------------|
| 1. Médecin généraliste | 4. Autres thérapeutes       |
| 2. Psychologue         | 5. Autres (spécifiez _____) |
| 3. Psychiatre          | 6. Je ne sais pas           |

**4. À quelle ressource a-t-il (elle) consulté (e)? (Vous pouvez cocher plusieurs choix)**

1. Info-santé  
2. CLSC

3. Clinique médicale
4. Bureau privé avec un psychologue ou un psychiatre
5. Hôpital général
6. Hôpital psychiatrique
7. Autres (spécifiez \_\_\_\_\_)
8. Je ne sais pas

**5. Si votre proche travaille, au cours de sa vie adulte, s'est-il déjà absenté (e) du travail en raison de son trouble anxieux (trouble panique avec ou sans agoraphobie ou trouble d'anxiété sociale)?**

1. Oui Nombre d'occasion/s: \_\_\_\_\_  
Durée pour chaque occasion: \_\_\_\_\_
2. Non
3. Mon proche ne travaille pas
4. Je ne sais pas

**6. Lui est-il (elle) déjà arrivé (e) de souhaiter suivre un traitement sans pouvoir y parvenir?**

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas

**Si oui, quels obstacles a-t-il (elle) rencontrés?**

---



---



---



---

**7. Au cours de sa vie adulte, y a-t-il déjà eu des périodes où votre proche n'a pas reçu les soins dont il (elle) aurait eu besoin pour ses problèmes liés à l'anxiété?**

1. Non Passez à la question 9
2. Oui

**8. Selon vous, quelles sont les raisons qui expliqueraient pourquoi votre proche n'a pas obtenu l'aide dont il (elle) aurait eu besoin? Est-ce parce que...**

	Oui	Non
1. Votre proche ne savait pas où aller pour obtenir de l'aide.	1	2
2. Votre proche était préoccupé par le coût.	1	2
3. Le plan d'assurance santé de votre proche ne couvrait pas les soins dont il (elle) avait besoin.	1	2
4. Votre proche n'a pas pu obtenir un rendez-vous assez tôt.	1	2
5. Votre proche était embarrassé à l'idée de parler de ses difficultés à quelqu'un.	1	2
6. Votre proche ne pensait pas qu'il (elle) pourrait être aidé (e).	1	2
7. L'organisme consulté n'acceptait pas l'assurance santé de votre proche.	1	2
8. Votre proche n'a pas pu rejoindre un professionnel par téléphone.	1	2
9. Votre proche avait peur de ce que les autres pourraient penser.	1	2
10. Votre proche avait peur de perdre de l'argent sur sa paie de travail.	1	2
11. Votre proche ne pouvait pas se rendre au bureau du professionnel sur les heures d'ouverture.	1	2
12. La durée pour se rendre au bureau du professionnel, de la maison ou du travail, était trop longue.	1	2
13. Votre proche avait besoin de quelqu'un pour prendre soin de ses enfants.	1	2

**9. A-t-il (elle) déjà suivi un traitement pour son trouble anxieux?**

- |                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| 1. Non            | Passez à la question 14 |
| 2. Je ne sais pas | Passez à la question 14 |
| 3. Oui            |                         |

**Spécifiez** (Vous pouvez cocher plusieurs choix):

- a) Une psychothérapie
- b) Un traitement pharmacologique
- c) Un groupe de soutien
- d) Un traitement à distance
- e) Autres (Spécifiez \_\_\_\_\_)

**10. Qu'appréciez-vous le plus dans les services et les traitements dispensés à votre proche?**

---



---



---

**11. Qu'est-ce qui pourrait être amélioré selon vous?**

---



---



---

**12. Avez-vous été impliqué dans le traitement de votre proche?**

1. Oui            Spécifiez de quelle façon: \_\_\_\_\_  
 2. Non

**Si non, auriez-vous souhaité être impliqué dans le traitement de votre proche?**

1. Oui  
 2. Non

**13. A-t-il (elle) arrêté son traitement pour son trouble anxieux?**

1. Oui  
 2. Non  
 3. Je ne sais pas

**Si oui, pourquoi a-t-il (elle) arrêté selon vous?**

1. Il (elle) se sentait mieux.
2. Il (elle) avait complété le traitement recommandé.
3. Il (elle) pensait que cela n'aidait pas.
4. Il (elle) pensait que le problème allait s'améliorer sans recevoir plus d'aide professionnelle.
5. Il (elle) ne pouvait pas payer.
6. Il (elle) était trop embarrassé (e) de consulter un professionnel.
7. Il (elle) voulait résoudre le problème sans aide professionnelle.
8. Il (elle) avait des problèmes au niveau du transport, de la garde d'enfant ou avec son horaire.
9. Le service ou programme n'était plus disponible.
10. Il (elle) n'était pas confortable vis-à-vis l'approche du professionnel.
11. Autres (Spécifiez: \_\_\_\_\_)

**14. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait (e) des traitements et des services reçus par votre proche?**

1. Très satisfait  
 2. Satisfait

- 3. Ni satisfait, ni insatisfait
- 4. Insatisfait
- 5. Très insatisfait

**15. En général, dans quelle mesure diriez-vous que le traitement a aidé votre proche?**

- 1. Beaucoup
- 2. Assez
- 3. Un peu
- 4. Pas du tout

**16. Veuillez indiquer le niveau d'importance que vous accordez à l'information reçue sur...**

	Peu important	Important	Très important
1. Les services disponibles	1	2	3
2. Les difficultés pour lesquelles votre proche consulte	1	2	3
3. Le traitement psychothérapeutique	1	2	3
4. La médication	1	2	3

**17. Veuillez indiquer votre niveau de satisfaction concernant l'information reçue sur...**

	Incomplet	Acceptable	Excellent
1. Les services disponibles	1	2	3
2. Les difficultés pour lesquelles votre proche consulte	1	2	3
3. Le traitement psychothérapeutique	1	2	3
4. La médication	1	2	3

**18. Qu'est-ce que vous suggèreriez d'ajouter comme information à recevoir au moment du traitement?**

---



---



---

**19. Au moment où votre proche souffrait de problèmes anxieux (présent ou passé), lui avez-vous apporté de l'aide?**

- 1. Oui
- 2. Non



**Si oui, de quelle façon avez-vous aidé votre proche à surmonter ses difficultés?**

---



---

**20. Pour les réactions possibles suivantes lorsque votre proche est très anxieux, veuillez indiquer À QUELLE FRÉQUENCE cela s'applique pour vous...**

Quand mon proche vit une situation où il (elle) est visiblement anxieux (se) ou angoissé (e), je (j')...

	<b>Jamais</b>	<b>Rarement</b>	<b>Parfois</b>	<b>Souvent</b>	<b>Toujours</b>
1. dis d'éviter ou de fuir la situation.	1	2	3	4	5
2. l'accompagne dans ses déplacements.	1	2	3	4	5
3. vais ou reste à sa place dans la situation.	1	2	3	4	5
4. l'incite à ne pas fuir ou éviter la situation.	1	2	3	4	5
5. l'aide à affronter ses peurs.	1	2	3	4	5

**21. Est-ce que votre proche prend des médicaments pour son trouble anxieux (trouble panique avec ou sans agoraphobie, agoraphobie ou un trouble d'anxiété sociale)?**

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas

**Si oui, connaissez-vous le type de médicament et son dosage?**

---

## **VOTRE BIEN-ÊTRE**

Les prochaines questions portent sur votre bien-être en général.

**22. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait (e) de votre vie en général?**

1. Très satisfait
2. Satisfait
3. Ni satisfait ni insatisfait
4. Insatisfait
5. Très insatisfait

**23. En général, diriez-vous que votre santé mentale est...**

- 1. excellente
- 2. très bonne
- 3. bonne
- 4. passable
- 5. mauvaise

**24. Souffrez-vous d'un problème de santé mentale?**

- 1. Oui      Si possible, spécifiez: \_\_\_\_\_
- 2. Non

**Si vous avez des commentaires additionnels, nous vous invitons à les inscrire ici.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

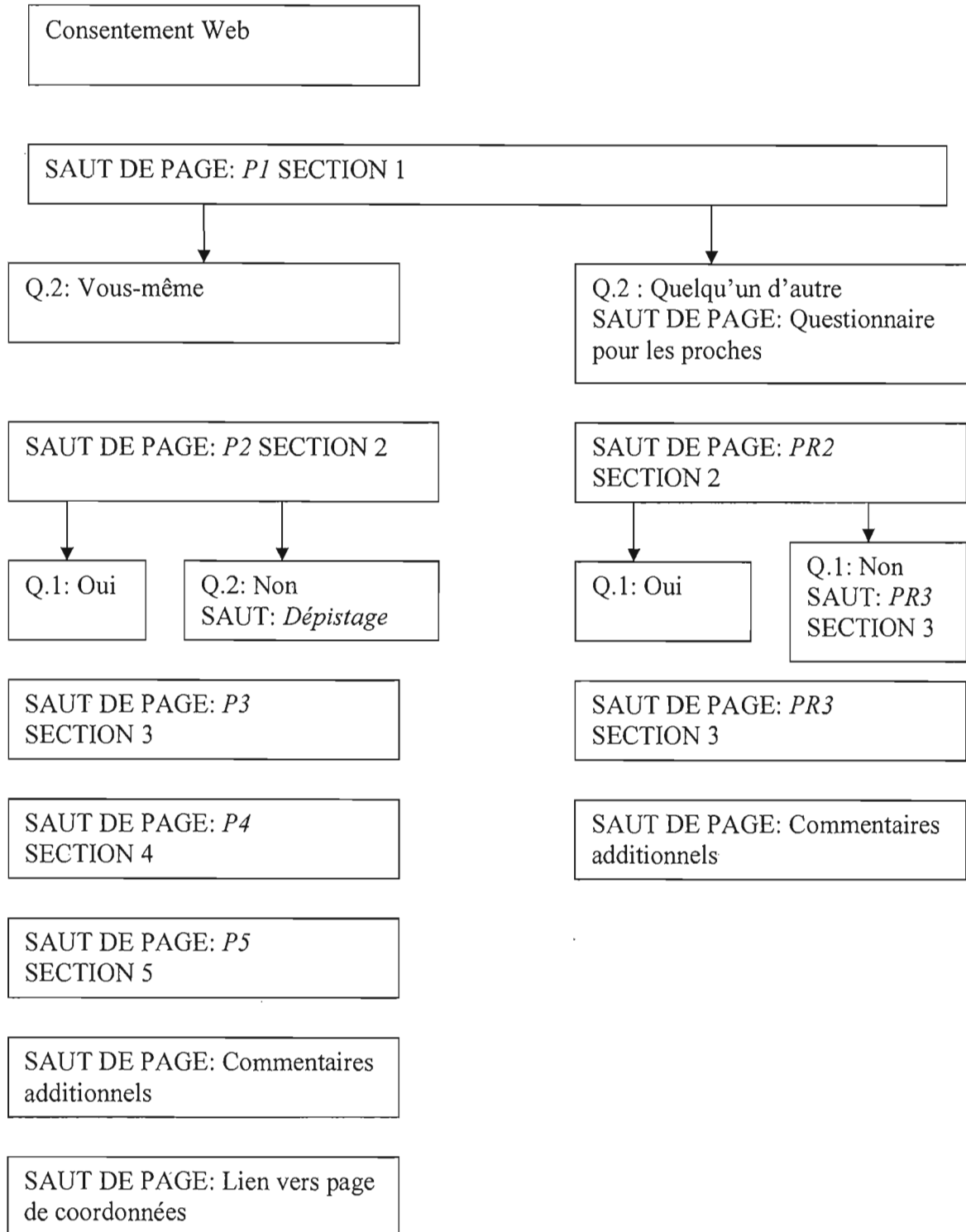
Vous avez maintenant complété le questionnaire. Nous tenons à vous remercier de vous y être intéressé (e) s et d'y avoir consacré le temps nécessaire pour le remplir. Vous pourrez consulter les résultats qui seront disponibles sur les sites participants ([www.phobies-zéro.ca](http://www.phobies-zéro.ca), [www.douglas.qc.ca](http://www.douglas.qc.ca), [www.hlhl.qc.ca](http://www.hlhl.qc.ca), [www.acsmmontreal.qc.ca](http://www.acsmmontreal.qc.ca)).

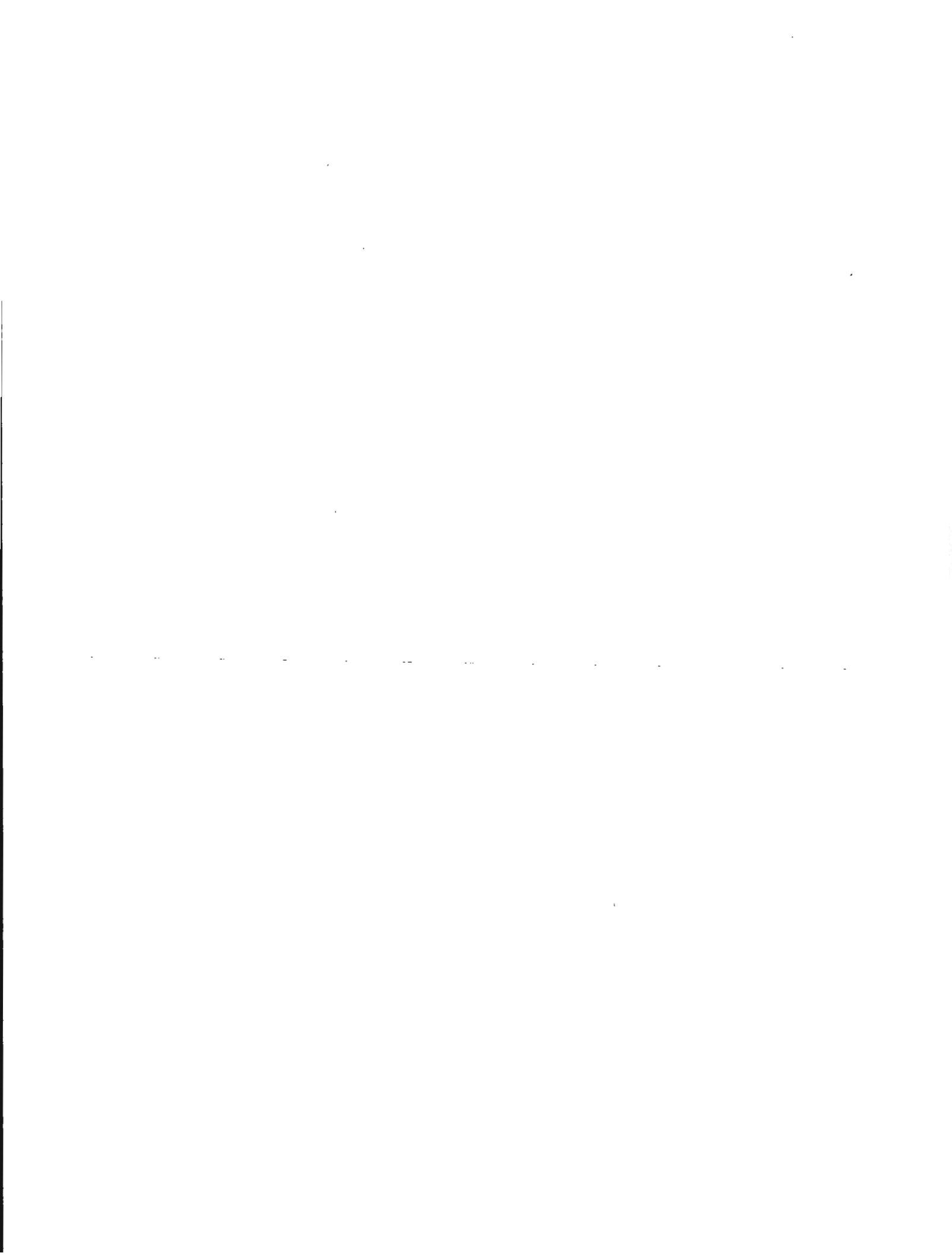
**Soumettre**

APPENDICE E  
SCHÉMA DE L'ARDRE DÉCISIONNEL POUR LA CONCEPTION DU  
QUESTIONNAIRE WEB



## SCHÉMA: ARBRE DÉCISIONNEL





APPENDICE F  
GRILLE DE L'ENTREVUE DE SÉLECTION DES PARTICIPANTS POUR LA  
FORMATION DE PAIRS-AIDANTS





## Entrevue de sélection

### Formation de pairs-aidants (PA)

#### Critères de sélection

Nom du (de la) candidat (e): \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Faible		Bon		Excellent
1	2	3	4	5

#### ➤ Explication du projet

Nous recherchons des personnes motivées et disponibles (environ 5) à suivre une formation pour devenir pair-aidant, c'est-à-dire prêt à venir en aide à des personnes souffrant de TPA ou de TAS. Le rôle du pair-aidant sera de donner de l'information, soutenir, et accompagner la personne aidée.

Thèmes	Questions	Commentaires	Appréciation
<b>Expérience</b>	Avez-vous de l'expérience en tant que PA ou bénévole dans un groupe de soutien?		
<b>Intérêt à devenir PA</b>	Pourquoi désirez-vous être pair-aidant?		
<b>Motivation</b>	En quoi votre expérience pourrait aider une personne		

	<p>souffrant d'un trouble anxieux?</p> <p>Quelles qualités pensez-vous avoir pour aider quelqu'un?</p>		
<b>Points à améliorer</b>	<p>Quels éléments verriez-vous comme plus problématiques par rapport au fait de devenir pair-aidant?</p>		
<b>Esprit d'équipe et flexibilité</b>	<p>Comment vous définissez-vous comme membre d'une équipe?</p> <p>Parlez-moi d'une occasion où vous avez dû intervenir avec une personne difficile. Quelle était la situation? Qu'avez-vous fait?</p>		

➤ **Explication pour la passation de l'ADIS**

Ce qu'on recherche comme pair-aidant c'est quelqu'un qui a déjà eu l'expérience d'un trouble anxieux, mais aussi on veut que le pair-aidant ait une certaine stabilité au niveau de ses symptômes. Donc, on va vous poser quelques questions, sentez-vous à l'aise d'y répondre. Vous n'êtes pas obligé, mais ça va nous aider dans le processus de sélection.

*Pour l'évaluateur: noter les réponses sur la feuille de l'ADIS. Les symptômes doivent être stables depuis au moins deux ans.*

➤ **Mise en situation**

Pour terminer l'entrevue, nous allons faire une courte mise en situation où je serai la personne aidée et vous le pair-aidant. Donc, vous devez intervenir avec moi au mieux de votre connaissance. Nous n'évaluerons pas vos connaissances mais plutôt votre jugement face à la situation.

*Situation: l'aidé exprime au pair-aidant son découragement face à son problème et dit qu'il a l'impression qu'il ne réussira jamais à s'en sortir.*

**Grille des comportements observés chez la personne évaluée durant la mise en situation**

Comment réagit-il à la nouveauté de la situation?	<input type="checkbox"/> Paniqué <input type="checkbox"/> Détendu <input type="checkbox"/> Mal à l'aise <input type="checkbox"/> Autres: _____
Comment intervient-il?	<input type="checkbox"/> Fait preuve d'écoute <input type="checkbox"/> Étale son savoir <input type="checkbox"/> Prend tout sur lui <input type="checkbox"/> Propose des solutions <input type="checkbox"/> Partage son vécu <input type="checkbox"/> Donne des encouragements <input type="checkbox"/> Autres: _____
Quelle est la conclusion de son intervention?	

➤ **Disponibilités**

Quels seraient vos disponibilités pour recevoir la formation si vous étiez choisi comme pair-aidant?

Semaine [ ]

Jours dans la semaine: \_\_\_\_\_

Fin de semaine [ ]

Jours dans la fin de semaine: \_\_\_\_\_

APPENDICE G  
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT: PROGRAMME DE FORMATION DES PAIRS-  
AIDANTS





## **Équipe de recherche sur l'accessibilité aux traitements des troubles anxieux**

---

### **Formulaire de consentement**

#### **Programme de formation pour des pairs-aidants susceptibles d'intervenir auprès de personnes souffrant du Trouble panique avec agoraphobie ou d'anxiété sociale**

Vous êtes invité à participer à un projet de formation conduit par l'Équipe de recherche sur l'accessibilité aux traitements des troubles anxieux dirigé par Michel Perreault, Ph.D, chercheur principal et Claude Bélanger, Ph.D, psychologue dans le domaine des troubles anxieux. Dr Perreault est rattaché à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Dans le cadre de cette recherche, Dr Perreault travaille en collaboration avec les membres d'un comité de suivi composé de Claude Bélanger, Ph.D (Institut Douglas et UQAM), André Marchand, Ph.D. (Hôpital Louis-H. Lafontaine et UQAM), Myra Piat, PhD (Institut Douglas), Stéphane Bouchard (Hôpital Pierre Janet et UQO) et Valérie Royle, présidente de Phobies-Zéro, Camillo Zacchia, Ph.D., chef des psychologues à l'Institut Douglas, La coordonnatrice de ce projet est Mariko Chartier-Otis, candidate au doctorat en psychologie à l'UQAM. Cette recherche est financée en partie par les Instituts de Recherche en santé du Canada et par le ministère de la santé et des services sociaux du Québec pour avoir soutenu en partie le financement du projet.

#### **Objectifs de l'étude**

Cette étude vise à évaluer une première formation dont le but est de former de futurs pairs-aidants qui apporteraient de l'aide à des personnes souffrant de Trouble panique avec agoraphobie ou d'anxiété sociale. Cette formation a été développée à partir des écrits scientifiques sur le sujet ainsi que des thèmes abordés par les participants lors d'une consultation sur les obstacles au traitement menée sur le Web par l'équipe de recherche. L'évaluation de la formation permettra de l'améliorer en fonction de vos suggestions et de vos commentaires.

**Description de la recherche et de votre rôle**

Si vous acceptez de participer à cette recherche sur le développement d'une formation destinée à des pairs-aidants, vous aurez à participer à cinq séances de formation d'une durée de 2h30 chacune. Ces séances porteront sur 1) La description des troubles anxieux, 2) Les ressources, l'accès aux traitements et les traitements offerts disponibles pour le Trouble panique avec agoraphobie et le Trouble d'anxiété sociale, 3) La relation d'aide, 4) Les activités plus spécifiquement assurés par les pairs-aidants et 5) Les interventions du pair-aidant dans le rôle d'accompagnateur. Les séances de formation se tiendront les mardi soirs (**18h15-20h45**) du **18 novembre au 17 décembre 2008** à la Clinique de Verdun, au 4485 rue Bannantyne. Vous aurez à compléter un questionnaire d'évaluation de la formation à la fin de chaque séance de formation ainsi qu'à faire un exercice d'apprentissage à la maison. Vous serez également convoqué à un focus group à la mi-janvier qui portera sur votre satisfaction générale de la formation que vous aurez suivie. Un montant de 20\$ vous sera remis à la fin de chaque séance de formation à titre de compensation.

Nous demandons votre consentement pour participer à cette recherche. Si vous acceptez de participer à cette étude, vous vous engagez à suivre les cinq séances de formation ainsi qu'à participer à un focus group.

**Préjudices possibles**

Autant que nous sachions, votre participation à la recherche ne vous causera aucun préjudice. Le seul désagrément connu est la longueur des formations. Vous pourrez bénéficier d'une pause à la moitié de chaque séance de formation.

**Bienfaits possibles**

Votre participation à la recherche vous permettra d'acquérir les habiletés nécessaires au rôle de pair-aidant que vous pourriez être appelé à jouer. Cette étude vous donnera la possibilité de donner votre opinion sur le contenu qui vous sera présenté afin d'améliorer cette première formation.

**Participation**

Votre participation est volontaire et vous pouvez la retirer en tout temps.

**Confidentialité et anonymat**

Aucune information révélant votre identité ne sera diffusée ou publiée. Afin d'assurer la confidentialité de l'information, un numéro sera utilisé à la place de votre nom pour l'entrée des données d'entrevue. Seule l'équipe de recherche aura accès à cette information. Les publications qui émaneront de cette étude ne comporteront aucun nom de participants.



**Consentement**

En signant ce formulaire de consentement, vous acceptez de participer à cette étude. Assurez-vous que toutes vos questions ont reçu une réponse satisfaisante. Si l'information que vous avez reçue n'est pas suffisamment claire ou si vous n'avez pas eu de réponses satisfaisantes à toutes vos questions, vous pouvez rejoindre :

Michel Perreault, Ph.D., chercheur principal  
 Institut de santé mentale Douglas  
 6875 boul. LaSalle  
 Montréal, Québec  
 Canada H4H 1R3  
 Tel: (514) 761-6131, poste 2823

Si vous avez éventuellement des questions, vous pouvez communiquer avec Mariko Chartier-Otis, coordonnatrice de recherche au 514-761-6131, poste 2824. Vous pouvez aussi rejoindre Michel Perreault en utilisant les coordonnées ci-dessus. Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant à la recherche, vous pouvez téléphoner à l'Ombudsman de l'Institut Douglas, Madame Francine Y. Bourassa, au 761-6131, au poste 3287.

Je déclare:

- 1) avoir lu et compris les informations portant sur cette étude
- 2) comprendre que je peux poser des questions dans le futur
- 3) consentir librement à participer au projet et l'atteste en signant le formulaire de consentement.

\_\_\_\_\_  
 NOM DU PARTICIPANT  
 (LETTRES MOULÉES)

\_\_\_\_\_  
 SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
 DATE

\_\_\_\_\_  
 NOM DE LA COORDONNATRICE  
 (LETTRES MOULÉES)

\_\_\_\_\_  
 SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
 DATE

**Demande d'autorisation d'enregistrement**

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance que des enregistrements (audio) seront effectués en début de formation pour permettre de recueillir vos commentaires sur la formation précédente. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. On a garanti à ma satisfaction, la confidentialité de ces enregistrements et on m'a informé de la durée de garde de ces enregistrements. Après réflexions, j'accepte que ces enregistrements soient effectués mais je conserve le droit de demander en tout temps que ces enregistrements soient détruits.

Nom du participant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

APPENDICE H  
PLANIFICATION DE L'HORAIRE DES SESSIONS DE FORMATION



## Planification de l'horaire des sessions de formation

### Horaire du module 1: La description des troubles anxieux

Contenu à couvrir	Durée
1-Présentation des formateurs et des participants 2-Présentation du contexte de la formation et des règles de groupe (confidentialité, ...) 3-Contenu de la formation (tableau avec les trois rôles) 4-Signature des formulaires de consentement	30 minutes
1-Objectifs du module 2-Brève mise en contexte 3-L'anxiété normale vs pathologique	10 minutes
<b>1-Trouble panique avec agoraphobie</b> - Population atteinte - Qu'est-ce qu'une attaque de panique? - Caractéristiques principales - Répercussions <b>2-Trouble d'anxiété sociale</b> - Population atteinte - Caractéristiques principales - Répercussions	30 minutes
PAUSE	10-15 minutes
<b>1-Autres troubles anxieux</b> Trouble d'anxiété généralisé Trouble obsessionnel-compulsif État de stress post-traumatique Phobie spécifique	15 minutes
Tableau sur la distinction des troubles anxieux (emphase sur la présence d'évitement dans le TPA et TAS)	5 minutes
1-Qu'est-ce que la comorbidité? 2-Facteurs développementaux et de maintien des troubles anxieux	15 minutes
1-Conclusion 2-Exercice d'apprentissage	15 minutes
<b>Participants:</b> Questionnaire d'évaluation de la session de formation <b>Formateurs:</b> Fiche d'évaluation du participant Explication du devoir	15 minutes

Horaire du module 2: Les ressources, l'accès aux traitements et les  
traitements offerts pour le Trouble panique avec agoraphobie et le  
Trouble d'anxiété sociale

Contenu à couvrir	Durée
1-Retour – rétroaction sur la dernière session de formation 2-Remise de l'exercice fait à la maison et questions	15 minutes
1-Objectifs du module 2-Brève mise en contexte	5-10 minutes
<b>Où et comment chercher de l'aide</b> - Qu'arrive-t-il si une personne anxieuse consulte un médecin? - Les cliniques spécialisées pour les troubles anxieux - Le choix d'un psychologue en pratique privée pour traiter un trouble anxieux - Le choix d'une clinique universitaire pour traiter un trouble anxieux -D'autres professionnels qui peuvent aider -Les groupes de soutien et les sites Internet	30 minutes
PAUSE	10-15 minutes
<b>Les différents types de traitement</b> 1-Les traitements pharmacologiques Qui a besoin de médication et qui la prescrit?	15 minutes
2-Les traitements psychologiques Les principes de la thérapie cognitivo-comportementale (présentation du modèle, illustration d'un exemple, caractéristiques)	15 minutes
Les traitements alternatifs	5 minutes
Conclusion et exercice d'apprentissage	15 minutes
Participants: Questionnaire d'évaluation de la session de formation Formateurs: Fiche d'évaluation du participant Explication du devoir	15 minutes

## Horaire du module 3: La relation d'aide

Contenu à couvrir	Durée
1-Retour – rétroaction sur la dernière session de formation 2-Remise de l'exercice fait à la maison et questions	15 minutes
1-Objectifs du module 2-Brève mise en contexte (Qu'est-ce qu'un pair-aidant?)	5-10 minutes
<b>L'alliance thérapeutique et la relation d'aide entre le pair-aidant et l'aidé</b> 1-Qu'est-ce que l'alliance thérapeutique? Définition Qualités que devraient avoir un bon pair-aidant...  2-Comment définir la relation entre pair-aidant et aidé Définition Caractéristiques de cette relation Limites de cette relation Vrai ou faux? D'autres situations qui pourraient survenir...	15 minutes    20 minutes
PAUSE	10-15 minutes
<b>Le développement de la relation d'aide</b> 1-Établir le premier contact téléphonique et prendre un RV 2-Rencontrer la personne que vous allez accompagner 3-Se rencontrer pour continuer à développer le lien et aborder la gestion de l'anxiété 4-Poursuivre un nombre X de rencontres en fonction des besoins de la personne accompagnée 5-Accompagnement dans des situations qui provoquent de l'anxiété	20 minutes
<b>Comment gérer les aidés difficiles?</b> Les types d'aidés pouvant être problématiques (l'aidé suicidaire ou en situation de crise, l'aidé en colère ou qui manifeste de l'agressivité, l'aidé non-motivé, l'aidé qui pleure, l'aidé silencieux, l'aidé qui communique inefficacement)	20 minutes
1-Le code de conduite des pairs-aidants et l'importance du respect de la confidentialité 2-Les principes de l'intervention à intensité décroissante auprès des aidés	15 minutes
Conclusion et exercice d'apprentissage	15 minutes
Participants: Questionnaire d'évaluation de la session de formation Formateurs: Fiche d'évaluation du participant Explication du devoir	15 minutes

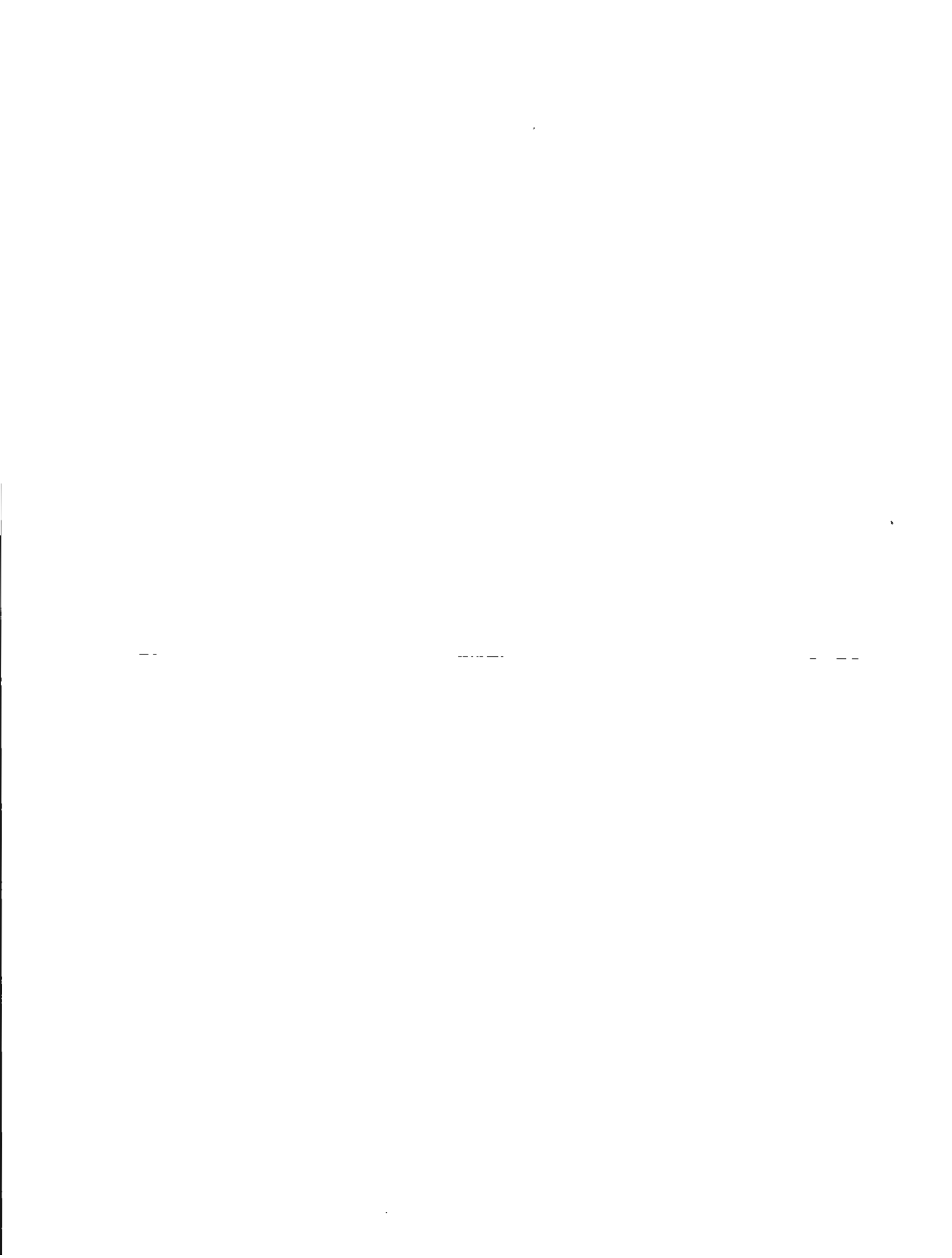
## Horaire du module 4: Les activités assurées par les pairs-aidants

Contenu à couvrir	Durée
1-Retour – rétroaction sur la dernière session de formation 2-Remise de l'exercice fait à la maison et questions	15 minutes
1-Objectifs du module 2-Brève mise en contexte (Qu'est-ce qu'un pair-aidant?)	5-10 minutes
<b>1-Les rôles assurés par les pairs-aidants et ceux par les professionnels</b> Lignes directrices des fonctions du pair-aidant	10 minutes
<b>2-Les activités assurées par les pairs-aidants</b> Les trois rôles des pairs-aidants: 1) Rôle d'information – Jeu de rôle 2) Rôle de soutien – Jeu de rôle 3) Rôle d'accompagnement	30 minutes
PAUSE	10-15 minutes
<b>L'écoute active et comment répondre</b> 1-Caractéristiques de l'écoute active pour les pairs-aidants 2-Les quatre étapes de l'écoute active	20 minutes
3-Comment répondre à l'aidé de façon efficace... 4-Les stratégies que vous ne devriez pas utiliser	20 minutes
Le processus de décision dans la résolution de problèmes	10 minutes
Conclusion et exercice d'apprentissage	25 minutes
Participants: Questionnaire d'évaluation de la session de formation Formateurs: Fiche d'évaluation du participant Explication du devoir	15 minutes

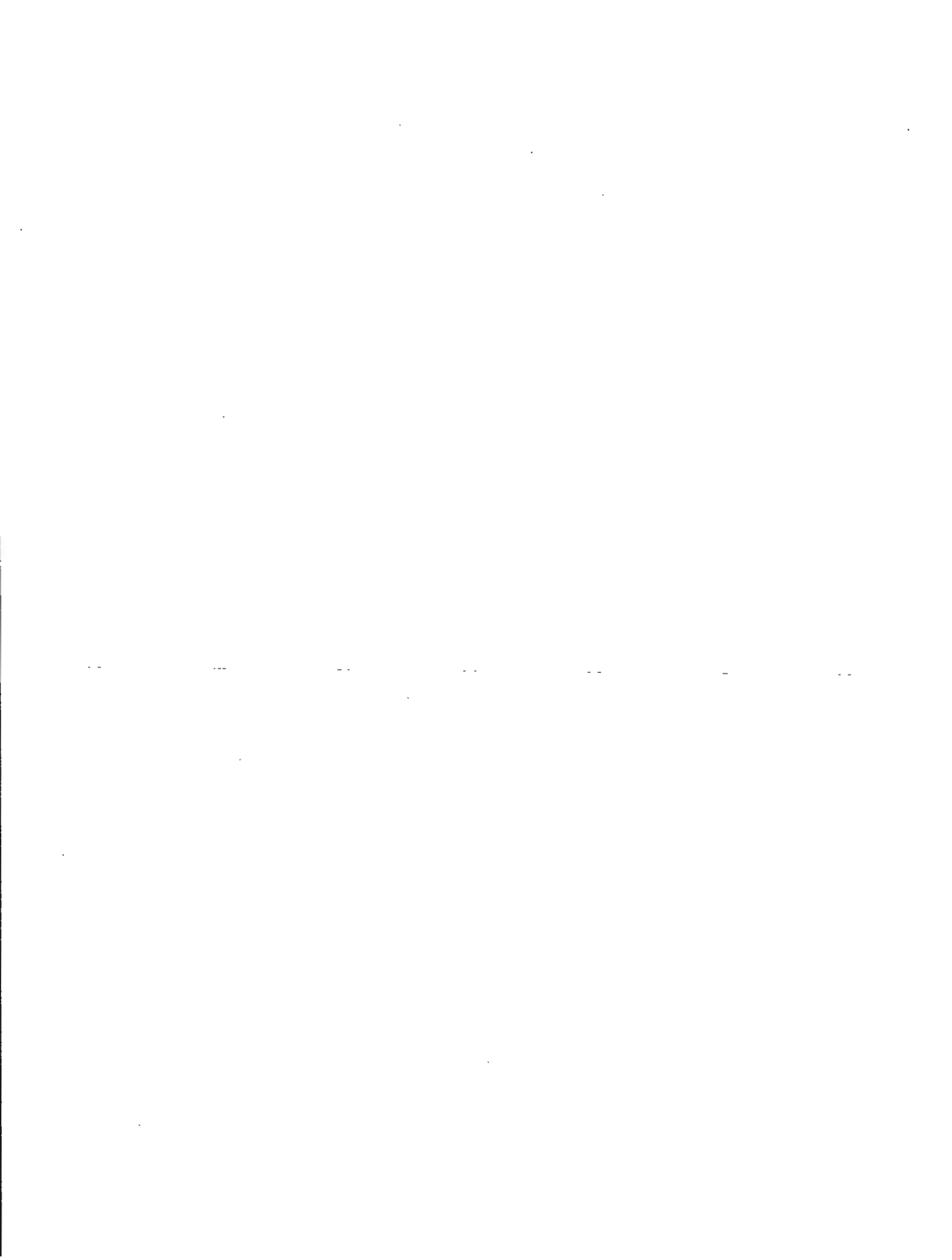


### Horaire du module 5: Les interventions du pair-aidant dans le rôle d'accompagnateur

Contenu à couvrir	Durée
1-Retour – rétroaction sur la dernière session de formation 2-Remise de l'exercice fait à la maison et questions	15 minutes
1-Objectifs du module 2-Brève mise en contexte	5-10 minutes
<b>1-Comprendre le rationnel des interventions</b> La psychoéducation Les interventions d'exposition (courbe d'anxiété avec évitement, courbe d'anxiété avec exposition)	20 minutes
<b>2-Connaître et maîtriser les interventions spécifiques</b> Psychoéducation sur les symptômes physiologiques de l'anxiété Exposition	30 minutes
PAUSE	10-15 minutes
<b>Comment réagir lorsque...</b> L'aidé n'est pas prêt à débiter les exercices d'exposition L'aidé sort de la situation d'exposition L'aidé refuse de faire la séance d'exposition planifiée L'aidé présente une attaque de panique L'aidé utilise toutes sortes de stratégies d'évitement L'aidé saute des étapes de sa hiérarchie d'exposition L'aidé attribue ses succès à des éléments extérieurs	20 minutes
Cibler les moments spécifiques de l'intervention	10 minutes
Conclusion et exercice d'apprentissage	30 minutes
Participants: Questionnaire d'évaluation de la session de formation Formateurs: Fiche d'évaluation du participant Explication du devoir	15 minutes



APPENDICE I  
MANUELS DE FORMATION POUR LES PAIRS-AIDANTS





# Guide de formation

# pour pairs-aidants

*Auteurs : Catherine Guay; Co-auteurs : Mariko Chartier-Otis, Claude Bélanger,*

*Michel Perreault, André Marchand*

*Automne 2008*

## La Description des Troubles Anxieux

**Ce guide appartient à :**

---

---

*Si vous trouvez ce guide, merci de le retourner à* \_\_\_\_\_

*Adresse* \_\_\_\_\_

*Téléphone* \_\_\_\_\_

## Instructions générales pour l'utilisation du guide

### **Objectifs de ce guide de formation pour les pairs-aidants**

Ce guide de formation est un outil permettant d'assister une formation administrée et supervisée par des intervenants dans le domaine des troubles anxieux. Il s'adresse à des personnes ayant déjà souffert d'un Trouble panique avec agoraphobie ou d'un Trouble d'anxiété sociale, qui sont maintenant rétablis et qui souhaitent apporter leur aide à des personnes qui en souffrent. Il vise à aider ces futurs pairs-aidants dans un rôle bien précis, celui d'accompagnateur dans le traitement des troubles anxieux. Ce guide n'a pas la prétention de couvrir tous les aspects qui peuvent être impliqués dans les actions de pairs-aidants, mais de guider le futur pair-aidant en formation dans les différents rôles qu'il sera amené à jouer. D'ailleurs, il existe d'autres programmes de pairs-aidants dans le domaine des troubles mentaux où les pairs-aidants sont appelés à jouer d'autres rôles ainsi que dans d'autres contextes.

Important: ce guide n'est pas conçu pour être utilisé indépendamment des séances de formation mais bien en soutien à celles-ci.

### **Contexte de ce guide**

Ce guide a été développé dans le contexte d'une étude portant sur l'accessibilité aux traitements des troubles anxieux menée à l'Institut Douglas, en collaboration avec Phobies-Zéro. Le contenu des séances de formation a été construit à partir des thèmes ressortis dans le questionnaire Web portant sur les obstacles au traitement, étape préalable de cette étude. Le contenu a également été inspiré d'études précédentes. Ce guide est un outil en développement, c'est-à-dire que vous serez amenés à nous donner votre rétroaction pour chaque séance de formation ainsi que sur la formation en général. Ainsi, ce guide de formation pourra être sujet à des modifications suite à vos suggestions.

Nous remercions les membres du comité de suivi qui ont participé à la collaboration de ce guide : Michel Perreault, Ph.D, Claude Bélanger, Ph.D, André Marchand, Ph.D, Camillo Zacchia, Ph.D, Valérie Royle, Présidente de Phobies-Zéro, Andrée Roy, Mimi Israël, MD, aux personnes qui ont participé à la consultation Web et qui ont aussi participé aux formations, à Hervine Brunaud (pour la conception) ainsi qu'aux Instituts de Recherche en santé du Canada et au ministère de la santé et des services sociaux du Québec pour avoir soutenu en partie le financement du projet.

### Contenu des modules

Ce **guide de formation** pour les pairs-aidants se divise en **cinq modules** qui correspondent chacun à une séance de formation. Chaque module comprend les buts généraux de la session de formation et l'information que vous devrez connaître et maîtriser. Cette formation vous permettra de mieux comprendre et distinguer les caractéristiques du Trouble panique avec agoraphobie, du Trouble d'anxiété sociale ainsi que des autres troubles anxieux (**module 1**). Au cours de la deuxième session (**module 2**), vous serez sensibilisé aux ressources et aux traitements disponibles pour le Trouble panique avec agoraphobie et pour le Trouble d'anxiété sociale. Cette formation vous donnera aussi l'opportunité d'apprendre les aspects liés à la relation d'aide et de les mettre en pratique (**module 3**). La quatrième séance (**module 4**) vous conduira à mieux définir les trois rôles que vous aurez à remplir en tant que pair-aidant : information, soutien, accompagnement. Finalement, le dernier module (**module 5**) vous fournira les outils nécessaires afin de pouvoir appliquer les différentes stratégies d'exposition lors de votre rôle d'accompagnement auprès de la personne que vous aiderez.

À la fin de chaque module, vous trouverez un **aide-mémoire** que vous pourrez consulter selon vos besoins, ainsi que certains exercices d'apprentissage destinés à consolider vos acquis. Un exercice à faire à la maison vous sera remis à la fin de chaque session de formation. Il est important de faire ces exercices qui vous guideront dans vos pratiques entre les sessions. En annexe des modules 2 & 5, une **liste des références des ressources et des services disponibles** vous sera fournie.



Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous les poser tout au long de la formation. Vous pouvez rejoindre la responsable en dehors des heures de formation :

**Mariko Chartier-Otis au (514) 761-6131, poste 2824.**

## Les cinq modules de la formation

---

- 1) La description des troubles anxieux
  
- 2) Les ressources, l'accès aux traitements et les traitements offerts pour traiter le Trouble panique avec agoraphobie (TPA) et le Trouble d'anxiété sociale (TAS)
  
- 3) La relation d'aide
  
- 4) Les activités assumées par les pairs-aidants
  
- 5) Les interventions du pair-aidant dans le rôle d'accompagnateur

Session 1

Session 2

Session 3

Session 4

Session 5

Modules	Rôles	Activités
1 & 2	1) Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer l'aidé concernant la problématique et les symptômes associés.</li> <li>• Donner des renseignements à l'aidé sur les caractéristiques des troubles anxieux.</li> <li>• Détecter les symptômes de votre aidé.</li> <li>• Donner de l'information sur les ressources disponibles et l'orienter vers ces services.</li> <li>• Donner de l'information sur le fonctionnement de la thérapie.</li> </ul>
3 & 4	2) Soutien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager à ne plus craindre d'affronter certaines situations.</li> <li>• Partager votre expérience personnelle lorsqu'elle est pertinente pour l'aidé et comment vous vous en êtes sorti.</li> <li>• Écouter de façon active et répondre adéquatement aux propos de votre aidé.</li> <li>• Amener l'aidé à prendre une décision par lui-même.</li> </ul>
5	3) Accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagner l'aidé dans les endroits qu'il évite pour l'amener à pouvoir y aller seul.</li> </ul>

# **La description des troubles anxieux (module 1)**



**Objectifs de ce module :**

- ❶ Distinguer l'anxiété normale de celle dite « pathologique »
- ❷ Connaître les caractéristiques principales des différents troubles anxieux
- ❸ Comprendre les facteurs développementaux et de maintien des troubles anxieux

**Sommaire**

<b>BRÈVE MISE EN CONTEXTE.....</b>	<b>228</b>
<b>1. L'ANXIÉTÉ NORMALE VERSUS « PATHOLOGIQUE » .....</b>	<b>229</b>
1.1 QU'EST-CE QUE L'ANXIÉTÉ ? .....	229
1.2 EST-CE QUE L'ANXIÉTÉ EST UTILE? .....	229
<b>2. DESCRIPTION DES TROUBLES ANXIEUX .....</b>	<b>231</b>
2.1 TROUBLE PANIQUE AVEC OU SANS AGORAPHOBIE (TP/A) .....	231
2.2 TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE (TAS).....	236
2.3 TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE (TAG).....	238
2.4 TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF (TOC) .....	239
2.5 L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (ÉSPT).....	241
2.6 PHOBIE SPÉCIFIQUE (PS) .....	243
2.7 POINTS DE REPÈRE POUR DISTINGUER LES TROUBLES ANXIEUX .....	244
2.8 TROUBLES ANXIEUX ET COMORBIDITÉS .....	245
<b>3. FACTEURS DÉVELOPPEMENTAUX ET DE MAINTIEN DES TROUBLES ANXIEUX .</b>	<b>247</b>
3.1 FACTEURS PRÉDISPOSANTS (DE VULNÉRABILITÉ).....	247
3.2 FACTEURS PRÉCIPITANTS (DÉCLENCHEURS).....	248
3.3 FACTEURS DE MAINTIEN (ENTRETIEN) .....	249
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>251</b>
<b>EFFECTUONS MAINTENANT QUELQUES EXERCICES DE GROUPE... ..</b>	<b>252</b>
<b>TROUBLES ANXIEUX : AIDE-MÉMOIRE .....</b>	<b>255</b>

## Brève mise en contexte

---

L'anxiété peut se manifester sous différentes formes et à diverses intensités. Pour certaines personnes, elle entraîne une détresse importante qui se manifeste par une perte de qualité de vie, ou encore par des difficultés dans le fonctionnement quotidien au travail, dans les loisirs ou même dans les relations interpersonnelles. À la suite de cette première session de formation, vous serez en mesure de reconnaître les différents troubles anxieux et d'approfondir votre compréhension du Trouble panique avec ou sans agoraphobie, ainsi que du Trouble d'anxiété sociale.

Puisque cette formation vise à développer vos compétences par rapport à votre futur rôle de pair-aidant, il vous sera utile d'augmenter vos connaissances pour être en mesure de distinguer l'anxiété normale de celle qui relève d'un trouble de santé mentale, pour arriver à identifier les caractéristiques principales des différents troubles anxieux, et pour mieux comprendre les mécanismes qui contribuent au développement et au maintien des difficultés anxieuses. Ces nouvelles connaissances pourront ensuite être transmises, du moins en partie, à la personne que vous serez appelé à aider.

Avant de débiter, prenez quelques minutes pour partager vos connaissances actuelles sur l'anxiété et les troubles anxieux...



*C'est une **tempête d'idées**, alors n'hésitez pas à vous exprimer même si vous n'êtes pas certain des informations que vous avancez... La formation que vous suivez vous permettra de vérifier ces informations et de les compléter, au besoin!*



L'anxiété est un atout essentiel qui nous permet d'attirer notre attention vers un danger potentiel et nous donner l'énergie nécessaire pour y faire face, ce qui peut être très constructif. Cette mobilisation a pour fonction de nous préparer à nous défendre ou à fuir. Normalement, cette réaction disparaît lorsque la situation ou l'objet qui l'a déclenchée a cessé d'exister. Lorsque l'anxiété demeure dans un registre d'intensité fonctionnel, c'est-à-dire qu'elle ne paralyse pas la personne dans ses activités, elle peut même améliorer la performance en augmentant la concentration, la motivation et la vigilance dans les tâches réalisées.

Cependant, l'anxiété peut parfois persister sans raison apparente et elle peut alors entraver le fonctionnement personnel et social. Bien souvent, elle est alimentée par différentes appréhensions à propos d'événements improbables ou carrément non fondés. Différents troubles anxieux peuvent alors être observés et ils seront décrits dans la deuxième section de ce module.

Afin de statuer qu'un individu souffre d'un trouble anxieux, les symptômes anxieux doivent être fréquents (p. ex. tous les jours), persistants (p. ex. depuis au moins un mois), causer de l'interférence dans la vie personnelle, professionnelle ou sociale de la personne, ou encore occasionner une détresse émotionnelle importante, qui conduira dans certains cas à formuler une demande d'aide (p. ex. consulter un médecin, un psychologue). Ces différents critères découlent du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (ou l'abréviation anglophone plus fréquemment employée, le DSM-IV-TR) qui est un outil de classification des troubles mentaux, publié par l'Association américaine de psychiatrie. On y retrouve l'ensemble des troubles mentaux reconnus ainsi que les critères qui les définissent. La majorité des professionnels de la santé se réfère à ce manuel pour préciser la nature des problèmes de santé mentale dont un individu souffre, mais également pour favoriser un langage commun entre les professionnels de la santé et même avec les organismes payeurs (p. ex. compagnies d'assurances).



## **2. Description des troubles anxieux**

### **Types de troubles anxieux :**

- 2.1 Trouble panique avec ou sans agoraphobie (TP/A)
- 2.2 Trouble d'anxiété sociale (TAS)
- 2.3 Trouble d'anxiété généralisée (TAG)
- 2.4 Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)
- 2.5 État de stress post-traumatique (ÉSPT)
- 2.6 Phobie spécifique (PS)

### **2.1 Trouble panique avec ou sans agoraphobie (TP/A)**

#### **Population atteinte**

- Environ 1.5 à 3.5% de la population souffriront à un moment de leur vie du Trouble panique avec ou sans agoraphobie.
- Ce trouble touche deux fois plus de femmes que d'hommes.
- Le Trouble panique avec agoraphobie débute souvent au début de l'âge adulte (18-35 ans).
- Environ la moitié des personnes qui souffrent du Trouble panique avec ou sans agoraphobie présentent également un autre trouble psychologique (p. ex. autre trouble anxieux, troubles dépressifs, trouble d'abus de substance comme l'alcoolisme, ou trouble de la personnalité dépendante, évitante). Les traits et les troubles de la personnalité sont bien souvent présents avant le développement du Trouble panique avec ou sans agoraphobie.

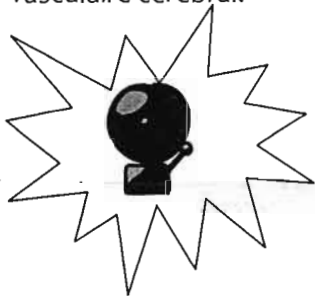
#### **• Qu'est-ce qu'une attaque de panique ?**

⇒ Définition : il s'agit d'une période bien délimitée de peur ou d'inconfort intenses associés à une impression de danger imminent. Celle-ci comporte au moins 4

symptômes physiologiques et cognitifs, apparaît soudainement (en moins de 10- 15 minutes) et entraîne le besoin de fuir ou d'obtenir de l'aide immédiate.

⇒ Symptômes physiques possibles : palpitations, sensations d'étouffement, hyperventilation, souffle court, étourdissements, manque d'équilibre, transpiration, mains moites, tremblements, tension musculaire, douleur ou inconfort dans la cage thoracique, nausée (avec ou sans vomissement), maux de ventre, diarrhée, bouche sèche, sensation d'irréalité ou de dépersonnalisation, picotements, bouffées de chaleur ou frissons.

⇒ Symptômes cognitifs possibles : peur de mourir, perdre le contrôle, devenir fou, faire une crise cardiaque, s'étouffer, s'évanouir, tomber, devenir paralysé, devenir aveugle, paraître ridicule, souffrir d'une crise d'épilepsie, d'une tumeur ou d'un accident vasculaire cérébral.



L'attaque de panique est une réaction d'alarme ! Lorsque le danger est réel, il s'agit d'une alarme « vraie » et utile pour se protéger. Par contre, lorsque l'attaque de panique surgit sans danger réel apparent, elle constitue une « fausse » alarme. La personne perçoit un danger, alors qu'il n'y en a pas.

#### • Qu'est-ce que l'agoraphobie?

L'agoraphobie se définit par l'anxiété de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'attaque de panique inattendue ou facilitée par des situations spécifiques, ou dans le cas de symptômes de panique. Les peurs agoraphobiques regroupent typiquement un ensemble de situations caractéristiques incluant le fait de se trouver seul en dehors de son domicile ; d'être dans une foule ou dans une file d'attente ; sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.

Les situations sont soit évitées (p.ex., restriction des voyages), soit subies avec une souffrance intense ou avec la crainte d'avoir une attaque de panique ou des symptômes de panique ou nécessitent la présence d'un accompagnant.

• **Caractéristiques principales du Trouble panique sans agoraphobie (TP)**

C'est l'apparition d'attaques de panique récurrentes et inattendues (telles que définies auparavant). Au moins, une des attaques est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :

- a) crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique.
- b) préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien des conséquences (p. ex., perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, devenir fou).
- c) changement de comportement important en relation avec les attaques.

Il y a absence d'agoraphobie.

**Caractéristiques principales du Trouble panique avec agoraphobie (TPA)**

a) Présence d'attaques de panique répétées : l'individu a vécu au moins une attaque de panique complète (comportant au moins 4 symptômes physiques et cognitifs) de nature inattendue et spontanée.

b) Crainte persistante : suite à une attaque de panique, l'individu craint de façon persistante de vivre d'autres attaques de panique depuis au moins un mois. Il interprète de façon catastrophique les symptômes physiques de la panique et anticipe des conséquences graves (physiques ou mentales).

c) Présence d'agoraphobie : Évitement ou fuite de situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou de trouver du secours en cas de panique (p. ex. conduire ou être passager dans une voiture, foule, file d'attente, centre d'achat, épicerie, restaurant, cinéma, théâtre, être seul à la maison, s'éloigner de la maison, transports en commun, tunnels, ascenseurs, marcher à l'extérieur).

d) Présence de comportements sécurisants: tout en confrontant une situation, les personnes qui souffrent d'agoraphobie ont souvent besoin d'être accompagnées par une autre personne sécurisante, d'être près des sorties, d'un téléphone, d'un hôpital, de leur voiture, ou de transporter des objets qui pourraient leur venir en aide en cas d'attaque de panique (p. ex. médication, bouteille d'eau, téléphone cellulaire, livre, etc.).

e) Caractéristiques cognitives du TPA: ce trouble anxieux se caractérise par des anticipations et des interprétations catastrophiques des symptômes de la panique, une hypervigilance et une hypersensibilité à tout symptôme physique s'apparentant aux attaques de panique, une surestimation des probabilités qu'une conséquence grave en découle et une dramatisation des conséquences possibles, un besoin de contrôle sur les sensations physiques et sur les comportements, et une minimisation de la capacité à gérer les attaques de panique sans aide extérieure.

• **Quelques précisions sur le diagnostic...**

Pour préciser le diagnostic du Trouble panique avec agoraphobie, on doit évaluer deux types de manifestations : celles associées au TROUBLE PANIQUE (caractérisé par la présence d'attaques de panique et la crainte d'en refaire par peur des conséquences que la personne y rattache); et l'AGORAPHOBIE (caractérisée par des comportements d'évitement de situations précises).

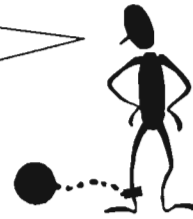
La présence ou l'absence d'une de ces dimensions ou leur combinaison permettra de poser trois diagnostics possibles :

- Le Trouble panique avec agoraphobie (plus fréquent)
- Le Trouble panique sans agoraphobie (moins fréquent)
- L'agoraphobie sans antécédent de Trouble panique (peu fréquent)

• **Quels sont les impacts ou répercussions de ce trouble ?**

- ☹ Sept fois plus de consultations médicales comparativement à la population générale (p. ex. visites répétées à l'urgence)
- ☹ Absences au travail
- ☹ Isolement
- ☹ \_\_\_\_\_
- ☹ \_\_\_\_\_

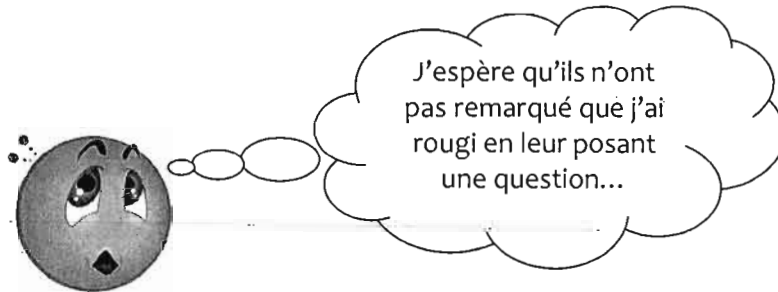
Arrivez-vous à identifier d'autres conséquences du Trouble panique avec ou sans agoraphobie dans la vie des personnes qui en souffrent ?



## 2.2 Trouble d'anxiété sociale (TAS)

### • Population atteinte

- Le Trouble d'anxiété sociale est très répandu. Il est le plus commun des troubles anxieux chez les gens qui souffrent de problèmes de santé mentale.
- Le taux de prévalence à vie varie entre 3 à 13%.
- Ce trouble touche deux fois plus de femmes que d'hommes.
- Le Trouble d'anxiété sociale débute souvent à l'adolescence.
- Trouble chronique si non traité.
- Se présente souvent accompagné d'un autre trouble (comorbidité) : autres troubles anxieux, troubles dépressifs, trouble lié à une substance (p. ex. dépendance ou abus d'alcool), trouble de personnalité évitante.



### • Caractéristiques principales du Trouble d'anxiété sociale

a) Peur importante et persistante dans les situations sociales ou de performance : parler en public (p. ex. rencontres sociales, réunions, présentations formelles), écrire en public (p. ex. signer un chèque, remplir un formulaire), utiliser les toilettes publiques, initier et maintenir une conversation, être le centre de l'attention, parler à une personne en position d'autorité, parler au téléphone, parler à des étrangers, établir un contact visuel, etc.

b)  Crainte d'être embarrassé ou humilié à la suite de certains gestes posés ou en lien avec l'apparition de symptômes anxieux : peur de trembler, de rougir, de ne pas savoir quoi dire, de dire quelques chose d'embarrassant, de ne pas être intéressant, de faire une

gaffe (p. ex. faire un bruit remarqué, un faux mouvement), que les signes d'anxiété paraissent, d'être jugé négativement.

c) Évitement des situations sociales ou de performance, fuir ou endurer avec beaucoup de détresse. L'évitement peut être limité à un type de situation (spécifique) ou s'étendre à plusieurs situations (généralisé).

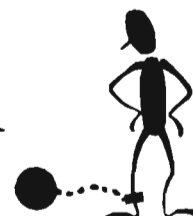
d) Comportements sécurisants dans le but de prévenir les conséquences redoutées (p. ex. tenir ses ustensiles fermement pour ne pas trembler, s'asseoir au fond de la salle).

e) Caractéristiques cognitives: peur de l'évaluation négative d'autrui, besoin d'approbation d'autrui, perfectionnisme, croyance que les autres sont là pour l'évaluer, attention centrée sur soi, sous-estimation des habiletés sociales, surestimation de la probabilité que la conséquence redoutée se produise et qu'elle soit remarquée, surestimation des conséquences si la performance n'est pas parfaite, responsabilité exagérée face aux interactions sociales.

• **Quels sont les impacts ou répercussions de ce trouble ?**

- ⊗ Diminue la qualité de vie : difficile d'augmenter le niveau d'éducation et brime les projets de carrière
- ⊗ Trois fois plus de chance de ne pas avoir d'emploi
- ⊗ Absentéisme au travail
- ⊗ Soutien social limité
- ⊗ \_\_\_\_\_
- ⊗ \_\_\_\_\_

Arrivez-vous à identifier d'autres conséquences du Trouble d'anxiété sociale dans la vie des personnes qui en souffrent?



### 2.3 Trouble d'anxiété généralisée (TAG)

#### • Population atteinte

- Au Québec, le Trouble d'anxiété généralisée touche environ 4 à 5 % de la population.

- La fréquence du trouble s'accroît avec l'âge.

- Affecte surtout les femmes.

- Forte comorbidité : 90% des gens qui souffrent du TAG présentent un autre trouble psychologique (p. ex. dépression majeure, Trouble d'anxiété sociale, Trouble panique avec ou sans agoraphobie, Phobie simple, alcoolisme).



#### • Caractéristiques principales du Trouble d'anxiété généralisée

a) Présence d'inquiétudes : inquiétudes à propos de sujets divers presque quotidiennement, depuis au moins 6 mois. Contenu des inquiétudes : problèmes mineurs, famille, travail/études, santé (soi et autrui), relations interpersonnelles, finances, problèmes communautaires ou mondiaux, etc.

b) Caractère excessif et difficile à contrôler : les inquiétudes sont excessives compte tenu de la situation réelle de l'individu et la probabilité réelle que la conséquence redoutée se réalise. Les inquiétudes sont également difficiles à contrôler.

c) Présence de symptômes d'activation physiologique : agitation/fébrilité, fatigue, tensions musculaires, insomnie, irritabilité, difficultés de concentration (au moins 3 symptômes).

d) Présence de comportements de neutralisation : vérifications, recherche de réassurance auprès d'autrui (p. ex. famille, médecin), recherche active de distraction des inquiétudes.



e) Caractéristiques cognitives du Trouble d'anxiété généralisée : croyances erronées concernant l'inquiétude (p. ex. surestimation de l'utilité de s'inquiéter), intolérance à l'incertitude, évitement cognitif et « effet chameau » (rebond des inquiétudes si la personne cherche à les repousser) et orientation inefficace face aux problèmes rencontrés.

#### 2.4 Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

##### • Population atteinte

- La prévalence à vie du Trouble obsessionnel-compulsif est de 2,5%.
- Pas de différence de prévalence claire en ce qui concerne : le sexe de la personne, son statut socio-économique et son niveau d'éducation.
- Autres troubles mentaux associés : dépression (30%), autres troubles anxieux (10-20%), trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive (25%), troubles alimentaires (10-30%), troubles du sommeil (40%), tics (5%).



##### • Caractéristiques principales du Trouble obsessionnel-compulsif

###### a) Présence d'obsessions :

Qu'est-ce qu'une **obsession** ? Il s'agit de pensées, d'images ou d'impulsions intrusives qui semblent insensées, mais qui ne peuvent être repoussées (p. ex. obsessions de contamination, agressives, sexuelles, religieuses; besoin d'exactitude et de symétrie, d'accumuler des objets; peur d'oublier quelque chose, de se tromper, d'être inapproprié

en public; se répéter des chiffres, avoir des pensées superstitieuses, avoir peur d'être en danger ou d'être responsable d'un événement tragique à cause de sa négligence).

Anxiété ou inconfort (p. ex. honte, culpabilité) marqué chez la personne qui vit les obsessions et perception de celles-ci comme étant indésirables. La personne tente d'y résister, de les chasser de son esprit.

Force de la croyance : La personne reconnaît que ses pensées sont irrationnelles.

b) Présence de compulsions :

Qu'est-ce qu'une **compulsion** ? Il s'agit de comportements répétitifs et intentionnels et parfois de pensées que la personne sent le besoin d'exécuter selon certaines règles afin de réduire l'inconfort provoqué par les obsessions ou encore éviter un événement catastrophique relié à l'obsession (p. ex. vérifier les serrures pour éviter d'être victime d'un cambriolage).



Types : comportementales ou cognitives, rituels de lavage ou de désinfection, vérifications, comptage, répétition de gestes, arrangement d'objets, emmagasiner des objets (*hoarding*), prières, phrases magiques, questionner les autres pour se rassurer, faire des listes de façon excessive, frotter ou toucher des objets, comportements alimentaires stéréotypés, et autres.

Anxiété : la compulsion est généralement associée à une anxiété importante qui ne diminuera pas tant que l'acte ne sera pas complété de façon satisfaisante.

Force de la croyance : La personne reconnaît que ce comportement est irrationnel ou excessif. Toutefois, certaines personnes ne reconnaissent pas leur comportement comme étant irrationnel ou excessif.

**\*\*Note:** Il existe des individus qui ont des obsessions mais qui n'émettent pas de compulsions franches afin de diminuer l'anxiété provoquée par celles-ci.

c) Présence de neutralisation : Ensembles de stratégies non compulsives qui sont utilisées dans le même but de neutraliser l'anxiété : se parler, se rassurer, se distraire par une activité, etc.

d) Présence d'évitement : Évitement de certains stimuli (objets, situations, personnes, gestes, informations) qui suscitent l'obsession et le besoin de faire un rituel (compulsions).

e) Caractéristiques particulières : tendance à accorder une importance excessive aux pensées intrusives (p. ex. responsabilité exagérée, surestimation du risque réel) ou encore être perfectionniste. On note un besoin de contrôle et une intolérance à l'incertitude.

## 2.5 L'état de stress post-traumatique (ÉSPT)

### • Population atteinte

- Environ 90% des gens vivront un événement traumatique,

MAIS environ 1/3 à 1/4 développeront un État de stress post-traumatique.

- Prévalence à vie de l'ÉSPT auprès de la population générale :

7,8% (Kessler et coll., 1995)

9.2% (Breslau et coll., 1998)

- Les femmes sont deux fois plus à risque que les hommes de développer un ÉSPT .



- 80% souffrent d'un autre trouble mental (p. ex. abus de substances, dépression majeure).

• **Caractéristiques principales de l'État de stress post-traumatique**

a) Exposition à un événement traumatique soit comme victime, soit comme témoin. L'événement doit avoir menacé l'intégrité physique ou psychologique de la personne ou d'autrui.

b) Réaction de peur intense, sentiment d'impuissance ou d'horreur lors de l'événement.

c) Reviviscence de l'événement traumatique de diverses façons :

- Souvenirs répétitifs et envahissants entraînant une détresse
- Rêves répétitifs provoquant une détresse
- Impression que l'événement va se produire de nouveau (p. ex. flash-backs)
- Détresse intense lors de l'exposition à des stimuli reliés à l'événement traumatique
- Réactivité physiologique lors de l'exposition à ces stimuli

d) Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme : pensées, objets, endroits, sentiments, conversations, activités, personnes, etc.

e) Difficulté à se rappeler certains aspects de l'événement traumatique (trous de mémoire).

f) Émoussement affectif : diminution de l'intérêt pour des activités jadis importantes, incapacité à ressentir certains sentiments, sentiment de détachement face à autrui, désespoir face à l'avenir.

g) Symptômes d'activation neurovégétative : insomnie, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée.

h) Durée : présence des symptômes depuis au moins 1 mois.

i) Caractéristiques particulières : surestimation de la probabilité de réapparition de l'événement, tendance à s'attribuer la responsabilité de l'événement, perception de l'événement comme étant incontrôlable (sentiment d'impuissance) et imprévisible, perception d'injustice.

## 2.6 Phobie spécifique (PS)

### • Population atteinte

- Présent chez 10-12% de la population générale.
- Plus fréquent chez les femmes.



### • Caractéristiques principales de la Phobie spécifique

a) Peur intense et persistante d'un objet ou d'une situation spécifique :

- Animaux et insectes
- Environnement naturel (hauteurs, tempêtes, eau)
- Sang, injections et blessures
- Avion

b) Évitement de la situation, fuite ou situation vécue avec une détresse importante.

c) Anticipation avant d'affronter la situation. L'anxiété augmente ensuite en présence de l'objet.

d) La personne reconnaît le caractère excessif ou irrationnel de sa peur.

e) Caractéristiques particulières : crainte d'être blessé par l'objet de la peur, de perdre le contrôle, de s'évanouir, pensées catastrophiques, surestimation de la probabilité que

surviennent l'événement redouté, surestimation de la gravité des conséquences si elles survenaient.

## 2.7 Points de repère pour distinguer les troubles anxieux

	Stimuli anxiogènes	Pensées typiques	Émotions prédominantes	Comportements privilegiés
Trouble panique avec agoraphobie	Attaques de panique	Interprétations catastrophiques des symptômes ressentis	Anxiété Peur Panique	Évitement Fuite Comportements sécurisants
Trouble d'anxiété sociale	Situations sociales ou de performance	Peur de l'évaluation négative	Anxiété Honte Inconfort	Évitement Fuite
Trouble d'anxiété généralisée	Problèmes actuels ou catastrophes éventuelles	Peur des conséquences négatives	Inquiétude Anxiété Peur	Ruminations Vérifications Réassurance
Trouble obsessionnel- compulsif	Pensées, images ou impulsions intrusives	Peur que l'obsession se réalise	Anxiété Culpabilité Honte	Compulsions Neutralisation Évitement
Trouble de stress post- traumatique	Traumatisme et tout stimulus associé	Peur que le traumatisme se reproduise	Anxiété Peur Culpabilité Honte	Évitement physique et cognitif
Phobie spécifique	Objet ou situation en lien avec la peur spécifique	Peur d'une conséquence négative face à l'objet	Anxiété Peur Panique	Évitement Fuite

## 2.8 Troubles anxieux et comorbidités

### • Qu'est-ce que la comorbidité ?

La comorbidité signifie que l'ensemble des difficultés et symptômes vécus par une personne représentent des manifestations de deux ou plusieurs problèmes de santé. Le professionnel émettra alors plus d'un diagnostic. Par exemple, une personne peut souffrir d'un Trouble panique avec agoraphobie et en plus avoir une dépression majeure ou un deuxième trouble d'anxiété.

### • Est-ce un phénomène important ?

On sait que 56% des gens qui souffrent d'un problème de santé mentale ont été atteints au moins une fois dans leur vie d'un autre problème de cette nature. Dans le cas des troubles anxieux, la présence d'un autre trouble de santé mentale à un moment quelconque de la vie semble être la norme plutôt que l'exception. Ainsi, plus de 70% des gens souffrant d'un trouble d'anxiété peuvent présenter un trouble comorbide.

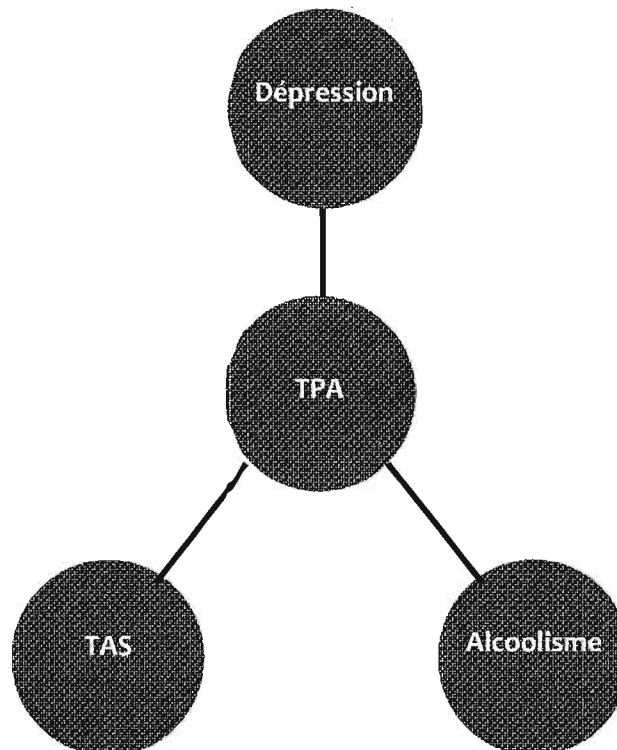
À titre d'exemple, on rapporte plus de 80% de troubles comorbides chez les personnes souffrant de Trouble d'anxiété généralisée ou d'État de stress post-traumatique (surtout de la phobie spécifique, de l'anxiété sociale, de la dépression ou de l'alcoolisme). Chez les personnes souffrant de Trouble panique avec agoraphobie, certaines études rapportent des taux de comorbidité atteignant 60%, dont une forte proportion de dépression, d'anxiété généralisée et d'anxiété sociale. La comorbidité entre la dépression et les troubles anxieux passe malheureusement trop souvent inaperçue et ce, malgré le fait qu'environ 45% des gens souffrant d'un trouble d'anxiété souffrent aussi de dépression à un moment de leur vie.

La consommation d'alcool ou de drogues constitue parfois un moyen pour faire face à l'anxiété et à ses manifestations. Par contre, ce comportement peut entraîner d'autres problèmes de santé, conduisant même jusqu'à l'alcoolisme ou encore à

développer un trouble de dépendance à une substance. En effet, certaines études effectuées auprès de gens souffrant d'alcoolisme ont démontré des taux de comorbidité avec les troubles anxieux dépassant parfois 30%, les plus fréquents étant la phobie sociale et l'agoraphobie.

Attention ! Ces pourcentages ne signifient pas que toutes les personnes souffrant de troubles anxieux sont nécessairement déprimées ou atteintes de plusieurs troubles d'anxiété à la fois. Par contre, ces indications nous informent que la comorbidité est une réalité assez fréquente et que l'on doit y être vigilant. **En ce sens, maintenant que vous possédez davantage d'informations pour reconnaître les différents troubles anxieux, si vous soupçonnez la présence de troubles comorbides au Trouble panique avec agoraphobie et/ou au Trouble d'anxiété sociale (p. ex. autre trouble d'anxiété, dépression, alcoolisme), il est souhaitable de discuter de cette situation avec le superviseur de l'étude pour vous permettre d'ajuster vos interventions comme pair-aidant et obtenir du soutien vis-à-vis cette réalité bien souvent plus complexe à gérer.**



**LA COMORBIDITÉ :**

### **3. Facteurs développementaux et de maintien des troubles anxieux**

#### **3.1 Facteurs prédisposants (de vulnérabilité)**

Ces facteurs se définissent comme des caractéristiques d'un individu qui le rendent plus susceptible de développer un problème d'anxiété. Ils ne le causent pas directement puisque certaines personnes présentant tous ces facteurs ne développent pas de tels troubles. D'autres personnes présentent ces troubles sans que l'on retrouve de facteurs prédisposants. Ainsi, la présence d'un ou de plusieurs de ces facteurs chez

une personne ne constitue pas un gage d'apparition du trouble, mais augmente le risque qu'elle en soit affectée.

• **Liste de facteurs prédisposants :**

- Une vulnérabilité biologique, qui peut être héréditaire ou non
  - p. ex. réponse d'alarme plus sensible chez certaines personnes
  
- Une vulnérabilité psychologique
  - p. ex. tendance à percevoir l'anxiété comme un phénomène nocif ou nuisible
  
- Style d'éducation parentale
  - p. ex. parents surprotecteurs
  
- Observation de modèles anxieux ou phobiques dans l'entourage
  - p. ex. les proches recourent à l'évitement comme stratégie de gestion de l'anxiété
  
- Traits généraux (ou de personnalité) d'anxiété, de dépendance ou de passivité
  - p. ex. une tendance à être constamment « nerveux », prêt à faire face au danger
  
- L'expérience de traumatismes précoces

### 3.2 Facteurs précipitants (déclencheurs)

Certains événements de vie précipitent l'apparition des premiers symptômes du trouble d'anxiété. Généralement, un peu avant l'apparition du trouble, on peut observer la présence d'un ou de plusieurs stressors. Ces événements placent la personne dans une situation où ses mécanismes d'adaptation ont atteint ou dépassé la limite de leurs capacités, augmentant ainsi le niveau général d'anxiété et favorisant l'apparition ou l'exacerbation de symptômes anxieux.

- **Il y a principalement trois types de facteurs précipitants :**

- Stresseurs physiques et traumatismes

- p. ex. agression, blessure grave, incendie

- Stresseurs psychosociaux

- p. ex. naissance, décès d'un être cher, déménagement, divorce, nouvel emploi

- Stresseurs chroniques

- p. ex. maladie chronique, surcharge de travail continue, problèmes conjugaux

### 3.3 Facteurs de maintien (entretien)

Lorsque les facteurs prédisposants et précipitants se combinent, on observe le développement d'une autre catégorie de facteurs nommés, *facteurs de maintien* du trouble d'anxiété. Ainsi, ils sont responsables du maintien à long terme du problème d'anxiété. Par conséquent, les mécanismes qui ont conduit à l'apparition du problème sont bien souvent différents de ceux qui l'entretiennent. C'est pourquoi le trouble d'anxiété peut perdurer même si la cause initiale (déclencheur) est disparue ou réglée. Les facteurs de maintien représentent donc la cible principale des interventions que vous effectuerez auprès de l'aidé.

- **Liste de facteurs de maintien :**

- Comportements mésadaptés

- Fuite ou évitement des situations menaçantes et des sensations désagréables, ce qui procure un soulagement rapide et confirme les peurs irréalistes; généralisation des comportements d'évitement à plusieurs situations à long terme; comportements sécurisants.

- Cognitions erronées

Les anticipations négatives, les interprétations irréalistes des symptômes anxieux et de leurs conséquences, une hypervigilance face aux symptômes ainsi que des croyances erronées contribuent à maintenir le trouble d'anxiété en entretenant la perception de danger.

- Gains secondaires

Il peut exister certains avantages à la maladie, conscients ou inconscients, ce qui contribue au maintien du trouble d'anxiété, p. ex. moins de responsabilités, plus d'attention de la part de l'entourage, évitement du travail, de certaines difficultés.

- Soutien social inadéquat

Lorsque la personne atteinte d'un trouble d'anxiété se sent incapable d'affronter une situation anxiogène, elle peut demander à ses proches de l'accompagner ou de faire les choses à sa place. Encore une fois, à court terme, la personne souffrant d'anxiété se sentira soulagée, mais à long terme, cet évitement va contribuer à entretenir et même aggraver le trouble d'anxiété. De plus, en agissant ainsi, la personne se prive de confronter ses craintes et de faire de nouveaux apprentissages.

## Conclusion

Dans ce module, vous avez pu vous familiariser avec :

- la définition de l'anxiété et explorer les critères qui permettent de distinguer l'anxiété pathologique de celle dite normale, tout en considérant le continuum entre ces deux concepts.
- Également, nous avons mentionné la fonction d'adaptation que remplit l'anxiété dans notre vie quotidienne, soulignant ainsi l'utilité de cette émotion.
- Par la suite, les différentes caractéristiques et critères permettant de distinguer les troubles anxieux ont été présentés.
- Finalement, le modèle développemental des troubles anxieux, composé des facteurs prédisposants, précipitants et de maintien, a été expliqué.

Les informations qui vous ont été transmises visent à augmenter vos connaissances vis-à-vis les troubles anxieux et plus spécifiquement par rapport au Trouble d'anxiété sociale et au Trouble panique avec agoraphobie. De plus, le contenu de ce module vous permettra de reconnaître plus facilement les manifestations (p. ex. comportements, pensées, symptômes physiques) de l'anxiété chez la personne que vous accompagnerez et facilitera votre rôle/travail en tant que pair-aidant.

## Effectuons maintenant quelques exercices de groupe...

### Exercice no.1 :

Suite aux informations que nous venons tout juste de discuter et d'après votre expérience personnelle, tentez de compléter le tableau suivant. **Quels pourraient être les facteurs prédisposants, précipitants et de maintien du Trouble panique avec agoraphobie ?**

#### Facteurs prédisposants


#### Facteurs précipitants


#### Facteurs de maintien


► Voici l'histoire de John...

- John est âgé de 46 ans. Il est marié depuis 16 ans et vit avec son épouse et son fils de 13 ans. Il est incapable de travailler depuis 2003.
- Il travaillait de nuit comme préposé aux bénéficiaires mais depuis une réorganisation des services, il a dû occuper un poste de jour et il a commencé à devenir extrêmement anxieux en raison de sa peur de se retrouver en groupe.
- Ses symptômes ont débuté par des épisodes où il se sentait anxieux et dépressif. Il s'est également senti très anxieux pour aller au théâtre, au restaurant et à la piscine car il se sentait observé par les autres.
- Il a été mis en congé de maladie par son médecin généraliste mais la situation est devenue très tendue à la maison parce que son épouse ne pouvait tolérer son incapacité à travailler.
- Il reçoit maintenant des prestations de la sécurité du revenu (BES). Son médecin l'a référé en psychiatrie.
- Lors de son évaluation, John décrit une histoire de gêne et d'anxiété sociale depuis son enfance et de difficultés lors de la période de l'adolescence à rencontrer les filles, à socialiser, et la peur de s'exprimer en public.
- Il est gêné lorsqu'il se sent observé, et a peur de se faire juger ou évaluer par les autres.
- John mentionne vivre plusieurs symptômes physiques comme des crampes abdominales, nausées, tremblements, étourdissements, difficulté à respirer, bouche sèche, concentration diminuée pendant ces épisodes. Il dit avoir extrêmement peur de faire des erreurs et d'être humilié, d'avoir l'air stupide et de ne pas être en mesure de le gérer.
- Il s'est mis à éviter toute situation sociale. Il évite de répondre au téléphone. Il ne peut se voir en situation sociale. Il ne consomme ni drogue ou alcool.
- Son épouse le dévalorise selon lui. Ils n'ont plus de rapports intimes depuis 13 ans.

► D'après vous, de quel type de trouble d'anxiété John souffre-t-il ?

---

---

► Quels sont les indices qui vous guident à identifier ce trouble d'anxiété ?

---

---

► Quels sont les facteurs prédisposants, précipitants et de maintien que vous identifiez chez John ?

---

---

---

---

---

---



## TROUBLES ANXIEUX : AIDE-MÉMOIRE

---

### 1. Comment distinguer l'anxiété normale de celle dite « pathologique »

- L'anxiété peut être une réponse normale au stress quotidien. Le fait d'éprouver de l'anxiété peut même améliorer la performance.
- L'anxiété est un atout essentiel. Elle permet de préparer à l'action et d'éviter les dangers potentiels (fonction d'adaptation).
- Normalement, cette réaction disparaît quand la situation ou l'objet qui l'a déclenché a cessé d'exister.
- Parfois l'anxiété persiste sans raison apparente et elle peut alors entraver le fonctionnement personnel et social. Différentes formes d'anxiété pathologique peuvent alors être observées.

## 2. Caractéristiques des divers troubles anxieux

Trouble anxieux	Caractéristiques
<b>Trouble panique avec agoraphobie (TPA)</b>	<p>Attaques de panique inattendues répétées sans déclencheur situationnel évident</p> <p>Évitement actif de situations où une attaque de panique est appréhendée</p> <p>Intolérance aux symptômes physiques d'anxiété</p>
<b>Trouble d'anxiété sociale (TAS)</b>	<p>Crainces excessives ou irréalistes de situations sociales ou de performance</p> <p>Intolérance à la gêne ou au regard des autres</p>
<b>Trouble d'anxiété généralisée (TAG)</b>	<p>Inquiétudes incontrôlables et excessives presque quotidiennes relatives à certaines expériences ou activités courantes.</p> <p>Souvent accompagnées de symptômes physiques (p. ex. tension musculaire)</p> <p>Intolérance à l'incertitude</p>
<b>Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)</b>	<p>Présence d'obsessions : pensées, images ou envies répétées, indésirables et envahissantes occasionnant de l'anxiété marquée (p. ex. obsession de la contamination, doutes sur des actions, pensées religieuses, agressives ou sexuelles perturbatrices).</p> <p>Présence de compulsions : comportements ou pensées dont la répétition est destinée à réduire l'anxiété générée par les obsessions (p. ex. vérifier, laver, compter ou répéter)</p>
<b>Trouble de stress post-traumatique (TSPT)</b>	<p>Trouble se manifestant après un événement traumatisant auquel la personne réagit par une peur intense, l'impuissance ou l'horreur, la personne revit l'événement dans sa mémoire, cherche à éviter ce qui lui rappelle l'événement et est paralysée par l'émotion</p> <p>Intolérance à revivre le traumatisme</p>
<b>Phobie spécifique (PS)</b>	<p>Crainte excessive ou déraisonnable d'un objet ou d'une situation en particulier, habituellement associée à l'évitement de l'objet ou de la situation (p. ex. un animal, le sang, les injections, les hauteurs, les avions)</p>

3. On reconnaît trois types de facteurs qui contribuent au développement et au maintien des troubles anxieux

- les facteurs **prédisposants** (p. ex. vulnérabilité génétique), **précipitants** (p. ex. perte d'un être cher) et de **maintien** (p. ex. évitement des lieux qui suscitent les craintes).
- La cible des interventions du pair-aidant sera essentiellement les facteurs de maintien du Trouble d'anxiété sociale et/ou Trouble panique avec agoraphobie.

**:: MERCI DE VOTRE PARTICIPATION ::**

**Nous espérons que les renseignements contenus dans ce document pourront vous aider à mieux comprendre ce que sont les troubles anxieux, afin de pouvoir agir comme pair aidant auprès de personnes souffrant de Trouble panique avec agoraphobie ou de Trouble d'anxiété sociale.**



# Guide de formation pour pairs-aidants

*Auteurs : Mariko Chartier-Otis, Catherine Guay;*

*Co-auteurs : Claude Bélanger, Michel Perreault, André Marchand*

*Automne 2008*

**Les Ressources, l'Accès aux Traitements et les  
Traitements offerts pour traiter le Trouble Panique  
avec Agoraphobie (TPA) et le Trouble d'Anxiété  
Sociale (TAS)**

**Ce guide appartient à :**

---

*Si vous trouvez ce guide, merci de le retourner à* \_\_\_\_\_

*Adresse* \_\_\_\_\_

*Téléphone* \_\_\_\_\_

## Instructions générales pour l'utilisation du guide

### Objectifs de ce guide de formation pour les pairs-aidants

Ce guide de formation est un outil permettant d'assister une formation administrée et supervisée par des intervenants dans le domaine des troubles anxieux. Il s'adresse à des personnes ayant déjà souffert d'un Trouble panique avec agoraphobie ou d'un Trouble d'anxiété sociale, qui sont maintenant rétablis et qui souhaitent apporter leur aide à des personnes qui en souffrent. Il vise à aider ces futurs pairs-aidants dans un rôle bien précis, celui d'accompagnateur dans le traitement des troubles anxieux. Ce guide n'a pas la prétention de couvrir tous les aspects qui peuvent être impliqués dans les actions de pairs-aidants, mais de guider le futur pair-aidant en formation dans les différents rôles qu'il sera amené à jouer. D'ailleurs, il existe d'autres programmes de pairs-aidants dans le domaine des troubles mentaux où les pairs-aidants sont appelés à jouer d'autres rôles ainsi que dans d'autres contextes.

Important: ce guide n'est pas conçu pour être utilisé indépendamment des séances de formation mais bien en soutien à celles-ci.

### Contexte de ce guide

Ce guide a été développé dans le contexte d'une étude portant sur l'accessibilité aux traitements des troubles anxieux menée à l'Institut Douglas, en collaboration avec Phobies-Zéro. Le contenu des séances de formation a été construit à partir des thèmes ressortis dans le questionnaire Web portant sur les obstacles au traitement, étape préalable de cette étude. Le contenu a également été inspiré d'études précédentes. Ce guide est un outil en développement, c'est-à-dire que vous serez amenés à nous donner votre rétroaction pour chaque séance de formation ainsi que sur la formation en général. Ainsi, ce guide de formation pourra être sujet à des modifications suite à vos suggestions. Nous remercions les membres du comité de suivi qui ont participé à l'élaboration de ce guide : Michel Perreault, Ph.D, Claude Bélanger, Ph.D, André Marchand, Ph.D, Camillo

Zacchia, Ph.D, Valérie Royle, Présidente de Phobies-Zéro, Andrée Roy, Mimi Israël, MD, aux personnes qui ont participé à la consultation Web et qui ont aussi participé aux formations, à Hervine Brunaud (pour la conception) ainsi qu'aux Instituts de Recherche en santé du Canada et au ministère de la santé et des services sociaux du Québec pour avoir soutenu en partie le financement du projet.

### Contenu des modules

Ce **guide de formation** pour les pairs-aidants se divise en **cinq modules** qui correspondent chacun à une séance de formation. Chaque module comprend les buts généraux de la session de formation et l'information que vous devrez connaître et maîtriser. Cette formation vous permettra de mieux comprendre et distinguer les caractéristiques du Trouble panique avec agoraphobie, du Trouble d'anxiété sociale ainsi que des autres troubles anxieux (**module 1**). Au cours de la deuxième session (**module 2**), vous serez sensibilisés aux ressources et aux traitements disponibles pour le Trouble panique avec agoraphobie et pour le Trouble d'anxiété sociale. Cette formation vous donnera aussi l'opportunité d'apprendre les aspects liés à la relation d'aide et de les mettre en pratique (**module 3**). La quatrième séance (**module 4**) vous conduira à mieux définir les trois rôles que vous aurez à remplir en tant que pair-aidant : information, soutien, accompagnement. Finalement, le dernier module (**module 5**) vous fournira les outils nécessaires afin de pouvoir appliquer les différentes stratégies d'exposition lors de votre rôle d'accompagnement auprès de la personne que vous aidez.

À la fin de chaque module, vous trouverez un **aide-mémoire** que vous pourrez consulter selon vos besoins, ainsi que certains exercices d'apprentissage destinés à consolider vos acquis. Un exercice à faire à la maison vous sera remis à la fin de chaque session de formation. Il est important de faire ces exercices qui vous guideront dans vos pratiques entre les sessions. En annexe des modules 2 & 5, une **liste des références des ressources et des services disponibles** vous sera fournie.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous les poser tout au long de la formation. Vous pouvez rejoindre la responsable en dehors des heures de formation :

**Mariko Chartier-Otis au (514) 761-6131, poste 2824.**



## Les cinq modules de la formation

---

1) La description des troubles anxieux

2) Les ressources, l'accès aux traitements et les traitements offerts pour traiter le Trouble panique avec agoraphobie (TPA) et le Trouble d'anxiété sociale (TAS)

3) La relation d'aide

4) Les activités assumées par les pairs-aidants

5) Les interventions du pair-aidant dans le rôle d'accompagnateur

Session 1

Session 2

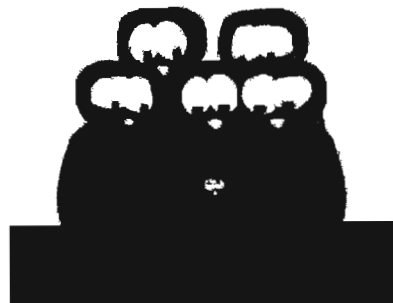
Session 3

Session 4

Session 5

Modules	Rôles	Activités
1 & 2	1) Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer l'aidé concernant la problématique et les symptômes associés.</li> <li>• Donner des renseignements à l'aidé sur les caractéristiques des troubles anxieux.</li> <li>• Détecter les symptômes de votre aidé.</li> <li>• Donner de l'information sur les ressources disponibles et l'orienter vers ces services.</li> <li>• Donner de l'information sur le fonctionnement de la thérapie.</li> </ul>
3 & 4	2) Soutien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager à ne plus craindre d'affronter certaines situations.</li> <li>• Partager votre expérience personnelle lorsqu'elle est pertinente pour l'aidé et comment vous vous en êtes sortis.</li> <li>• Écouter de façon active et répondre adéquatement aux propos de votre aidé.</li> <li>• Amener l'aidé à prendre une décision par lui-même.</li> </ul>
5	3) Accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagner l'aidé dans les endroits qu'il évite pour l'amener à pouvoir y aller seul.</li> </ul>

**Les ressources,  
l'accès aux traitements et  
les traitements offerts  
pour traiter le Trouble  
panique avec agoraphobie  
et le Trouble d'anxiété  
sociale  
(module 2)**



**Objectifs de ce module :**

- ❶ Prendre connaissance des différentes ressources disponibles pour les troubles anxieux.
- ❷ Savoir comment orienter une personne dans le besoin vers les services disponibles.
- ❸ Connaître les différents types de traitement et les principes du traitement le plus reconnu pour ces troubles, la thérapie cognitivo-comportementale.

**Sommaire**

<b>BRÈVE MISE EN CONTEXTE .....</b>	<b>267</b>
<b>1. OÙ ET COMMENT CHERCHER DE L'AIDE.....</b>	<b>268</b>
1.1 <i>Qu'arrive-t-il si une personne anxieuse consulte un médecin ? .....</i>	<i>268</i>
1.2 <i>Les cliniques spécialisées pour les troubles anxieux .....</i>	<i>269</i>
1.3 <i>Le choix d'un psychologue en pratique privée pour traiter un trouble anxieux.....</i>	<i>270</i>
1.4 <i>Le choix d'une clinique universitaire pour traiter un trouble anxieux.....</i>	<i>271</i>
1.5 <i>D'autres professionnels qui peuvent aider les personnes souffrant de troubles anxieux... ..</i>	<i>271</i>
1.6 <i>Et les groupes de soutien... ..</i>	<i>272</i>
1.7 <i>Les sites Internet.....</i>	<i>273</i>
<b>AIDE- MÉMOIRE : LES RESSOURCES ET L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS DISPONIBLES POUR LE TPA ET LE TAS.....</b>	<b>275</b>
<b>2. LES DIFFÉRENTS TYPES DE TRAITEMENT.....</b>	<b>275</b>
2.1 <i>Les traitements pharmacologiques.....</i>	<i>276</i>
2.2 <i>Qui a besoin de médication et qui la prescrit ?.....</i>	<i>276</i>
2.3 <i>Les traitements psychologiques.....</i>	<i>277</i>
2.4 <i>Les principes de la thérapie cognitivo-comportementale .....</i>	<i>277</i>
2.5 <i>Caractéristiques de la thérapie cognitivo-comportementale.....</i>	<i>283</i>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>285</b>
<b>TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE &amp; TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE : AIDE-MÉMOIRE.....</b>	<b>287</b>
<b>ANNEXE.....</b>	<b>288</b>

## Brève mise en contexte

---

Il n'est pas rare que les personnes souffrant de troubles anxieux ne connaissent pas bien les symptômes qui font partie de leur problème. Elles peuvent aussi vivre plusieurs difficultés comme nous avons pu l'aborder lors de la première formation. Cette session avait comme objectif, si vous vous en souvenez, de vous aider à les reconnaître.

Comme nous avons pu le voir, ces symptômes provoquent souvent des difficultés au travail, dans les relations avec les autres, les loisirs, etc. Il peut même arriver que les personnes atteintes de Trouble panique avec agoraphobie ou de Trouble d'anxiété sociale ne soient plus en mesure de se déplacer, d'aller travailler et de vaquer à leurs activités quotidiennes. Par exemple, le simple fait d'aller à l'épicerie peut devenir difficile.

Généralement, les personnes souffrant de troubles anxieux **attendent une période de temps considérable** avant de recevoir de l'aide. Plusieurs personnes ne savent tout simplement pas où chercher cette aide. Pour aider ces gens à avoir accès aux services, nous verrons ici: 1) où et comment y avoir accès ainsi que leurs avantages et désavantages et 2) les types de services et de traitements disponibles pour les troubles anxieux.



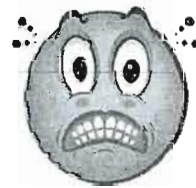
## 1. Où et comment chercher de l'aide

---

Il est souvent difficile pour les personnes souffrant de troubles anxieux de savoir où chercher une aide professionnelle. En fait, il existe souvent une **mauvaise connaissance des ressources** et des traitements disponibles chez la majorité des personnes. C'est pour cette raison que nous vous présentons ici les différentes ressources et traitements disponibles. De cette façon, en prenant connaissance de cette information, il vous sera possible d'**orienter** et d'**accompagner** les personnes atteintes d'un Trouble panique avec agoraphobie et d'un Trouble d'anxiété sociale vers les ressources disponibles dans la communauté. Vous pourrez aussi transmettre cette information aux personnes atteintes avec lesquelles vous serez appelé à travailler comme pair-aidant.

### 1.1 Qu'arrive-t-il si une personne anxieuse consulte un médecin ?

La majorité des personnes souffrant de troubles anxieux consultent leur médecin de famille (services de 1<sup>re</sup> ligne) parce qu'ils interprètent souvent leurs symptômes physiques d'anxiété comme des manifestations indiquant un problème de santé physique (par exemple, un problème cardiaque). Bien qu'ils soient de plus en plus formés à dépister différents problèmes de santé mentale, les médecins généralistes ne sont en général pas spécialisés dans ce domaine.



Deux situations peuvent survenir si une personne avec un trouble anxieux consulte un médecin :

- a) Le médecin dépiste le trouble anxieux et pose un diagnostic de Trouble panique avec agoraphobie ou de Trouble d'anxiété sociale. Il peut alors faire en sorte que cette personne reçoive un traitement approprié:
  - en **recommandant** cette personne à une clinique qui offre des services spécialisés en santé mentale;

- en **prescrivant une médication** si la condition de son patient le justifie.
- b) Pour différentes raisons, le médecin de famille **peut ne pas reconnaître** les symptômes de la personne qui souffre d'un trouble anxieux. Par conséquent;
- la personne ne recevra pas un traitement approprié;
  - sa condition risque de se maintenir ou bien de s'aggraver.

### 1.2 Les cliniques spécialisées pour les troubles anxieux

On peut se rendre dans une clinique spécialisée pour le traitement des troubles anxieux de différentes façons. Tout d'abord, nous avons vu plus haut que si le médecin est en mesure de reconnaître les symptômes de l'anxiété, il peut recommander la personne à ce genre de service. Il est aussi possible de se rendre directement en clinique spécialisée sans passer par l'entremise d'un médecin. Il existe des cliniques spécialisées en milieu hospitalier et en milieu privé. **Voici une liste de cliniques spécialisées pour les troubles anxieux dans les milieux hospitaliers à Montréal (coordonnées disponibles en annexe):**

- Clinique d'Anxiété de Verdun (Institut Douglas)
- Clinique des Troubles Anxieux d'Anjou (Hôpital Louis Hyppolite Lafontaine)
- Clinique des troubles anxieux (Hôpital du Sacré-Cœur)

En contactant ces cliniques, il est possible d'obtenir un rendez-vous. Il n'est plus nécessaire d'habiter le secteur desservi par ces centres puisque les traitements en psychiatrie ne sont plus sectorisés depuis quelques années. Le traitement offert dans ce type de clinique consiste en une **évaluation psychiatrique** approfondie et des **séances de psychothérapie**. Les clients ont la possibilité de suivre ces thérapies de façon individuelle, en groupe ou les deux. Dans les cliniques spécialisées, l'évaluation psychiatrique peut être conduite par un psychiatre ou parfois par un psychologue qui effectuera alors une évaluation psychologique. Le traitement psychologique est souvent offert par un psychologue, mais il peut l'être par d'autres intervenants en santé mentale formés pour donner ce genre de traitement.



Connaissez-vous les avantages et les inconvénients de ces cliniques?

Voici la liste des pour/contre de ces cliniques spécialisées.

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilité de suivre un traitement psychologique avec un professionnel spécialisé dans les troubles anxieux.</li> <li>• Services accessibles et gratuits.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'attente avant le début du traitement peut parfois être longue en raison des listes d'attente.</li> <li>• Ne choisit pas les intervenants.</li> </ul>

### 1.3 Le choix d'un psychologue en pratique privée pour traiter un trouble anxieux

Le psychologue en pratique privée offre des services semblables à ceux offerts dans les cliniques spécialisées en milieu hospitalier. Ces services sont payants, mais il est possible d'être remboursé par des assurances privées. Pour trouver un psychologue spécialisé dans le traitement des troubles anxieux, de préférence d'orientation cognitive ou comportementale, vous pouvez consulter le site de l'**Ordre des Psychologues du Québec** (OPQ) à l'adresse suivante: <http://www.ordrepsy.qc.ca/> ou appeler au numéro de l'OPQ: (514) 738-1223. Voici les avantages/inconvénients des services en pratique privée.



Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilité de suivre un traitement psychologique d'orientation cognitivo-comportementale avec le psychologue.</li> <li>• Aucune ou très peu d'attente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Service coûteux variant en général entre 60 et plus de 140\$/heure.</li> </ul>

#### 1.4 Le choix d'une clinique universitaire pour traiter un trouble anxieux

Dans la région de Montréal, il existe aussi des cliniques universitaires qui offrent des services psychologiques à coût modique, variant selon le revenu personnel (entre 20 et 40\$/heure). Voici quelques suggestions:

- Centre de Service Psychologique (CSP) à l'Université du Québec à Montréal
- Clinique universitaire de psychologie à l'Université de Montréal
- Centre de psychologie appliquée à l'Université Concordia

#### 1.5 D'autres professionnels qui peuvent aider les personnes souffrant de troubles anxieux...

En plus des psychologues et des psychiatres, d'autres professionnels peuvent aider les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Les intervenants, les infirmières cliniciennes et les travailleurs sociaux sont des professionnels qui aident les individus, les familles et les groupes à améliorer leur bien-être. Ils font souvent la liaison entre l'équipe de professionnels, l'individu et les ressources communautaires. On peut retrouver ces professionnels autant en milieu hospitalier que dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Afin d'accéder à une liste des coordonnées de ces CSSS, vous pouvez consulter le site Internet suivant :

[www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/pdf/liste95csss.pdf](http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/pdf/liste95csss.pdf)



En quoi les groupes de soutien peuvent-ils aider les personnes souffrant de troubles anxieux ?

### 1.6 Et les groupes de soutien...

Les groupes de soutien se composent de personnes qui partagent des préoccupations ou des problèmes semblables. Il existe des groupes de soutien qui s'adressent aux personnes ayant un problème lié à l'anxiété et d'autres pour les proches (p.ex., l'Association des parents et amis des malades mentaux). Les groupes de soutien sont composés d'ex-patients et parfois de personnes qui n'ont jamais consulté un professionnel de la santé pour leur trouble anxieux. Le fait de participer à un groupe de soutien aide ces personnes à surmonter leurs difficultés.

- ⇒ Caractéristiques des groupes de soutien :
- Les membres ont le contrôle sur la structure et le format du groupe.
- L'aide reçue est donnée par les autres membres du groupe.
- Il n'y a pas ou très peu de coûts pour les membres.
- Il est possible de faire l'acquisition de connaissances sur le problème en question.
- Les autres membres du groupe viennent en aide au participant en lui permettant de se comparer afin de normaliser ses réactions et problèmes.
- Les membres peuvent aider les autres à affronter leur peur.
- Ces groupes donnent la possibilité de développer un sentiment d'appartenance et d'offrir du soutien mutuel.
- Ils permettent de développer des relations entre les pairs.

Voici certains **groupes de soutien** dans la région de Montréal qui offrent du soutien pour les personnes atteintes de troubles anxieux (voir l'annexe pour les coordonnées). Certains groupes de soutien offrent également des **lignes d'écoute téléphonique**.

Groupes de soutien	Région	Ligne d'écoute téléphonique
Association d'agoraphobes anonymes de Verdun	Montréal	
Groupe d'Entraide pour un mieux-être (G.E.M.E.) Stress, panique, anxiété, burn-out, dépression	Rive-Sud et Rive-Nord de Montréal	
La Clé des champs, Réseau d'entraide pour troubles anxieux	Montréal	
La Ressource ATP, Groupes de soutien pour personnes anxieuses et trouble panique	Laval	
Phobies-Zéro	Groupes à travers le Québec	514-276-3105
Revivre	Montréal	514-738-4873

### 1.7 Les sites Internet

Les sites Internet peuvent être utiles pour les personnes qui sont à la recherche d'informations sur les troubles anxieux. Ces sites peuvent également être bénéfiques pour les personnes qui essaient de comprendre leurs symptômes anxieux et pour celles qui sont à la recherche de traitements. En voici quelques-uns :

Noms des sites Internet	Adresses électroniques
Association Troubles anxieux du Québec	<a href="http://www.ataq.org/">http://www.ataq.org/</a>
Revivre	<a href="http://www.revivre.org/">http://www.revivre.org/</a>
Phobies-Zéro	<a href="http://www.phobies-zero.qc.ca/">http://www.phobies-zero.qc.ca/</a>
Fondation des maladies mentales	<a href="http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/">http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/</a>
Association Canadienne des Troubles Anxieux	<a href="http://www.anxietycanada.ca/">http://www.anxietycanada.ca/</a>
Anxiety Disorders Association of America	<a href="http://www.adaa.org/">http://www.adaa.org/</a>

Par contre, il existe de nombreux sites qui donnent de l'information erronée sur les maladies. Restez donc vigilant lorsque vous consultez un site Internet.



Que retenir-vous sur les services offerts ?

---

---

---

---

---

## Aide-mémoire

### Les ressources et l'accès aux traitements disponibles pour le TPA et le TAS

Démarche de consultation dans le réseau de la santé pour la personne atteinte d'un trouble anxieux

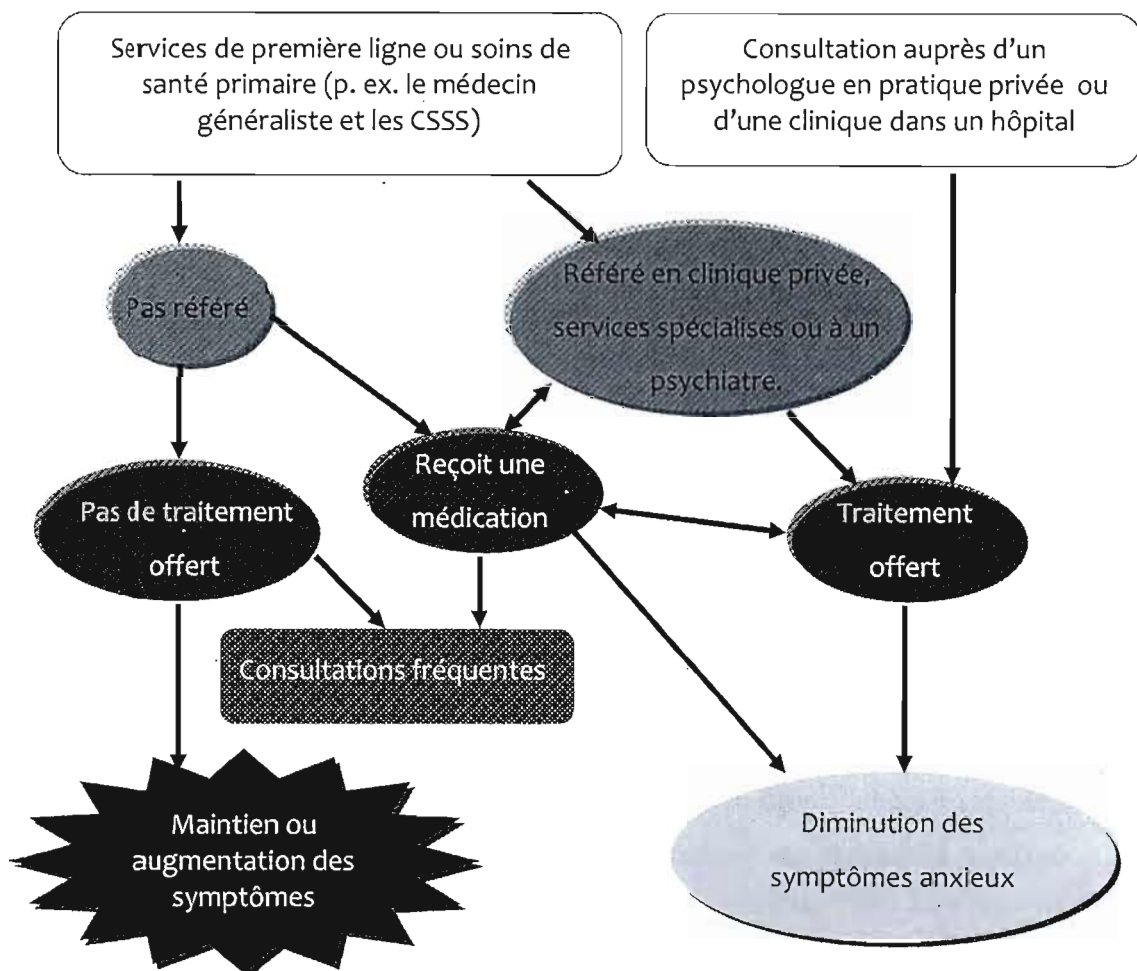


Figure illustrant le processus d'orientation vers les services

## 2. Les différents types de traitement

---

Il existe plusieurs traitements permettant d'aider les personnes souffrant de troubles anxieux. Dans cette section, nous vous donnerons l'information nécessaire sur ces traitements qui comprennent: les traitements pharmacologiques; les traitements psychologiques (principalement la thérapie cognitivo-comportementale) ainsi que d'autres traitements considérés comme alternatifs (acupuncture, homéopathie, etc.). Ainsi, suite à cette formation, vous pourrez informer et orienter votre aidé vers les traitements disponibles.

### 2.1 Les traitements pharmacologiques

Deux groupes de médicaments sont utilisés pour le traitement pharmacologique des troubles anxieux : les antidépresseurs et les anxiolytiques de type benzodiazépine.

- Les **antidépresseurs** (p. ex. Paxil, Effexor) de toutes les classes peuvent être efficaces. Ils sont considérés comme le traitement pharmacologique de premier choix.
- Les **benzodiazépines** (p. ex. Diazépam (Valium), Clonazépam (Rivotril)) peuvent être utilisées mais ils sont prescrits de préférence à court terme puisque ces médicaments perdent leur efficacité après un certain temps, et qu'ils entraînent la plupart du temps une dépendance psychologique.

### 2.2 Qui a besoin de médication et qui la prescrit ?

La médication n'est pas nécessairement recommandée dans tous les cas où la personne présente un trouble anxieux, mais elle peut être utile, voire indispensable dans certains cas :

- Lorsque les symptômes anxieux sont importants (sévères, intenses);
- Lorsqu'aucun traitement psychologique n'est disponible;

- Lorsque la personne souffrant de troubles anxieux préfère ne pas s'investir dans un traitement psychologique;
- Lorsqu'il y a aussi présence d'humeur dépressive.

Au Canada, le seul professionnel en santé mentale qui peut prescrire une telle médication est un médecin ou un psychiatre. Bien que la médication soit utile dans certaines situations, le traitement psychologique est préférable à long terme, et plus particulièrement la thérapie cognitivo-comportementale visant à changer les façons de penser et d'agir de la personne. En effet, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est un traitement psychologique qui permet de mieux comprendre ses symptômes en les décrivant et d'utiliser des techniques apprises lors de la TCC lorsque la thérapie est terminée.

### 2.3 Les traitements psychologiques

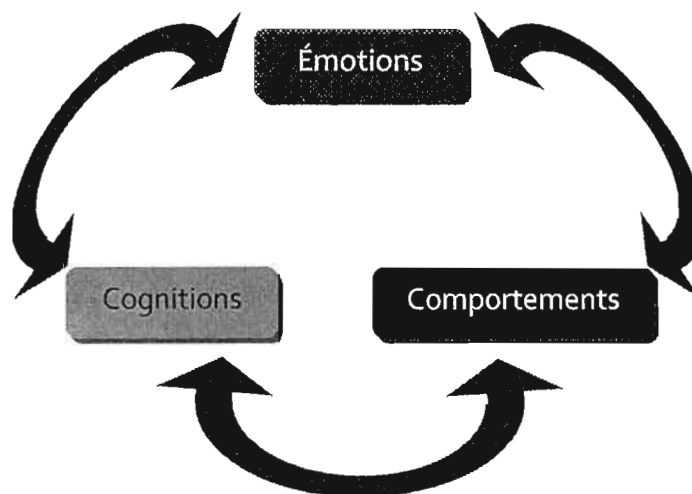
Les traitements psychologiques visent à augmenter le bien-être et à réduire les symptômes des personnes qui souffrent d'un problème de santé mentale. Il existe plusieurs traitements qui vont varier selon l'approche du professionnel : cognitivo-comportemental, humaniste, psychodynamique, neuropsychologique, etc. La **thérapie cognitivo-comportementale** a été reconnue comme étant **la plus efficace** pour le traitement des troubles anxieux et elle possède le plus d'évidences scientifiques quant à son efficacité.

### 2.4 Les principes de la thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale est basée sur un modèle où les cognitions, les émotions et les comportements sont interreliés.

- Les **cognitions** : sont des pensées que nous utilisons pour interpréter la réalité qui nous entoure. Elles ne sont pas toujours objectives. Lorsque l'on souffre d'anxiété, les cognitions se formulent souvent de la manière suivante: «J'ai peur que...».
- Les **comportements** : sont les actions ou l'absence d'actions (p.ex. évitement des situations craintes) effectuées dans une situation donnée. Les personnes anxieuses ont recours à des comportements d'évitement/d'échappement ou des comportements sécurisants pour diminuer l'inconfort.
- Les **émotions** : vont découler de l'interprétation que fait l'individu d'une situation, donc de ses cognitions.

#### Les trois composantes-clés du modèle de thérapie cognitivo-comportementale





### Qu'est-ce que l'évitement/l'échappement et les comportements sécurisants ?

⇒ Ce sont des comportements qui permettent de diminuer temporairement l'anxiété.

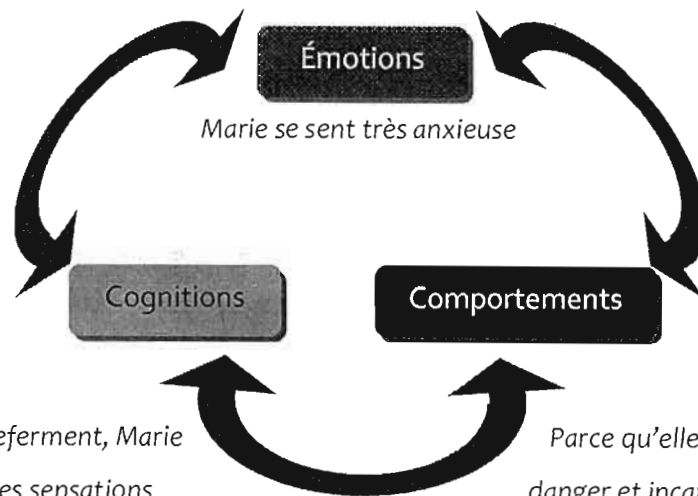
- Évitement comportemental : ne pas du tout se rendre dans la ou les situations redoutées.
- Évitement cognitif : chasser les pensées désagréables en utilisant des stratégies comme la distraction ou la neutralisation
- Échappement ou fuite : quitter la situation une fois rendu sur les lieux.
- Comportements sécurisants : aller dans la situation, mais avoir en sa possession des éléments sécurisants tels que bouteille d'eau, médicaments,

Voici un exemple pour illustrer ce qui peut se passer chez une personne qui souffre d'un Trouble panique avec agoraphobie.

#### Situation:

Marie prend le métro pour se rendre au travail.  
Elle entre dans un wagon du métro et les portes se referment...





Dès que les portes se referment, Marie commence à avoir des sensations physiques désagréables (nausées, étourdissements, difficulté à respirer). Elle pense que ça doit sûrement être grave et elle se dit qu'elle a très peur de faire une attaque de panique et de devenir folle.

Parce qu'elle croit être en danger et incapable de rester dans la situation et de tolérer ses symptômes physiques, Marie sort du wagon à la station suivante.



Ce sont sûrement des réactions qui vous sont arrivées... Pouvez-vous penser à d'autres situations?

Illustration d'un exemple d'expérience personnelle par le futur pair-aidant:

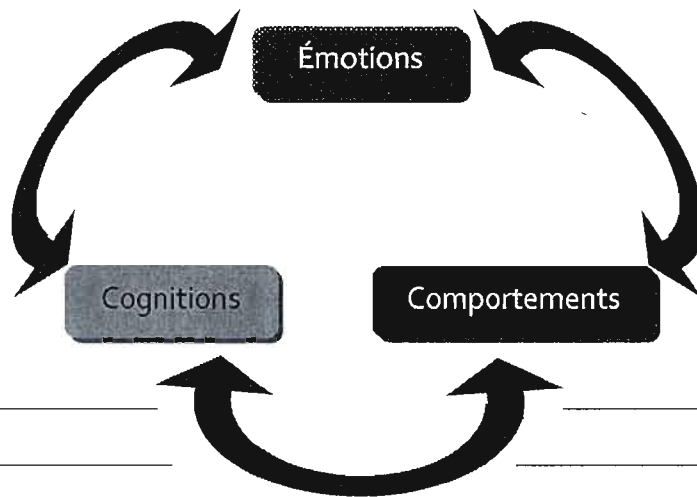
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

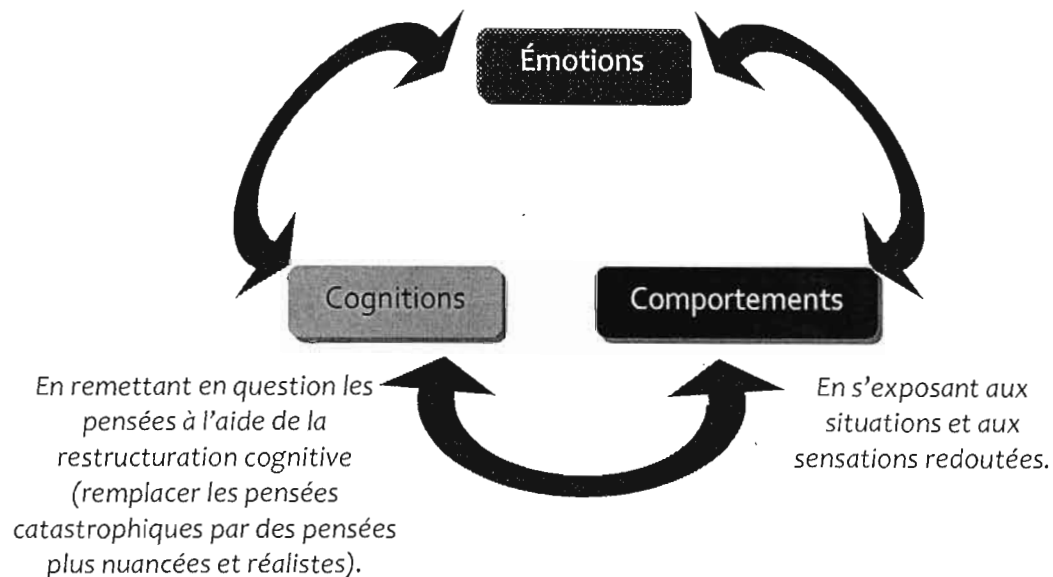
---

---

---

Le but de la thérapie est d'agir sur ces trois composantes:

*En apprenant des façons de gérer les émotions par la démystification des sensations physiques ou encore par des techniques de relaxation.*



#### Qu'est-ce que l'exposition ?

- Le but de l'exposition vise à s'habituer aux réactions de peur afin qu'elles diminuent en s'exposant aux situations ou aux sensations redoutées.
- L'exposition se fait de façon graduelle, prolongée et répétée.
  - ⇒ Cette technique sera davantage expliquée à la dernière session de formation ainsi que le rôle que vous serez amené à jouer en tant que pair-aidant.

## 2.5 Caractéristiques de la thérapie cognitivo-comportementale

- Une personne qui souffre d'anxiété peut ne pas bien comprendre la nature des symptômes qu'elle présente. La thérapie cognitivo-comportementale a pour but de développer une **compréhension** du problème vécu. La personne en thérapie est amenée graduellement à formuler des hypothèses et à les évaluer en se basant sur les expériences qu'elle fait en thérapie.
- Elle est aussi encouragée à **développer de nouvelles habiletés** pour générer des explications alternatives au problème vécu et tester des solutions.
- La collaboration active est primordiale entre le client et le psychologue en ce sens que tous les deux sont vus comme des experts; le client connaît bien ses difficultés et le psychologue l'aide à les comprendre et à trouver des solutions.
- Le but de la thérapie est d'amener le client à devenir de plus en plus autonome face à la gestion de ses difficultés en lui permettant de développer de nouvelles habiletés.
- La thérapie cognitivo-comportementale est **brève et structurée**: pour les troubles anxieux, la thérapie varie entre 10 et 20 rencontres.
- Elle met l'accent sur le changement des difficultés actuelles qui causent une détresse psychologique. La thérapie cognitivo-comportementale est donc **centrée sur le présent**.
- Le psychologue rencontre le client une fois par semaine, ce qui pourrait être insuffisant pour amener des changements à certains problèmes qui sont souvent présents depuis plusieurs années. Il est donc essentiel de faire des **exercices** entre les rencontres pour mettre en pratique le contenu abordé lors des séances. Rappelez-vous : plus on pratique un comportement, plus on devient habile !



Vous est-il déjà  
arrivé d'utiliser  
d'autres traitements  
que ceux présentés ?



### Les traitements alternatifs

Certaines personnes anxieuses vont avoir recours à des traitements dits alternatifs tels que l'homéopathie, la naturopathie, l'acupuncture, les vitamines, l'ayurveda, le yoga, etc. Bien qu'ils puissent dans certains cas aider à diminuer l'anxiété, il est difficile pour nous de les recommander puisqu'ils n'ont été que très peu étudiés. En sachant que ces pratiques n'ont pas encore été démontrées efficaces, vous serez en mesure de mieux informer votre aidé.

### Qu'en est-il de l'exercice physique ?

Tout comme les traitements alternatifs, l'exercice physique peut aider à diminuer l'anxiété, mais il ne permet pas de guérir d'un trouble anxieux.

## Conclusion

---

Malgré les différents répertoires et listes de services disponibles, les personnes concernées par les troubles d'anxiété rapportent ne connaître que peu de services. Dans ce module, vous avez pu prendre connaissance des différentes ressources disponibles pour traiter les troubles anxieux. Les informations qui vous ont été transmises vous seront utiles pour orienter les personnes que vous aiderez en tant que pair-aidant. Cette session de formation vous a également permis de connaître les différents types de traitement et les principes de l'intervention reconnue la plus efficace à ce jour: la thérapie cognitivo-comportementale. Essentiellement, cette formation vous aidera dans votre **rôle d'informateur** (orientation et transmission d'informations) que vous serez amené à remplir auprès de la personne anxieuse que vous accompagnerez

### Exercice d'apprentissage sur l'orientation vers les services disponibles

**Mise en situation:** Vous détectez chez votre aidé des symptômes d'anxiété sociale. Son médecin de famille lui a déjà prescrit une médication pour son anxiété sociale, mais il a entendu parlé d'une thérapie qui fonctionne et il vous demande où aller et ce que c'est. Que lui répondez-vous ? Quelles informations lui donnez-vous ?

---

---

---

---

---

---

---

---

De plus, votre aidé vous dit souvent qu'il se sent seul et qu'il a l'impression d'être le seul à vivre cette anxiété qui l'empêche d'être avec les autres. Il vous dit qu'il est content de vous avoir rencontré parce qu'il se sent moins seul mais vous dit un jour qu'il aimerait aussi être en contact avec d'autres gens comme lui qui le comprendraient. Que lui conseillerez-vous ? De quoi pourriez-vous lui parler ?

---

---

---

---

---

---

---

---



## TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE & TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE : AIDE-MÉMOIRE

---

### Ce qu'il faut retenir ...

- Plusieurs ressources et services sont disponibles, mais ils sont très peu connus.

#### 1. Où et comment chercher de l'aide?

- La majorité des personnes souffrant de troubles anxieux consultent un médecin.
- Il existe des cliniques spécialisées pour les troubles anxieux où il est possible de recevoir une évaluation psychologique et de suivre un traitement reconnu.
- D'autres services sont aussi disponibles pour les personnes atteintes d'un trouble anxieux: le psychologue en pratique privée, les psychiatres en cabinet privé, les travailleurs sociaux, les groupes de soutien, etc.

#### 2. Les différents types de traitement

- La médication n'est pas toujours recommandée, mais elle est grandement utile dans certaines situations.
- Parmi les traitements psychologiques existants, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est la plus efficace pour traiter les troubles anxieux.
- Les cognitions, les émotions et les comportements sont interreliés. La thérapie a pour objectif d'agir sur ces trois composantes.
- L'évitement, l'échappement et les comportements sécurisants permettent de diminuer temporairement l'anxiété. Le but de la thérapie sera de les réduire en développant des stratégies plus adaptées et efficaces à long terme.

Annexe

## Ressources et services disponibles

### Cliniques en milieu hospitalier

#### Clinique d'Anxiété de Verdun (Institut Douglas)

4485, rue Bannantyne  
Verdun (Québec) H4G 1E2  
Tél. : (514) 769-8502

#### Clinique des Troubles Anxieux d'Anjou (Hôpital Louis Hyppolite Lafontaine)

7067, rue Beaubien Est  
**Montréal (Québec) H1M 2Y2**  
Tél. : (514) 354-1261

#### Clinique des troubles anxieux (Hôpital du Sacré Cœur de Montréal)

**1575, Boul. Henri-Bourassa Ouest, suite 505**  
**Montréal (Québec) H3M 3A9**  
Tél. : (514) 338-4201

### Psychologue en pratique privée

#### Ordre des psychologues du Québec

1100, avenue Beaumont  
Montréal (Québec) H3P 3H5  
<http://www.ordrepsy.qc.ca/opqv2/fra>  
Service de référence pour trouver un psychologue

### Cliniques universitaires

#### Centre de Service Psychologique (CSP) à l'Université du Québec à Montréal

**320, rue Sainte-Catherine Est, 4<sup>e</sup> étage, local DS-4202**  
**Montréal (Québec) H3C 3P8**  
**Tél. : (514) 987-0253**  
[http://www.psychu.uqam.ca/D\\_CSP/CSP.html](http://www.psychu.uqam.ca/D_CSP/CSP.html)

#### Clinique universitaire de psychologie à l'Université de Montréal

Pavillon Marie-Victorin  
1525 boulevard Mont-Royal ouest ou  
90, avenue Vincent-d'Indy, Salle d'attente D-331

Montréal (Québec) H3C 3J7  
Tél. : (514) 343-7725

Centre de psychologie appliquée à l'Université Concordia  
7141 Sherbrooke Ouest  
Montréal (Québec) H4B 1R6  
Tél. : (514) 848-2424, ext.7550

### Groupes de soutien

#### **Phobies Zéro**

Il existe plusieurs groupes de soutien pour les personnes souffrant de troubles anxieux dans différentes régions du Québec.

Tél. (numéro general): (514) 276-3105  
[www.phobies-zero.qc.ca](http://www.phobies-zero.qc.ca)

#### **Revivre**

5140, rue Saint-Hubert  
Montréal (Québec) H2J 2Y3  
Tél.: (514) 529-3081  
Ligne d'écoute, d'information et de références  
Montréal: (514) REVIVRE (738-4873)  
Sans frais partout au Canada: 1 (866) REVIVRE  
<http://www.revivre.org/>

#### **ATAQ**

(Association des troubles anxieux du Québec)  
C. P. 49018 Montréal (Québec) H1N 3T6  
Tél. : (514) 251-0083  
[info@ataq.org](mailto:info@ataq.org)

#### **Clé des champs**

Réseau d'entraide pour troubles anxieux  
10780, rue Laverdure  
Montréal (Québec) H3L 2L9  
Tél.: (514) 334-1587  
<http://www.lacledeschamps.org/>

#### **Association d'agoraphobes anonymes de Verdun**

Groupe de support pour personnes avec troubles anxieux, sud-ouest de Montréal  
Tél.: (514) 368-0338

#### **Groupe d'entraide G.E.M.E.**

Siège social  
6 boul. Desaulniers, suite 202  
Saint-Lambert (Québec) J4P 1L3  
Tél. : (450) 462-GEME (4363)  
Sans frais : 1-866-443-4363  
<http://www.geme.qc.ca/>

La Ressource ATP  
220, avenue du Parc  
Laval (Québec) H7N 3X4  
Tél. : (450) 575-4041  
<http://www.laressourceatp.org/>

### **Autres**

Association Canadienne pour la santé mentale  
8, King Street Est, bureau 810  
Toronto (Ontario) M5C 1B5  
Tél.: (416) 484-7750

Liste de ressources en santé mentale  
[info@acsm.ca](mailto:info@acsm.ca)

Anxiety Disorders Association of America  
<http://www.adaa.org>



# Guide de formation pour pairs-aidants

*Auteurs : Mariko Chartier-Otis; Co-auteurs : Claude Bélanger,  
Michel Perreault, André Marchand, Catherine Guay*

*Automne 2008*

La Relation d'Aide

**Ce guide appartient à :**

---

**Si vous trouvez ce guide, merci de le retourner à** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_

**Téléphone** \_\_\_\_\_

## **I**nstructions générales pour l'utilisation du guide

---

### **Objectifs de ce guide de formation pour les pairs-aidants**

Ce guide de formation est un outil permettant d'assister une formation administrée et supervisée par des intervenants dans le domaine des troubles anxieux. Il s'adresse à des personnes ayant déjà souffert d'un Trouble panique avec agoraphobie ou d'un Trouble d'anxiété sociale, qui sont maintenant rétablis et qui souhaitent apporter leur aide à des personnes qui en souffrent. Il vise à aider ces futurs pairs-aidants dans un rôle bien précis, celui d'accompagnateur dans le traitement des troubles anxieux. Ce guide n'a pas la prétention de couvrir tous les aspects qui peuvent être impliqués dans les actions de pairs-aidants, mais de guider le futur pair-aidant en formation dans les différents rôles qu'il sera amené à jouer. D'ailleurs, il existe d'autres programmes de pairs-aidants dans le domaine des troubles mentaux où les pairs-aidants sont appelés à jouer d'autres rôles ainsi que dans d'autres contextes.

Important: ce guide n'est pas conçu pour être utilisé indépendamment des séances de formation mais bien en soutien à celles-ci.

### **Contexte de ce guide**

Ce guide a été développé dans le contexte d'une étude portant sur l'accessibilité aux traitements des troubles anxieux menée à l'Institut Douglas, en collaboration avec Phobies-Zéro. Le contenu des séances de formation a été construit à partir des thèmes ressortis dans le questionnaire Web portant sur les obstacles au traitement, étape préalable de cette étude. Le contenu a également été inspiré d'études précédentes. Ce guide est un outil en développement, c'est-à-dire que vous serez amenés à nous donner votre rétroaction pour chaque séance de formation ainsi que sur la formation en général. Ainsi, ce guide de formation pourra être sujet à des modifications suite à vos suggestions. Nous remercions les membres du comité de suivi qui ont participé à l'élaboration de ce guide : Michel Perreault, Ph.D, Claude Bélanger, Ph.D, André Marchand, Ph.D, Camillo Zacchia, Ph.D, Valérie Royle, Présidente de Phobies-Zéro, Andrée Roy, Mimi Israël, MD,



aux personnes qui ont participé à la consultation Web et qui ont aussi participé aux formations, à Hervine Brunaud (pour la conception) ainsi qu'aux Instituts de Recherche en santé du Canada et au ministère de la santé et des services sociaux du Québec pour avoir soutenu en partie le financement du projet.

### Contenu des modules

Ce **guide de formation** pour les pairs-aidants se divise en **cinq modules** qui correspondent chacun à une séance de formation. Chaque module comprend les buts généraux de la session de formation et l'information que vous devrez connaître et maîtriser. Cette formation vous permettra de mieux comprendre et distinguer les caractéristiques du Trouble panique avec agoraphobie, du Trouble d'anxiété sociale ainsi que des autres troubles anxieux (**module 1**). Au cours de la deuxième session (**module 2**), vous serez sensibilisés aux ressources et aux traitements disponibles pour le Trouble panique avec agoraphobie et pour le Trouble d'anxiété sociale. Cette formation vous donnera aussi l'opportunité d'apprendre les aspects liés à la relation d'aide et de les mettre en pratique (**module 3**). La quatrième séance (**module 4**) vous conduira à mieux définir les trois rôles que vous aurez à remplir en tant que pair-aidant : information, soutien, accompagnement. Finalement, le dernier module (**module 5**) vous fournira les outils nécessaires afin de pouvoir appliquer les différentes stratégies d'exposition lors de votre rôle d'accompagnement auprès de la personne que vous aiderez.

À la fin de chaque module, vous trouverez un **aide-mémoire** que vous pourrez consulter selon vos besoins, ainsi que certains exercices d'apprentissage destinés à consolider vos acquis. Un exercice à faire à la maison vous sera remis à la fin de chaque session de formation. Il est important de faire ces exercices qui vous guideront dans vos pratiques entre les sessions. En annexe des modules 2 & 5, une **liste des références des ressources et des services disponibles** vous sera fournie.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous les poser tout au long de la formation. Vous pouvez rejoindre la responsable en dehors des heures de formation :

**Mariko Chartier-Otis au (514) 761-6131, poste 2824.**

## Les cinq modules de la formation

---

1) La description des troubles anxieux

2) Les ressources, l'accès aux traitements et les traitements offerts pour traiter le Trouble panique avec agoraphobie (TPA) et le Trouble d'anxiété sociale (TAS)

3) La relation d'aide

4) Les activités assumées par les pairs-aidants

5) Les interventions du pair-aidant dans le rôle d'accompagnateur

Session 1

Session 2

Session 3

Session 4

Session 5

Modules	Rôles	Activités
1 & 2	1) Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer l'aidé concernant la problématique et les symptômes associés.</li> <li>• Donner des renseignements à l'aidé sur les caractéristiques des troubles anxieux.</li> <li>• Détecter les symptômes de votre aidé.</li> <li>• Donner de l'information sur les ressources disponibles et l'orienter vers ces services.</li> <li>• Donner de l'information sur le fonctionnement de la thérapie.</li> </ul>
3 & 4	2) Soutien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager à ne plus craindre d'affronter certaines situations.</li> <li>• Partager votre expérience personnelle lorsqu'elle est pertinente pour l'aidé et comment vous vous en êtes sortis.</li> <li>• Écouter de façon active et répondre adéquatement aux propos de votre aidé.</li> <li>• Amener l'aidé à prendre une décision par lui-même.</li> </ul>
5	3) Accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagner l'aidé dans les endroits qu'il évite pour l'amener à pouvoir y aller seul.</li> </ul>

# La relation d'aide

## (module 3)



**Objectifs de ce module :**

- ❶ Acquérir les notions de l'alliance thérapeutique et prendre connaissance du type de relation entre pair-aidant et personne aidée.
- ❷ Apprendre le développement de la relation d'aide et explorer les différents types d'aides.
- ❸ Connaître le code de conduites des pairs-aidants et le respect de la confidentialité.
- ❹ Comprendre les principes de l'intervention à intensité décroissante auprès des aidés.

**Sommaire**

<b>BRÈVE MISE EN CONTEXTE .....</b>	<b>302</b>
<b>1. L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ET LA RELATION D'AIDE ENTRE PAIR-AIDANT ET AIDÉ .....</b>	<b>303</b>
1.1 QU'EST-CE QUE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ? .....	303
1.3 CARACTÉRISTIQUES DE CETTE RELATION .....	304
<b>2. LE DÉVELOPPEMENT DE LA RELATION D'AIDE.....</b>	<b>308</b>
2.1 ÉTABLIR LE PREMIER CONTACT TÉLÉPHONIQUE ET PRENDRE UN RENDEZ-VOUS (TEMPS VARIABLE) .....	308
2.2 RENCONTRER LA PERSONNE QUE VOUS ALLEZ ACCOMPAGNER (ENVIRON 45 MINUTES).....	308
2.3 SE RENCONTRER POUR CONTINUER À DÉVELOPPER LE LIEN ET ABORDER LA GESTION DE L'ANXIÉTÉ (ENVIRON UNE HEURE) .....	310
2.4 POURSUIVRE UN NOMBRE X DE RENCONTRES EN FONCTION DES BESOINS DE LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE .....	311
2.5 ACCOMPAGNEMENT DANS DES SITUATIONS QUI PROVOQUENT DE L'ANXIÉTÉ.....	312
<b>3. COMMENT GÉRER LES AIDÉS QUI VOUS CAUSENT DES DIFFICULTÉS ? .....</b>	<b>314</b>
<b>4. CODE DE CONDUITE DES PAIRS-AIDANTS/ IMPORTANCE DU RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ .....</b>	<b>320</b>
4.1 L'IMPORTANCE DE LA CONFIDENTIALITÉ.....	320
4.2 CODE DE CONDUITE DES PAIRS-AIDANTS.....	321
<b>5. LES PRINCIPES DE L'INTERVENTION À INTENSITÉ DÉCROISSANTE AUPRÈS DES AIDÉS .....</b>	<b>322</b>
5.1 LES PRINCIPES DE L'INTERVENTION À INTENSITÉ DÉCROISSANTE SONT... ..	322
5.2 POUR PERMETTRE DE... ..	322
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>323</b>
<b>EXERCICE D'APPRENTISSAGE SUR LES LIMITES DE LA RELATION .....</b>	<b>324</b>

ENTRE PAIR-AIDANT ET AIDÉ.....324  
LA RELATION D'AIDE : AIDE-MÉMOIRE..... 325  
ANNEXE .....326

## Brève mise en contexte

---

La relation qui unit le pair-aidant et la personne aidée est singulière. Il s'agit d'une relation d'aide dans laquelle le pair-aidant agit de trois façons. Tout d'abord, il donne de l'information sur l'anxiété, les ressources et les traitements disponibles. Ensuite, il fournit du soutien qui peut se traduire par de l'écoute et par la possibilité de partager des expériences personnelles constructives. Finalement, il a un rôle d'accompagnateur dans les situations qui provoquent de l'anxiété chez la personne atteinte de Trouble panique avec agoraphobie ou de Trouble d'anxiété sociale.

Dans le module suivant, nous verrons les caractéristiques que doivent posséder les pairs-aidants pour accompagner l'aidé de façon appropriée. Plusieurs aspects de la relation seront abordés dont les limites de celle-ci. En effet, l'aide que vous apporterez en tant que pair-aidant sera bien définie afin de minimiser les risques de chevauchement des rôles entre vous et le/les professionnels. Il est important de toujours garder en tête que vous ne devez pas vous improviser comme professionnel de la santé mais que vous jouez un rôle d'accompagnateur. En effet, en tant que pair-aidant, vous aurez plutôt à jouer un rôle complémentaire vis-à-vis de l'équipe de professionnels de la santé basé sur votre expertise (celle d'avoir eu un trouble anxieux).

### Qu'est-ce qu'un pair-aidant ?



Il s'agit d'une personne ayant déjà souffert d'un trouble d'anxiété et qui est spécialement formée pour apporter de l'aide à une personne qui en souffre présentement. De plus, l'expérience d'avoir eu un trouble anxieux et d'être parvenu à le surmonter par vos moyens et par le recours à différentes formes d'aide vous donne une forme d'expertise qui peut être efficace dans un travail d'équipe avec des professionnels de la santé.



## 1. L'alliance thérapeutique et la relation d'aide entre pair-aidant et aidé

### 1.1 Qu'est-ce que l'alliance thérapeutique ?

⇒ **Définition** : La relation entre l'aidant et l'aidé représente une collaboration entre deux personnes que l'on qualifie d'alliance thérapeutique. Les deux personnes impliquées s'engagent à explorer les problèmes liés à l'anxiété de l'aidé, à établir une confiance mutuelle et à coopérer l'un envers l'autre pour atteindre les objectifs de l'aidé. Cette alliance ne peut s'exercer au détriment de celle entre le thérapeute et le patient.

Dans le contexte où vous serez pair-aidant, elle implique que :

1) vous vous entendiez avec la personne aidée sur vos tâches respectives et que vous les considérez comme importantes et pertinentes.

- **Exemples de tâches du pair-aidant**: donner de l'information sur les ressources disponible, apporter du soutien (encouragements, conseils constructifs, écoute attentive), accompagner dans les exercices d'exposition.
- **Exemples de tâches de l'aidé**: faire preuve de collaboration, d'engagement et de motivation.

2) les objectifs soient clairs, bien compris et endossés par les deux parties.

- **Exemples d'objectifs du pair-aidant**: encourager l'aidé à mettre en pratique ses exercices d'exposition durant la semaine.
- **Exemples d'objectifs de l'aidé**: être en mesure de se déplacer seul.

3) qu'il existe un lien affectif basé sur la confiance, l'implication, l'acceptation ainsi qu'une grande empathie de votre part.



Selon vous, quelles qualités devraient posséder un pair-aidant?

### Les qualités que devrait avoir un bon pair-aidant...

- *Être compréhensif et ouvert d'esprit*
- *Faire preuve d'écoute et de compassion*
- *Savoir encourager les efforts passés et présents*
- *Pouvoir identifier et souligner les progrès à l'aidé*
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

#### 1.2 Comment définir la relation d'aide entre pair-aidant et aidé ?

⇒ **Définition** : C'est une relation dans laquelle le pair-aidant accompagne, soutient et informe la personne ayant un Trouble panique avec agoraphobie ou un Trouble d'anxiété sociale afin de l'aider à surmonter certaines difficultés liées à l'anxiété et à l'application de son traitement.

#### 1.3 Caractéristiques de cette relation

- **Ce qu'elle est...**

- a) Une relation asymétrique, c'est-à-dire qu'elle n'est pas égalitaire. En effet, vous serez amené à jouer un rôle d'aidant limité à certaines tâches précises;
- b) Permet à la personne aidée de parler de ses difficultés liées à l'anxiété;
- c) Permet au pair-aidant de donner des illustrations constructives de sa vie pour offrir de l'aide à l'aidé.

- **Ce qu'elle n'est pas...**

- a) Une relation amicale, c'est-à-dire une relation égalitaire où les deux personnes impliquées peuvent se confier et partager leurs expériences sur des sujets divers;
- b) Ne permet pas à la personne aidée de parler de difficultés qui ne sont pas en lien avec l'anxiété;
- c) Ne permet pas au pair-aidant de se confier sur ses problèmes personnels;
- d) Une occasion de discuter de toutes sortes de sujet (c'est une relation de soutien et non pas de copinage);
- e) Une relation d'autorité: en effet, le rôle du pair-aidant s'arrête à donner des principes.

- **Limites de la relation**

Comme vous pouvez le constater, la relation que vous serez amené à développer avec la personne que vous accompagnerez comporte des limites. Les limites sont importantes, car elles permettent de respecter le cadre thérapeutique pour l'aidé. Elles favorisent donc le maintien d'une relation permettant le mieux-être de l'aidé.



Testez vos connaissances :  
Vrai ou Faux ? Quelles  
conséquences auraient ces  
comportements...

	Vrai	Faux
1) Je peux être ami avec la personne que j'aide ?		
2) Je peux tomber en amour ?		
3) Je peux avoir des relations intimes (sexuelles) ?		
4) Je peux faire d'autres activités comme aller au cinéma ?		

1) Si je suis ami avec la personne que j'aide...

Conséquences: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) Si je tombe en amour avec la personne que j'aide...

Conséquences: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3) Si je peux avoir des relations intimes (sexuelles) avec la personne que j'aide...

Conséquences: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4) Si je peux faire d'autres activités comme aller au cinéma avec la personne que j'aide....

Conséquences: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• **D'autres situations qui pourraient survenir...**

- a) La personne que vous aidez vous tape sur les nerfs...
- b) Vous trouvez la personne que vous aidez très sympathique et vous avez envie de vous confier...
- c) Vous refusez de répondre à une demande de la personne que vous aidez (ne va pas nécessairement affecter la relation thérapeutique).



*Quelles sont les répercussions que pourraient avoir ces comportements sur la relation?*

**Ces comportements peuvent venir altérer l'alliance thérapeutique et transformer la relation de sorte qu'elle ne soit plus aidante pour la personne ayant un Trouble panique avec agoraphobie ou un Trouble d'anxiété sociale.**

## 2. Le développement de la relation d'aide

Nous verrons ici les étapes du développement de la relation d'aide que vous devrez respecter lorsque vous serez amené à aider une personne souffrant de Trouble panique avec agoraphobie ou de Trouble d'anxiété sociale.

### 2.1 Établir le premier contact téléphonique et prendre un rendez-vous (temps variable)

Le pair-aidant appelle la personne souffrant d'un trouble anxieux pour établir un premier contact. Lors de ce contact téléphonique, le pair-aidant se présente et fixe un rendez-vous d'environ 45 minutes avec l'aidé. Si l'aidé demande de l'aide au pair-aidant, celui-ci peut répondre à ses questions, lui donner des conseils et/ou lui donner des références de cliniques et/ou des numéros de téléphonique où appeler.



Lors de ce premier contact, le pair-aidant offre la possibilité à l'aidé d'aller le chercher lors de leur premier rendez-vous et/ou de le reconduire lorsqu'il doit aller en thérapie.

**IMPORTANT:** L'évitement ou l'agoraphobie rend les déplacements difficiles chez plusieurs personnes anxieuses.

- Pour faciliter leur participation à un traitement, en tant que pair-aidant, vous pouvez accompagner l'aidé à la clinique et le raccompagner à la maison si nécessaire, selon vos disponibilités.

N.B.: Vous serez appelés à être plus disponible au début selon le principe de l'intervention à intensité décroissante (expliqué plus loin).

### 2.2 Rencontrer la personne que vous allez accompagner (environ 45 minutes)

Le pair-aidant, le coordonnateur et l'aidé se rencontrent dans un bureau de la Clinique. Si l'aidé est incapable de sortir de chez lui, le pair-aidant et le coordonnateur

peuvent se rendre au domicile de l'aidé et le premier contact peut avoir lieu dans ce contexte s'il n'y a aucun risque. Au moment de cette rencontre, plusieurs points doivent être abordés:

- S'entendre sur les buts à accomplir durant le processus et compléter la feuille d'objectifs (voir l'annexe)
- Signer un contrat qui certifie l'engagement de chacun dans le processus et précise les objectifs que l'aidé souhaite atteindre (voir l'annexe).

L'objectif de cette première rencontre est également de commencer à développer une relation de confiance avec l'aidé. Il est à noter que la construction d'une relation de confiance est essentielle; elle débute dès le premier contact et se poursuit à chaque fois que vous êtes avec la personne que vous aidez.

Lors de cette première rencontre, le pair-aidant est encouragé à se renseigner sur la nature du trouble pour être en mesure de mieux comprendre la personne qu'il aide. Voici quelques exemples de questions que vous pourrez poser à la personne que vous aiderez.

#### **Questions pour mieux comprendre l'anxiété de la personne aidée**

- Quelles sont les situations qui provoquent de la panique ?
- Quelles sont vos craintes liées à ces situations ?
- Pouvez-vous me parler de vos peurs ?
- Avez-vous déjà tenté de faire face à votre anxiété ? Comment ?
- Comment gérez-vous votre anxiété ?
- Qu'est-ce qui vous aide lorsque vous êtes dans une situation qui génère de l'anxiété ?

Ces questions visent à vous faire prendre connaissance de l'anxiété, des situations qui la provoquent et des façons de la gérer par la personne que vous aiderez.



Le pair-aidant aborde avec l'aidé la possibilité qu'il a de pouvoir l'appeler à des heures pré-déterminées s'il a besoin d'informations (voir module 1) ou s'il vit une difficulté (nous verrons au module 4 comment vous pouvez aider le client à faire de la résolution de problèmes).

À la fin de cette rencontre, le pair-aidant et l'aidé fixent un prochain rendez-vous dans la semaine suivante.

### 2.3 Se rencontrer pour continuer à développer le lien et aborder la gestion de l'anxiété (environ une heure)

À cette rencontre, le pair-aidant et l'aidé peuvent discuter des points suivants:

- L'état de l'aidé depuis la dernière rencontre: comment il se sent, s'il y a eu des changements, etc.
- La gestion de l'anxiété: le pair-aidant peut revenir sur la gestion de l'anxiété et redemander à l'aidé comment il la gère. Ensuite, il peut parler de la façon dont il a appris à gérer sa propre anxiété (partage du vécu) et explorer avec l'aidé d'autres façons de faire.





Encouragez l'aidé à utiliser des façons adaptées de gérer son anxiété et proposez d'autres façons de faire lorsque vous voyez qu'il utilise des moyens inadaptés.

Bonne gestion de son anxiété	Mauvaise gestion de son anxiété
Apprendre à relaxer	Consommer de l'alcool ou de la drogue
Utiliser la respiration diaphragmatique	Ne plus sortir de chez soi
Parler à quelqu'un	Demander aux autres de tout faire à sa place
S'exposer à la situation provoquant de la peur	Avoir des objets sécurisants: bouteille d'eau, avoir des médicaments sur soi, etc.

➤ **N'oubliez pas que vous êtes pour l'aidé un MODÈLE et ce, en tout temps!!**

2.4 Poursuivre un nombre X de rencontres en fonction des besoins de la personne accompagnée

Jusqu'à ce que la phase d'exposition du traitement débute, le pair-aidant et l'aidé peuvent se rencontrer (environ une fois par semaine) pour aborder les éléments suivants:

- Faire le suivi
- La gestion de l'anxiété
- Donner des conseils et encourager les efforts de l'aidé

**Une fois que la relation de confiance est établie et que l'aidé est prêt à s'exposer aux situations qui suscitent de l'anxiété...**

## 2. 5 Accompagnement dans des situations qui provoquent de l'anxiété

Avant de débiter une séance d'exposition, le pair-aidant doit s'assurer que l'aidé est prêt à le faire. C'est pour cette raison que le lien de confiance est très important à ce stade-ci. Le pair-aidant lui rappelle les principes de l'exposition (vus en thérapie). Ensuite, il incite l'aidé à choisir une situation qui provoque peu d'anxiété. Le rôle d'accompagnement sera décrit en profondeur lors de la cinquième session de formation.

**Tableau récapitulatif des étapes du développement de la relation d'aide**

Étapes	Caractéristiques	Durée
1) Premier contact téléphonique et prise d'un rendez-vous	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le pair-aidant se présente et fixe un premier rendez-vous.</li> <li>- Il peut répondre aux questions de l'aidé.</li> <li>- Il peut offrir d'aller le chercher chez lui.</li> <li>- Il offre d'aller le reconduire s'il doit se rendre au lieu de son traitement.</li> </ul>	Temps variable
2) Rencontre à la Clinique ou à domicile avec le superviseur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le pair-aidant et l'aidé se rencontrent à la Clinique pour s'entendre sur les buts et signer le contrat d'engagement.</li> <li>- Le pair-aidant se renseigne sur la nature du trouble anxieux de l'aidé.</li> </ul>	Environ 45 minutes
3) Deuxième rencontre à la Clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le pair-aidant se renseigne sur l'état de l'aidé.</li> <li>- Le pair-aidant peut aborder la gestion de l'anxiété et parler de la façon dont il a appris à gérer sa propre anxiété.</li> <li>- Le pair-aidant encourage l'aidé à utiliser des bonnes façons de gérer son anxiété.</li> </ul>	Environ une heure
4) Poursuite d'un nombre X de	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le pair-aidant et l'aidé se rencontrent pour assurer le suivi (gestion de l'anxiété,</li> </ul>	

rencontres selon les besoins	encouragements, etc.)	
5) Accompagnement dans les situations qui provoquent l'anxiété	<ul style="list-style-type: none"><li>- Le pair-aidant rappelle les principes de l'exposition.</li><li>- Il demande à l'aidé de choisir une situation qui provoque de l'anxiété en débutant avec les situations peu anxiogènes, et il l'accompagne.</li></ul>	

### 3. Comment gérer les aidés qui vous causent des difficultés ?

Il peut arriver qu'une situation difficile se pose ou encore que votre aidé se comporte d'une certaine manière qui peut être problématique. Dans la section suivante, nous verrons différents types de personne et de situations potentiellement difficiles afin de vous guider dans votre façon d'interagir auprès de votre aidé. Également, comme toute situation est différente en soi, vous aurez parfois à utiliser votre jugement pour déterminer quelle suggestion, conseil, sera le plus efficace dans une situation réelle. Évidemment, si une situation se présente et que vous ne savez pas comme la gérer, n'hésitez surtout pas à avoir recours à votre superviseur. Il vous guidera et vous donnera le soutien dont vous aurez besoin afin que vous puissiez décider de la meilleure façon de gérer le problème.

#### Les types d'aidés pouvant être problématiques



**L'aidé suicidaire ou en situation de crise**

⇒ **Définition** : l'aidé en période de crise a besoin d'aide pour gérer ses problèmes. Il pourrait arriver que votre aidé soit très déprimé et menace de s'enlever la vie ou exprime un profond désespoir.

#### **Suggestions :**

- Soyez attentif, empathique, posez des questions et faites de l'écoute active (expliqué au module 4).
- Rappelez-vous vos limites et connaissez à l'avance une ressource en cas de crise, à laquelle vous pouvez référer votre aidé.

- Si votre aidé menace de s'enlever la vie, demandez-lui d'appeler ou de vous donner la permission d'appeler un membre de sa famille ou un ami qui peut l'amener à l'urgence.
- Si votre aidé refuse d'appeler l'urgence, vous pouvez l'appeler vous-même et demander des suggestions afin de gérer la situation.
- Contactez le superviseur.



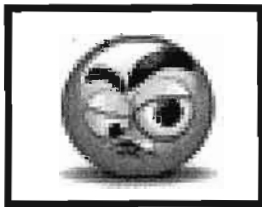
L'aidé en colère ou qui  
manifeste de l'agressivité

⇒ **Définition** : aidé hostile qui peut se mettre en colère ou être agressif envers une situation vécue. Si l'aidé se met en colère ou est agressif à votre égard et que cette situation est intolérable, vous pouvez lui dire que vous n'êtes pas en mesure d'accepter un tel comportement. Vous pouvez également lui rappeler ce qui a été entendu au début, au moment de l'entente (voir contrat).

**Suggestions :**

- Ne vous mettez pas vous-même en colère.
- Utilisez une voix douce et calme.
- Validez les perceptions, interprétations et émotions de votre aidé si c'est possible.
- Encouragez la personne à parler pour vous assurer de bien comprendre ce qui se passe. Écoutez-la attentivement et paraphrasez (résumer et répéter) ce qu'elle vous dit.
- Si l'aidé vous attaque, arrêtez immédiatement son comportement en disant quelque chose comme: «Il n'y a pas de place pour ce type de comportement. C'est important de se respecter.»

- Si aucune solution ne semble acceptable, dites: «En ce moment, qu'est-ce que je pourrais faire?» ou «Qu'est-ce qui vous rendrait content?»
- Si aucune solution ne semble fonctionner pour désamorcer l'aidé, dites-lui que vous pensez que l'aide d'un pair-aidant n'est peut-être pas appropriée pour lui.

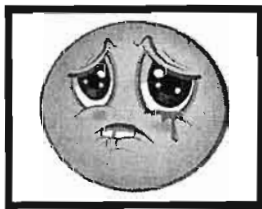


**L'aidé non-motivé**

⇒ **Définition** : aidé qui ne fait aucun effort pour s'en sortir.

**Suggestions:**

- Ne passez pas plus de temps que prévu à essayer de motiver l'aidé.
- Encouragez votre aidé à faire des efforts et félicitez-le pour les progrès accomplis, aussi petits soient-ils.
- Parlez-en au superviseur.



**L'aidé qui pleure**

⇒ **Définition** : le fait de se sentir écouté et compris peut amener l'aidé à pleurer. Les gens pleurent pour différentes raisons. L'aidé peut avoir l'impression que quelqu'un comprend enfin ce qu'il vit et se sentir à l'aise d'exprimer des émotions qu'il a tenté de supprimer

pendant un certain temps. Pleurer peut favoriser la guérison émotionnelle. Laisser l'aidé pleurer est aidant.

**Suggestions :**

- Reconnaître que c'est correct de pleurer et le dire à l'aidé – souffrir d'anxiété est difficile.
- Si votre aidé pleure beaucoup, demandez-lui si vous pouvez faire quelque chose pour lui.
- Généralement, après une certaine période de temps, la personne va arrêter d'elle-même de pleurer. La tension va se libérer et l'aidé va se sentir mieux.



**L'aidé silencieux**

⇒ **Définition** : aidé qui s'exprime très peu.

**Suggestions :**

- Soyez à l'affût des signes (par exemple, le langage corporel) indiquant que l'aidé désire parler.
- Posez des questions à l'aidé pour savoir comment il se sent à propos de l'aide que vous lui apportez.
- Respectez l'aidé s'il ne parle pas beaucoup; cela ne veut pas dire qu'il ne fait aucun effort et ne retire rien de l'aidé que vous lui apportez.



### L'aidé qui communique inefficacement

⇒ **Définition** : il peut arriver qu'un aidé parle tout le temps et monopolise la discussion ou encore qu'il débute la plupart de ses phrases par «oui, mais...». On peut aussi retrouver dans cette catégorie les aidés qui posent toujours des questions, ceux qui semblent tout connaître ainsi que ceux qui ont de la difficulté à rester centrés sur le sujet principal de la discussion.

#### Suggestions:

- Rappelez à l'aidé que vous avez des tâches à accomplir.
- Remettez l'accent de la conversation en résumant le point central et passez à un autre sujet.
- Utilisez le langage corporel: évitez de regarder la personne lorsqu'elle s'écarte du sujet de la conversation.
- Si l'aidé parle tout le temps, proposez-lui quelqu'un d'autre à qui il peut parler.
- Si l'aidé commence ses phrases par «oui, mais...», reconnaissez les préoccupations de votre aidé et validez la situation vécue par celui-ci.
- Si l'aidé pose beaucoup de questions et que vous ne connaissez pas la réponse, ne faites pas semblant de la connaître, dites plutôt «Je ne sais pas, mais je vais m'informer et vous revenir là-dessus». Par la suite, faites les démarches pour répondre à sa demande à la prochaine rencontre.



Pouvez-vous penser à d'autres exemples d'aidés qui seraient pour vous problématiques ?





## **4. Code de conduite des pairs-aidants et importance du respect de la confidentialité**

Un ensemble de règles a été établi et doit être respecté par les pairs-aidants dans le but de pouvoir apporter de l'assistance à l'aidé tout en gardant une certaine distance émotionnelle. Le respect de ces règles permet également de diminuer les risques de vivre de la souffrance au contact de l'autre et de créer une dépendance. Vous trouvez ce code de conduite à la page 23.

### **4.1 L'importance de la confidentialité**

Le respect de la confidentialité est primordial et le contrat permet de s'assurer que cette entente soit respectée. La confidentialité implique que l'information à laquelle vous aurez accès lorsque vous serez en contact avec une personne souffrant de Trouble panique avec agoraphobie ou de Trouble d'anxiété sociale ne doit être divulguée qu'aux personnes autorisées, en l'occurrence le superviseur. Ainsi, en tant que pair-aidant, toutes les informations (1-Identité, 2-Problématique, 3-Renseignements personnels) ayant trait aux participants ne devront, dans aucune mesure, être dévoilées. Cela signifie que vous ne pouvez pas divulguer d'informations personnelles à vos proches sur la personne que vous aidez. Les aidés auront également à respecter l'anonymat de leur pair-aidant.

Afin de respecter la confidentialité lors des premiers contacts, vous ne devez laisser aucun message sur la boîte vocale de votre aidé. Par la suite, vous aurez à établir avec votre aidé s'il vous donne la permission de laisser un message chez lui.

## 4.2 Code de conduite des pairs-aidants

### Contacts entre pairs-aidants et aidés

#### 1- Fréquence des rencontres :

Un contact par semaine au début et diminution progressive selon les principes de l'intervention à intensité décroissante.

#### 2- Appels téléphoniques :

Établissement d'une entente sur les appels téléphoniques entre les deux personnes impliquées, maximum de 3 à 4 fois par semaine à des périodes fixes et facultatives, au besoin seulement.

### Attitudes à adopter

#### 3- N'encouragez pas l'évitement !

Incitez la personne à affronter les situations qui suscitent de la peur et à ne pas avoir de comportements d'évitement.

#### 4- Restez humble!

La formation que vous suivez vous donne des outils pour aider la personne souffrant de Trouble panique avec agoraphobie ou de Trouble d'anxiété sociale, mais ne suffit pas pour faire de vous un professionnel de la santé.

### Supervision

#### 5- Gestion des problèmes :

Si un problème se pose dans la relation que vous entretenez avec l'aidé, il est essentiel d'en parler au superviseur.

#### 6- Garder la distance émotionnelle nécessaire :

Il est important d'apprendre à ne pas reporter la souffrance de l'aidé sur votre propre vécu et à gérer les situations difficiles sans se sentir déstabilisé. Pour ce faire, tentez de découvrir les moyens qui vous permettent de vous protéger et de garder la distance nécessaire face au mal-être de l'autre. Si vous n'y parvenez pas seul, faites-en part au superviseur.

## 5. Les principes de l'intervention à intensité décroissante auprès des aidés

### 5.1 Les principes de l'intervention à intensité décroissante sont...

- d'apporter de l'aide à une personne ayant un Trouble panique avec agoraphobie ou un Trouble d'anxiété sociale.
- de se centrer sur des tâches bien précises.
- de diminuer son aide à mesure que l'aidé prend de l'assurance et en suivant les principes de l'exposition hiérarchique (ils seront abordés au module 5).

### 5.2 Pour permettre de...

- favoriser l'autonomie.
- garder une certaine distance émotionnelle pour l'aidé et le pair-aidant.
- diminuer les risques de vivre de la détresse au contact de l'autre et de raviver vos propres symptômes anxieux.



#### Mise en garde

Restez toujours alerte. Il se pourrait que vous vouliez conserver la relation une fois votre mandat terminé, mais ce n'est pas recommandé. Vous pourriez ainsi nuire à l'autonomie de votre aidé.

## **Conclusion**

---

Dans ce module, vous avez pu voir l'importance de la relation thérapeutique avec la personne que vous aiderez. Également, cette formation vous a permis de comprendre le type de relation que vous entretenez avec l'aidé. Vous connaissez aussi maintenant l'importance de l'alliance thérapeutique et les limites de la relation que vous serez amené à respecter avec l'aidé. Vous devez respecter le code de conduite ainsi que la confidentialité des aidés. Cette formation vous a permis de prendre connaissance des étapes de la relation d'aide et des différents types d'aidés que vous pourriez rencontrer. Finalement, les principes de l'intervention à intensité décroissante auprès des aidés vous ont montré la nécessité de favoriser leur autonomie et de garder une certaine distance émotionnelle pour vous protéger.

## Exercice d'apprentissage sur les limites de la relation entre pair-aidant et aidé

**Mise en situation:** Vous suivez déjà depuis plusieurs semaines votre aidé. Il vous annonce qu'il est maintenant rendu à l'exposition et il vous dit que le psychologue lui a recommandé d'être accompagné par vous à son premier exercice d'exposition dans le métro (y rester jusqu'à ce que l'anxiété diminue et voyager dans un wagon pendant une station). Selon ce que vous aviez établi avec lui, cette exposition est beaucoup trop avancée et vous ne pensez pas qu'il soit prêt. Que faites-vous?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

À la fin de cette rencontre, votre aidé est fier d'avoir réussi son exposition et pour vous remercier de l'avoir accompagné, il vous propose d'aller prendre un verre. Que faites-vous ? Pourquoi ?

---

---

---

---

---

---

## LA RELATION D'AIDE : AIDE-MÉMOIRE

---

### Ce qu'il faut retenir ...

- La relation qui unit le pair-aidant et l'aidé est unique.

### Que sont l'alliance thérapeutique et la relation d'aide ?

- La relation est basée sur une entente visant à explorer les problèmes de l'aidé, une confiance mutuelle et la coopération afin de pouvoir atteindre les objectifs.
- Il existe plusieurs limites que doivent respecter le pair-aidant et l'aidé afin de ne pas transformer la relation en amitié ou en relation d'autorité (p.ex. professionnel de la santé).

### Le développement de la relation d'aide et les différents types d'aidés

- Plusieurs étapes concernant le développement de la relation doivent être connues du pair-aidant afin de développer une relation d'aide basée sur la confiance.
- Il y a plusieurs façons de gérer des situations difficiles; cela peut dépendre du type d'aidé, par exemple est-il en situation de crise? En colère? Pleure-t-il?

### Code de conduites, confidentialité et intervention à intensité décroissante

- Le code de conduites des pairs-aidants et la confidentialité doivent être respectés en tout temps.
- L'intervention à intensité décroissante permet de favoriser l'autonomie chez l'aidé et de garder une certaine distance émotionnelle.

## **Annexe**



## CONTRAT

### PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT DE PAIRS-AIDANTS

Le programme d'accompagnement de pairs-aidants offre la possibilité d'être aidé par un pair-aidant par rapport à vos difficultés liées à l'anxiété. Vous pourrez être aidé par un pair-aidant en même temps que vous recevrez un traitement. Il est également possible de bénéficier de cette aide sans nécessairement suivre de traitement. Ce programme s'adresse plus spécifiquement aux personnes souffrant de Trouble panique avec agoraphobie et d'anxiété sociale.

Afin d'améliorer la dynamique entre votre pair-aidant et vous-même, nous vous demandons de lire et de signer le contrat suivant. Chaque aidé et pair-aidant s'engage à respecter les lignes directrices suivantes:

- S'impliquer activement dans l'aide que vous recevrez d'un pair-aidant, soit être présent à vos rendez-vous;
- Respecter la confidentialité; ne jamais mentionner à l'extérieur les noms des aidés ou de ce qui a été discuté lors des rendez-vous entre l'aidé et le pair-aidant;
- Être ponctuel aux rendez-vous;
- À moins d'une urgence, avisez au moins 24 heures à l'avance si vous ne pouvez pas vous présenter à votre rendez-vous;
- Si vous n'avez pas de votre absence, vous êtes responsable de contacter votre pair-aidant pour prendre un nouveau rendez-vous;

- L'accès à un pair-aidant sera refusé après avoir annulé 3 rencontres consécutives ou 4 rencontres non consécutives, sauf si vous avez un motif sérieux justifiant votre absence;
- En cas de difficultés particulières qui pourraient interférer avec vos rendez-vous telles que l'abus d'alcool ou de drogues, l'apparition d'un nouveau problème ou d'une nouvelle condition psychiatrique interférant avec le programme d'accompagnement de pairs-aidants, vous pourriez être référé à un autre service plus adapté à vos besoins.
- Les comportements agressifs verbaux ou toute forme de manque de respect ne seront en aucun cas tolérés.

### Objectifs de l'aidé (à compléter avec le pair-aidant)

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

J'ai lu et compris les principes précédents, et je m'engage à les respecter.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'aidé

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du pair-aidant

\_\_\_\_\_  
Signature du superviseur



# Guide de formation pour pairs-aidants

*Auteurs : Mariko Chartier-Otis ; Co-auteurs : Claude Bélanger,  
Michel Perreault, André Marchand, Catherine Guay*

*Automne 2008*

Les Activités Assumées  
par les Pairs-Aidants

**Ce guide appartient à :**

---

*Si vous trouvez ce guide, merci de le retourner à* \_\_\_\_\_

*Adresse* \_\_\_\_\_

*Téléphone* \_\_\_\_\_

## **I**nstructions générales pour l'utilisation du guide

---

### **Objectifs de ce guide de formation pour les pairs-aidants**

Ce guide de formation est un outil permettant d'assister une formation administrée et supervisée par des intervenants dans le domaine des troubles anxieux. Il s'adresse à des personnes ayant déjà souffert d'un Trouble panique avec agoraphobie ou d'un Trouble d'anxiété sociale, qui sont maintenant rétablis et qui souhaitent apporter leur aide à des personnes qui en souffrent. Il vise à aider ces futurs pairs-aidants dans un rôle bien précis, celui d'accompagnateur dans le traitement des troubles anxieux. Ce guide n'a pas la prétention de couvrir tous les aspects qui peuvent être impliqués dans les actions de pairs-aidants, mais de guider le futur pair-aidant en formation dans les différents rôles qu'il sera amené à jouer. D'ailleurs, il existe d'autres programmes de pairs-aidants dans le domaine des troubles mentaux où les pairs-aidants sont appelés à jouer d'autres rôles ainsi que dans d'autres contextes.

Important: ce guide n'est pas conçu pour être utilisé indépendamment des séances de formation mais bien en soutien à celles-ci.

### **Contexte de ce guide**

Ce guide a été développé dans le contexte d'une étude portant sur l'accessibilité aux traitements des troubles anxieux menée à l'Institut Douglas, en collaboration avec Phobies-Zéro. Le contenu des séances de formation a été construit à partir des thèmes ressortis dans le questionnaire Web portant sur les obstacles au traitement, étape préalable de cette étude. Le contenu a également été inspiré d'études précédentes. Ce guide est un outil en développement, c'est-à-dire que vous serez amené à nous donner votre rétroaction pour chaque séance de formation ainsi que sur la formation en général. Ainsi, ce guide de formation pourra être sujet à des modifications suite à vos suggestions. Nous remercions les membres du comité de suivi qui ont participé à l'élaboration de ce guide : Michel Perreault, Ph.D, Claude Bélanger, Ph.D, André Marchand, Ph.D, Camillo

Zacchia, Ph.D, Valérie Royle, Présidente de Phobies-Zéro, Andrée Roy, Mimi Israël, MD, aux personnes qui ont participé à la consultation Web et qui ont aussi participé aux formations, à Hervine Brunaud (pour la conception) ainsi qu'aux Instituts de Recherche en santé du Canada et au ministère de la santé et des services sociaux du Québec pour avoir soutenu en partie le financement du projet.

### Contenu des modules

Ce **guide de formation** pour les pairs-aidants se divise en **cinq modules** qui correspondent chacun à une séance de formation. Chaque module comprend les buts généraux de la session de formation et l'information que vous devrez connaître et maîtriser. Cette formation vous permettra de mieux comprendre et distinguer les caractéristiques du Trouble panique avec agoraphobie, du Trouble d'anxiété sociale ainsi que des autres troubles anxieux (**module 1**). Au cours de la deuxième session (**module 2**), vous serez sensibilisé aux ressources et aux traitements disponibles pour le Trouble panique avec agoraphobie et pour le Trouble d'anxiété sociale. Cette formation vous donnera aussi l'opportunité d'apprendre les aspects liés à la relation d'aide et de les mettre en pratique (**module 3**). La quatrième séance (**module 4**) vous conduira à mieux définir les trois rôles que vous aurez à remplir en tant que pair-aidant : information, soutien, accompagnement. Finalement, le dernier module (**module 5**) vous fournira les outils nécessaires afin de pouvoir appliquer les différentes stratégies d'exposition lors de votre rôle d'accompagnement auprès de la personne que vous aiderez.

À la fin de chaque module, vous trouverez un **aide-mémoire** que vous pourrez consulter selon vos besoins, ainsi que certains exercices d'apprentissage destinés à consolider vos acquis. Un exercice à faire à la maison vous sera remis à la fin de chaque session de formation. Il est important de faire ces exercices qui vous guideront dans vos pratiques entre les sessions. En annexe des modules 2 & 5, une **liste des références des ressources et des services disponibles** vous sera fournie.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous les poser tout au long de la formation. Vous pouvez rejoindre la responsable en dehors des heures de formation : **Mariko Chartier-Otis au (514) 761-6131, poste 2824.**



## Les cinq modules de la formation

---

1) La description des troubles anxieux

2) Les ressources, l'accès aux traitements et les traitements offerts pour traiter le Trouble panique avec agoraphobie (TPA) et le Trouble d'anxiété sociale (TAS)

3) La relation d'aide

4) Les activités assumées par les pairs-aidants

5) Les interventions du pair-aidant dans le rôle d'accompagnateur

Session 1

Session 2

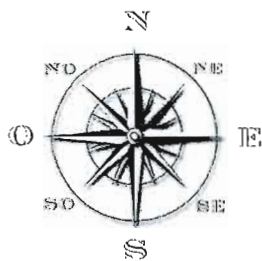
Session 3

Session 4

Session 5

Modules	Rôles	Activités
1 & 2	1) Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer l'aidé concernant la problématique et les symptômes associés.</li> <li>• Donner des renseignements à l'aidé sur les caractéristiques des troubles anxieux.</li> <li>• Détecter les symptômes de votre aidé.</li> <li>• Donner de l'information sur les ressources disponibles et l'orienter vers ces services.</li> <li>• Donner de l'information sur le fonctionnement de la thérapie.</li> </ul>
3 & 4	2) Soutien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager à ne plus craindre d'affronter certaines situations.</li> <li>• Partager votre expérience personnelle lorsqu'elle est pertinente pour l'aidé et comment vous vous en êtes sortis.</li> <li>• Écouter de façon active et répondre adéquatement aux propos de votre aidé.</li> <li>• Amener l'aidé à prendre une décision par lui-même.</li> </ul>
5	3) Accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagner l'aidé dans les endroits qu'il évite pour l'amener à pouvoir y aller seul.</li> </ul>

# Les activités assumées par les pairs-aidants (module 4)



**Objectifs de ce module :**

- ❶ Délimiter les rôles assumés par les pairs-aidants et ceux par les professionnels (psychologues, psychiatres, superviseur, etc.).
- ❷ Connaître les activités assumées par les pairs-aidants & expérimenter leurs trois rôles: 1) information, 2) soutien, 3) accompagnement.
- ❸ Savoir écouter & répondre.
- ❹ Connaître le processus de décision dans la résolution de problèmes.

**Sommaire**

<b>BRÈVE MISE EN CONTEXTE .....</b>	<b>340</b>
<b>1. LES RÔLES ASSUMÉS PAR LES PAIRS-AIDANTS ET CEUX DES PROFESSIONNELS</b>	<b>341</b>
1.1 ATTITUDE À ADOPTER.....	343
1.2 PRISE DE DÉCISIONS.....	343
1.3 ACCOMPAGNEMENT .....	343
<b>2. LES ACTIVITÉS ASSUMÉES PAR LES PAIRS-AIDANTS .....</b>	<b>344</b>
2.1 RÔLE D'INFORMATION .....	345
2.2 RÔLE DE SOUTIEN .....	345
2.3 RÔLE D'ACCOMPAGNEMENT.....	346
<b>3. L'ÉCOUTE ACTIVE &amp; COMMENT RÉPONDRE .....</b>	<b>347</b>
3.1 L'ÉCOUTE ACTIVE.....	347
3.2 CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCOUTE ACTIVE POUR LES PAIRS-AIDANTS.....	348
3.3 COMMENT RÉPONDRE À L'AIDÉ DE FAÇON EFFICACE... ..	351
3.4 LES STRATÉGIES QUE VOUS NE DEVRIEZ PAS UTILISER... ..	355
3.5 CONSEILS GÉNÉRAUX .....	357
<b>4. LE PROCESSUS DE DÉCISION DANS LA RÉOLUTION DE PROBLÈMES .....</b>	<b>358</b>
4.1 DÉFINIR : QUEL EST MON PROBLÈME/MA PRÉOCCUPATION? .....	359
4.2 INVESTIGUER : QUELLES SONT TOUTES LES SOLUTIONS POSSIBLES ET LEURS CONSÉQUENCES? .....	359
4.3 CHOISIR : QUELLE SOLUTION DEVRAIS-JE CHOISIR?.....	359
4.4 AGIR : QUAND ET COMMENT DEVRAIS-JE METTRE EN APPLICATION MES CHOIX? .....	360
4.5 ÉVALUER : COMMENT VAIS-JE SAVOIR SI J'AI FAIT LE BON CHOIX?.....	360
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>361</b>
<b>EXERCICE D'APPRENTISSAGE SUR LES ACTIVITÉS ASSUMÉES PAR LES PAIRS-AIDANTS .....</b>	<b>362</b>
<b>LES ACTIVITÉS DES PAIRS-AIDANTS : AIDE-MÉMOIRE.....</b>	<b>364</b>

## Brève mise en contexte

---

Les futurs pairs-aidants auront à assurer plusieurs activités; celles-ci se retrouvent dans trois principaux rôles : 1) information, 2) soutien, 3) accompagnement. Dans les modules 1 et 2, vous avez appris le rôle d'informateur. Pour sa part, le module 3 vous a permis de comprendre le type de relation que vous entretiendrez avec votre aidé et ainsi d'entrevoir le rôle de soutien que vous serez amené à jouer. Le module 4 vous donnera l'occasion d'approfondir vos connaissances à propos de votre rôle de soutien. Finalement, le dernier module se concentrera sur le rôle d'accompagnement.

Dans le module suivant, nous délimiterons les rôles assumés par les différentes personnes impliquées auprès de l'aidé: psychologue, psychiatre, superviseur, et vous-même en tant que pair-aidant. Au cours de la session de formation, vous aurez également la chance de pratiquer les rôles ou responsabilités acquis jusqu'à maintenant. Finalement, vous apprendrez à écouter de façon active et à répondre ainsi qu'à faire de la résolution de problèmes, deux techniques qui vous permettront d'intervenir dans votre rôle de soutien.



## 1. Les rôles assumés par les pairs-aidants et ceux des professionnels

L'aide que vous apporterez en tant que pair-aidant se limite à des activités regroupées à l'intérieur de trois rôles. Il vous sera primordial de ne pas dépasser votre action au-delà de ces trois rôles afin d'éviter les chevauchements de rôles entre vous et le/les professionnels (psychiatre, psychologue, superviseur, etc.). Nous vous présentons ici un tableau incluant les différentes personnes qui sont susceptibles de venir en aide à l'aidé, leurs caractéristiques ainsi que leurs différents rôles.

Aidants	Caractéristiques	Rôles
<b>Pairs-aidants</b>	- 5 formations reçues, durée totale de 10h - A déjà souffert d'un trouble anxieux - Apporte de l'aide à une personne souffrant de Trouble panique avec agoraphobie ou de Trouble d'anxiété sociale en respectant la formation reçue	- Informateur - Soutien - Accompagnement
<b>Amis, membres de l'entourage</b>	- Aucune formation reçue - Peuvent apporter de l'aide	- Soutien (conseils)
<b>Superviseur</b>	- Professionnel en psychologie - Est la personne à consulter par les pairs-aidants selon le besoin	- Supervision
<b>Psychologues</b>	- Docteur en psychologie - Offre une thérapie à l'aidé	- Thérapeute
<b>Psychiatres</b>	- Médecin spécialiste en santé mentale - Prescrit la médication	- Médecin

Le tableau dresse un portrait global des rôles/fonctions de chacun. Dans la section suivante, nous précisons les fonctions du pair-aidant de même que ce qu'il ne peut pas faire en vous fournissant des lignes directrices à suivre.

Lignes directrices des fonctions du pair-aidant :

### 1.1 Attitude à adopter

- Le pair-aidant ne doit pas prendre de décisions pour l'aidé; il doit plutôt l'encourager à examiner lui-même différentes solutions.
- Le pair-aidant doit encourager les efforts et complimenter ou renforcer les progrès accomplis; il ne doit pas se montrer découragé par les difficultés de la personne aidée.
- Le pair-aidant ne doit pas s'improviser thérapeute; offrir des psychothérapies appartient aux psychologues.
- Le pair-aidant doit être à l'écoute des besoins de l'aidé.

### 1.2 Prise de décisions

- Le pair-aidant ne peut prendre de décisions à la place de l'aidé.
- Le pair-aidant ne peut pas donner de conseils sur le traitement; il s'agit du rôle du psychologue ou du psychiatre.
- Le pair-aidant peut partager son expérience s'il la juge pertinente pour le rétablissement de l'aidé.

### 1.3 Accompagnement

- Le pair-aidant peut accompagner l'aidé sur les lieux d'exposition lors des premiers exercices d'exposition seulement.

**En quoi mon rôle ou ma fonction se distingue de celui des thérapeutes ?**

Les thérapeutes sont des professionnels possédant une expertise dans le domaine des troubles anxieux. Ils sont spécifiquement formés pour administrer la thérapie cognitive-comportementale.

## 2. Les activités assumées par les pairs-aidants

### Les trois rôles des pairs-aidants

Comme nous vous l'avons dit plus tôt, votre rôle en tant que pair-aidant sera d'informer votre aidé sur les troubles anxieux (module 1) et sur les différents services et traitements disponibles (module 2), de fournir du soutien (module 3 & 4) et d'accompagner votre aidé dans ses exercices d'exposition (module 5). Nous vous présentons ici un tableau récapitulatif comprenant les activités que vous assurerez.

Rôles	Activités
<b>1- Information</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer l'aidé concernant la problématique et les symptômes associés.</li> <li>- Donner des renseignements à l'aidé sur les caractéristiques des troubles anxieux.</li> <li>- Détecter les symptômes de votre aidé.</li> <li>- Donner de l'information sur les ressources disponibles et l'orienter vers ces services.</li> <li>- Donner de l'information sur le fonctionnement de la thérapie.</li> </ul>
<b>2- Soutien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encourager l'aidé à ne plus craindre d'affronter certaines situations.</li> <li>- Partager votre expérience personnelle lorsqu'elle est pertinente pour l'aidé et comment vous vous en êtes sorti.</li> <li>- Écouter de façon active et répondre adéquatement aux propos de votre aidé.</li> <li>- Amener l'aidé à prendre une décision par lui-même.</li> </ul>
<b>3- Accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagner l'aidé dans les endroits qu'il évite pour l'amener à pouvoir y aller seul.</li> </ul>



## 2.1 Rôle d'information



Vous aurez à donner de l'information à votre aidé sur sa problématique et les symptômes associés. Vous devrez également être en mesure de détecter ses symptômes. La transmission d'informations sur les troubles anxieux va permettre à votre aidé de mieux comprendre ce qu'il vit et de constater qu'il n'est pas le seul à vivre cette situation. D'ailleurs, vous pouvez partager de l'information sur votre expérience par rapport à vos propres symptômes à l'époque où vous souffriez d'un trouble anxieux.

Il arrive souvent que les services et les traitements disponibles ne soient pas connus. C'est pour cette raison que vous aurez à donner de l'information sur les ressources et à orienter la personne aidée vers une ressource dont elle pourrait bénéficier. Vous pourrez aussi expliquer le fonctionnement d'une thérapie.

**Jeux de rôle :** en équipe de deux, choisissez qui sera l'aidé et qui sera le pair-aidant. Le pair-aidant s'exerce dans son rôle d'informateur à partir d'une situation que l'aidé choisit. Changez de rôle lorsque le pair-aidant a répondu à la demande de l'aidé.

Suggestion de situation pour l'aidé: il ne comprend pas pourquoi il est anxieux lorsqu'il est avec son collègue alors qu'il voudrait être son ami.

## 2.2 Rôle de soutien



Dans votre rôle de soutien, vous aurez à soutenir votre aidé dans ses efforts, à l'encourager à affronter les situations qui lui font peur et à le féliciter

pour ses progrès. Votre rôle de soutien vous permettra aussi de partager votre vécu personnel dans des situations où cela est pertinent de le faire, par exemple, lorsque votre aidé se sent seul ou qu'il a besoin d'espoir. Vous pouvez lui dire comment vous vous en êtes sorti. Par contre, votre rôle ne vous permet pas de donner de conseils, de lui dire quoi faire, mais plutôt de l'amener à prendre une décision par lui-même et de l'encourager à être autonome. Le rôle de soutien que vous aurez à jouer exigera également d'utiliser des techniques d'écoute.

**Jeux de rôle :** toujours en équipe de deux, choisissez qui sera l'aidé et qui sera le pair-aidant. Le pair-aidant s'exerce dans son rôle de soutien à partir d'une situation que l'aidé choisit. Changez de rôle lorsque le pair-aidant a répondu à la demande de l'aidé.

Suggestion de situation pour l'aidé: il est découragé et il se questionne à savoir s'il veut poursuivre sa thérapie.

### 2.3 Rôle d'accompagnement



Concernant votre rôle d'accompagnement, vous aurez à accompagner votre aidé sur des lieux ou dans des situations qui déclenchent les attaques de panique. Ces exercices font partie de la thérapie et sont indispensables à son succès.

*Exposition aux situations évitées :* Il arrive souvent que les psychologues et/ou les psychiatres n'aient pas le temps d'accompagner leurs clients dans des situations qui provoquent l'anxiété. Votre aide à ce niveau permettra à votre aidé de faire les exercices avec moins d'appréhension et avec plus d'intensité que s'il était seul.

## 3. L'écoute active & comment répondre

### 3.1 L'écoute active

Vous vous demandez sûrement à quoi ça sert d'apprendre à écouter... Vous avez peut-être l'impression que vous savez déjà comment bien écouter !?

Pensez aux conversations que vous avez eues aujourd'hui... Lorsque vous parliez, combien de personnes vous écoutaient réellement ? Combien étaient réellement intéressées par ce que vous leur disiez ?



Il est plutôt rare de voir une personne qui prendra le temps de nous écouter adéquatement, de suivre nos idées et qui nous encouragera à les approfondir. Beaucoup de gens sont trop préoccupés par leurs propres pensées pour écouter efficacement. Ils peuvent aussi nous interrompre ou encore changer de sujets.

Apprendre comment écouter de façon active va vous permettre de réellement comprendre les difficultés de votre aidé et de lui donner le soutien nécessaire pour l'aider à les surmonter. L'écoute active est donc particulièrement importante dans votre rôle de pair-aidant. Voici les caractéristiques de l'écoute que vous aurez à appliquer auprès de votre aidé.

### 3.2 Caractéristiques de l'écoute active pour les pairs-aidants

- L'écoute est un processus actif dans lequel le pair-aidant essaie réellement de comprendre l'aidé lorsqu'il s'exprime.
- Le pair-aidant ne laisse pas ses propres valeurs, croyances et besoins interférer.
- Le pair-aidant n'exprime pas ses besoins.
- Il encourage l'aidé à partager ses pensées et ce qu'il ressent.
- Il observe le langage non-verbal (posture, gestes, expressions faciales).

Nous vous présentons ici les quatre étapes de l'écoute active que vous devrez respecter lorsque vous écouterez votre aidé.



**1. Regardez l'aidé lorsqu'il parle :** vous pouvez montrer que vous écoutez réellement en ayant une posture détendue, tournée vers votre aidé et en le regardant dans les yeux sans toutefois fixer votre regard, puisque ceci pourrait mettre certaines personnes mal à l'aise. Le regard est particulièrement important dans la communication car il permet de montrer son intérêt et ses réactions.



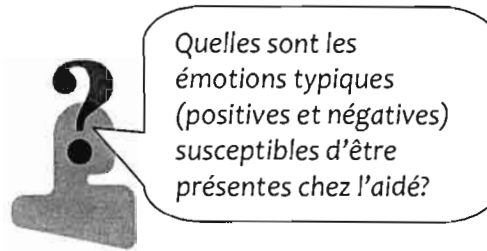
**2. Portez attention au contenu verbal de l'aidé :** lorsque vous écouterez votre aidé, il se pourrait que vous soyez perdu dans vos pensées. Il s'agit d'un problème commun chez beaucoup de pairs-aidants. Afin que cela ne vous arrive pas, mettez de côté vos besoins. Vous pouvez aussi vous observer pour voir si vous avez de mauvaises habitudes comme de finir les phrases des autres. Rappelez-vous que l'aidé est et doit rester le centre d'attention! Vous devez aussi l'écouter attentivement pour être en mesure de résumer les idées principales une fois qu'il a terminé de parler.



3. **Reconnaissez les émotions qui correspondent au contenu verbal** : il est impossible de ne pas avoir d'émotions lorsqu'on s'exprime. Les pairs-aidants débutants oublient souvent de porter attention aux émotions de leurs aidés. Les émotions sont très importantes et doivent être prises en considération. Pour ce faire, vous pouvez vous exercer à déterminer les émotions de votre aidé lorsqu'il vous parle. En mettant votre attention sur ce que votre aidé ressent, vous serez plus en mesure d'y répondre adéquatement. Voici un tableau qui vous sera utile lorsque vous tenterez de déterminer les émotions de votre aidé.

Mots désignant des émotions négatives			Mots désignant des émotions positives		
• tendu	• ambivalent	• sceptique	• content	• conforta-	• calme
• paniqué	• vulnérable	• troublé	• confiant	ble	• encou-
• anxieux	• ennuyé	• fâché/en	• enthousiaste	• déterminé	ragé
• épuisé	• confus	colère	• fier	• libre	• aidé
• fatigué	• apeuré	• désespéré	• enchanté	• détendu	• géné-
• coupable	• isolé	• frustré	• de bonne	• énergique	reux
• nerveux	• submergé	• irritable	humeur	• en	• excité
• inquiet	• faible	• triste	• satisfait	• sécurité	• relaxé
		• déprimé		• épanoui	

De plus, si vous connaissez un plus grand nombre d'émotions, vous serez plus sensible à ce que vit votre aidé. Finalement, comme les émotions et les comportements sont intimement liés (nous l'avons vu au module 2), être à l'écoute des émotions ou observer les comportements de votre aidé peut vous fournir de l'information sur ce qu'il vit.



**4. Montrez à l'aidé que vous l'écoutez :** les pairs-aidants peuvent utiliser plusieurs techniques pour démontrer leur écoute lorsque c'est leur tour de parler. Tout d'abord, ils ne changent pas de sujet de discussion sauf s'il est important de rediriger le centre d'attention. Ensuite, vous devez régulièrement vérifier auprès de l'aidé si vous avez bien compris ce qu'il a exprimé. Voici un exemple :

- *L'aidé: Je suis vraiment anxieux, car mon psychologue m'a dit que j'étais prêt à m'exposer à ma première situation, mais moi j'ai l'impression que je n'y arriverai pas. Ça fait des années que je ne suis pas allé sur un pont!*
- *Le pair-aidant: Tu te sens anxieux à l'idée de devoir t'exposer à une situation que tu redoutes et que tu évites depuis longtemps.*
- *L'aidé: Oui, je me dis que je devrais être capable puisque mon psy le dit, mais je sais que là-bas, je vais paniquer.*
- *Le pair-aidant: J'ai l'impression que tu veux essayer, mais qu'en même temps tu as peur de ne pas y parvenir.*

Dans cet exemple, le pair-aidant utilise des reflets/reformulations pour mettre de l'emphase sur ce que vit l'aidé. Un pair-aidant qui fait preuve d'écoute encourage l'aidé à explorer ses pensées et ses émotions. Ainsi, en encourageant votre aidé à explorer ce

qu'il ressent, vous favorisez son engagement dans un processus de changement qui lui permet de devenir plus conscient de ce qui lui arrive.

Dans l'exemple présenté, la discussion aurait pu se poursuivre par le partage du vécu personnel du pair-aidant. Par exemple, il aurait pu dire à l'aidé que lui-même est passé par là, l'encourager à affronter la situation et lui proposer de l'accompagner puisqu'il s'agit de la première exposition.

### 3.3 Comment répondre à l'aidé de façon efficace...

Il est important de savoir écouter en tant que pair-aidant. Il est tout aussi essentiel de savoir répondre une fois que l'aidé a terminé de parler. Nous vous montrons ici cinq façons de répondre qui nous paraissent efficaces dans la communication entre le pair-aidant et l'aidé. Une plus grande attention sera portée sur les quatre premières façons de répondre.



**1. Répondre en mettant l'accent sur ce que l'aidé vit ou ressent :** cela requiert de votre part de faire preuve de sensibilité et de répondre en mettant l'accent sur les émotions (plaisantes/déplaisantes), les idées et les interprétations que vous percevez chez votre aidé. Par contre, vous n'avez pas à répondre à toutes les émotions, idées et interprétations qui sont exprimées par votre aidé. Si vous écoutez attentivement les émotions de votre aidé et que vous répondez à ce qu'il ressent, votre aidé vous percevra comme une personne qui prend soin de lui et qui est intéressée par ce qu'il vit. L'aidé vous fera donc davantage confiance et vous percevra comme quelqu'un qui peut lui venir en aide.

Une fois que vous avez répondu, attendez un peu pour donner l'occasion à l'aidé de réagir à ce que vous venez de dire. Si vous avez bien compris, l'aidé approuvera votre

énoncé et continuera de parler. Le moment de compréhension est souvent une expérience importante autant pour vous que pour l'aidé. Voici quelques exemples de réponses qui mettent l'accent sur ce que l'aidé vit ou ressent :

- *Tu sembles en colère David et tu ne sais pas quoi faire pour mieux aller.*
- *Rachel, tu sembles confuse.*
- *Ça semble encore difficile de penser à ça.*

En plus de ce que vous dit l'aidé, vous devez aussi porter attention à ce qu'il ressent en observant son comportement non-verbal (ton de la voix, vitesse du discours, pauses, hésitations, expressions faciales, gestes, mouvements du corps, etc.). Vous devez toutefois interpréter le langage corporel avec précaution.

#### **N'ayez pas peur de faire des erreurs !**

Même lorsque les réponses centrées sur ce que vit votre aidé ne seront pas exactes, vous serez perçu comme une personne aidante qui essaie de comprendre et la plupart des gens apprécient ce genre d'effort. Il se pourrait toutefois que votre aidé rejette votre réponse même si elle est exacte. Certaines personnes se sentent menacées lorsqu'elles réalisent qu'elles sont en train de se dévoiler.



**2. Clarifier et résumer :** lorsque l'on écoute quelqu'un parler, on essaie de comprendre l'histoire qui nous est racontée et les idées exprimées. Après avoir écouté votre aidé, vous pouvez lui répondre en clarifiant un thème important ou résumer les idées qui viennent d'être exprimées. Vous pouvez utiliser cette façon de répondre (clarifier et résumer) lorsque vous: a) n'êtes pas sûr de suivre le cours des pensées de votre aidé; b) n'êtes pas certain d'avoir bien compris; ou vous c) voulez porter une attention particulière ou mettre l'emphase sur ce qui vient d'être dit. Lorsque vous répondez en utilisant la clarification et le résumé, nous vous conseillons de ne pas dire les mêmes mots que l'aidé pour éviter l'effet du perroquet: utilisez plutôt de nouveaux mots



ou encore utilisez-en quelques-uns mais en reformulant différemment. Voici quelques exemples qui pourront vous guider lorsque vous répondrez à votre aidé en utilisant la clarification et le résumé.

- *Si je comprends bien...*
- *Si je te suis bien, tu es en train de me dire...*
- *Corrige-moi si je me trompe... Tu es en train de me dire...*
- *Donc, tu penses que...*



**3. Poser des questions ouvertes:** cette stratégie permet d'obtenir de l'information additionnelle, porte à la réflexion ou encourage la discussion. Lorsque vous poserez une question à votre aidé, vous devez vous poser vous-même quelques questions: a) Quel est le but de la question ? b) Voulez-vous obtenir plus d'informations ou encourager l'aidé à élaborer ? c) Existe-t-il une réponse alternative qui serait plus efficace ? d) Quel sera l'impact de cette question sur la relation ? Les questions ouvertes les plus efficaces débutent souvent par «Quel» ou «Comment» plutôt que par «Pourquoi». La dernière façon est risquée puisqu'elle aura tendance à amener l'aidé à vouloir se justifier et à être sur la défensive. Vous devez donc éviter autant que possible d'employer cette formulation. De plus, ne posez pas trop de questions. Si vous en posez trop, vous pouvez les remplacer par des énoncés qui peuvent être soit centrés sur ce que l'aidé vit ou ressent, ou sur la clarification.

Voici quelques exemples :

- *Question ouverte : Comment te sens-tu par rapport au fait que tes symptômes anxieux t'empêchent d'aller dans des endroits que tu aimes?*
- *Énoncés:*

- Tu penses souvent au fait que tu ne puisses aller dans certains endroits. (clarification)
- Ça te préoccupe que ton anxiété t'empêche de sortir de chez toi. (centrés sur ce que l'aidé vit ou ressent)



**4. Donner du feedback (approuver ou confronter) :** vous pouvez aussi donner du feedback à votre aidé, c'est-à-dire lui exprimer le type d'impact qu'il a sur vous. Le feedback permet de confirmer ce qui est en train de se produire, le type d'impression que vous avez ou ce que l'autre vit lorsqu'il est en votre présence. Le feedback peut aussi être utilisé pour confronter des comportements et suggérer des changements ou encore pour approuver.

Pour donner du feedback à votre aidé sans paraître critique ou défensif, vous devez respecter trois règles dans la formulation de votre réponse. Premièrement, soyez spécifique à propos du comportement: qu'est-ce que la personne a fait ? Donnez un exemple de comportement que vous avez observé ou faites-lui remarquer. Vous devez éviter à tout prix d'utiliser des généralités. Deuxièmement, dites à votre aidé comment vous vous êtes senti lorsqu'il a parlé de son comportement. Faites bien attention au choix des mots. Troisièmement, dites à votre aidé comment le comportement qu'il a eu vous amène à réagir. Voici un exemple :

- *La dernière fois, tu m'as dit que tu t'exposerais et que tu irais à l'épicerie pendant les heures d'achalandage et tu l'as fait. Je note que tu l'as fait en restant suffisamment longtemps dans la situation afin de permettre à l'anxiété de redescendre. Je suis très fier de toi car je sais que c'était une situation très difficile à affronter. J'aime travailler avec toi car tu es une personne qui s'investit beaucoup.*



**5. Faire des liens :** vous pouvez faire des liens entre ce que votre aidé vit et ce que vous avez déjà vécu dans le passé. Par exemple, lorsque votre aidé traverse une période de découragement, faire des liens avec ce que vous avez déjà vécu peut lui donner de l'espoir et l'encourager à persévérer. On appelle cela le dévoilement.

### 3.4 Les stratégies que vous ne devriez pas utiliser...

Nous venons de vous présenter les façons efficaces que vous pouvez utiliser pour répondre à votre aidé. Maintenant, nous vous présentons les façons moins efficaces de répondre afin que vous tentiez d'éviter de les utiliser lorsque vous répondrez à votre aidé.



**1. La réassurance :** ce type de réponse a pour but d'encourager, mais invalide souvent les émotions de l'aidé. Il peut être approprié de réassurer l'aidé dans les périodes plus difficiles pourvu que vous n'invalidez pas ses émotions. En effet, bien que l'intention d'une personne qui en rassure une autre soit de communiquer de l'acceptation, du respect ou de la compréhension, l'effet contraire se produit souvent (communique un manque de compréhension et d'intérêt). Ainsi, le message réellement transmis est que l'autre ne devrait pas se sentir comme il se sent. Voici quelques exemples qui vous permettront de vous demander si vous utilisez la réassurance et s'il n'y aurait pas une meilleure stratégie.

- *Ça va s'arranger tu vas voir...*
- *Je sais comment tu te sens...*
- *Tout les gens anxieux se sentent comme ça, c'est normal...*

- *Tu ne devrais pas te sentir comme ça*



**2. L'analyse/l'interprétation :** certaines personnes croient qu'elles peuvent être aidantes lorsqu'elles analysent une situation pour une autre. Ce n'est pas votre rôle d'analyser et d'expliquer les pensées et les comportements de votre aidé. Analyser comprend généralement un «parce que» et suggère ce que l'autre devrait faire ou penser. Le fait d'analyser et d'interpréter ce que votre aidé vit l'amènera à être défensif et à se renfermer. De plus, l'interprétation provient souvent d'une généralisation du monde, ce qui représente un autre problème. En effet, les gens aiment savoir qu'ils sont uniques. Voici deux exemples :

- *Tu ne réalises pas qu'en blâmant ton entourage pour expliquer tes problèmes, tu ne te responsabilises pas!*
- *Tu as peur de t'exposer parce que tu ne te fais pas confiance...*



**3. Les conseils/l'évaluation :** cette catégorie comprend les réponses qui dictent comment les autres devraient se comporter. Les conseils sont faciles à donner et peuvent être aidants. Par contre, dans certaines situations, ils enlèvent la responsabilité à l'aidé dans le processus de décision. Donc, votre rôle sera d'utiliser le moins possible cette stratégie afin de donner l'opportunité à votre aidé d'être responsable de ses propres décisions. En encourageant votre aidé à prendre ses propres décisions, vous favoriserez ainsi son autonomie. En tant que pair-aidant, vous devez éviter d'utiliser les phrases qui commencent par «Je crois que tu devrais...», «Ce que tu as besoin de faire est...». Si l'aidé vous demande absolument des conseils, vous devez suivre le processus de décision expliqué à la page 23, ou bien lui indiquer de suivre les instructions, conseils, propositions formulés par le thérapeute.

### 3.5 Conseils généraux

La section suivante vous donnera des conseils généraux sur ce que vous devriez faire pour aider l'aidé et ce que vous devriez éviter de dire ou de faire.

#### *À faire :*

- Se montrer empathique à la détresse vécue.
- Considérer la personne telle qu'elle est et l'aider à se définir autrement que par son trouble.
- L'encourager à chercher de l'aide au besoin ou à maintenir l'aide qu'elle obtient.
- Promouvoir des changements positifs tels que s'exposer graduellement aux situations qui provoquent de la peur.
- S'informer sur les caractéristiques du trouble, son évolution et les traitements appropriés.
- Reconnaître et renforcer le moindre progrès, aussi petit soit-il.
- Évaluer les progrès selon la situation de l'aidé et non selon un standard absolu (p.ex. absence de symptômes).
- Diminuer les attentes durant les périodes d'anxiété élevée.
- Être flexible et essayer de maintenir un fonctionnement normal.
- Se donner le droit à l'occasion de se sentir impuissant et frustré.

#### *À éviter de faire :*

- Blâmer l'aidé ou eux-mêmes pour les difficultés ou troubles de l'aidé.
- Critiquer l'aidé sur sa façon de gérer ses difficultés.
- Minimiser l'importance des symptômes d'anxiété psychologiques et physiques.
- Exiger de l'individu anxieux des choses, activités, tâches qu'il ne peut faire.
- Inciter l'aidé à éviter ou fuir une situation.
- Prendre la responsabilité de la "guérison" du trouble anxieux.

## 4. Le processus de décision dans la résolution de problèmes

Jusqu'à maintenant, vous avez appris à écouter l'aidé et à lui répondre adéquatement. Dans votre relation à l'aidé, il vous arrivera d'entendre des problèmes. Même si vous n'êtes pas un professionnel de la santé, vous pouvez aider votre aidé à résoudre certains de ses problèmes. Dans la section suivante, vous apprendrez comment amener votre aidé à en résoudre par lui-même. Rappelez-vous que donner des conseils n'est pas une stratégie efficace à utiliser avec votre aidé, entre autres parce qu'elle ne favorise pas l'autonomie. En tant que pair-aidant, vous serez amené à utiliser et à montrer à votre aidé le modèle de processus de décision en cinq étapes. De cette façon, lorsque vous ne serez pas présent, votre aidé pourra l'appliquer lorsqu'il rencontrera une difficulté.



### *Modèle du processus de décision*

#### **4.1 Définir : Quel est mon problème/ma préoccupation?**

La première étape de la résolution de problèmes consiste à identifier le problème. Il peut être difficile pour l'aïdé d'identifier de façon claire le problème d'autant plus s'il vit des émotions intenses et déplaisantes. En tant que pair-aidant, vous pouvez l'aider à identifier et à définir son problème en utilisant les réponses centrées sur l'émotion, la clarification et les questions ouvertes. Plus le problème sera circonscrit, plus il sera facile d'établir un plan d'action concret. Vous pouvez inciter l'aïdé à aller chercher de l'information à l'extérieur, en lisant ou en s'informant auprès de gens spécialisés, ou tout simplement en s'observant ! L'aïdé peut remarquer dans quels contextes il éprouve son problème, quand, où, avec qui et comment il survient.

#### **4.2 Investiguer : Quelles sont toutes les solutions possibles et leurs conséquences?**

**Le problème étant maintenant défini de façon précise**, il existe plusieurs solutions pour un même problème. Vous pouvez encourager l'aïdé à faire un remue-méninge, c'est-à-dire à générer le plus d'idées de solutions possibles à son problème, aussi farfelues qu'elles puissent être et sans les juger au niveau de leur valeur et de leur réalisme. Avec l'aïdé, vous pouvez écrire les différentes solutions et évaluer les conséquences (positives/négatives) pour chacune d'entre elles. La solution retenue sera celle dont les conséquences positives surpassent les conséquences négatives. Si votre aidé ne choisit aucune solution, vous pouvez lui faire remarquer que le fait de ne pas prendre de décision est une décision en soi qui comporte également ses conséquences.

#### **4.3 Choisir : Quelle solution devrais-je choisir?**

Une fois que les solutions et les conséquences ont été explorées, l'aïdé doit faire un choix. Plusieurs aidés ont de la difficulté à faire un choix et ont tendance à déléguer leurs responsabilités sur les autres (dont le pair-aidant) concernant le processus de

décision. En tant que pair-aidant, vous pouvez encourager votre aidé à prendre ses propres décisions et lui montrer le rôle qu'il joue sur ses réactions et ses façons de gérer son anxiété.

#### **4.4 Agir : Quand et comment devrais-je mettre en application mes choix?**

Une fois que l'aidé a pris une décision, il doit mettre à exécution un plan d'action. Chaque plan d'action devrait comprendre les étapes à accomplir pour parvenir au but ainsi que le temps alloué à chaque étape.

#### **4.5 Évaluer : Comment vais-je savoir si j'ai fait le bon choix?**

Une fois que le plan a été mis en place, les résultats doivent être évalués. Le système de valeurs de l'aidé influencera l'évaluation qu'il en fera. Vous pouvez lui demander comment il s'est senti par rapport à ce qui s'est passé. Si son évaluation est compatible avec son système de valeurs, des émotions positives devraient en résulter. Il estimera alors qu'il a fait le bon choix.



## Conclusion

Dans ce module, vous avez pu approfondir vos connaissances sur le rôle de soutien que vous serez amené à jouer en tant que pair-aidant. De plus, vous avez pu voir l'importance de délimiter les rôles que vous assumerez de ceux des professionnels. Vous avez également pu revoir les activités appartenant à chaque rôle ainsi que pratiquer les rôles d'information et de soutien. Cette formation vous a aussi permis d'apprendre comment écouter de façon active et répondre adéquatement à l'aidé. Finalement, vous avez appris le modèle du processus de décision que vous pourrez montrer à votre aidé afin de favoriser son autonomie.

## Exercice d'apprentissage sur les activités assumées par les pairs-aidants

**Mise en situation:** l'exercice suivant vous donnera l'opportunité de pratiquer les façons de répondre adéquatement à l'aidé.

1. Mettez-vous en équipe de trois. Désignez parmi votre équipe un aidé (1), un pair-aidant (2) et un observateur (3).
2. Pendant trois minutes, l'aidé prend la parole et exprime au pair-aidant une difficulté qu'il vit en ce moment. L'observateur observe et prend des notes.
3. Le pair-aidant assiste l'aidé en utilisant des réponses facilitatrices: reflet d'émotions, clarification d'idées, questions ouvertes. Rappelez-vous de ne pas réassurer, donner de conseils et d'interpréter. Suivez le rythme de l'aidé.
4. L'observateur observe le pair-aidant et note ses observations en utilisant la carte d'enregistrement du pair-aidant, prévu à cet effet (page 28). Après les trois minutes, l'observateur indique au pair-aidant ce qu'il a observé (allouer environ deux minutes à ce feedback).
5. Changez de rôles et répétez les étapes 1-4. Arrêtez l'exercice une fois que chacun a joué chaque rôle.

## Carte d'enregistrement du pair-aidant

	Oui	Non	Pas certain
1. Évalue et donne des conseils			
2. Interprète ou analyse			
3. Pose des questions			
Ouvertes			
Fermées			
4. Clarifie et résume			
5. Soutient			
6. Réassure			
7. Maintient un bon contact visuel			
8. Semble à l'aise avec l'aidé			
9. Est en mesure de garder le centre d'attention de l'aidé sur le sujet principal			
10. Semble écouter de façon active			
11. Donne du feedback			

## LES ACTIVITÉS DES PAIRS-AIDANTS : AIDE-MÉMOIRE

---

### Ce qu'il faut retenir ...

- Il existe des rôles bien définis pour les pairs-aidants qui ne doivent pas être confondus avec ceux des autres personnes qui gravitent autour de l'aidé (ami, professionnel de la santé, superviseur).

### Activités assumées par des pairs-aidants dans le cadre du présent projet sur le traitement des troubles anxieux

- Les activités assumées par les pairs-aidants ne doivent pas dépasser leurs trois rôles: 1) information, 2) soutien, 3) accompagnement.

### Savoir écouter et répondre

- L'écoute active permet de réellement comprendre les difficultés de l'aidé et de pouvoir l'aider à les surmonter.
- Savoir répondre est aussi important que l'écoute active. Les façons aidantes de le faire sont de mettre l'accent sur ce que vit l'aidé, clarifier et résumer, poser des questions ouvertes et donner du feedback.

### Le processus de décision dans la résolution de problèmes

- Le modèle du processus de décision en cinq étapes (1. définir, 2. investiguer, 3. choisir, 4. agir, 5. évaluer) favorise l'autonomie chez l'aidé.



# Guide de formation pour pairs-aidants

*Auteurs : Catherine Guay, Mariko Chartier-Otis;*

*Co-auteurs : Claude Bélanger, Michel Perreault, André Marchand*

*Automne 2008*

Les Interventions du Pair-Aidant dans  
le Rôle d'Accompagnateur

**Ce guide appartient à :**

---

*Si vous trouvez ce guide, merci de le retourner à* \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_

**Téléphone** \_\_\_\_\_

## Instructions générales pour l'utilisation du guide

### **Objectifs de ce guide de formation pour les pairs-aidants**

Ce guide de formation est un outil permettant d'assister une formation administrée et supervisée par des intervenants dans le domaine des troubles anxieux. Il s'adresse à des personnes ayant déjà souffert d'un Trouble panique avec agoraphobie ou d'un Trouble d'anxiété sociale, qui sont maintenant rétablis et qui souhaitent apporter leur aide à des personnes qui en souffrent. Il vise à aider ces futurs pairs-aidants dans un rôle bien précis, celui d'accompagnateur dans le traitement des troubles anxieux. Ce guide n'a pas la prétention de couvrir tous les aspects qui peuvent être impliqués dans les actions de pairs-aidants, mais de guider le futur pair-aidant en formation dans les différents rôles qu'il sera amené à jouer. D'ailleurs, il existe d'autres programmes de pairs-aidants dans le domaine des troubles mentaux où les pairs-aidants sont appelés à jouer d'autres rôles ainsi que dans d'autres contextes.

Important: ce guide n'est pas conçu pour être utilisé indépendamment des séances de formation mais bien en soutien à celles-ci.

### **Contexte de ce guide**

Ce guide a été développé dans le contexte d'une étude portant sur l'accessibilité aux traitements des troubles anxieux menée à l'Institut Douglas, en collaboration avec Phobies-Zéro. Le contenu des séances de formation a été construit à partir des thèmes ressortis dans le questionnaire Web portant sur les obstacles au traitement, étape préalable de cette étude. Le contenu a également été inspiré d'études précédentes. Ce guide est un outil en développement, c'est-à-dire que vous serez amené à nous donner votre rétroaction pour chaque séance de formation ainsi que sur la formation en général. Ainsi, ce guide de formation pourra être sujet à des modifications suite à vos suggestions.

Nous remercions les membres du comité de suivi qui ont participé à l'élaboration de ce guide : Michel Perreault, Ph.D, Claude Bélanger, Ph.D, André Marchand, Ph.D, Camillo Zacchia, Ph.D, Valérie Royle, Présidente de Phobies-Zéro, Andrée Roy, Mimi Israël, MD, aux personnes qui ont participé à la consultation Web et qui ont aussi participé aux formations, à Hervine Brunaud (pour la conception) ainsi qu'aux Instituts de Recherche en santé du Canada et au ministère de la santé et des services sociaux du Québec pour avoir soutenu en partie le financement du projet.

### Contenu des modules

Ce **guide de formation** pour les pairs-aidants se divise en **cinq modules** qui correspondent chacun à une séance de formation. Chaque module comprend les buts généraux de la session de formation et l'information que vous devrez connaître et maîtriser. Cette formation vous permettra de mieux comprendre et distinguer les caractéristiques du Trouble panique avec agoraphobie, du Trouble d'anxiété sociale ainsi que des autres troubles anxieux (**module 1**). Au cours de la deuxième session (**module 2**), vous serez sensibilisé aux ressources et aux traitements disponibles pour le Trouble panique avec agoraphobie et pour le Trouble d'anxiété sociale. Cette formation vous donnera aussi l'opportunité d'apprendre les aspects liés à la relation d'aide et de les mettre en pratique (**module 3**). La quatrième séance (**module 4**) vous conduira à mieux définir les trois rôles que vous aurez à remplir en tant que pair-aidant : information, soutien, accompagnement. Finalement, le dernier module (**module 5**) vous fournira les outils nécessaires afin de pouvoir appliquer les différentes stratégies d'exposition lors de votre rôle d'accompagnement auprès de la personne que vous aiderez.

À la fin de chaque module, vous trouverez un **aide-mémoire** que vous pourrez consulter selon vos besoins, ainsi que certains exercices d'apprentissage destinés à consolider vos acquis. Un exercice à faire à la maison vous sera remis à la fin de chaque session de formation. Il est important de faire ces exercices qui vous guideront dans vos pratiques entre les sessions. En annexe des modules 2 & 5, une **liste des références des ressources et des services disponibles** vous sera fournie.



Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous les poser tout au long de la formation. Vous pouvez rejoindre la responsable en dehors des heures de formation : **Mariko Chartier-Otis au (514) 761-6131, poste 2824.**

## Les cinq modules de la formation

---

- 1) La description des troubles anxieux
  
- 2) Les ressources, l'accès aux traitements et les traitements offerts pour traiter le Trouble panique avec agoraphobie (TPA) et le Trouble d'anxiété sociale (TAS)
  
- 3) La relation d'aide
  
- 4) Les activités assumées par les pairs-aidants
  
- 5) Les interventions du pair-aidant dans le rôle d'accompagnateur

Session 1

Session 2

Session 3

Session 4

Session 5

Modules	Rôles	Activités
1 & 2	1) Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer l'aidé concernant la problématique et les symptômes associés.</li> <li>• Donner des renseignements à l'aidé sur les caractéristiques des troubles anxieux.</li> <li>• Détecter les symptômes de votre aidé.</li> <li>• Donner de l'information sur les ressources disponibles et l'orienter vers ces services.</li> <li>• Donner de l'information sur le fonctionnement de la thérapie.</li> </ul>
3 & 4	2) Soutien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager à ne plus craindre d'affronter certaines situations.</li> <li>• Partager votre expérience personnelle lorsqu'elle est pertinente pour l'aidé et comment vous vous en êtes sortis.</li> <li>• Écouter de façon active et répondre adéquatement aux propos de votre aidé.</li> <li>• Amener l'aidé à prendre une décision par lui-même.</li> </ul>
5	3) Accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagner l'aidé dans les endroits qu'il évite pour l'amener à pouvoir y aller seul.</li> </ul>

# **Les interventions du pair-aidant dans le rôle d'accompagnateur (module 5)**



**Objectifs de ce module :**

- ❶ Comprendre le rationnel des interventions
- ❷ Connaître et maîtriser les interventions spécifiques
- ❸ Cibler les moments d'intervention

**Sommaire**

<b>BRÈVE MISE EN CONTEXTE.....</b>	<b>372</b>
<b>1. COMPRENDRE LE RATIONNEL DES INTERVENTIONS.....</b>	<b>373</b>
1.1 LA PSYCHOÉDUCATION.....	373
1.2 LES INTERVENTIONS D'EXPOSITION.....	373
<b>2. CONNAÎTRE ET MAÎTRISER LES INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES.....</b>	<b>378</b>
2.1 PSYCHOÉDUCATION SUR LES SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES DE L'ANXIÉTÉ.....	378
2.2 EXPOSITION.....	382
<b>3. CIBLER LES MOMENTS SPÉCIFIQUES D'INTERVENTION.....</b>	<b>392</b>
3.1 PSYCHOÉDUCATION.....	392
3.2 EXPOSITION.....	392
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>394</b>
<b>EXERCICE D'APPRENTISSAGE EN GROUPE SUR LES INTERVENTIONS DU PAIR-AIDANT DANS LE RÔLE D'ACCOMPAGNATEUR.....</b>	<b>395</b>
<b>LES INTERVENTIONS DU PAIR-AIDANT : AIDE-MÉMOIRE.....</b>	<b>397</b>
<b>ANNEXE.....</b>	<b>398</b>

## Brève mise en contexte

---

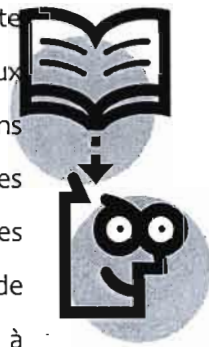
Tel que mentionné dans le module 4, l'un de vos rôles à titre de pair-aidant consiste à accompagner l'aidé dans ses déplacements et dans différentes situations susceptibles de provoquer de l'anxiété. Vous pourrez le guider afin qu'il développe des réactions plus adaptées vis-à-vis les différentes situations anxiogènes qui le touchent et l'encourager à délaisser les comportements, attitudes qui favorisent le maintien du trouble anxieux. La mise en application de stratégies telles le fait de fournir l'information pertinente sur le trouble (psychoéducation) ainsi que des exercices pratiques d'exposition aux situations redoutées vous permettront de remplir ce rôle. Plus spécifiquement, vous serez amené à guider l'aidé à bien appliquer les stratégies apprises et recommandées par le professionnel de la santé.

Ainsi, le module qui suit vise à vous permettre de mieux comprendre le rationnel de chaque intervention. Il vise également à présenter de façon détaillée chacune des interventions afin de vous permettre de maîtriser leur mise en application et d'assister l'aidé dans sa pratique. Finalement, le module précise les moments privilégiés pour recourir à la mise en place des différentes interventions afin de remplir votre rôle d'accompagnateur auprès de l'aidé.

## 1. Comprendre le rationnel des interventions

### 1.1 La psychoéducation

La **psychoéducation** consiste à donner de l'information sur le trouble anxieux (module 1) ou encore sur les facteurs prédisposants, précipitants et de maintien des symptômes de ce trouble. Cette intervention vise différents objectifs tels que permettre à l'aidé de mieux comprendre ses symptômes, de normaliser et démystifier les réactions anxieuses, puis de préparer l'aidé à la mise en application des autres interventions (p.ex. stratégies d'exposition). Mieux comprendre les difficultés liées à l'anxiété permet en soi de diminuer le niveau de détresse global chez la personne anxieuse et peut contribuer à augmenter la motivation afin d'apporter des changements vis-à-vis les facteurs de maintien du trouble d'anxiété.



### 1.2 Les interventions d'exposition

L'**exposition** est une stratégie qui implique que l'aidé doit s'exposer graduellement, de manière prolongée et de façon répétée aux sensations (p.ex. étourdissements) et/ou aux situations (p.ex. prendre le métro, parler devant un groupe) redoutées, craintes et qui peuvent provoquer très souvent des réactions anxieuses. Cette stratégie permet d'affronter de manière graduelle les situations anxiogènes tout en empêchant l'évitement ou l'échappement habituellement utilisé par l'aidé.

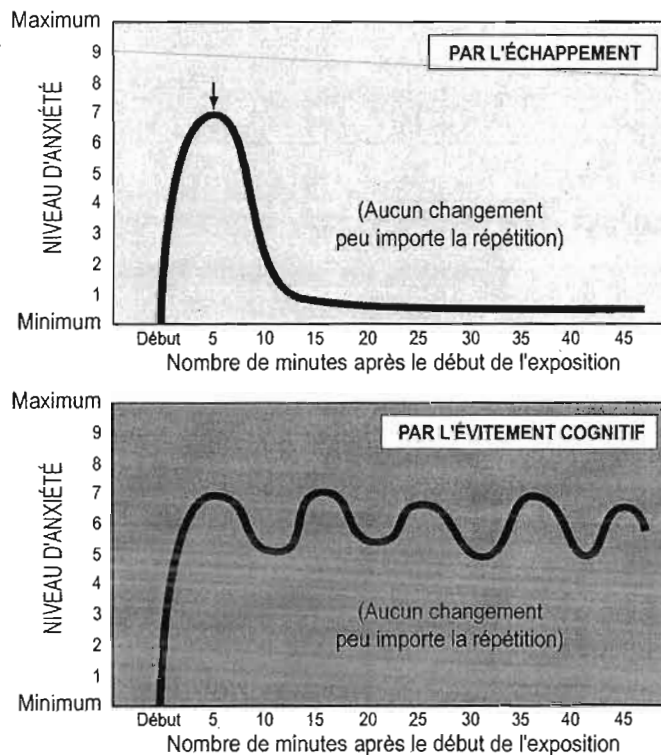
Les objectifs de l'exposition sont multiples, ils consistent à :

- a) diminuer les stratégies d'évitement et d'échappement
- b) diminuer les réactions physiologiques et cognitives liées à l'anxiété
- c) permettre une diminution graduelle de l'anxiété situationnelle et anticipatoire

- d) tester les hypothèses de l'aidé quant aux conséquences qu'il anticipe (p.ex. perdre connaissance, vivre une crise cardiaque, avoir l'air fou devant les autres)
- e) changer les idées, les croyances inadéquates concernant la dangerosité des réactions anxieuses
- f) favoriser la reprise des activités (p.ex. sortir de la maison) et améliorer l'autonomie
- g) augmenter la qualité des relations interpersonnelles et les contacts sociaux

Voici trois illustrations (courbes) qui permettent de mieux comprendre le rationnel sous-jacent aux stratégies d'exposition. Les deux premières courbes appelées «courbe d'échappement» et «courbe d'évitement cognitif» permettent de comprendre ce qui sous-tend le maintien du trouble anxieux alors que la «courbe d'exposition» illustre le processus de diminution de l'anxiété lors de l'exposition.

COURBES D'ÉCHAPPEMENT ET D'ÉVITEMENT COGNITIF



Images provenant de Marchand, A. et Letarte, A. (2004). *La peur d'avoir peur*.



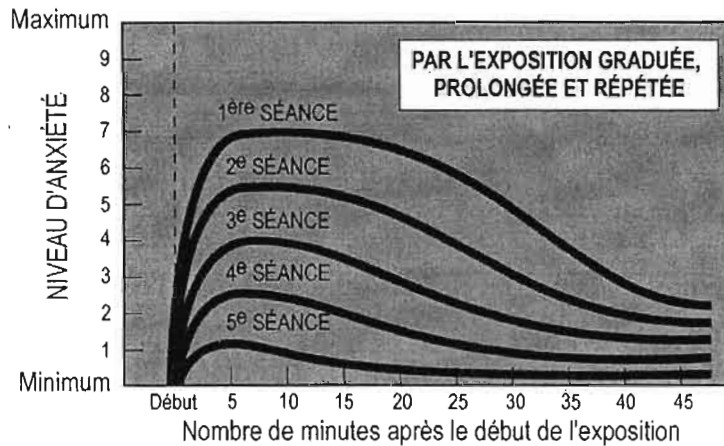
- **Courbe d'anxiété avec évitement cognitif**



Lorsqu'une personne anxieuse se retrouve face à l'objet de sa peur (p.ex. parler devant un groupe, ressentir des étourdissements), elle est portée à fuir autant que possible les contextes qui suscitent la peur. Ainsi, elle cherche à s'échapper dès que possible de la situation anxiogène ou à utiliser différentes stratégies (p.ex. distraction, évitement, consommation d'alcool, demande à être rassurer par ses proches) pour être soulagée de son anxiété. Ces différentes stratégies sont illustrées par la première courbe qui représente l'échappement : la personne fuit la situation dès que l'anxiété monte. Elle entretient l'idée qu'elle serait arrivée à une catastrophe si elle était restée dans la situation et elle est soulagée de fuir. Elle s'empêche ainsi de s'habituer à la situation et n'apprend pas que si elle restait sur place, rien ne se produirait. La même chose s'applique lorsque quelqu'un pense à une situation avant d'y aller et décide de l'éviter. Dans la deuxième courbe en zigzag la personne reste dans la situation, mais évite de penser à l'endroit où elle se trouve en se distrayant et en cherchant constamment à combattre ou à tenter de contrôler ses sensations plutôt que de les laisser aller. L'échappement et l'évitement cognitif empêchent le processus d'habituation de se produire comme dans la courbe d'exposition ci-dessous. La personne a donc toujours aussi peur même si elle se présente à répétition au même endroit. Elle ne s'expose pas vraiment, car elle lutte pour ne pas penser au lieu où elle se trouve et pour ne pas ressentir les sensations d'anxiété temporaires que cela crée. Les deux courbes que vous venez d'observer illustrent l'échappement et l'évitement cognitif. Ces courbes montrent que ces stratégies apportent un soulagement rapide (baisse du niveau d'anxiété), mais ne procurent pas un soulagement ou une diminution de l'anxiété à long terme. En fait, l'échappement et l'évitement contribuent à maintenir l'anxiété par renforcement négatif, car le comportement d'échappement ou d'évitement soulage l'individu anxieux et se trouve renforcé parce qu'il diminue ou élimine temporairement l'anxiété. Ainsi, tous les comportements d'échappement et d'évitement sont répétés malgré leur efficacité

limitée, puisque la personne anxieuse ne connaît pas d'autres façons de gérer son anxiété.

### Courbe d'exposition



- **Courbe d'anxiété avec exposition**

Toutefois, si une personne anxieuse se retrouve face à l'objet de sa peur (p.ex. attendre dans une file d'attente, avoir des tremblements, être en présence d'un groupe d'individus) et décide de demeurer dans ce contexte, elle ressentira une réaction anxieuse importante et assez élevée au début de cette première expérience, mais si elle s'efforce de demeurer sur place, sans faire d'évitement cognitif, de distraction, etc., l'intensité de sa réaction anxieuse va s'estomper, diminuer peu à peu par la suite. L'exposition **prolongée** favorise la mise en place du processus d'habituation aux stimuli anxiogènes, ce qui est d'autant plus évident si l'exposition est **répétée dans la même situation ou dans d'autres situations**. La prochaine fois, la personne apprend que l'anxiété ne conduit pas à la catastrophe anticipée (« Je vais mourir! Je vais faire une crise cardiaque! Je vais devenir fou! ») et que le niveau d'anxiété a plutôt tendance à diminuer avec le temps. Elle accumule ainsi des preuves qui viennent contredire ses scénarios catastrophiques anticipés. Elle apprend également que de faire face à un niveau d'anxiété de légère à modérée (aux choses qui lui font peur) n'est pas nécessairement

agréable au début, mais que ce n'est pas mortel et que de toute façon l'anxiété va diminuer! Après une exposition répétée, elle observe également que les pensées et les sensations deviennent de moins en moins effrayantes, déplaisantes avec les pratiques et qu'elles sont de moins en moins élevées.

De plus, il est recommandé de procéder aux exercices d'exposition de façon **graduelle**, c'est-à-dire en débutant par des situations qui provoquent un faible niveau d'anxiété vers des situations qui suscitent un niveau d'anxiété plus élevée et ce, afin de faciliter la réalisation des premiers exercices d'exposition, d'obtenir de petits succès, et de comprendre le mécanisme de cette stratégie.

Une étape  
à la fois...



## 2. Connaître et maîtriser les interventions spécifiques

---

### 2.1 Psychoéducation sur les symptômes physiologiques de l'anxiété

Plusieurs informations reliées aux différents troubles anxieux ont été abordées dans le module 1 et s'avèrent pertinentes dans le contexte des interventions psychoéducatives auprès de l'aidé. À tout moment, lors des rencontres entre l'aidé et le pair-aidant, ce dernier pourra préciser certaines informations relatives à l'anxiété ou répondre aux questions de l'aidé, tout en se référant au contenu abordé lors des différentes sessions de formation, ou encore en consultant le superviseur, au besoin.

Un moyen efficace de transmettre des connaissances à l'aidé à propos des symptômes anxieux qui le concernent, consiste à lui suggérer des lectures sur le sujet. Voici un court document qui vise à permettre une meilleure compréhension des symptômes physiologiques de l'anxiété. Il s'avère très pertinent de suggérer cette lecture aux personnes qui présente un Trouble panique avec agoraphobie, mais également aux personnes qui souffrent de Trouble d'anxiété sociale.

- **Un phénomène normal**

Tout le monde a déjà vécu un certain degré d'anxiété. Des sensations comme l'étourdissement intense, une vision brouillée, des engourdissements ou des picotements, des muscles tendus et presque paralysés, et un sentiment d'avoir le souffle court donnant une impression d'étouffement, peuvent aussi faire partie de l'anxiété. Quand ces sensations surviennent et qu'on ne comprend pas pourquoi, l'anxiété peut augmenter à un niveau de panique puisqu'on imagine qu'on doit avoir une maladie grave. L'anxiété est une réponse au danger ou à la menace. L'anxiété immédiate et de courte durée est appelée « réponse de lutte ou de fuite » (*fight or flight*). C'est une réponse qui est vécue par tous les animaux y compris les êtres humains, à un moment donné de leur existence. L'animal qui fait face à un danger a trois choix :

- 1) le plus facile est de **fuir** pour éviter d'être blessé ou tué.
- 2) s'il ne peut pas se sauver, face à un prédateur par exemple, il peut **figer** pour ne pas attirer l'attention. Dans ces moments, il semble paralysé par la terreur.
- 3) s'il lui est impossible de fuir ou figer car il a été aperçu, il peut **lutter** contre l'ennemi.

Ce sont les trois réactions qui s'offrent également à l'être humain en situation de stress ou de danger.

- **La fonction de l'anxiété et de la panique**

La principale fonction de l'anxiété vise à protéger l'organisme contre les demandes excessives, les menaces et le danger. Quand nos ancêtres vivaient dans les cavernes et qu'ils faisaient face à un danger, c'était essentiel à leur survie qu'un système de défense s'enclenche très rapidement, presque immédiatement. Cette réponse d'urgence (réaction d'alarme) avait pour conséquence de mobiliser toute l'énergie du corps afin de pouvoir passer à l'action rapidement et sauver leur vie : fuir, figer ou lutter. Puisque ce système d'urgence favorisait la survie de l'espèce, il a été inscrit dans les gènes humains et transmis jusqu'à nous. Même dans la société dans laquelle nous vivons, cette réponse d'urgence face au danger est nécessaire (p. ex. si une voiture arrive à toute vitesse alors que vous vous apprêtez à traverser la rue, risquant ainsi de vous frapper).



Il est important de se rappeler que le but de l'anxiété consiste à nous protéger, pas de nous faire du mal. Elle vise à préparer le corps à l'action face à un danger.

- **La réaction d'alarme**

Quand un danger est perçu ou anticipé, le corps se met en état de vigilance et plusieurs réactions physiologiques se produisent. Voici les différentes sensations qui se présentent lors de la réaction d'alarme :

- 1) Tension musculaire (p.ex. impression de jambes lourdes et molles, tremblements)
- 2) Palpitations
- 3) Engourdissements, picotements dans les mains, les pieds, pâleur ou froideur de la peau
- 4) Sensation d'étourdissement
- 5) Sentiment de confusion, d'irréalité
- 6) Vision embrouillée
- 7) Chaleurs, transpiration
- 8) Bouche sèche
- 9) Problèmes digestifs (p.ex. nausée, vomissement, diarrhée, constipation, gaz intestinaux)

L'anxiété et les sensations qui l'accompagnent ne peuvent pas monter en spirale jusqu'à des niveaux qui pourraient être dommageables pour le corps. Certaines substances chimiques libérées dans le corps lors de la réaction d'alarme prennent un certain temps avant d'être détruites et continuent de flotter dans le sang. Ceci explique pourquoi l'état d'alerte continue même si vous réalisez qu'il n'y a pas de danger. Ceci est naturel et pas du tout menaçant. De plus, une fois que ces substances sont éliminées et que le corps revient à un état normal, il survient une très grande fatigue puisque cette réponse d'urgence requiert beaucoup d'énergie.

- **À ne pas confondre**

Plusieurs de ces réactions surviennent durant toute activation du corps et ne sont pas limitées aux états d'anxiété ou de panique. Par exemple, elles peuvent survenir pendant l'excitation sexuelle, lors d'exercices physiques ou lors de moments de

bonheurs intenses (gagner à la loterie!). Les réactions anxieuses sont généralement provoquées par la peur d'un danger réel (p.ex. un voleur dans la maison). Lorsqu'il existe un danger réel, l'attention est dirigée vers celui-ci et le corps se mobilise pour y faire face et l'affronter. Par contre, lorsque des sensations surviennent en l'absence d'un danger réel (p.ex. au moment où se déclenchent les premières attaques de panique spontanées), l'individu recherche un menace réelle, tente de trouver une explication aux sensations intenses qui viennent d'être ressenties durant ces attaques et n'en trouve pas. Comme il n'existe aucune cause évidente pour lui, l'individu en viendra à porter une attention particulière aux sensations vécues durant ces fausses réactions d'alarme ou attaques de panique. Par la suite, les futures attaques de panique ou alarmes apprises seront majoritairement déclenchées par plusieurs mécanismes à cause des perceptions catastrophiques de l'individu. Elles le seront aussi à cause des associations ou conditionnement entre des sensations spécifiques, des situations et les fausses réactions d'alarme. Ainsi, la personne interprètera les sensations physiques de la panique qui lui rappellent les attaques de panique comme des signes d'un trouble grave ou d'un danger immédiat qu'elle va redouter. Finalement, l'individu en vient à conclure que le danger provient de situations extérieures et se trouve également à l'intérieur de lui, ce qui pourra lui donner une impression de mourir, de s'évanouir, d'être fou, de perdre le contrôle, d'avoir une crise cardiaque ou encore de s'étouffer.

Lorsque que ces sensations surviennent de nouveau, soit causées par l'anxiété, soit par un exercice physique, une relation sexuelle, l'ingestion d'aliments, des symptômes reliés à une maladie (p.ex. allergies), elles sont interprétées comme étant un signe avant-coureur d'une autre attaque de panique à laquelle sera attribuée des conséquences dramatiques. Cette interprétation catastrophique des conséquences anticipées amène le besoin de fuir ou d'éviter ses sensations ainsi que les situations auxquelles elles sont associées.

En somme, **aucun** des symptômes de la panique et de l'anxiété n'est dangereux. Ce sont des réactions physiologiques très normales. Le fait d'avoir ces réactions à des moments non appropriés n'est pas inquiétant en soi. Ces attaques de panique deviennent problématiques selon l'interprétation qu'on en fait. Si ces sensations sont interprétées correctement comme découlant de l'anxiété, de la fatigue extrême, ou d'un exercice physique, elles passent souvent inaperçues et l'intensité des symptômes n'augmente pas. Par contre, lorsqu'on a peur de ces symptômes et qu'on les anticipe, ils prennent des proportions catastrophiques, mais n'en sont pas moins inoffensifs.

## 2.2 Exposition

Tel que mentionné précédemment, l'évitement ou l'échappement des situations qui provoquent l'anxiété maintiennent le trouble anxieux. À titre de pair-aidant, vous accompagnerez l'aidé dans ses déplacements et dans les exercices d'exposition qu'il réalisera pour atténuer ses peurs.

Avant de débiter la mise en application de cette stratégie, il sera utile de s'entendre avec l'aidé sur les objectifs qu'il souhaite rencontrer et préciser ses attentes vis-à-vis votre rôle d'accompagnateur. Tout d'abord, référez-vous à la liste d'objectifs discutés dans le module 3 et vérifiez si l'aidé a déjà identifié avec son thérapeute les différents exercices d'exposition qu'il compte effectuer et comment il doit les effectuer. Procurez-vous ces informations si elles ont déjà été discutées et identifiées avec le thérapeute.

### • Comment procéder ?

#### a) Le rationnel

Initialement, vous pourrez expliquer à l'aidé le rationnel sous-jacent à l'exposition et l'utilité de cette stratégie qui lui permettra de créer une habitude aux sensations corporelles semblables à celles de l'anxiété et de la panique. Cette stratégie permettra de faire cesser la réponse conditionnée de peur associée à ces malaises et par le fait même les comportements d'évitement et d'échappement. La présentation des courbes d'anxiété (courbe d'échappement, courbe d'évitement cognitif) et du phénomène



d'habituatation qui se produit lors de l'exposition aux situations anxiogènes, facilitera vos explications. N'hésitez pas à revenir sur ces informations lors de la réalisation des exercices d'exposition et assurez-vous que l'aidé comprend bien ce rationnel.

De plus, il est important de souligner les trois principes à respecter pour arriver à une exposition efficace :

- ① L'exposition doit être **prolongée** dans le temps. La situation affrontée devrait faire vivre à l'aidé un malaise (réaction anxieuse) de léger à modéré. L'aidé devrait rester jusqu'à temps que l'anxiété diminue, soit probablement de 20 à 30 minutes, plus si besoin est. On arrête l'exposition quand le niveau d'anxiété de l'aidé a suffisamment diminué, mais pas nécessairement complètement.
- ② L'exposition doit être **répétée** (aussi souvent que possible!)
- ③ L'exposition doit être réalisée de façon graduelle (on débute avec des situations plus faciles vers les plus difficiles).

☛ N'oubliez pas : **prolongée, répétée et graduelle !**

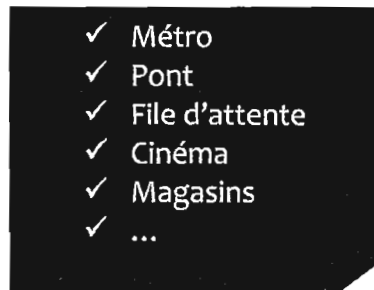
b) **Construction de la hiérarchie d'exposition entre le professionnel de la santé et le client**

- ① Une fois que le professionnel de la santé (p.ex. le psychologue) a dressé une hiérarchie des situations évités avec son client, votre rôle sera d'aider l'aidé à appliquer les exercices d'exposition qui ont été planifiés.

Attention !! Vous ne devez en aucun cas décider des exercices d'exposition à effectuer. Il s'agit du rôle du professionnel de la santé.

À titre informatif, voici un aperçu du processus de construction de la hiérarchie d'exposition entre le professionnel de la santé et le client.

Une liste est dressée de toutes les situations que l'aidé a l'habitude d'éviter ou qui sont affrontées avec beaucoup de détresse. Au début, cette liste est effectuée dans n'importe quel ordre (c'est une tempête d'idées!)



- ② Par la suite, le client détermine le pourcentage de peur suscitée par chaque situation de la liste (p.ex. métro (70%), pont (100%), file d'attente (30%), cinéma seul (60%), cinéma accompagné (40%), magasins (20%).
- ③ Les situations sont ensuite classées par ordre croissant de difficulté selon le pourcentage de peur qu'elles suscitent. Une hiérarchie d'exposition est ainsi construite.



La hiérarchie d'exposition peut être comparée à l'image d'une échelle que le client s'apprête à gravir, un barreau à la fois, et où les premiers barreaux sont plus faciles à monter comparativement aux derniers tout en haut de l'échelle.

- ④ Chaque situation jugée très difficile est décomposée en étapes intermédiaires, permettant au client de s'exposer graduellement.

Voici un exemple...

#### Hiérarchie de Sarah (TPA)

Marcher à la clinique accompagnée du pair-aidant et retour avec ce dernier.
Marcher à la clinique accompagnée du pair-aidant et retour seule.
Marcher aller et retour seule à la clinique.
Aller à l'épicerie accompagnée, aux heures non achalandées
Aller à l'épicerie accompagnée, aux heures achalandées
Aller à l'épicerie seule
Marcher au petit centre d'achats près de chez nous, le parcourir en sachant que le pair-aidant attend à l'extérieur
Marcher au petit centre d'achats près de chez nous, le parcourir seule
Parcourir un centre d'achats que je connais moins
Prendre l'autobus pour aller au centre d'achats, accompagnée du pair-aidant
Et ainsi de suite...

#### c) Passez à l'action !

Une fois le rationnel expliqué, la hiérarchie d'exposition dressée par l'aidé avec le professionnel de la santé, le pair-aidant peut accompagner l'aidé dans un premier exercice d'exposition.

- ① Choisir une situation qui provoque un niveau d'anxiété inconfortable, mais gérable (commencez par le bas de la hiérarchie).
- ② Planifiez avec l'aidé le moment où se déroulera la première séance d'exposition. Il faut donc provoquer la situation d'exposition et ne pas attendre qu'elle arrive par hasard.
- ③ Encouragez l'aidé à demeurer dans la situation jusqu'à ce que l'anxiété diminue considérablement (Planifiez suffisamment de temps! Au moins 30 minutes!).

- ④ Mesurez régulièrement le niveau d'anxiété de l'aidé de manière à observer la trajectoire de l'anxiété, de comprendre avec ce dernier les fluctuations qui se présentent (p.ex. baisse importante du niveau d'anxiété lors du recours à un comportement sécurisant) et de déterminer le moment où l'exposition peut prendre fin.



Comment mesurer le niveau d'anxiété tout au long de l'exposition?

⇒ Il suffit de demander à l'aidé quel est son niveau d'anxiété sur une échelle de 0 à 10

0 = absence d'anxiété

5 = plutôt neutre

10 = anxiété extrême, presque intolérable !

- ⑤ Encouragez l'aidé à s'exposer à la même situation plusieurs fois.
- ⑥ Expliquez à l'aidé qu'il peut passer aux prochaines situations sur sa hiérarchie seulement après avoir maîtrisé la situation d'exposition présente, c'est-à-dire lorsqu'elle suscite un niveau de peur négligeable.
- ⑦ Si la situation choisie provoque trop d'inconfort, identifiez des étapes intermédiaires et recommencez l'exposition.

• **Comment réagir lorsque...**

a) **L'aidé n'est pas prêt à débiter les exercices d'exposition**

Lors du premier contact avec l'aidé, il est possible qu'il vous confie qu'il ne se sent pas prêt à débiter les exercices d'exposition ou même à se déplacer hors de la maison. À

ce moment, il est important de reconnaître la difficulté que représentent ces exercices, de proposer une rencontre à domicile (plutôt qu'à la clinique d'anxiété), de prendre le temps de donner des explications sur cette stratégie et de proposer des interventions intermédiaires.

Dans cette situation, le rôle du pair-aidant sera de donner des informations sur l'anxiété (psychoéducation) et de proposer petit à petit à l'aidé de confronter ses peurs en débutant par un exercice d'exposition discuté avec le professionnel de la santé. Cet exercice doit susciter un faible niveau d'anxiété. Ces suggestions pourront être faites de façon progressive, en respectant le rythme de l'aidé. Par contre, il est souvent nécessaire de pousser l'aidé gentiment lorsqu'on croit qu'il est prêt à faire un exercice en lui rappelant que la stratégie d'évitement n'a servi jusqu'à maintenant qu'à maintenir le problème. On doit lui rappeler qu'il n'a rien à craindre à part l'anxiété elle-même et que celle-ci se dissipera graduellement.



Par exemple, si l'aidé ne pense pas pouvoir s'éloigner de la maison dans un rayon d'environ 1 km, lui proposer dans un premier temps de marcher avec lui sur une distance rapprochée de la maison et pour une durée qu'il juge acceptable et qui lui permet de vivre la courbe d'habituation.

Augmentez graduellement la distance, la durée et proposez-lui de le faire seul, une fois qu'il semble prêt.

#### b) L'aidé sort de la situation d'exposition

Au cours d'un exercice d'exposition, l'aidé peut prendre la décision de se retirer de la situation anxiogène en raison de l'inconfort provoqué par cette expérience. À ce mo-



-ment, le pair-aidant questionne et identifie les raisons qui ont conduit à l'échappement (p.ex. survenue de sensations physiques interprétées comme catastrophiques, impression d'être jugé par les autres), puis tente de retourner dans la situation d'exposition avec l'aidé, de façon progressive et le plus rapidement possible. Il est préférable de reprendre l'exposition plutôt que de laisser tomber afin de confronter les craintes qui ont conduit à l'évitement. Si l'anxiété est très élevée, le pair-aidant peut suggérer un temps d'arrêt, et reprendre l'exposition une fois que l'aidé pense être prêt ou bien reprendre l'exercice avec un niveau moindre de difficultés.

**Rappelez-vous !** L'anxiété peut être inconfortable et désagréable à vivre, mais elle n'est pas dangereuse !

c) **L'aidé refuse de faire la séance d'exposition planifiée**

Il est plausible que la situation d'exposition suscite un niveau d'anxiété trop élevé. En collaboration avec l'aidé, le pair-aidant peut proposer une étape intermédiaire et moins anxiogène.



Par exemple, si l'aidé devait prendre le métro accompagné du pair-aidant, l'exercice proposé pourrait être simplement de se rendre au métro, de descendre jusqu'à l'embarquement et de tolérer cet environnement. Une seconde possibilité est de retourner à la situation d'exposition qui précède celle que l'aidé trouve trop difficile sur la hiérarchie d'exposition et de poursuivre l'exposition à cette situation jusqu'à ce qu'elle suscite un faible niveau d'anxiété et que l'aidé se sente davantage en confiance de passer à la prochaine étape.

Par contre, si l'aidé n'a pas le goût d'affronter une situation évitée ou prétend qu'il n'a jamais besoin d'y aller, le pair-aidant peut souligner que tant qu'il craint cette situation, cela signifie que le problème est toujours présent. Il est donc nécessaire d'affronter éventuellement ces situations même si l'aidé n'a pas l'intention d'y retourner une fois le problème d'anxiété traité.

Il est possible que l'aidé présente une attaque de panique lors d'un exercice d'exposition (surtout chez les personnes qui souffrent du Trouble panique avec agoraphobie). Le pair-aidant ne doit surtout pas paniquer ! Ceci pourrait transmettre l'idée qu'il y a effectivement un danger.



N'oubliez pas que vous êtes un **modèle** pour l'aidé et ce, peu importe les événements qui se présentent lors de votre rôle d'accompagnateur.

Lorsqu'une attaque de panique survient, le pair-aidant parle avec l'aidé pour faciliter le passage de la crise tout en l'incitant à demeurer sur place et l'encourage à ne pas recourir aux stratégies d'évitement. Il peut l'aider à utiliser une stratégie de gestion de l'anxiété déjà apprise (p.ex. modification du discours intérieur, stratégies vues avec le professionnel de la santé) et lui rappeler qu'il s'agit d'une situation désagréable, mais non dangereuse, et qui passera. Par la suite, il est utile de tenter d'identifier avec l'aidé ce qui a pu déclencher l'attaque de panique (p.ex. situation très ou trop difficile, pensées catastrophiques) afin de prévenir un sentiment d'échec vis-à-vis les efforts déployés jusqu'ici dans les exercices. Le pair-aidant peut souligner et renforcer les efforts de l'aidé pour l'encourager à poursuivre.

Finalement, il est préférable et important de discuter de cette possibilité (présenter une attaque de panique) avec l'aidé avant même qu'elle ne survienne lors des sorties où vous l'accompagnerez. Le pair-aidant peut discuter des réactions les plus utiles et celles qui contribuent au maintien du trouble d'anxiété. Le pair-aidant et l'aidé conviennent d'une démarche à suivre si cette situation venait à se présenter.

d) **L'aidé utilise toutes sortes de stratégies d'évitement**

Le pair-aidant doit être attentif à la présence de petits comportements de neutralisation (ou sécurisants) chez l'aidé qui contribuent à maintenir la peur, malgré l'exposition. En effet, l'aidé peut recourir à différentes stratégies, conscientes ou non, qui lui procurent un certain soulagement, un sentiment de sécurité ou encore lui permettent de se distraire et de porter son attention sur autre chose que l'exercice d'exposition en cours.



Voici quelques comportements susceptibles de se présenter :

- L'aidé transporte des objets sécurisants (p.ex. bouteille d'eau pour pallier à la sensation de bouche sèche, cellulaire pour rejoindre de l'aide en tout temps)
- L'aidé fait des demandes de réassurance au pair-aidant
- L'aidé écoute de la musique pour se distraire
- L'aidé parle au pair-aidant sans arrêt
- L'aidé se répète des phrases rassurantes
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

?

Connaissez-vous d'autres comportements sécurisants susceptibles de se présenter lors des expositions avec l'aidé?



Le pair-aidant pourra souligner les comportements sécurisants qu'il observe chez l'aidé et lui suggérer de délaisser ces stratégies de façon progressive tout en expliquant la raison et le rationnel derrière cette suggestion. Si l'aidé ne rapporte pas d'augmentation de son niveau d'anxiété lors des séances d'exposition, il s'agit peut-être d'un indice qu'il emploie des stratégies de neutralisation lors de l'exposition.



e) **L'aidé saute des étapes de sa hiérarchie d'exposition**

Il est probable que l'aidé propose de confronter des situations anxiogènes qui ne respectent pas tout à fait la séquence prévue par la hiérarchie d'exposition initialement identifiée. Cette situation peut survenir en raison d'un désir de progresser plus rapidement, ou tout simplement par hasard, sans planification particulière.



Ce n'est pas mauvais ou dangereux de procéder ainsi, le seul risque est que l'aidé ne soit pas en mesure de s'y exposer suffisamment longtemps et qu'il se retire de la situation anxiogène, conduisant à un échec ou à un retour du trouble d'anxiété. Ainsi, il est préférable de procéder de façon progressive, mais si l'aidé rapporte avoir effectué une exposition qui n'était pas prévue par la hiérarchie d'exposition, le pair-aidant devrait renforcer cette réussite et inviter l'aidé à répéter cette même expérience.

f) **L'aidé attribue ses succès à des éléments extérieurs**

Il arrive fréquemment que l'aidé réussisse un exercice d'exposition, mais ne s'attribue pas de mérite. Par exemple, il peut croire que si les conséquences anticipées ne se sont pas produites, c'est parce qu'il était accompagné du pair-aidant, qu'il avait pris un calmant le jour même, ou autres raisons extérieures.



Le pair-aidant doit alors souligner à l'aidé que si les conséquences redoutées ne se sont pas produites, c'est qu'elles ne se produiront probablement jamais. De plus, il est d'autant plus convaincant de varier les contextes d'exposition pour une même situation, de manière à tester ces attributions de l'aidé (p.ex. répéter sans accompagnant, sans médication). L'objectif consiste à amener l'aidé à reconnaître qu'il est le principal responsable des changements qui surviennent vis-à-vis la gestion de son anxiété et qu'il peut compter sur ses nouvelles habiletés pour affronter d'autres situations anxiogènes qui se présenteront.

### **3. Cibler les moments spécifiques d'intervention**

De façon générale, l'ordre de présentation des stratégies discutées dans ce module correspond à la séquence qui devrait être respectée avec l'aidé. Ainsi, il est préférable d'informer l'aidé sur les symptômes qu'il présente en premier (psychoéducation) et de procéder aux exercices d'exposition.

Par contre, quelques interventions décrites dans ce module ont possiblement déjà été abordées avec les professionnels de la santé qui offrent un suivi en parallèle à l'aidé (p.ex. psychologue). Dans ce cas, le pair-aidant survole les explications plus rapidement et y fait référence lorsqu'il juge pertinent que l'aidé emploie l'une de ces stratégies.

De façon plus détaillée...

#### **3.1 Psychoéducation**

- Lors des premiers contacts avec l'aidé.
- Chaque fois que l'aidé pose des questions à propos de ses réactions, de ses symptômes, de son trouble d'anxiété, des stratégies d'intervention, etc.

#### **3.2 Exposition**

- Dès que possible! Pour certaines personnes, dès la première rencontre s'il s'agit d'accompagner l'aidé pour sortir de la maison.
- Tout au long de la démarche d'accompagnement entre le pair-aidant et l'aidé, en respectant la hiérarchie d'exposition.

Attention! N'oubliez pas qu'à titre de pair-aidant, vous devez privilégier une intervention à intensité décroissante, ce qui veut dire qu'au début de la démarche vous remplirez votre rôle d'accompagnateur de façon plus



intensive, et par la suite, vous favoriserez une plus grande autonomie de l'aidé (p.ex. réalisation de certaines exposition seul) en diminuant la fréquence des contacts et des interventions d'accompagnement.

### **Maintenir ses acquis**

Maintenant que votre aidé s'est exposé aux sensations et situations qui provoquent de la peur et qu'il n'a plus d'attaques de panique et ne fait plus d'évitement, vous pouvez lui parler de stratégies de réduction du stress au quotidien pour prévenir les rechutes:

- La respiration abdominale
- L'entraînement à la relaxation

La résolution de problèmes et l'affirmation de soi sont également des stratégies qui peuvent s'avérer utile pour accroître l'autonomie et l'estime personnelle.

## Conclusion

Ce module visait à vous présenter de façon détaillée les différentes interventions que vous effectuerez lorsque vous remplirez votre rôle d'accompagnateur auprès de l'aidé, soit 1) donner des informations sur les symptômes (psychoéducation) et 2) accompagner l'aidé lors des séances d'exposition. Ainsi, vous avez pu vous familiariser avec le rationnel sous-jacent à chacune de ces interventions et comprendre leur utilité dans la gestion de l'anxiété. De plus, vous avez acquis des connaissances sur la façon de procéder pour mettre en application chacune de ces interventions et réagir de façon adéquate lorsque l'aidé rencontrera certaines difficultés. Rappelez-vous! Il se peut que vous n'ayez pas les réponses à toutes les questions ou situations qui se présenteront, c'est pourquoi vous pourrez en tout temps vous référer au superviseur de l'étude pour obtenir du soutien. Finalement, ce module vous a permis de cibler les moments les plus propices à l'application de chacune des stratégies d'intervention auprès de l'aidé.

## Exercice d'apprentissage en groupe sur les interventions du pair-aidant dans le rôle d'accompagnateur

**Consigne :** Formez une équipe de trois personnes et déterminez les rôles de chacun. Chaque équipe doit être formée d'un *pair-aidant*, d'un *aidé* et d'un *observateur*. Voici quelques mises en situation.



- Vous devez en choisir une et « mettre en scène » le rôle de chacun dans ce contexte tout en vous appuyant sur les connaissances que vous avez acquises lors des modules de formation.
- L'observateur doit être attentif aux interactions de l'aidé et du pair-aidant tout au long du jeu de rôle puisqu'il formulera des suggestions et/ou commentaires sur ce qu'il a noté, une fois le jeu de rôle terminé.
- Chaque membre de l'équipe pourra ensuite changer de rôle afin d'expérimenter les trois possibilités.

### o Mise en situation 1 :

Lors d'une sortie d'accompagnement avec l'aidé, vous vous rendez dans un centre d'achats afin de réaliser une séance d'exposition où l'aidé doit s'adresser à un étranger. Au moment où il s'apprête à expérimenter cette situation, il vous signifie que l'anxiété est tellement forte qu'il croit faire une attaque de panique. À titre de pair-aidant, qu'est-ce que vous pouvez proposer? Quelles informations chercherez-vous à obtenir?

Notez ici les informations pertinentes que vous retenir du jeu de rôle, une fois que vous avez terminé l'exercice (p.ex. stratégies employées par le pair-aidant, suggestion effectuée par l'observateur).

---



---



---



---

**Mise en situation 2 :**

Depuis quelques semaines, vous accompagnez une personne (l'aidé) à prendre l'autobus, un moyen de transport qu'elle ne prenait plus depuis des années. Vous avez déjà réalisé cet exercice à trois reprises et l'aidé vous informe qu'elle se sent toujours aussi anxieuse lorsqu'elle tente de le faire seule, entre vos rencontres. À titre de pair-aidant, qu'est-ce que vous pouvez proposer? Quelles informations cherchez-vous à obtenir?

Notez ici les informations pertinentes que vous retenez du jeu de rôle, une fois que vous avez terminé l'exercice (p.ex. stratégies employées par le pair-aidant, suggestion effectuée par l'observateur).

---

---

---

---

---

**Mise en situation 3 :**

À votre tour maintenant...

Imaginez une situation susceptible de se produire lors de vos rencontres avec l'aidé...

Et tentez de trouver des solutions pour surmonter les difficultés qui se présentent!

Notez ici les informations pertinentes que vous retenez du jeu de rôle, une fois que vous avez terminé l'exercice (p.ex. stratégies employées par le pair-aidant, suggestion effectuée par l'observateur).

---

---

---

---

## LES INTERVENTIONS DU PAIR-AIDANT : AIDE-MÉMOIRE

---

Ce qu'il faut retenir ...

### Quel est le RATIONNEL derrière les interventions du pair-aidant?

- La psychoéducation apporte une meilleure compréhension des symptômes et diminue la détresse.
- L'exposition permet de confronter les craintes à propos des situations anxiogènes (plutôt que de les éviter!) et permet une habitude aux stimuli anxiogènes.

### Comment APPLIQUER ces interventions?

- La psychoéducation peut se faire par des lectures que le pair-aidant remet ou suggère à l'aidé, ou simplement en transmettant les connaissances qu'il possède.
- L'exposition respecte trois principes: elle doit être graduelle, prolongée et répétée!

### À quel MOMENT employer ces différentes interventions?

- Psychoéducation : dès le début et chaque fois que l'aidé soulève une question
- Exposition : dès que possible, tout en respectant la hiérarchie d'exposition

**Annexe**



## Ressources et services disponibles

### Cliniques en milieu hospitalier

#### Clinique d'Anxiété de Verdun (Institut Douglas)

4485, rue Bannantyne  
Verdun (Québec) H4G 1E2  
Tél. : (514) 769-8502

#### Clinique des Troubles Anxieux d'Anjou (Hôpital Louis Hyppolite Lafontaine)

7067, rue Beaubien Est  
**Montréal (Québec) H1M 2Y2**  
Tél. : (514) 354-1261

#### Clinique des troubles anxieux (Hôpital du Sacré Cœur de Montréal)

**1575, Boul. Henri-Bourassa Ouest, suite 505**  
**Montréal (Québec) H3M 3A9**  
Tél. : (514) 338-4201

### Psychologue en pratique privée

#### Ordre des psychologues du Québec

1100, avenue Beaumont  
Montréal (Québec) H3P 3H5  
<http://www.ordrepsy.qc.ca/opqv2/fra>  
Service de référence pour trouver un psychologue

### Cliniques universitaires

#### Centre de Service Psychologique (CSP) à l'Université du Québec à Montréal

320, rue Sainte-Catherine Est, 4<sup>e</sup> étage, local DS-4202  
**Montréal (Québec) H3C 3P8**  
Tél. : (514) 987-0253  
[http://www.psychu.uqam.ca/D\\_CSP/CSP.html](http://www.psychu.uqam.ca/D_CSP/CSP.html)

#### Clinique universitaire de psychologie à l'Université de Montréal

Pavillon Marie-Victorin  
1525 boulevard Mont-Royal ouest ou  
90, avenue Vincent-d'Indy, Salle d'attente D-331  
Montréal (Québec) H3C 3J7  
Tél. : (514) 343-7725

Centre de psychologie appliquée à l'Université Concordia  
7141 Sherbrooke Ouest  
Montréal (Québec) H4B 1R6  
Tél. : (514) 848-2424, ext.7550

### Groupes de soutien

#### **Phobies Zéro**

Il existe plusieurs groupes de soutien pour les personnes souffrant de troubles anxieux dans différentes régions du Québec.  
Tél. (numéro general): (514) 276-3105  
[www.phobies-zero.qc.ca](http://www.phobies-zero.qc.ca)

#### **Revivre**

5140, rue Saint-Hubert  
Montréal (Québec) H2J 2Y3  
Tél.: (514) 529-3081  
Ligne d'écoute, d'information et de références  
Montréal: (514) REVIVRE (738-4873)  
Sans frais partout au Canada: 1 (866) REVIVRE  
<http://www.revivre.org/>

#### **ATAQ**

(Association des troubles anxieux du Québec)  
C. P. 49018 Montréal (Québec) H1N 3T6  
Tél. : (514) 251-0083  
[info@ataq.org](mailto:info@ataq.org)

#### **Clé des champs**

Réseau d'entraide pour troubles anxieux  
10780, rue Laverdure  
Montréal (Québec) H3L 2L9  
Tél.: (514) 334-1587  
<http://www.lacledeschamps.org/>

#### **Association d'agoraphobes anonymes de Verdun**

Groupe de support pour personnes avec troubles anxieux, sud-ouest de Montréal  
Tél.: (514) 368-0338

#### **Groupe d'entraide G.E.M.E.**

Siège social  
6 boul. Desaulniers, suite 202  
Saint-Lambert (Québec) J4P 1L3

Tél. : (450) 462-GEME (4363)  
Sans frais : 1-866-443-4363  
<http://www.geme.qc.ca/>

**La Ressource ATP**  
220, avenue du Parc  
Laval (Québec) H7N 3X4  
Tél. : (450) 575-4041  
<http://www.laressourceatp.org/>

### **Autres**

**Association Canadienne pour la santé mentale**  
8, King Street Est, bureau 810  
Toronto (Ontario) M5C 1B5  
Tél.: (416) 484-7750

**Liste de ressources en santé mentale**  
[info@acsm.ca](mailto:info@acsm.ca)

**Anxiety Disorders Association of America**  
<http://www.adaa.org>



APPENDICE J  
FICHE D'ÉVALUATION DU PARTICIPANT



## Fiche d'évaluation du participant

Commentaires généraux du formateur pour le participant évalué:

---

---

---

---

Nom du module:	Nom du participant:	
Nom du formateur:		
<b>APTITUDES DÉMONTRÉES</b>	Cotation (0 à 5)	<b>COMMENTAIRES</b> sur la cote donnée au participant
1) Participation		
2) Écoute		

3) Capacité d'expression		
4) Compréhension des problématiques		

### 1) PARTICIPATION

**0. Participation non constructive:** n'est aucunement centré sur la tâche, occasionne des diversions, perturbe le groupe, s'absente au cours de la session, interventions inappropriées.

**1. Participation minimale:** peu attentif au contenu et aux échanges, intervient très peu ou pas.

**2. Participation mitigée:** attention soutenue mais restreintes à certains thèmes, interventions appropriées mais peu fréquentes.

**3. Participation moyenne:** attention soutenue tout au long de la session, interventions adéquates mais qui surviennent uniquement lorsque sollicités.

**4. Participation active:** attention soutenue sur l'ensemble de la session, interventions fréquentes et adéquates.

**5. Participation très active:** attention soutenue tout au long de la session, interventions fréquentes, va au-delà des demandes, fait des propositions pour améliorer le contenu de la session.

### 2) ÉCOUTE

**0. Écoute distraite:** n'est aucunement centré sur la tâche, est inattentif, démontre l'absence d'intérêt par son non-verbal (p.ex., ne regarde pas les personnes qui prennent la parole, regarde ailleurs, ne fait pas hochements de tête).



1. **Écoute minimale:** peu attentif au contenu et aux échanges, écoute très peu les personnes qui prennent la parole, démontre très peu d'intérêt par son non-verbal (p.ex., regarde très peu les personnes qui parlent, hoche parfois la tête).
2. **Écoute mitigée:** attentif une fois sur deux au contenu et aux échanges, écoute peu les personnes qui prennent la parole, démontre un peu d'intérêt par son non-verbal (p.ex. regarde parfois les personnes qui parlent).
3. **Écoute moyenne:** moyennement attentif au contenu et aux échanges, écoute assez souvent les personnes qui prennent la parole, démontre de l'intérêt par son non-verbal (p.ex. regarde la plupart du temps les personnes qui parlent).
4. **Écoute active:** très attentif au contenu et aux échanges, écoute tout le temps les personnes qui prennent la parole, démontre beaucoup d'intérêt par son non-verbal (p.ex. regarde tout le temps les personnes qui parlent, fait des signes de tête).
5. **Écoute très active:** extrêmement attentif au contenu et aux échanges, écoute tout le temps les personnes qui prennent la parole, démontre énormément d'intérêt par son non-verbal (p.ex. regarde tout le temps les personnes qui parlent, fait des signes de tête).

### 3) CAPACITÉ D'EXPRESSION

0. **Capacité d'expression inadéquate:** cherche ses mots, bégaye, n'a pas de suite dans les idées, ne finit pas ses phrases.
1. **Capacité d'expression faible:** utilise un vocabulaire restreint, hésite parfois, n'est pas toujours très articulé dans sa façon de parler (et de penser).
2. **Capacité d'expression mitigée:** fait des phrases courtes, emploie un vocabulaire approprié, mais un ton parfois décalé.
3. **Capacité d'expression moyenne:** parle avec retenue, mais en employant un vocabulaire et un ton justes.
4. **Bonne capacité d'expression:** s'exprime assez facilement, sait faire passer les messages.
5. **Excellente capacité d'expression:** s'exprime aisément, sait utiliser un vocabulaire approprié, sait reformuler, sait poser les bonnes questions, sait faire des recadrages.

### 4) COMPRÉHENSION DES PROBLÉMATIQUES

- 0. Compréhension inadéquate:** ne parvient pas à saisir les concepts présentés (p.ex., pose des questions qui sont hors-contexte, ne fait aucun lien entre les concepts présentés et/ou son expérience, démontre énormément de difficultés à comprendre le vocabulaire ainsi que la terminologie)
- 1. Compréhension faible:** parvient difficilement à comprendre les concepts présentés (p.ex., la plupart du temps, pose des questions qui n'ont pas de liens directs avec le matériel présenté, fait très peu de lien entre les concepts présentés et/ou son expérience, ne saisit pas toujours bien le vocabulaire et la terminologie)
- 2. Compréhension mitigée:** parvient une fois sur deux à comprendre les concepts présentés (p.ex., pose des questions qui ont parfois du sens avec le matériel présenté, fait parfois des liens entre les concepts présentés et/ou son expérience, saisit une fois sur deux le vocabulaire et la terminologie)
- 3. Compréhension moyenne:** la plupart du temps, parvient à comprendre les concepts présentés (p.ex., pose des questions qui ont du sens avec le matériel présenté, fait des liens entre les concepts présentés et/ou son expérience, saisit le vocabulaire et la terminologie)
- 4. Bonne compréhension:** parvient à comprendre les concepts présentés (p.ex., pose des questions très pertinentes et qui ont du sens avec le matériel présenté, fait des liens intéressants entre les concepts présentés et/ou son expérience, saisit très bien le vocabulaire et la terminologie)
- 5. Excellente compréhension:** comprend parfaitement les concepts présentés (p.ex., pose des questions très pertinentes et qui ont énormément de sens avec le matériel présenté, fait des d'excellents liens entre les concepts présentés et/ou son expérience, saisit parfaitement le vocabulaire et la terminologie)

APPENDICE K  
QUESTIONNAIRE SUR L'ÉVALUATION DE LA FORMATION



Session de formation suivie: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## PROGRAMME DE FORMATION DESTINÉ AUX PAIRS-AIDANTS

### Formulaire d'évaluation

(Version 2008)

Vous venez de participer à une session de formation dans le cadre d'un programme de formation pour vous aider dans le rôle de pair-aidant. Nous désirons recueillir votre opinion pour favoriser le développement de ce programme à partir des expériences et perspectives des participants. Pour ce faire, nous vous invitons à remplir le questionnaire suivant.

**MERCI POUR VOTRE COLLABORATION!**

*Pour les questions suivantes, veuillez donner votre opinion concernant la session de formation que vous venez de suivre.*

**1- Qu'est-ce que vous avez le plus aimé dans cette session de formation?**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**2- Qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans cette session de formation?**

-----  
-----  
-----  
-----

-----  
-----

**3- Qu'avez-vous principalement retenu de cette session de formation ?**

-----  
-----  
-----  
-----

**4- Y a-t-il de l'information que vous avez trouvée difficile à comprendre et à retenir?**

**Laquelle?**

**Pour quelle raison?**

-----  
-----  
-----  
-----

**5- Quelles étaient vos attentes par rapport à cette session de formation ?**

-----  
-----  
-----  
-----

**6- Dans quelle mesure vos attentes ont-elles été remplies ?**

5.  Entièrement    4.  Assez    3.  Plus ou moins    2.  Peu    1.  Pas du tout

**7- Recommandations pour les prochaines sessions de formation:**

-----

-----

-----

-----

-----

-----

*Pour les questions suivantes, veuillez cocher la case correspondant à votre appréciation.*

**1- Selon moi, le contenu de cette séance de formation était très intéressant :**

5.  Extrêmement d'accord    4.  Assez d'accord    3.  Plus ou moins d'accord    2.  Peu d'accord    1.  Pas du tout d'accord

**2- Le contenu de la formation que j'ai reçue correspond à mes besoins :**

1.  Pas du tout d'accord    2.  Peu d'accord    3.  Plus ou moins d'accord    4.  Assez d'accord    5.  Entièrement d'accord

**3- La période de temps consacrée à cette session de formation était :**

5.  Beaucoup trop courte    4.  Trop courte    3.  Adéquate    2.  Trop longue    1.  Beaucoup trop longue

**4- Je suis satisfait(e) de la préparation accordée à cette session de formation:**

5.  Extrêmement d'accord    4.  Assez d'accord    3.  Plus ou moins d'accord    2.  Peu d'accord    1.  Pas du tout d'accord

**5- Je crois que l'information qui m'a été donnée sera facile à retenir:**

1.  Pas du tout d'accord    2.  Peu d'accord    3.  Plus ou moins d'accord    4.  Assez d'accord    5.  Entièrement d'accord

**6- Je me sens mieux outillé pour intervenir auprès d'une personne qui souffre d'anxiété :**

1.  Pas du tout d'accord    2.  Peu d'accord    3.  Plus ou moins d'accord    4.  Assez d'accord    5.  Entièrement d'accord

**7- Je considère que ce que j'ai appris sera utile pour aider une personne qui souffre d'un trouble anxieux :**

1.  Pas du tout utile    2.  Peu utile    3.  Plus ou moins utile    4.  Assez utile    5.  Entièrement utile

**8- Je recommanderais cette session de formation à une autre personne intéressée par le rôle de pair-aidant :**

1.  Pas du tout d'accord    2.  Peu d'accord    3.  Plus ou moins d'accord    4.  Assez d'accord    5.  Entièrement d'accord



APPENDICE L

CANEVAS D'ENTREVUE DE GROUPE: FORMATION DE PAIRS-AIDANTS



# **CANEVAS D'ENTREVUE DE GROUPE**

## **Formation Pairs-Aidants TPA /TAS**

**Mardi 20 janvier 2009 – 18h15**

**Clinique de Verdun – 4485 rue Bannantyne, Verdun – 2<sup>ème</sup> étage**

### **Introduction**

L'entrevue que nous vous proposons aujourd'hui vise à documenter la perception que vous avez quant à votre expérience de formation de pair-aidant, dispensée depuis le début novembre 2008.

L'entrevue comporte 4 groupes de questions portant sur 4 thèmes : 1) votre intérêt et vos attentes face à la formation (avant, pendant, après), 2) votre appréciation de la formation, 3) les suites de la formation, et 4) les points à conserver et ceux à améliorer dans les formations futures. Nous vous invitons donc à nous donner vos impressions au sujet des différentes questions que nous allons aborder. Le but de cette rencontre vise à nous aider à mieux connaître votre perception quant à la formation que vous avez reçue, de façon à seconder l'ensemble de l'équipe afin d'offrir des services qui correspondent à vos besoins et à ceux des personnes qui entreprendront la même démarche que vous dans le futur. Nous vous invitons à nous exprimer, dans vos mots, de quelle façon vous avez vécu cette expérience. Il n'y a donc aucune bonne ou mauvaise réponse, car pour nous, chaque opinion est intéressante à connaître.

### **1. Appréciation de la formation**

➤ Qu'avez-vous le plus apprécié dans la formation ?

SONDER  
POUR

Contenu : La pertinence, l'ensemble des sessions, les sessions prises séparément, la compréhension et l'accessibilité des informations, les thématiques traitées, etc.

Formule : Le nombre de participants, le type d'animation, le nombre d'animatrices, le contexte de recherche, la durée de chaque session, le nombre de sessions, etc.

➤ Qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans la formation ?

SONDER  
POUR

Contenu & Formule

## 2. Intérêt et attentes face à la formation

AVANT

➤ Lorsque vous avez décidé de participer à la formation de pairs-aidants, quelle était votre principale motivation à la suivre ?

➤ Quelles étaient alors vos attentes par rapport à cette formation ?

PENDANT

➤ Une fois que la formation a commencé, et ensuite tout au long de celle-ci, votre intérêt est-il resté le même ? S'il s'est modifié ? Si oui, de quelle façon ?

➤ De même, vos attentes ont-elles changé une fois que la formation a été engagée ?

APRÈS

➤ Maintenant que la formation est terminée, que diriez-vous de la motivation qui vous a poussé à suivre la formation ?

➤ De même, vos attentes sont-elles comblées ?

## 3. Suites de la formation

➤ Maintenant que vous avez fini votre formation, quelles seraient vos disponibilités pour agir en tant que pair-aidant ? Auriez-vous des contraintes qui nous seraient utiles de connaître ?

- Quel type de liens vous attendez-vous à avoir avec le milieu clinique dans l'exercice de votre rôle de pair-aidant ? Quels seraient ceux que vous souhaiteriez avoir ?
- Quel rôle attendez-vous que le milieu clinique joue avec vous ? Quel type de supervision souhaiteriez-vous avoir et quelle(s) forme(s) aimeriez-vous qu'elle prenne ?
- Y a-t-il d'autres besoins que vous aimeriez partager dans la perspective de l'exercice de votre rôle de pair-aidant ?

SONDER  
POUR

Session de « maintien » des acquis ou autres formes de suivi, etc.

#### **4. Points à conserver et points à améliorer dans les formations futures**

- En conclusion, quelles sont les choses que vous avez le plus aimé dans les formations et qu'il faudrait selon vous conserver dans les formations futures ?
- De même, y a-t-il des choses qu'il faudrait améliorer ?

#### **Conclusion**

Résumer la discussion et remercier de la participation.



APPENDICE M

ACCUSÉS DE RÉCEPTION ET DÉCISION DE PUBLICATION DES EDITEURS DES  
REVUES PSYCHIATRIC QUARTERLY ET REVUE QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE





Dear Springer Author, The Springer Marketing Team congratulates you on the publication of your article **Determinants of Barriers to Treatment for Anxiety Disorders** in the following paginated issue of **Psychiatric Quarterly: Volume 81, Issue 2 (2010), Page 127** . This information can be used for full citation of your article. Please also add your article's DOI in the citation information in order to enable readers to find your article in print and online. The article is also available electronically on SpringerLink: <http://www.springerlink.com/openurl.asp?genre=article&id=doi:10.1007/s11126-010-9123-5> . We encourage you to forward this email to your co-authors and colleagues. If you have ordered offprints please note that they are currently being produced and will be delivered to you shortly. If you have a query about your paper please contact us via the [author online form](#) . We thank you for your contribution and hope that your experience of publishing with Springer was a satisfying one. We look forward to your future contributions and invite you to visit our website at [springer.com/authors](http://springer.com/authors) where you will find valuable services. With kind regards, Your Springer Marketing Team

### **Synthèse du processus d'examen externe de l'article soumis**

Comme vous le savez, la RQP a soumis votre article à trois lecteurs externes afin de procéder à l'examen de celui-ci. Voici une synthèse de l'appréciation ainsi que des commentaires.

Vous trouverez également une copie de votre manuscrit avec certains commentaires inscrits dans la marge. Cela vise à faciliter le processus de corrections mineures à être effectué.

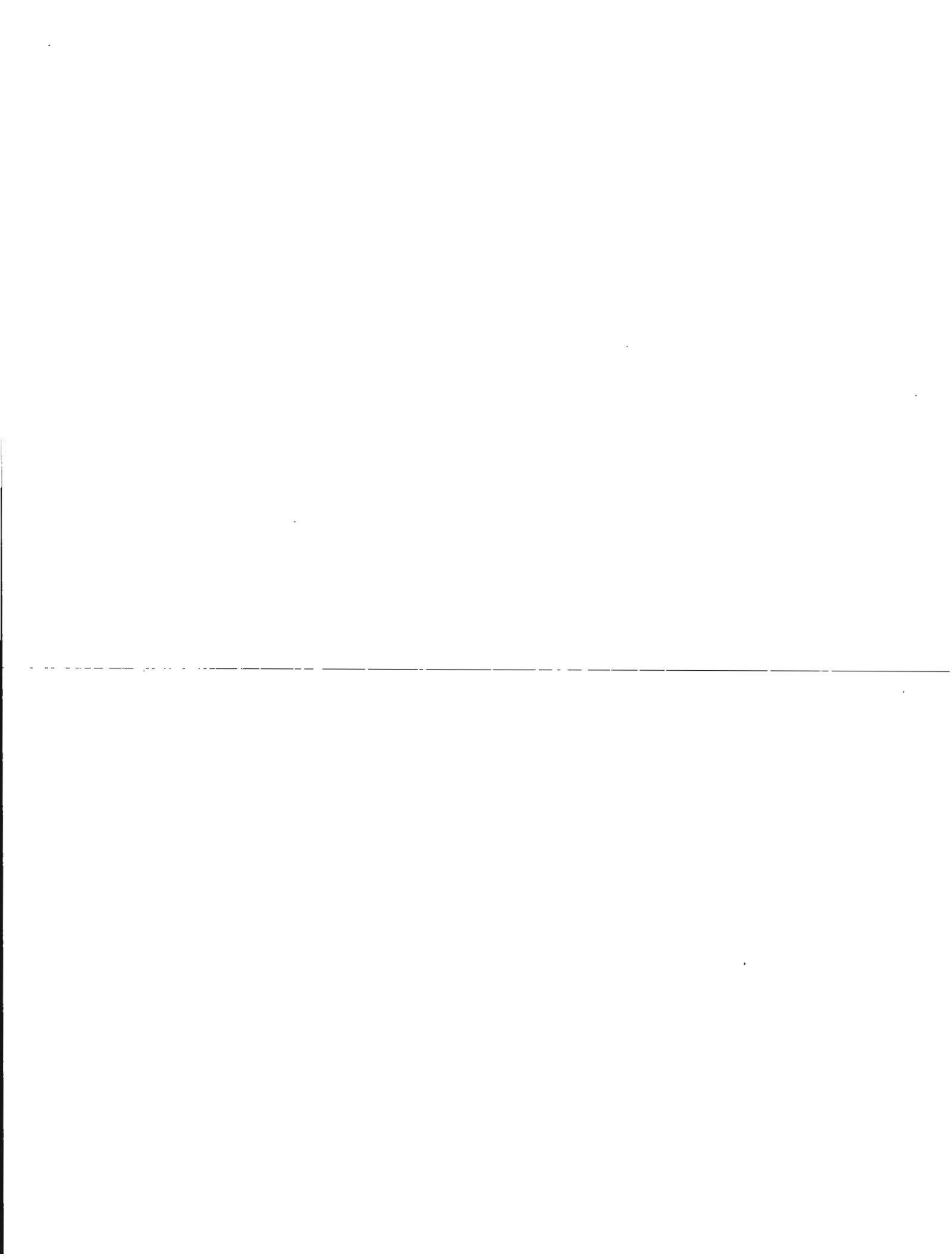
Finalement, une fois que vous aurez corrigé le document, vous pourrez me le retourner, afin de poursuivre le processus de publication.

Afin de faciliter le tout, je vous invite à me retourner, avec votre manuscrit révisé, la liste détaillée des correctifs effectués.

Merci de votre intérêt pour la RQP.

Stéphane Morin, Ph.D.

Psychologue



APPENDICE N

ARTICLE «TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE ET ANXIÉTÉ SOCIALE :  
RECOURS À DES PAIRS-AIDANTS ET ACCÈS AU TRAITEMENT»



Trouble panique avec agoraphobie et anxiété sociale : Recours à des pairs-aidants et accès au  
traitement

Michel Perreault, Ph.D.

Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal, Québec, Canada

Mariko Chartier-Otis, B.A.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Claude Bélanger, Ph.D.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

André Marchand, Ph.D.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Camillo Zacchia, Ph.D.

Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal, Québec, Canada

Stéphane Bouchard, Ph.D.

Département de psychologie, Université du Québec en Outaouais, Gatineau, Canada



Les troubles anxieux représentent les troubles de santé mentale les plus fréquents aux États-Unis avec une prévalence annuelle de 18.1% chez la population adulte (Kessler et al., 2005). Parmi ces troubles, le trouble d'anxiété sociale (TAS) et le trouble panique avec agoraphobie (TPA) sont les plus répandus avec des taux de prévalence à vie respectifs de 13,3% et 3,5% (Kessler et al., 1994; Wittchen & Essau, 1993). Au Canada, la prévalence à vie des troubles anxieux se situerait à 3,7% pour le trouble panique, à 1,5% pour l'agoraphobie et à 8,1% pour le TAS (Ramage-Morin, 2004; Shields, 2004). Au Québec, c'est environ 11% de la population qui a rapporté avoir eu un trouble panique, d'anxiété sociale ou d'agoraphobie au cours de sa vie (Kairouz et al., 2008).

Ces troubles engendrent des perturbations particulières au niveau des interactions sociales des personnes qui en souffrent puisqu'elles consultent peu ou attendent fréquemment très longtemps avant de le faire, souvent en raison des comportements d'évitement présents chez elles. De tous les troubles transitoires modérés de santé mentale, ces problèmes sont d'ailleurs ceux pour lesquels les taux de consultation sont les plus bas (Kessler et al., 1999; Vasiliadis et al., 2005; Wang et al., 2005). Il importe donc d'améliorer l'accès au traitement pour les personnes qui souffrent de ces troubles (Olson et al., 1998; Perreault et al., 2004).

#### *Les meilleures pratiques de traitement pour les troubles anxieux*

Plusieurs guides de pratique ont été publiés, dont le « guide pratique clinique pour le traitement des troubles anxieux » conçu au Canada (Swinson, R. P. et al., 2006). D'autres guides ont été produits en Angleterre (National Health Institute, 2004) et aux États-Unis (Connolly & Bernstein, 2007). Ces guides visent à proposer des interventions efficaces basées sur les meilleures pratiques (Lecomte, 2003). Le traitement cognitivo-comportemental (TCC) est considéré comme un traitement de choix dans ces guides puisque plusieurs études empiriques confirment l'efficacité de ce type de thérapie pour traiter les différents types de troubles anxieux (Gorman et al., 1998; Heimberg, 2001, 2002; Marchand et al., 2004; Telch et al., 1995).

*Les difficultés d'accès au traitement*

Malgré l'existence de traitements reconnus tel que le TCC, très peu de personnes souffrant de troubles anxieux ont accès à des traitements spécialisés. Au Canada, seulement 11% des personnes qui en souffrent seraient traitées (Ohayon et al., 2000). Celles qui consultent attendent très longtemps avant de le faire (Olfson et al., 1998; Perreault et al., 2004), et seul un faible pourcentage de celles-ci reçoit un traitement approprié (Collins et al., 2004; Marchand et al., 2004; Telch et al., 1995; Young et al., 2001). Cette situation est encore plus problématique pour les soins primaires. Young (2001) rapporte que seulement 19% de ceux qui ont consulté dans des services de première ligne ont reçu des soins adéquats, contre 90% ayant consulté un spécialiste en santé mentale. Or, les médecins généralistes sont les plus consultés par les personnes souffrant de troubles anxieux (Vasiliadis et al., 2005; Wang et al., 2005) et puisque ces dernières consultent davantage les services de soins primaires, il importe dès lors d'améliorer l'arrimage entre les différents services. C'est d'ailleurs un des objectifs du Plan d'Action en santé mentale du Québec où l'on favorise le traitement des troubles modérés de santé mentale en première ligne en visant ainsi une évaluation et un traitement rapide, tant au plan médical que psychosocial (MSSS, 2005).

*Les obstacles organisationnels*

Plusieurs obstacles organisationnels et contextuels entravent l'accès au traitement pour les troubles de santé mentale (Wang et al., 2002). En effet, des problèmes liés au diagnostic, à une mauvaise orientation vers des services spécialisés et à la disponibilité des ressources, caractérisent fréquemment la dispensation des traitements (Gretchen, 2001; Spitzer et al., 1994). Afin de pallier à ces difficultés et d'assurer une plus grande fluidité entre les différents niveaux de services, la tendance actuelle consiste à assurer une meilleure intégration entre les services spécialisés et ceux de première ligne (Funk & Ivbijaro, 2008). Une des principales stratégies mises de l'avant s'appuie sur le modèle des soins en collaboration ou de soins partagés (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005; Sullivan et al., 2007). Dans une recension des écrits, Fournier et ses collaborateurs (2007) soulignent à cet effet l'importance d'améliorer la collaboration entre les intervenants des soins primaires et des services spécialisés.



### *Les obstacles reliés à la symptomatologie*

Bien que le modèle de soins en collaboration semble prometteur pour adresser les obstacles organisationnels, la symptomatologie propre à ces personnes doit être considérée de manière distincte si l'on souhaite améliorer l'accès et la qualité de leurs traitements. Ces personnes ont souvent peur de l'opinion d'autrui ou des difficultés à se déplacer et ainsi interférer avec la recherche de traitement (Christiana et al., 2000; Craske et al., 2005; Olfson et al., 2000; Rodriguez et al., 2004). Même lorsque ces patients ont trouvé un traitement adéquat, leurs symptômes peuvent encore représenter un obstacle pour l'accès à des soins de qualité. Dans une recherche entreprise à notre laboratoire, plus du tiers des personnes souffrant d'un TPA ayant effectué une demande de soins par téléphone ne se sont pas présentées à l'entrevue d'évaluation. Chez celles qui ont débuté le TCC, plusieurs ont abandonné. Des *focus groups* réalisés auprès de ces participants mettent en relief leurs difficultés. Ainsi, les appréhensions vécues avant le début du traitement, la nouveauté de la situation, les craintes associées au déplacement jusqu'au lieu de traitement ainsi que le fait d'avoir peur de consulter dans une clinique psychiatrique représentent des sources d'inquiétudes majeures pour plusieurs de ces personnes. Par ailleurs, le nombre important d'abandons observés lors de la phase d'exposition (i.e. moment du traitement où les patients sont confrontés aux situations qui leurs sont anxiogènes), rend compte de la nécessité de cibler leurs comportements d'évitement lors de la dispensation du traitement (Perreault et al., 2004).

### *Les interventions visant les comportements d'évitement*

Pour améliorer l'accès aux services spécialisés, il importe donc de cibler les comportements d'évitement faisant obstacle au traitement. Plusieurs stratégies d'intervention ont été mises de l'avant. Dans la plupart des cas, elles tentent de réduire l'anxiété d'appréhension générée en offrant une thérapie ne nécessitant qu'un contact minimal avec le thérapeute. Les effets des traitements auto-administrés présentent des résultats intéressants, non seulement pour les troubles chroniques (i.e. Wagner, 1998) mais aussi pour les troubles anxieux (Ito et al., 2001; Lidren, 1993; Murphy et al., 1998). Dans cette perspective, les patients acquièrent de l'information sur leurs troubles et bénéficient d'encadrement pour

développer des habiletés adéquates d'auto-gestion tout en jouant un rôle très actif dans la gestion de leur santé.

Il existe aussi d'autres stratégies telles que la bibliothérapie. Il s'agit d'une forme d'aide psychologique dans laquelle l'utilisation de matériel écrit est au centre de la procédure d'intervention (Goudreau & Côté, 2001). L'efficacité de cette modalité thérapeutique demeure toutefois controversée, sauf lorsque le patient a des échanges ponctuels avec un thérapeute (Febbraro et al., 1999; Gould & Clum, 1995; Gould et al., 1993; Lovell et al., 2003; Sharp et al., 2000). Par contre, un troisième type de stratégie, basée sur les technologies des communications, a permis de mettre de l'avant des modalités originales de traitement. Certains chercheurs ont étudié le TCC administré par le biais de la vidéoconférence ou lorsque l'exposition est effectuée en réalité virtuelle (Allard et al., 2007; Botella et al., 2004; Bouchard et al., 2006; Bouchard et al., 2004; Kenwright & Marks, 2004; McNamee et al., 1989; R. P. Swinson et al., 1995). Selon les auteurs de ces études, de telles modalités permettent d'améliorer l'accessibilité au traitement ou de contourner les stratégies d'évitement reliées au fait de venir consulter.

#### *L'intervention de pairs-aidants*

Certaines stratégies visent d'ailleurs à rendre le TCC conventionnel plus convivial et accessible pour le traitement des troubles associés à des comportements d'évitement. Pollack et ses collaborateurs (1991) ont examiné l'impact d'une intervention clinique débutant à domicile. D'autres recherches tentent plutôt d'améliorer l'accès aux soins en ajoutant une intervention non professionnelle à la TCC. Plusieurs de ces travaux portent sur l'analyse du soutien du conjoint (Cobb et al., 1984; Oatley & Hodgson, 1987) mais les résultats montrent une amélioration plus importante des participants accompagnés par des amis. Dans cette voie, (Fokias & Tyler (1995) suggèrent qu'une plus grande attention soit portée sur l'impact d'une personne significative extérieure au noyau familial. Marcus et Runge (1990) ont aussi examiné l'efficacité d'un programme d'accompagnement par des pairs-aidants, qui étaient des personnes ayant déjà souffert de TPA et supervisés par des professionnels. Ils accompagnaient des clients au moment de leurs exercices d'exposition. Les résultats indiquent que leur intervention a permis de diminuer la fréquence et la sévérité des attaques de panique. Leurs clients ont souligné la contribution de la relation d'aide, le soutien social

ressenti, les progrès thérapeutiques et de l'optimisme face au rétablissement. L'aide fournie par des pairs-aidants (PA) peut donc favoriser une compréhension des problèmes ainsi qu'une meilleure introspection au cours de la thérapie (Parsonnet & Weinstein, 1987). En fait, leur intervention permet d'atténuer les obstacles organisationnels reliés à l'accès au traitement et aide à la diminution des symptômes. C'est dans cet esprit qu'une formation pour PA a été mise en place à l'Institut Douglas, en collaboration avec Phobies-Zéro, un groupe de soutien et d'entraide pour les personnes souffrant de troubles anxieux. Cette formation comporte cinq sessions de trois heures et est assurée par des cliniciens. Elle vise à aider de futurs pairs-aidants dans le rôle d'accompagnateur dans le traitement du TPA et du TAS. L'intervention des PA aura pour objet de contrer les comportements d'évitement caractérisant ces deux troubles et de faciliter l'accès et l'observance au traitement. Dans ce contexte, le contenu de la formation porte sur l'identification des différents troubles anxieux, la connaissance des ressources d'aide où les patients peuvent être orientés ainsi que sur la manière d'établir une relation d'aide et d'assurer un accompagnement efficace dans un environnement thérapeutique. L'implantation du projet va bon train alors que plusieurs personnes ayant déjà souffert d'un TPA ou d'un TAS ont offert leurs services comme PA à titre bénévole. La formation d'une première cohorte de quatre personnes est sur le point d'être complétée. Le succès de cette initiative réside toutefois dans l'intérêt que manifesteront les clients suivis en traitement pour obtenir le soutien de PA, tel que démontré dans une initiative similaire dans le domaine d'un traitement en toxicomanie (Perreault et al., 2006).

Malgré la pertinence d'associer des pairs-aidants au TCC, l'absence d'études contrôlées sur ce mode de traitement ne permet pas de le reconnaître parmi les « bonnes pratiques » du domaine. Pourtant, outre l'avantage de profiter de l'expérience de personnes ayant déjà surmonté les difficultés d'accès au traitement pour guider les nouveaux patients, la contribution de PA peut aussi s'inscrire dans le modèle de rétablissement mis de l'avant dans le traitement des troubles graves et persistants. Cette approche est appuyée par un nombre grandissant d'études où l'on démontre les effets de la contribution des PA pour ces troubles (i.e. Corrigan et al., 2002; Goldstrom et al., 2006). Elle est également reconnue parmi les bonnes pratiques pour assurer le soutien et faciliter le traitement de ces personnes (i.e. Hodges & Hardiman, 2006; Kirby & Keon, 2006). Des développements similaires semblent

se dessiner pour ce qui est de l'apport des PA dans le traitement du TAS et du TPA. , même si cela ne s'effectue pas dans le courant des études sur le « rétablissement ».

### *Conclusion*

Les modèles courants de dispensation des soins visent une meilleure intégration des services de santé mentale au niveau des soins primaires afin de favoriser la continuité et l'accès aux soins (i.e. Funk & Ivbijaro, 2008; MSSS, 2005; Sullivan et al., 2007). Bien que cette stratégie soit prometteuse pour contrer les obstacles organisationnels entourant l'accès aux soins en santé mentale pour les personnes souffrant du TAS et du TPA, la symptomatologie demeure un obstacle important qui limite leur accessibilité au traitement. Pour améliorer leur accès aux soins, il apparaît primordial de considérer aussi leurs symptômes d'évitement, qui sont au cœur de leur problématique. Parmi les moyens qui peuvent être utilisés à cette fin, le recours à des PA représente une piste intéressante. La formation et l'encadrement de PA qui ont déjà vécu l'expérience de ces problèmes et de leur traitement pourraient aider à surmonter les obstacles reliés à leurs symptômes d'évitement ainsi qu'à ceux inhérents à l'organisation des services qui leurs sont destinés.

### Remerciements

La production de cet article a été financée en partie par une subvention du réseau de recherche en santé des populations du Québec, du ministère de la santé et des services sociaux du Québec et des Instituts de Recherche en Santé du Canada (programme des partenariats pour l'amélioration des services de santé -PASS). Des remerciements particuliers s'adressent à Marie-Christine Héroux et à Noé Djawn White pour leur contribution à la recension des écrits sur le sujet.

### Références

- Allard, M., Bouchard, S., Marchand, A., Cournoyer, L. G., Green-Demers, I., & Renaud, P. (2007). L'efficacité de la psychothérapie pour le trouble panique en vidéoconférence: Réplication et alliance thérapeutique. *Revue Québécoise de Psychologie, 28*(2), 43-64.
- Botella, C., Villa, H., Garcia Palacios, A., Quero, S., Banos, R. M., & Alcaniz, M. (2004). The use of VR in the treatment of panic disorders and agoraphobia. *Studies in Health Technology And Informatics, 99*, 73-90.
- Bouchard, S., Côté, S., & Richard, D. S. (2006). Virtual reality applications of exposure. In D. S. Richard & D. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure (Ch. 16)*, pp. 347-388. New York: Academic Press.
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., et al. (2004). Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. *Telemedicine Journal and e-health, 10*(1), 13-25.
- Christiana, J. M., Gilman, S. E., Guardino, M., Mickelson, K., Morselli, P. L., Olfson, M., et al. (2000). Duration Between Onset and Time of Obtaining Initial Treatment among People with Anxiety and Mood Disorders: an International Survey of Members of Mental Health Patient Advocate Groups. *Psychological Medicine, 30*(3), 693-703.
- Cobb, J. P., Mathews, A. M., Childs-Clarke, A., & Blowers, C. M. (1984). The Spouse as Co-Therapist in the Treatment of Agoraphobia. *British Journal of Psychiatry, 144*, 282-287.
- Collins, K. A., Westra, H. A., Dozois, D. J., & Burns, D. D. (2004). Gaps in Accessing Treatment for Anxiety and Depression: Challenges for the Delivery of Care. *Clinical Psychology Review, 24*(5), 583-616.
- Connolly, S. D., & Bernstein, G. A. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Anxiety Disorders. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry, 46*(2), 267-283.
- Corrigan, P. W., Calabrese, J. D., Diwan, S. E., Keogh, C. B., Keck, L., & Mussey, C. (2002). Some Recovery Processes in Mutual-Help Groups for Persons with Mental Illness; I: Qualitative Analysis of Program Materials and Testimonies. *Community Mental Health Journal, 38*(4), 287-301.

- Craske, M. G., Edlund, M. J., Sullivan, G., Roy-Byrne, P., Sherbourne, C., Bystritsky, A., et al. (2005). Perceived Unmet Need for Mental Health Treatment and Barriers to Care Among Patients with Panic Disorder. *Psychiatric Services, 56*(8), 988-994.
- Febbraro, G. A. R., Clum, G. A., Wright, J. A., & Roodman, A. (1999). The Limits of Bibliotherapy: A Study of Differential Effectiveness of Self-Administered Interventions in Individuals with Panic Attacks. *Behavior Therapy, 30*(2), 209-222.
- Fokias, D., & Tyler, P. (1995). Social Support and Agoraphobia: a Review. *Clinical Psychology Review, 15*(4), 347-366.
- Fournier, L., Aubé, D., Roberge, P., Lessard, L., Duhoux, A., Caulet, Malijaï, et al. (2007). Vers une première ligne forte en santé mentale: Messages clés de la littérature scientifique. *Institut national de santé publique du Québec*
- Funk, M., & Ivbijaro, G. (2008). *Integrating mental health into primary care: A global perspective*. Geneva.
- Goldstrom, I. D., Campbell, J., Rogers, J. A., Lambert, D. B., Blacklow, B., Henderson, M. J., et al. (2006). National estimates for mental health mutual support groups, self-help organizations, and consumer-operated services. *Administration in Policy and Mental Health and Mental Health Services Research, 33*(1), 92-103.
- Gorman, J., Shear, K., Cowley, D., Cross, C. D., March, J., Roth, W., et al. (1998). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder*: American Psychiatric Publishing Inc.
- Goudreau, A., & Côté, G. (2001). La bibliothérapie: Comment favoriser l'alliance thérapeutique. *Revue québécoise de psychologie, 22*(3), 7-25.
- Gould, R. A., & Clum, G. A. (1995). Self-Help plus Minimal Therapist Contact in the Treatment of Panic Disorder: A Replication and Extension. *Behavior Therapy, 26*, 533-546.
- Gould, R. A., Clum, G. A., & Shapiro, D. (1993). The Use of Bilbiotherapy in the Treatment of Panic: A Preliminary Investigation. *Behavior Therapy, 24*, 241-252.
- Gretchen, W. C. (2001). *Barriers to the Effective Treatment of Anxiety Disorder*. Paper presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting, Washington.
- Heimberg, R. G. (2001). Current Status of Psychotherapeutic Interventions for Social Phobia. *Journal of Clinical Psychiatry, 62 Suppl 1*, 36-42.

- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Current Status and Future Directions. *Society of Biological Psychiatry*, 51(1), 101-108.
- Hodges, J. Q., & Hardiman, E. R. (2006). Promoting healthy organizational partnerships and collaboration between consumer-run and community mental health agencies. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(3), 267-278.
- Ito, L. M., de Araujo, L. A., Tess, V. L., de Barros-Neto, T. P., Asbahr, F. R., & Marks, I. (2001). Self-Exposure Therapy for Panic Disorder with Agoraphobia: Randomised Controlled Study of External v. Interoceptive Self-Exposure. *British Journal of Psychiatry*, 178, 331-336.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M., & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Kenwright, M., & Marks, I. M. (2004). Computer-aided self-help for phobia/panic via internet at home: a pilot study. *British Journal of Psychiatry*, 184, 448-449.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kessler, R. C., Zhao, S., Katz, S. J., Kouzis, A. C., Frank, R. G., Edlund, M., et al. (1999). Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 156(1), 115-123.
- Kirby, M., J.L., & Keon, W. J. (2006). *De l'ombre à la lumière - La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada: Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*.
- Lecomte, Y. (2003). [Developing better practices]. *Santé Mentale au Québec*, 28(1), 9-36.



- Lidren, D. M. (1993). The Differential Efficacy of Self-Help and Group Therapy in the Treatment of Panic Disorder and Agoraphobia: A Treatment Comparison Study. Unpublished thesis. Washington State University: Department of Psychology.
- Lovell, K., Richards, D. A., & Bower, P. (2003). Improving access to primary mental health care: uncontrolled evaluation of a pilot self-help clinic. *British Journal of General Practice*, 53(487), 133-135.
- Marchand, A., Germain, V., & Dupuis, G. (2004). Le TPA et la qualité de vie: impact de différents traitements du trouble panique avec agoraphobie sur la qualité de vie. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 9(1), 12-22.
- Marcus, H. P., & Runge, C. M. (1990). Community-Based Services For Agoraphobics. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 71(10), 602-606.
- McNamee, G., O'Sullivan, G., Lelliott, P., & Marks, I. (1989). Telephone-Guided Treatment for Housebound Agoraphobics with Panic Disorder: Exposure Vs Relaxation. *Behavior Therapy*, 20(4), 491-497.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Murphy, M. T., Michelson, L. K., Marchione, K., Marchione, N., & Testa, S. (1998). The role of self-directed in vivo exposure in combination with cognitive therapy, relaxation training, or therapist-assisted exposure in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(2), 117-138.
- National Health Institute. (2004). *Management of Anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in Community Care (NICE Clinical Guideline22)*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (voir [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)).
- Oatley, K., & Hodgson, D. (1987). Influence of Husbands on the Outcome of their Agoraphobic Wives' Therapy. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 380-386.
- Ohayon, M. M., Shapiro, C. M., & Kennedy, S. H. (2000). Differentiating DSM-IV anxiety and depressive disorders in the general population: comorbidity and treatment consequences. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 166-172.

- Olfson, M., Guardino, M., Struening, E., Schneier, F. R., Hellman, F., & Klein, D. F. (2000). Barriers to the treatment of social anxiety. *The American Journal of Psychiatry*, 157(4), 521-527.
- Olfson, M., Kessler, R. C., Berglund, P. A., & Lin, E. (1998). Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 155(10), 1415-1422.
- Parsonnet, L., & Weinstein, L. (1987). A volunteer program for helping families in a critical care unit. *Health and Social Work*, 12(1), 21-27.
- Perreault, M., Bélanger, C., Marchand, A., Séguin, C., White, N.-D., & Katerelos, D. e. c. (2004). *Adhésion au traitement cognitivo-comportemental pour le trouble panique avec agoraphobie: cheminement et perspective de la clientèle*. Paper presented at the Colloque «Les meilleures pratiques en santé mentale».
- Perreault, M., Héroux, M.-C., Lauzon, P., White, N. D., Tremblay, I., & Lévesque, G.-P. (2006). Intérêt de la clientèle d'un programme de méthadone quant aux services offerts par un groupe de pairs aidants. *Drogues, santé et société*, 5(1), 77-103.
- Pollack, M. H., Sachs, G. S., Tesar, G. E., Shushtari, J., Herman, J. B., Otto, M. W., et al. (1991). Pilot outreach services to homebound agoraphobic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(3), 315-317.
- Ramage-Morin, P. L. (2004). Panic disorder and coping. *Health Reports*, 15 Suppl, 31-43.
- Rodriguez, B. F., Weisberg, R. B., Pagano, M. E., Machan, J. T., Culpepper, L., & Keller, M. B. (2004). Frequency and patterns of psychiatric comorbidity in a sample of primary care patients with anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 45(2), 129-137.
- Sharp, D. M., Power, K. G., & Swanson, V. (2000). Reducing therapist contact in cognitive behaviour therapy for panic disorder and agoraphobia in primary care: global measures of outcome in a randomised controlled trial. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 50(461), 963-968.
- Shields, M. (2004). Social anxiety disorder--beyond shyness. *Health reports / Statistics Canada, Canadian Centre for Health Information = Rapports sur la sante / Statistique Canada, Centre canadien d'information sur la sante*, 15 Suppl, 45-61.

- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F. V., 3rd, Hahn, S. R., et al. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*, 272(22), 1749-1756.
- Sullivan, G., Craske, M. G., Sherbourne, C., Edlund, M. J., Rose, R. D., Golinelli, D., et al. (2007). Design of the Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) study: innovations in collaborative care for anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 29(5), 379-387.
- Swinson, R., P., Antony, M., M., Bleau, P., Chokka, P., Craven, M., Fallu, A., et al. (2006). Guide de pratique clinique. Traitement des troubles anxieux. *Revue canadienne de psychiatrie*, 51(suppl. 2), 1-97.
- Swinson, R. P., Fergus, K. D., Cox, B. J., & Wickwire, K. (1995). Efficacy of telephone-administered behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour research and therapy*, 33(4), 465-469.
- Telch, M. J., Schmidt, N. B., Jaimez, T. L., Jacquin, K. M., & Harrington, P. J. (1995). Impact of Cognitive—Behavioral Treatment on Quality of Life in Panic Disorder Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 823-830.
- Vasiliadis, H. M., Lesage, A., Adair, C., & Boyer, R. (2005). Service use for mental health reasons: cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 614-619.
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1(1), 2-4.
- Wang, P. S., Demler, O., & Kessler, R. C. (2002). Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *American Journal of Public Health*, 92(1), 92-98.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 629-640.
- Wittchen, H. U., & Essau, C. A. (1993). Epidemiology of panic disorder: progress and unresolved issues. *Journal of Psychiatric Research*, 27 Suppl 1, 47-68.

Young, A. S., Klap, R., Sherbourne, C. D., & Wells, K. B. (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58(1), 55-61.

APPENDICE O  
ARTICLE «ÉVALUATION D'UNE CONSULTATION EN LIGNE PORTANT SUR LE  
TRAITEMENT DES TROUBLES ANXIEUX»



Évaluation d'une consultation en ligne portant sur le traitement des troubles anxieux

Michel Perreault, Ph.D.

Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal, Québec, Canada

Mariko Chartier-Otis, B.A.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Noé Djawn White, B.Sc.Soc.

Agence de santé et des services sociaux de Montréal

Claude Bélanger, Ph.D.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

André Marchand, Ph.D.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Camillo Zacchia, Ph.D.

Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal, Québec, Canada

Stéphane Bouchard, PhD.

Département de psychologie, Université du Québec en Outaouais, Gatineau, Canada





Au Canada, deux des troubles anxieux les plus répandus sont le trouble d'anxiété sociale (TAS), avec une prévalence annuelle de 3% (Shields, 2004) et le trouble panique (TP), avec une prévalence annuelle de 1,5% (Ramage-Morin, 2004). Les taux de prévalence à vie de ces troubles sont par ailleurs nettement plus élevés. Une étude récente révèle qu'au Québec, c'est environ 11% de la population qui a eu l'un ou l'autre de ces troubles au cours de sa vie (Kairouz et al., 2008).

Le fait que ces personnes consultent peu ou attendent très longtemps avant de le faire est souvent sous-tendu par leurs comportements d'évitement. Ceci contribue au maintien ou même à l'augmentation de leurs difficultés d'interaction sociale et peut en soi représenter un obstacle au traitement. D'ailleurs, de tous les troubles transitoires modérés de santé mentale, les troubles anxieux sont ceux pour lesquels les taux de consultation sont les plus bas (Kessler et al., 1999; Vasiliadis et al., 2005; Wang et al., 2005). Il importe donc de mieux comprendre les facteurs qui font obstacle au traitement de ces troubles, tout particulièrement ceux reliés à la symptomatologie (Olfson et al., 1998; Perreault et al., 2004).

#### *Les caractéristiques cliniques et les difficultés d'accès au traitement*

Malgré l'existence de traitements reconnus et efficaces tels que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), très peu de personnes souffrant de troubles anxieux ont accès à des traitements spécialisés. Au Canada, seulement 11% des personnes qui en souffrent seraient traitées (Ohayon et al., 2000). Celles qui consultent attendent très longtemps avant de le faire (Olfson et al., 1998; Perreault et al., 2004), et seul un faible pourcentage de celles-ci reçoivent un traitement approprié (Collins et al., 2004; Marchand et al., 2004; Telch et al., 1995; Young et al., 2001). Les caractéristiques cliniques propres aux personnes qui souffrent de ces troubles se doivent d'être considérées de manière distincte si l'on souhaite véritablement améliorer leur accès à un traitement spécialisé. Comme ces personnes ont souvent peur de l'opinion d'autrui ou éprouvent des difficultés à se déplacer, ceci peut interférer dans leurs démarches de recherche d'un traitement (Christiana et al., 2000; Craske et al., 2005; Olfson et al., 2000; Rodriguez et al., 2004). Dans une étude entreprise à notre laboratoire, plus du tiers des personnes souffrant d'un trouble panique avec agoraphobie (TPA) ayant effectué une demande de soins par téléphone ne se sont pas présentées à leur

entrevue d'évaluation. Chez celles qui ont débuté la TCC, plusieurs ont abandonné en cours de route. Des groupes de discussion réalisés auprès de ces participants ont permis de mettre en relief les appréhensions vécues avant le début du traitement (nouveau de la situation, craintes associées au déplacement et peur de consulter dans une clinique psychiatrique). Par ailleurs, le nombre important d'abandons observés lors de la thérapie d'exposition (i.e. le moment durant le traitement où les patients sont confrontés aux situations qui leur sont anxiogènes) rend compte de la nécessité de cibler leurs réactions d'évitement et d'échappement cognitif et comportemental lors de la dispensation du traitement (Perreault et al., 2004).

#### *Stratégies pour surmonter les obstacles reliés aux caractéristiques*

Certaines modalités de traitement permettent de prévenir les comportements d'évitement reliés au fait de venir consulter. Elles sont fondées sur des stratégies d'intervention qui ne requièrent qu'un contact minimal avec le thérapeute, comme le traitement autogéré (Ito et coll., 2001), la bibliothérapie (Goudreau & Côté, 2001), ou encore la TCC administrée par vidéoconférence (Allard et coll., 2007; Bouchard et coll., 2006). Ces approches, où l'on minimise les contacts avec les thérapeutes et les autres clients, semblent efficaces pour rejoindre la population visée. À des fins de recherche, le recours à l'Internet permet aussi de rencontrer ces conditions. Dans ce contexte, une consultation basée sur un questionnaire Web interactif a été menée afin de mieux cerner l'accès au traitement des personnes ayant des troubles anxieux. Elle avait pour but de vérifier (1) dans quelle mesure cette nouvelle technologie permet de rejoindre efficacement les personnes aux prises avec un TAS ou un TPA et (2) jusqu'à quel point ce type d'administration de questionnaire apparaît convivial pour les répondants, leur permet de mieux décrire leurs difficultés et d'exprimer leur opinion sur les services qu'ils reçoivent ou souhaiteraient recevoir.

#### *Méthode*

Procédure : La consultation par Internet a été annoncée et rendue accessible à partir d'hyperliens affichés sur six sites Internet, dont trois groupes de soutien au Québec (Phobies-Zéro, Revivre et l'Association des Troubles Anxieux du Québec), deux établissements psychiatriques (l'Institut Douglas et l'Hôpital L.-H. Lafontaine) et la filiale de Montréal de

l'Association Canadienne en Santé Mentale. Des envois de masse ont été effectués pour promouvoir la participation à l'étude (liste de la Société Québécoise de Recherche en Psychologie et liste d'une Association étudiante de l'UQÀM). Des dépliants et annonces ont aussi été distribués dans les universités francophones de Montréal, ainsi que dans des cliniques spécialisées pour les troubles anxieux. Le recrutement s'est déroulé entre avril et novembre 2008.

Sur chacun des sites Web présentant le projet, les objectifs du questionnaire étaient présentés. Tous les participants devaient donner leur consentement directement sur le Web. Ainsi, suivant les recommandations de Schmidt (1997), le formulaire de consentement apparaissait à l'écran avant que les participants ne puissent avoir accès à l'étude. Ensuite, les utilisateurs de ces sites étaient invités à remplir le questionnaire Web en cliquant sur un hyperlien. Les données étaient alors dirigées vers un site Web sécurisé sous la responsabilité du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, permettant ainsi de recueillir les réponses au questionnaire et de les traiter automatiquement avec un logiciel prévu à cet effet.

Outil de mesure : Les participants ont complété un questionnaire Web interactif sur *les obstacles au traitement pour les troubles anxieux*, construit pour les fins de l'étude. Le questionnaire comporte 42 questions couvrant leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs symptômes cliniques, la perception de leurs besoins de soins, ainsi que des obstacles reliés à l'accessibilité au traitement. Afin de le rendre convivial, son format a été simplifié et chaque section a été précédée d'une nouvelle page (Dillman et al., 1998). L'ensemble du questionnaire a été ajusté suite à un pré-test et une étude pilote a permis de corriger des problèmes techniques reliés à son administration (Granello & Wheaton, 2004).

## *Résultats*

### a) Portrait des répondants

#### Caractéristiques sociodémographiques :

Sept cent quatorze personnes ont rempli le questionnaire. Le projet ayant été principalement diffusé parmi des ressources desservant une clientèle francophone, une très

grande proportion des participants a répondu au questionnaire en français (96,8%) plutôt qu'en anglais.

Neuf répondants sur dix (91,3%) ont rempli le questionnaire en fonction de leur propre situation (« personnes atteintes d'un trouble de santé mentale »), alors qu'un peu moins de dix pour cent (8,6%) ont rempli le questionnaire en tant que « proche aidant ».

Environ la moitié des répondants ont entre 25 et 44 ans. Ce groupe d'âge compte pour 58,7% des personnes atteintes et 31% des proches aidant. Ceux de plus de 45 ans représentent aussi une proportion importante des participants : plus du quart des personnes atteintes (27,3%) et un environ le tiers des proches aidant (32,8%). Les répondants sont principalement des femmes, autant chez les personnes atteintes (73,3%) que chez les proches aidant (78,7%).

#### Caractéristiques cliniques :

Parmi les 642 personnes atteintes ayant complété le questionnaire, 485 (75,5%) affirment être aux prises avec un problème de santé mentale diagnostiqué. Des analyses préliminaires auprès d'un sous-échantillon de 206 participants rapportant avoir eu un diagnostic de TPA, de TAS ou des deux troubles ont été effectuées. Elles indiquent que près des trois quarts (72,5%) prendraient de la médication psychotrope pour ce trouble et que plus de la moitié (62,1%) auraient déjà reçu un diagnostic de dépression (Chartier-Otis et coll., en préparation).

#### b) acceptabilité de la procédure :

À cinq occasions durant l'administration du questionnaire, les répondants se sont vu offrir la possibilité de cesser leur participation (en sauvegardant les réponses déjà fournies). Chez les participants atteints, un peu moins de 10% (9,4%) se sont prévalus de cette option. Une proportion équivalente (9,8%) a été observée chez les proches aidant.

Au terme du questionnaire, tous les participants étaient invités, s'ils le souhaitaient, à poursuivre en remplissant un questionnaire portant sur le soutien social. Six personnes

atteintes sur dix (59,8%) ayant complété le premier questionnaire ont accepté de poursuivre. Cette proportion a été légèrement inférieure chez les proches aidants (53,6%).

#### c) utilisation du Web :

Quarante trois pour cent des participants à l'étude ont indiqué que ce sont les sites Web de deux groupes de soutien offrant des services en rapport aux troubles anxieux qui les ont dirigé vers le questionnaire (Revivre et Phobies Zéro). Les autres sites mentionnés ont été, dans l'ordre : l'Institut Douglas (12,5%), l'Association canadienne de Santé Mentale-filiale de Montréal (4,2%) et l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (1,8%). Un peu plus du tiers (37,9%) ont rapporté d'autres sites que ceux mentionnés. La distribution de dépliants et d'affiches a aussi contribué à promouvoir la consultation.

#### *Conclusion*

Cette consultation Web, menée auprès de plus de 700 personnes concernées par les troubles anxieux, a permis de démontrer : 1) la capacité de cette approche à générer des taux élevés de réponse et ce, auprès d'une population considérée comme difficile à rejoindre; 2) que la consultation par le Web permet dorénavant de rejoindre des personnes de tous les groupes d'âges, tel que le suggère le taux élevé de pénétration du Web (85 % de la population canadienne (ITU, 2008)); 3) le potentiel de ce type de consultation pour explorer les attentes et les demandes des personnes atteintes, de même que leurs caractéristiques cliniques et leur évaluation des services, et 4) l'importance d'identifier et de mettre à contribution les différents réseaux fréquentés par ces personnes pour s'assurer de leur participation à des consultations de ce type, compte tenu du rôle important des organismes de soutien et des centres de traitement spécialisés dans leur utilisation du Web.

#### Remerciements

La production de cet article a été financée en partie par une subvention du Réseau de Recherche en Santé des Populations du Québec, du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec et des Instituts de Recherche en Santé du Canada (programme des partenariats pour l'amélioration des services de santé –PASS).

### Références

- Christiana, J. M., Gilman, S. E., Guardino, M., Mickelson, K., Morselli, P. L., Olfson, M., et al. (2000). Duration Between Onset and Time of Obtaining Initial Treatment among People with Anxiety and Mood Disorders: an International Survey of Members of Mental Health Patient Advocate Groups. *Psychological Medicine, 30*(3), 693-703.
- Collins, K. A., Westra, H. A., Dozois, D. J., & Burns, D. D. (2004). Gaps in Accessing Treatment for Anxiety and Depression: Challenges for the Delivery of Care. *Clinical Psychology Review, 24*(5), 583-616.
- Craske, M. G., Edlund, M. J., Sullivan, G., Roy-Byrne, P., Sherbourne, C., Bystritsky, A., et al. (2005). Perceived Unmet Need for Mental Health Treatment and Barriers to Care Among Patients with Panic Disorder. *Psychiatric Services, 56*(8), 988-994.
- Dillman, D. A., Tortora, R. D., Contradt, J., & Bowker, D. (1998). Influence of Plain vs Fancy Design on Response Rates for Web Surveys.
- Goudreau, A., & Côté, G. (2001). La bibliothérapie: Comment favoriser l'alliance thérapeutique. *Revue québécoise de psychologie, 22*(3), 7-25.
- Granello, D. H., & Wheaton, J. E. (2004). Online Data Collection: Strategies for Research. *Journal of Counseling and Development, 82*, 387-393.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M., & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Kessler, R. C., Zhao, S., Katz, S. J., Kouzis, A. C., Frank, R. G., Edlund, M., et al. (1999). Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry, 156*(1), 115-123.
- Marchand, A., Germain, V., & Dupuis, G. (2004). Le TPA et la qualité de vie: impact de différents traitements du trouble panique avec agoraphobie sur la qualité de vie. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive, 9*(1), 12-22.
- Ohayon, M. M., Shapiro, C. M., & Kennedy, S. H. (2000). Differentiating DSM-IV anxiety and depressive disorders in the general population: comorbidity and treatment consequences. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*(2), 166-172.

- Olfson, M., Guardino, M., Struening, E., Schneier, F. R., Hellman, F., & Klein, D. F. (2000). Barriers to the treatment of social anxiety. *The American Journal of Psychiatry*, *157*(4), 521-527.
- Olfson, M., Kessler, R. C., Berglund, P. A., & Lin, E. (1998). Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, *155*(10), 1415-1422.
- Perreault, M., Bélanger, C., Marchand, A., Séguin, C., White, N.-D., & Katerelos, D. e. c. (2004). *Adhésion au traitement cognitivo-comportemental pour le trouble panique avec agoraphobie: cheminement et perspective de la clientèle*. Paper presented at the Colloque «Les meilleures pratiques en santé mentale».
- Rodriguez, B. F., Weisberg, R. B., Pagano, M. E., Machan, J. T., Culpepper, L., & Keller, M. B. (2004). Frequency and patterns of psychiatric comorbidity in a sample of primary care patients with anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *45*(2), 129-137.
- Telch, M. J., Schmidt, N. B., Jaimez, T. L., Jacquin, K. M., & Harrington, P. J. (1995). Impact of Cognitive—Behavioral Treatment on Quality of Life in Panic Disorder Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*(5), 823-830.
- Vasiliadis, H. M., Lesage, A., Adair, C., & Boyer, R. (2005). Service use for mental health reasons: cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access. *Canadian Journal of Psychiatry*, *50*(10), 614-619.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 629-640.
- Young, A. S., Klap, R., Sherbourne, C. D., & Wells, K. B. (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, *58*(1), 55-61.





## BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE



## BIBLIOGRAPHIE

- Abramowitz, I. A., et Coursey, R. D. (1989). Impact of and educational support group on family participants who take care of their schizophrenic relatives, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 232-236.
- Addis, M. E., Hatgis, C., Krasnow, A. D. et Jacob, K. (2004). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for panic disorder versus treatment as usual in a managed care setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 625-635.
- Afifi, T.O., Enns, M. W., Cox, B. J., Asmundson, J. G., Stein, M. B. et Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Public Health*, 98(5), 946-952.
- Afifi, T.O., Cox, B. J. et Sareen, J. (2005). Perceived need and help-seeking for mental health problems among canadian provinces and territories. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 24(1), 51-61.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2005). *Plan d'action ministériel 2005-2010 en santé mentale: La force des liens*. Montréal.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-R* (4<sup>th</sup> ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amies, P. L., Gelder, M. G. et Shaw, P. H. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- Association des Psychiatres du Canada (APC). (2006). « Guide de pratique clinique. Traitement des troubles anxieux ». *Revue canadienne de psychiatrie*, 51(2), 9S-91S.
- Association des Psychiatres du Canada (APC) et Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). (2001). « Lignes directrices cliniques du traitement des troubles dépressifs ». *Revue canadienne de psychiatrie*, 46(1), 5S-90S.
- Bandura, A. J. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Beckham, J. C., Lytle, B. L. et Feldman, M.E. (1996). Caregiver burden in partners of Vietnam war veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 1068-1072.

- Berman, J. S., et Norton, N. C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin*, 98(2), 401-407.
- Bélanger, C., Leduc, A., Fredman, S., El-Baalbaki, G. et Baucom, D. H. (2008). Couples et troubles anxieux: Évaluation et intervention. In J. Wright, Y. Lussier et S. Sabourin (Éds), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 507-539). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Biegel, D. E., Shafran, R. D. et Johnsen, J. A. (2004). Facilitators and barriers to support group participation for family caregivers of adults with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40(2), 151-166.
- Billette, V., Guay, S. et Marchand, A. (2008). Posttraumatic stress disorder and social support in female victims of sexual assault: The impact of spousal involvement on the efficacy of cognitive-behavioral therapy. *Behavior Modification*, 32(6), 876-896.
- Billette, V., Guay, S., et Marchand, A. (2005). Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle: Synthèse des écrits. *Santé mentale au Québec*, 2, 101-120.
- Boisvert, J.-M., Bertrand, L. et Morier, S. (1999). La phobie sociale. In R. Ladouceur, A. Marchand et J.-M. Boivin (Eds.), *Les troubles anxieux: approche cognitive et comportementale* (pp. 121-148). Montréal: Gaëtan morin éditeur.
- Botella, C., Villa, H., Garcia-Palacios, A., Queros, S., Banos, R. M. et Alcaniz, M. (2004). The use of VR in the treatment of panic disorders and agoraphobia. *Studies In Health Technology And Informatics* [Stud Health Technol Inform], 99, 73-90.
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., Renaud, P. et Lapierre, J. (2004). Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. *Telemedicine journal and e-health*, 10(1), 13-25.
- Bouton, M. E., Mineka, S. et Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108(1), 4-32.
- Braithwaite, V. (1992). Caregiving burden: Making the concept scientifically useful and policy relevant. *Research on Aging*, 14(1), 3-27.
- Burlingame, G. M., et Davies, D. R. (2002). Self-help groups. In M. Heisen et G. Zimmer (Eds.), *The encyclopedia of psychotherapy* (vol. 4, pp. 31-35). New York: Academic Press.
- Calhoun, P. S., Beckham, J. C. et Bosworth, H. B. (2002). Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 205-212.

- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J. et Price, L. H. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(3), 441-443.
- Candilis, P. J., Mclean, R. Y. S., Otto, M. W., Manfro, G. G., Worthington, J. J., Penava, S. J., Marzol, P. C. et Pollack, M. H. (1999). Quality of life in patients with panic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(7), 429-434.
- Carrera, M., Herran, A., Ayuso-Mateos, J. L., Sierra-Biddle, D., Ramirez, M. L., Ayestaran, A., Hoyuela, F., Rodriguez-Cabo, B. et Vazquez-Barquero, J. L. (2006). Quality of life in early phase of panic disorder: Predictive factors. *Journal of Affective Disorders*, 94(1-3), 127-134.
- Chamberlin, J., Rogers, S. et Ellison, M. J. (1996). Self-help programs: A description of their characteristics and their members. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 33-42.
- Chambless, D. L., et Gillis, M. M. (1993). Cognitive therapy for anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 248-260.
- Chartier-Otis, M., Perreault, M., Bélanger, C. et Marchand, A. (2009, mai). *L'utilisation du Web pour améliorer l'accès aux traitements de personnes souffrant de troubles anxieux*. Atelier présenté dans le cadre du symposium sur l'accès électronique au traitement à la Conférence internationale sur l'utilisation d'Internet en santé mentale, Montréal, Canada.
- Christensen, A., et Jacobson, N. S. (1994). Who (or what) can do psychotherapy: The status and challenge of nonprofessional therapies. *Psychological Science*, 5(1), 8-14.
- Christiana, J. M., Gilman, S. E., Guardino, M., Mickelson, K., Morselli, P. L., Olfson et al. (2000). Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: An international survey of members of mental health patient advocate groups. *Psychological Medicine*, 30, 693-703.
- Clark, C., Caldwell, T., Power, C. et Stansfeld, S. A. (2010). Does the influence of childhood adversity on psychopathology persist across the lifecourse? A 45-year prospective epidemiologic study. *Annals of Epidemiology*, 20(5), 385-394.
- Clum, G. A., Clum, G. A. et Surls (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 317-326.
- Connolly, S. D., et Bernstein, G. A. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), 267-283.

- Corrigan, P. W., Calabrese, J. D., Diwan, S. E., Keogh, C. B., Keck, L. et Mussey, C. (2002). Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness; I: Qualitative analysis of program materials and testimonies. *Community Mental Health Journal*, 38(4), 287-301.
- Craske, M. G., Edlund, M. J., Sullivan, G., Roy-Byrne, P., Sherbourne, C., Bystritsky, A. et Stein, M. B. (2005). Perceived unmet need for mental health treatment and barriers to care among patients with panic disorder. *Psychiatric Services*, 56(8), 988-994.
- Crake, M. G. et Barlow, D. H. (2001). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Eds.), *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual*, 3<sup>rd</sup> ed. (pp. 1-59). New York: The Guilford Press.
- Crofts, N., et Herkt, D. (1995). A history of peer-based drug-user groups in Australia. *Journal of Drug Issues*, 25(3), 599-616.
- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D. et Tebes, J. K. (1999). Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 165-187.
- Diala, C. C., et Muntaner, C. (2003). Mood and anxiety disorders among rural, urban, and metropolitan residents in the United States. *Community Mental Health Journal*, 39(3), 239-252.
- den Boer, P. C.A.M., Wiersma, D., Russo, S. et van den Bosch, R. J. (2005). Paraprofessionals for anxiety and depressive disorders (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 48-90.
- Dillman, D. A., Tortora, R. D., Conradt, J. et Bowker, D. (1998). *Influence of plain vs fancy design on response rates for Web surveys*. Retrieved February 16, 2002, from Washington State University, Social & Economic Sciences Research Center Web site: <http://survey.sesrc.wsu.edu/dillman/papers/asa98ppr.pdf>
- Doyle, A. C., et Pollack, M. H. (2003). Establishment of remission criteria for anxiety disorders, *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(15), 40-45.
- DuPont, R. L., Rice, D. P., Miller, L. S., Shiraki, S. S., Rowland, C. R. et Harwood, H. J. (1996). Economic costs of anxiety disorders. *Anxiety*, 2(4), 167-172.
- Edirisooriya, G., et McLean, J. E. (2003, April). *Measuring campus climate through a Web-based survey and probing into some facets of perceived campus climate*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, Chicago, IL.
- Émard, R. (2004). Développement des compétences des intervenants en suivi communautaire. In R. Émard et T. D. Aubry (Eds.), *Le suivi communautaire en santé*

- mentale. Une invitation à bâtir sa vie* (pp. 31-66). Ottawa: Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Erwin, B. A., Turk, C. L., Heimberg, R. G., Fresco, D. M. et Hantula, D. A. (2004). The Internet: Home to a severe population of individuals with social anxiety disorder? *Journal of Anxiety Disorders, 18*, 629-646.
- Fadden, G., Bebbington, P. et Kuipers, L. (1987). Caring and its burdens: A study of the spouses of depressed patients. *The British Journal of Psychiatry, 151*, 660-667.
- Frustaci, J. (1988). A survey of agoraphobics in self-help groups. *Smith College Studies in Social Work, 58*, 193-211.
- Farvolden, P., McBride, C., Bagby, R. et Ravitz, P. (2003). A Web-based screening instrument for depression and anxiety disorders in primary care. *Journal of Medical Internet Research, 5*(3).
- Fedoroff, I. C., et Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 21*(3), 311-324.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations, 7*, 117-140.
- Fishbein, M., et Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fleury, M.-J., Piat, M., Grenier, G., Bamvita, J.-M., Boyer, R., Lesage, A. et Tremblay, J. (2010). Components associated with adequacy of help for consumers with severe mental disorders. *Administration and policy in mental health, 37*, 497-508.
- Fleury, M.-J., Grenier, G., Bamvita, J.-M. et Caron, J. (2010). Professional service utilisation among patients with severe mental disorders. *BMC Health Services Research, 10*(141), 1472-6963.
- Fleury, M.-J., Grenier, G., Caron, J. et Lesage, A. (2008). Patients' report of help provided by relatives and services to meet their needs. *Community Mental Health Journal, 44*, 271-281.
- Fokias, D., et Tyler, P. (1995). Social support and agoraphobia: A review. *Clinical Psychology Review, 15*, 347-366.
- Fournier, L., Aubé, D., Roberge, P., Lessard, L., Duhoux, A., Caulet, M. et Poirier, L.-R. (2007). Vers une première ligne forte en santé mentale: Messages clés de la littérature scientifique. *Institut national de santé public du Québec*, 1-39.
- Fournier, L., Lemoyne, O., Poulin, C. et Poirier, L.R. (2002). Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Volume 1: La santé mentale et les besoins de soins des adultes.

*Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 251 p.*

- Garay-Sevilla, M. E., Nava, L. E., Malacara, J. M., Huerta, R., Diaz de Leon, J. Mena, A. et Fajardo, M. E. (1995). Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications, 9*, 81-86.
- Gartner, A., et Riessman, F. (1982). Self-help group and mental health. *Hospital & Community Psychiatry, 33*, 631-635.
- Goodwin, R., et Andersen, R. M. (2002). Use of the behavioural model of health care use to identify correlates of use of treatment for panic attacks in the community. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 37*(5), 212-219.
- Gorman, J., Shear, K., Cowley, D., Cross, C. D., March, J. et Roth, W. (1998). Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. *American Psychiatric Publishing Inc.*
- Granello, D. H., et Wheaton, J. E. (2004). Online data collection: Strategies for research. *Journal of Counseling and Development, 82*, 387-393.
- Gretchen, C. W. (2001). *Barriers to the Effective Treatment of Anxiety Disorder*. Paper presented at the American psychiatric association annual meeting, Washington.
- Grudzinski, A. N. (2001). Considerations in the treatment of anxiety disorders: A pharmaco-economic review. *Expert Opinion on Pharmacotherapy, 2*(10), 1557-1569.
- Guay, S., Billette, V. et Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress, 19*(3), 327-338.
- Guay, S., Billette, V., St-Jean-Trudel, E., Marchand, A. et Maingy, N. (2004). Couple therapy and post-traumatic stress disorder. *Revue Francophone du Stress et du Trauma, 4*, 81-88.
- Heimberg, R. G. (2001). Current status of psychotherapeutic interventions for social phobia, *Journal of Clinical Psychiatry, 62*(1), 36-42.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorders: Current status and future directions. *Society of Biological Psychiatry, 51*(1), 101-108.
- Hou, S.-I., et Wisenbaker (2005). Using a web-based survey to assess correlates of intention towards HIV testing among never-been-tested but sexually experienced college students. *AIDS Care, 17*(3), 329-334.



- Jacobson, N., et Greeley, D. (2001). What is recovery ? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485.
- Judd, F. K., Jackson, H. J., Komiti, A., Murray, G., Hodgins, G. et Fraser, C. (2002). High prevalence disorders in urban and rural communities. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 36(1), 104-113.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M. et Fiset-Laniel, J. (2008). Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). *Institut de la statistique du Québec*.
- Kalra, H., Kamath, P., Trivedi, J. K. et Janca, A. (2008). Caregiver burden in anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 70-73.
- Kananen, L., Surakka, I., Pirkola, S., Suvisaari, J., Lönnqvist, J., Peltonen, L., Ripatti, S. et Hovatta, L. (2010). Childhood adversities are associated with shorter telomere length at adult age both in individuals with an anxiety disorder and controls. *PLos One*, 5(5).
- Katerndahl, D. A. (2002). Factors influencing care seeking for a self-defined worst panic attack. *Psychiatric Services*, 53(4), 464-470.
- Katerndahl, D. A. (2000). Predictors of the development of phobic avoidance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(8), 618-623.
- Kenwright, M., et Marks, I. M. (2004). Computer-aided self-help for phobia/panic via internet at home: A pilot study. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 448-449.
- Kessler, R.C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R et Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hugues, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U. et Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(8)-19.
- Kjernisted, K. D. (2000). Fear: The impact and treatment of social phobia. *Journal of Psychopharmacology*, 14(2), 13-23.
- Klinger, E., Bouchard, S., Légeron, P., Roy, S., Lauer, F., Chemin, I. et Nugues, P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for social phobia: A preliminary controlled Study. *CyberPsychology & Behavior*, 8(1), 76-88.
- Lecomte, Y. (2003). Developing better practices. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 9-36.

- Leff, J. (2005). Families of people with major depression. In N. Sartorius, J. Leff, J. J. López-Ibor, M. Maj et A. Okasha (Éds), *Families and Mental Disorders, From Burden to Empowerment* (pp.55-68). England: John Wiley & Sons Ltd.
- The social costs of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166(Suppl 27), 19-22.
- Lépine, J. P. (2002). The epidemiology of anxiety disorders: Prevalence and societal costs. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(14), 4-8.
- Lesage, A., Bernèche, F. et Bordeleau, M. (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois: une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 104 p.
- Lesage, A., Rhéaume, J. et Vasiliadis, H.-M. (2009). *Utilisation de services et consommation de médicaments reliées aux problèmes de santé mentale. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 53 p.
- Lesage, A., Vasiliadis, H.M., Gagné, M.-A., Dudgeon, S., Kasman, N. et Hay, C. (2006). *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada: Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Rapport préparé pour l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale*, Mississauga (Ontario), 20 p.
- Leung, D., et De Sousa, L. (2002). A vision and mission for peer support-stakeholder perspectives. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 7, 5-14.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J. et Klein, D. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 729-736.
- Lochner, C., Mogotsi, M., du Toit, P. L., Kammer, D., Niehaus, D. J. et Stein, D. J. (2003). Quality of life in anxiety disorders: A Comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder, and panic disorder. *Psychopathology*, 36(5), 255-262.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A. et Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53(2), 159-168.
- Magliano, L., Tosini, P., Guarneri, M., Marasco et Catapano, F. (1995). Burden on the families of patients with obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *European Psychiatry*, 192-197.
- Manguno-Mire, G., Sautter, F., Lyons, J., Myers, L., Perry, D., Shermans, M., Glynn, S. et Sullivan, G. (2007). Psychological distress and burden among female partners of combat veterans with PTSD. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 144-151.

- Marcaurrelle, R., Bélanger, C. et Marchand, A. (2003). Marital relationship and the treatment of panic disorder with agoraphobia: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 123, 247-276.
- Marchand, A., Germain, V., Reinharz, D., Mainguy, N. et Landry, P. (2004). Analyse des coûts et de l'efficacité d'une psychothérapie pour le Trouble panique avec agoraphobie versus un traitement combinant la pharmacothérapie et la psychothérapie. *Santé mentale au Québec*, 29(2).
- Marchand, A., et Boivin, I. (1999). Le trouble panique. In R. Ladouceur, A. Marchand et J.-M. Boivin (Eds.), *Les troubles anxieux: approche cognitive et comportementale* (pp. 59-93). Montréal: Gaëtan morin éditeur.
- Maton, K. I. (1988). Social support, organizational characteristics, psychological well-being, and group appraisal in three self-help group populations. *American Journal of Community Psychology*, 16(1), 53-77.
- Mead, S., et Copeland, M. E. (2000). What recovery means to us: Consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 36(3), 315-328.
- Melchior, M., Moffitt, T. E., Milne, B. J., Poulton, R. et Caspi, A. (2007). Why do children from socioeconomically disadvantaged families suffer from poor health when they reach adulthood? A life-course study. *American Journal of Epidemiology*, 166, 966-974.
- Moffic, H. S. (1984). Paraprofessionals and psychiatric teams: An updated review. *Hospital & Community Psychiatry*, 35(1), 61-67.
- Mojtabai, R., Olfson, M. et Mechanic, D. (2002). Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 59(1), 77-84.
- Morrell, H. E. R., Cohen, L. M., Bacchi, D. et West, J. (2007). Predictors of smoking and smokeless tobacco use in college students: A preliminary study using Web-based survey methodology. *Journal of American College Health*, 54(2), 108-115.
- Moos, R., Schaefer, J., Andrassy, J. et Moos, B. (2001). Outpatient mental health care, self-help groups, and patients' one-year treatment outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 57(3), 273-287.
- Mowbray, C. T., Mowley, D. P. et Collins, M. E. (1998). Consumers as mental health providers: First-person accounts of benefits and limitations. *Consumers as Mental Health Providers*, 25(4), 397-411.

- Mowbray, C. T., Moxley, D. P., Trasher, S., Bybee, D., McCrohan, Harris, S. et Clover, G. (1996). Consumers as community support providers: Issues created by role innovation. *Community Mental Health Journal*, 32(1), 47-67.
- Newman, M. G., Holmes, M., Zuellig, A. R., Kachin, K. E. et Behar, E. (2006). The reliability and validity of the panic disorder self-report: A New diagnostic screening measure of panic disorder. *Psychological Assessment*, 18(1), 49-61.
- Newman, M. G., Kachin, K. E., Zuellig, A. R., Constantino, M. J. et Cashman-McGrath, L. (2003). The social phobia diagnostic Questionnaire: Preliminary validation of a new self-report diagnostic measure of social phobia. *Psychological Medicine*, 33, 623-635.
- Ohaeri, J. U. (2003). The burden of caregiving in families with a mental illness: A review of 2002. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(4), 457-465.
- Olfson, M., (2001, May). *Barriers to the effective treatment of anxiety disorders*. Lecture presented at the APA Annual Meeting, New Orleans, Louisiana.
- Olfson, M., Guardino, M., Struening, E., Schneier, F. R., Hellman, F. et Klein, D. F. (2000). Barriers to the treatment of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 521-527.
- Olfson, M., Kessler, R. C., Berglund, P. A. et Lin, E. (1998). Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1415-1422.
- Östman, M., et Hansson, L. (2004). Appraisal of caregiving, burden and psychological distress in relatives of psychiatric inpatients. *European Psychiatry*, 19, 402-407.
- Ouahahi, Y., Lesage, A., Rodrigue, J. et Fleury, M.-J. (2009). « Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens ? Regard sur la perspective des omnipraticiens selon les banques de données administratives ». *Santé mentale au Québec*, 34(1), 161-172.
- Parsonnet, L. et Weinstein, L. (1987). A volunteer program for helping families in critical care unit. *Health and Social Work*, 12(10), 21-27.
- Perreault, M., Chartier-Otis, M., Djawn White, Bélanger, C., Marchand, A., Zacchia, C. et Laverdure, A. (2009, mai). *Évaluation d'une consultation en ligne portant sur les troubles anxieux*. Atelier présenté dans le cadre du symposium sur l'accès électronique au traitement à la Conférence internationale sur l'utilisation d'Internet en santé mentale, Montréal, Canada.
- Perreault, M., Héroux, M.-C., Lauzon, P. White, N. D., Tremblay, I. et Lévesque G.-P. (2006). Intérêt de la clientèle d'un programme de méthadone quant aux services offerts par un groupe de pairs aidants. *Drogues, santé et société*, 5(1), 77-103.

- Perreault, M., Bélanger, C., Marchand, A., Séguin, C., White, N.-D., Katerelos, D. et al. (2004, septembre). *Adhésion au traitement cognitivo-comportemental pour le trouble panique avec agoraphobie: cheminement et perspective de la clientèle*. Colloque «Les meilleures pratiques en santé mentale», Montréal, Canada.
- Pescosolido, B.A. 1991. Illness careers and network ties: A conceptual model of utilization and compliance. In G. Albrecht and J. Levy (Eds.), *Advances in Medical Sociology, Volume 2* (pp. 161-184). Greenwich, Connecticut: JAI Press.
- Philippis, N. K., Hammen, C. L., Brennan, P. A., Najman, J. M. et Bor, W. (2005). Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(1), 13-24.
- Pittet, S. (2004). Les associations d'entraide font-elles de la thérapie? L'exemple d'ANXIETAS, une association suisse romande. *Santé mentale au Québec*, 1, 147-149.
- Prochaska, J. O., et DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In Miller, W. R., et Heather, N. (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp.3-27). New York: Plenum Press.
- Provencher, H. L., Perreault, M., St-Onge, M. et Rousseau, M. (2003). Predictors of psychological distress in family caregivers of persons with psychiatric disabilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 592-607.
- Ramos-Cerqueira, A. T., Torres, R., Torresan, R. C., Negreiros, A. P. et Vitorino, C. N. (2008). Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 25, 1020-1027.
- Rapee, R. M., et Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737-767.
- Reiss, S., Peterson, R., Gursky, D. et McNally, R. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1-8.
- Renshaw, K. D., Chambless, D. L., Rodebaugh, T. L. et Steketee, G. (2000). Living with severe anxiety disorders: Relatives' distress and reactions to patients behaviours. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 190-200.
- Riessman, F. (1965). The "helper" therapy principle. *Social Work*, 10(2), 27-32.
- Rivas-Vazquez, R. A., Ruiz, I., Saffa-Biller, D. et Blais, M. A. (2004). Current issues in anxiety and depression: Comorbid, mixed, and subthreshold disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(1), 74-83.

- Rohde, D., et Nehls, N. (1996). Caring for individuals with severe and persistent mental illness: The contributions and challenges of residential case aides. *Issues in Mental Health Nursing, 17*(4), 325-336.
- Rothbaum, B. O. (2006). *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment*. New York, NY: The Guilford Press.
- Rumming, C. B., Hansen, W.-P., Helbing, A., Pitschel-Walz, G. et Kissling, W. (2005). Peer-to-peer psychoeducation in schizophrenia: A new approach. *Journal of Clinical Psychiatry, 66*(12), 1580-1585.
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., de Graaf, R., Asmundson, G. J. G., ten Have, M. et Stein, M. B. (2006). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A population-based longitudinal study of adults. *Archives of general psychiatry, 62*, 1249-1257.
- Sareen, J., Stein, M. B., Campbell, D. W., Hassard, T. et Menec, V. (2005). The relation between perceived need for mental health treatment, DSM diagnosis, and quality of life: A canadian population-based survey. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*, 87-94.
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., Clara, I. et Yu, B. N. (2005). Perceived need for mental health treatment in a nationally representative canadian sample. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*, 643-651.
- Schene, A. H., Tessler, R. C. et Gamache, G. M. (1994). Instruments measuring family of caregiver burden in severe mental illness. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology, 29*, 228-240.
- Schleyer, T. K. L., et Forrest, J. L. (2000). Methods for the design and administration of Web-based surveys. *Journal of the American Medical Informatics Association, 7*, 416-425.
- Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A. et al. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry, 55*(8), 322-331.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Horning, C. D., Liebowitz, M. R. Et Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry, 49*, 282-288.
- Schubert, M. A., Borkman, T. J. (1991). An organizational typology for self-help groups. *American Journal of Community Psychology, 19*(5), 769-787.
- Skovholt, T. (1974). The client as helper: A means to promote psychological growth. *Counselling Psychologist, 13*, 58-64.

- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27 (4), 392-401.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W, Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F. V, Hahn, S. R., Brody, D. et Johnson, J. G. (1994) Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*, 272(22), 1749-1756.
- Stansfeld, S. A., Clark, C., Rodgers, B., Caldwell, T. et Power, C. (2010). Repeated exposure to socioeconomic disadvantage and health selection as life course pathways to mid-life depressive and anxiety disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Stein, M. Sherbourne, C. D., Craske, M. G., Means-Christensen, A., Bystritsky, A., Katon, W., Sullivan, G. et Roy-Byrne, P. P.(2004). Quality of care for primary care patients with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2230-2237.
- Stein, M. B., et Kein, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1606-1613.
- Steele, L., Dewa, C. et Kenneth, L. (2007). Socioeconomic status and self-reported barriers to mental health service use. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(3), 201-206.
- Stengård, E. (2003). Educational intervention for the relatives of schizophrenia patients in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 271-277.
- St-Jean-Trudel, E., Guay, S. et Marchand, A. (2009). Les relations entre le soutien social, le bien-être et la détresse psychologique chez les hommes et les femmes avec un trouble anxieux : résultats d'une enquête nationale. *Revue canadienne de santé publique*, 100(2), 148-152.
- St-Onge, M., et Tessier, L. (2003). Les personnes d'âge adulte ayant des troubles mentaux et la diversité de leurs besoins: des repères pour l'action, dans R. Émard, T. Aubry (Eds), *Le suivi communautaire en santé mentale: une invitation à bâtir une vie* (pp.1-29). Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa
- Struening, E., Pittman, J., Welkowitz, L. et Guardino, M. (1996, May). *Results of a national screening for anxiety disorders*. Paper presented at the APA Annual Meeting, New York, NY.
- Suls, J., et Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131(2), 260-300.
- Swinson, R. P., Antony, M. M., Bleau, P., Chokka, P., Craven, M., et Fallu, A. (2006). Guide de pratique clinique: Traitement des troubles anxieux. *Revue canadienne de psychiatrie*, 51(2), 1-97.



- Tan, S.-Y. (1997). The role of the psychologist in paraprofessional helping. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(4), 368-372.
- Tarrier, N., et Humphreys, A. L. (2003). PTSD and the social support of the interpersonal environment: The development of social cognitive behaviour therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 187-198.
- Telch, N. J., Schmidt, N. B., Jaimez, T. L., Jacquin, K. M. et Harrington, P. J. (1995). Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 823-830.
- Torodov, C. (2004). Le traitement pharmacologique des troubles anxieux est-il spécifique? Résumé d'une controverse. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 127-136.
- Turner, G., et Shepherd, J. (1999). A method in search of a theory: Peer education and health promotion. *Health Education Research*, 14, 235-247.
- Vasiliadis, H. M., Lesage, A., Adair, C., et Boyer, R. (2005). Service use for mental health reasons: Cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access, *Canadien Journal of Psychiatry*, 50(10), 614-619.
- Vickers, K., et McNally, R. (2004). Panic disorder and suicide attempt in the national comorbidity survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(4), 582-591.
- Vincelli, F., Anolli, L., Bouchard, S., Wiederhold, B. K., Zurloni, V. et Riva G. (2003). Experiential cognitive therapy in the treatment of panic disorders with agoraphobia: A controlled study. *CyberPsychology & Behavior*, 6(3), 321-328.
- Walen, H. R., et Lachman, M. E. (2000). Social support and strain from partner, family, and friends: Costs and benefits for men and women in adulthood. *Journal of Social & Personal Relationships*, 17(1), 5-30.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., et Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication, *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 629-640.
- Wang, P. S., Demler, O., et Kessler, R. C. (2002). Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *American Journal of Public Health*, 92(1), 92-98.
- Weisberg, Dyck, I., Culpepper, L. et Keller, M. B. (2007). Psychiatric treatment in primary care Patients with anxiety disorders: A comparison of care received from primary care providers and psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 164, 276-282.
- Welkowitz, J., Welkowitz, L. A., Struening, E. et Hellman, F. (2004). Panic and comorbid anxiety symptoms in a national anxiety screening sample: Implications for clinical interventions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(1), 69-75.



- Winefield, H. R., et Harvey, E. J. (1993). Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(3), 619-625.
- Wittmund, B., Wilms, H.-U, Mory, C. et Angermeyer, M. C. (2002). Depressive disorders in spouses of mentally ill patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 177-182.
- Yamaguchi, H., Takahashi, A., Takano, A. et Kojima, T. (2006). Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 590-597.
- Young, A., Klap, R., Shoai, R., Wells, K. B. (2008). Persistent depression and anxiety in the United States: Prevalence and quality of care. *Psychiatric Services*, 59, 1391-1398
- Young, A. S., Klap, R., Sherbourne, C. D. et Wells, K. B. (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58(1), 55-61.