

Université du Québec en Outaouais

**Les barrières au traitement perçues par les patients présentant un TAG après avoir reçu
une thérapie cognitive comportementale en face à face par rapport à la visioconférence**

Essai doctoral
Présenté au
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie
Profil psychologie clinique (D.Psy.)

Par
© Audrée ST-ONGE

Septembre 2022

Composition du jury

Les barrières au traitement perçues par les patients présentant un TAG après avoir reçu une thérapie cognitive comportementale en face à face par rapport à la visioconférence

Par

Audrée St-Onge

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Stéphane Bouchard, Ph. D., directeur de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais

Stéphanie Cormier, Ph. D., examinatrice interne et présidente du jury, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Michel Dugas, Ph. D., examinateur interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Frédéric Dionne, Ph. D., examinateur externe, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier Stéphane Bouchard, Ph. D., mon directeur de recherche, pour son soutien constant et son accompagnement inestimable depuis ma deuxième année de baccalauréat. Merci de m'avoir offert tout au long de mon parcours académique des opportunités en or qui ont significativement contribué à mon développement professionnel et personnel. Merci à Geneviève Robillard, à Marie-Christine Rivard, à Giulia Corno ainsi qu'à toute l'équipe du Laboratoire de cyberpsychologie de l'UQO ayant permis la réalisation de ce projet d'envergure. Je remercie Catherine Brisebois m'ayant assistée avec rigueur tant dans mes activités de recherche que mes activités d'enseignement. La plus grande reconnaissance à mes parents, Denis et Johanne, qui ont toujours cru en mes ambitions et qui m'ont offert toutes les conditions gagnantes afin que je puisse poursuivre des études doctorales. Merci à mon conjoint, Miguel, d'avoir été mon complice ainsi que mon ancre au courant des hauts et des bas de mon parcours académique. Merci à Emmanuelle, ma grande amie et partenaire de rédaction avec qui j'ai eu la chance de partager la réalité complexe des études au cycle supérieur. Finalement, je remercie tous mes amis, les membres de ma famille, ainsi que mes collègues de classe et de travail qui m'ont grandement aidé à tenir le coup du début à la fin de cette aventure.

Résumé

Introduction. La télépsychothérapie permet d'augmenter l'accès aux traitements validés empiriquement tout en contournant les contraintes géographiques. L'efficacité de l'utilisation des technologies de vidéoconférence (VC) comme outil de traitement a été démontrée, notamment en ce qui concerne la thérapie cognitive et comportementale (TCC) utilisée auprès d'une clientèle présentant une diversité de troubles anxieux. Des données qualitatives tirées des études antérieures ont suggéré que la perception des patient.e.s de barrières à la télépsychothérapie pouvait faire obstacle à l'accessibilité du traitement. Afin de favoriser l'implantation à grande échelle de l'utilisation de la technologie de VC dans le traitement du trouble d'anxiété généralisée (TAG), le présent projet de recherche prend la forme d'une étude exploratoire visant à documenter ainsi qu'à étudier de façon quantitative les différentes barrières au traitement pouvant être perçues par les patient.e.s. **Méthode.** L'étude dans laquelle s'inscrit ce projet d'essai doctoral est un essai randomisé multisite de grande envergure évaluant l'efficacité de la TCC pour le TAG lorsqu'offerte en face à face (FF) ou par VC. Un total de 104 participant.e.s âgé.e.s entre 18 et 65 ans, présentant un diagnostic primaire de TAG selon les critères du DSM-5 et situé.e.s dans cinq grands centres urbains ont été inclus.es dans cette étude. Les participant.e.s étaient attribué.e.s aléatoirement à l'une des deux conditions (FF = 55; VC = 49) et ont participé à 15 séances individuelles et hebdomadaires de TCC se déroulant selon un manuel de traitement standardisé et validé pour le TAG. Dans le but d'évaluer les perceptions des patient.e.s, trois échelles tirées des questionnaires validés de Lingley-Pottie et McGrath (2011) et Kazin et al. (1997) évaluant les barrières relationnelles et logistiques ont été complétées par les participant.e.s à la suite du traitement. Ces échelles abordent trois thèmes : (a) le jugement du thérapeute; (b) l'accessibilité et commodité; et (c) les facteurs de stress et obstacles au traitement. **Résultats.** Les résultats des analyses de comparaison des moyennes n'ont relevé aucune différence statistiquement significative entre les groupes tant pour les barrières relationnelles que logistiques. De plus, le niveau moyen de barrières au traitement rapporté était peu élevé chez les participant.e.s des deux conditions. Les corrélations de Spearman n'ont pas révélé d'associations significatives entre les scores aux échelles de barrières et les scores des mesures de sévérité du TAG et de l'humeur dépressive. De plus, les résultats indiquent que les barrières relationnelles et logistiques sont corrélées négativement à plusieurs composantes de la qualité de l'alliance thérapeutique. Le niveau barrières au traitement perçues par les participant.e.s n'était pas significativement corrélé avec les scores d'intolérance à l'incertitude et de motivation initiale envers le traitement. **Discussion.** Cette étude suggère que les patient.e.s présentant un TAG ne perçoivent pas significativement plus de barrières lorsqu'ils bénéficient du traitement en VC en comparaison avec le format en face à face. Certaines barrières semblent liées à l'alliance thérapeutique et peuvent mériter une attention particulière de la part des thérapeutes en début de psychothérapie. **Conclusion.** La télépsychothérapie semble être une solution très prometteuse permettant d'accéder aux services de santé mentale offerts par des professionnels qualifiés.

Mots clés : Trouble d'anxiété généralisée, thérapie cognitive comportementale, télépsychothérapie, vidéoconférence, télépsychologie, barrières au traitement.

Table des matières

Remerciements	iii
Résumé	iv
Liste des tableaux	vii
Liste des abréviations, sigles et acronymes.....	viii
Introduction	1
Le trouble d’anxiété généralisée	1
Les modalités de traitement du trouble d’anxiété généralisée	3
Modèles et traitements cognitifs comportementaux du trouble d’anxiété généralisée	5
Psychothérapie en vidéoconférence pour les troubles anxieux.....	13
Psychothérapie en vidéoconférence pour le trouble d’anxiété généralisée	15
Barrières au traitements en santé mentale	18
Barrières au traitements par vidéoconférence	21
Objectifs et hypothèses	29
Méthode.....	32
Participant.e.s	32
Procédure.....	32
Matériel	35
Manuel de traitement.....	36
Thérapeutes	36

Outils et instruments de mesures.....	37
Résultats	44
Statistiques descriptives	44
Différences des niveaux moyens de barrières perçues entre les groupes.....	48
Associations entre les niveaux des barrières au traitement perçues et les mesures d'efficacité	49
Associations entre le niveau des barrières au traitement perçues et les variables secondaires	51
Discussion	54
Retour sur les objectifs.....	54
Comparaison des barrières perçues par les patient.e.s en face à face et en vidéoconférence .	54
Liens entre la perception de barrières et l'efficacité du traitement.....	57
Associations entre la perception de barrières et variables secondaires du traitement.....	58
Implications cliniques de l'étude	62
Forces et limitations de l'étude	63
Avancées récentes dans le traitement du trouble d'anxiété généralisée.....	67
Conclusion.....	69
Références	70

Listes des tableaux

Tableau 1. <i>Administration des questionnaires selon le temps de mesure</i>	42
Tableau 2. <i>Caractéristiques de l'échantillon, globalement et selon la condition de traitement</i> ...	44
Tableau 3. <i>Statistiques descriptives des scores à l'échelle barrières au traitement jugement du thérapeute</i>	45
Tableau 4. <i>Statistiques descriptives des scores à l'échelle barrières au traitement accessibilité et commodité</i>	46
Tableau 5. <i>Statistiques descriptives de l'échelle barrières au traitement stressseurs et obstacles</i>	47
Tableau 6. <i>Statistiques descriptives pour les variables d'efficacité et les variables secondaires</i>	49
Tableau 7. <i>Corrélations de Spearman entre les barrières au traitement et les changements aux mesures d'efficacité</i>	51
Tableau 8. <i>Corrélations de Spearman entre les barrières au traitement et les variables secondaires</i>	53

Liste des abréviations, sigles et acronymes

DSM-5	Cinquième édition du Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux
FF	Face à face
PVC	Psychothérapie en vidéoconférence
TAG	Trouble d'anxiété généralisée
TCC	Thérapie cognitive et comportementale
UQO	Université du Québec en Outaouais
VC	Vidéoconférence

Introduction

Au Canada comme dans un grand nombre de pays du monde, l'accessibilité aux traitements fondés sur des données empiriques représente un défi de taille, particulièrement pour les individus vivant dans les régions rurales. Le nombre limité de psychothérapeutes ayant une expertise dans la thérapie cognitive comportementale (TCC) et la centralisation de ces professionnels dans les centres urbains limitent l'offre de services psychologiques. Pour les personnes présentant un trouble d'anxiété généralisée (TAG), l'accès à un psychothérapeute qualifié se révèle laborieux. La télépsychothérapie, une modalité thérapeutique caractérisée par l'utilisation des technologies de l'information et des communications pour offrir ou appuyer des activités cliniques en santé mentale, représente une solution prometteuse afin d'accroître l'accessibilité des services psychologiques validés empiriquement en dépit de la localisation géographique (Thomas et al., 2009). Par ailleurs, l'arrivée de la pandémie de COVID-19 a suscité des changements majeurs dans l'offre de services psychologiques (Fernández-Álvarez & Fernández-Álvarez, 2021). Se voyant dans l'incapacité de poursuivre la pratique de la psychothérapie en face à face, un grand nombre de psychothérapeutes à travers le monde se sont tournés vers la psychothérapie par vidéoconférence (PVC) afin d'offrir à leur clientèle les services psychologiques dont ils avaient besoin pendant la crise d'urgence sanitaire. Cette réalité sans précédent soulève la pertinence de développer l'offre de la psychothérapie via les technologies de communication telle que la vidéoconférence.

Le trouble d'anxiété généralisée

Critères diagnostiques

Selon la cinquième édition du Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux (DSM-5), le TAG se caractérise principalement par une anxiété avec des soucis excessifs

survenant depuis minimalement six mois et concernant plusieurs événements ou activités tels que les circonstances quotidiennes de la vie de tous les jours, les responsabilités professionnelles, les performances scolaires, les problèmes financiers, la santé des membres de la famille ou les infortunes de ses enfants (American Psychiatric Association, [APA], 2013). Afin d'être considérées comme excessives, l'anxiété et les préoccupations doivent être hors de proportion avec la probabilité réelle ou l'impact des événements anticipés (APA, 2013). Selon le DSM-5, les personnes présentant ce trouble éprouvent de la difficulté à contrôler leurs préoccupations et à empêcher les pensées inquiétantes d'interférer avec les tâches effectuées dans le moment présent. De plus, l'anxiété et les soucis doivent être associés à la présence d'au moins trois des symptômes suivants la plupart du temps pendant les six derniers mois : (a) agitation ou sensation d'être survolté.e ou à bout; (b) fatigabilité; (c) difficultés de concentration ou trous de mémoire; (d) irritabilité; (e) tension musculaire; (f) perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement, sommeil interrompu ou agité et non satisfaisant; APA, 2013). Pour satisfaire les critères diagnostiques du DSM-5, l'anxiété et les préoccupations doivent entraîner une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel, académique ou du fonctionnement dans d'autres domaines importants. La perturbation ne doit pas être imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affectation médicale ni être mieux expliquée par un autre trouble mental (APA, 2013).

Prévalence, évolution et conséquences

En 2012, une enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes estimait que 8.7% des Canadien.ne.s âgé.e.s de 15 ans et plus avaient rempli les critères diagnostiques du trouble d'anxiété généralisée au courant de leur vie (Pelletier et al., 2017). Selon les données extraites de cette enquête, avec une prévalence pour l'année mesurée de 2.47%, le TAG correspond au

deuxième trouble psychologique le plus fréquent chez les Canadien.ne.s après le trouble dépressif caractérisé (Palay et al., 2019). Selon Kessler et al. (2004), aux États-Unis, la prévalence pourrait atteindre 25% des patient.e.s dans les cliniques spécialisées. D'après les données présentées par les auteur.trice.s, le TAG correspond à un syndrome psychologique chronique et sévère dont le potentiel de rémission spontané demeure faible, et ce, tant dans le milieu clinique que dans la population générale. Le TAG est associé à des altérations significatives du fonctionnement quotidien, académique, professionnel, relationnel et social (Taillieu et al., 2018). Par ailleurs, en comparaison avec les individus ne présentant pas ce trouble, les personnes présentant un TAG s'absenteraient significativement plus au travail dans des proportions similaires aux individus présentant un trouble dépressif caractérisé (Kroenke et al., 2007; Lim et al., 2000). Les conclusions de l'analyse de données épidémiologiques par deux études américaines suggèrent que la prévalence et la sévérité du TAG ne diffèrent pas dans les milieux ruraux et urbains (Rueter et al., 2007; Simmons & Havens, 2007). En somme, le TAG correspond à un trouble psychologique entraînant des conséquences importantes tant sur le plan personnel qu'économique en plus de se trouver parmi les troubles psychologiques les plus prévalents dans la population canadienne. Les résultats des études rapportées dans cette section mettent en lumière l'importance de favoriser l'accessibilité à un traitement efficace du TAG auprès des individus présentant ce diagnostic.

Les modalités de traitement du trouble d'anxiété généralisée

Dans les dernières décennies, des traitements pharmaceutiques et psychothérapeutiques du TAG ont été développés et évalués. Carl et al. (2020) ont mené une méta-analyse comparant l'efficacité de ces deux types de traitements à partir de 79 études expérimentales contrôlées incluant 11 002 participant.e.s. Les analyses ont révélé une taille d'effet de moyenne à grande

pour les traitements par psychothérapie et une taille d'effet petite pour les traitements pharmaceutiques. Les auteur.trice.s soulèvent certains biais de publication dans les études évaluant l'efficacité de la psychothérapie pouvant expliquer une différence apparente d'efficacité entre les deux modalités (par ex., absence fréquente de groupe contrôle). Bien que ces deux types de traitement soient soutenus empiriquement, les résultats de la méta-analyse de McHugh et al. (2013) effectuée à partir de 34 études incluant 68 612 participant.e.s suggèrent que les patient.e.s présentant des symptômes anxieux et/ou dépressif préfèrent bénéficier d'une psychothérapie que d'une pharmacothérapie s'ils ont la possibilité de choisir entre les deux modalités. Améliorer l'accès à des services psychologiques fondés sur des données probantes s'avère nécessaire pour permettre l'accès au traitement de choix des patient.e.s. Cuijpers et al. (2014) ont effectué une méta-analyse à partir de 41 études cliniques incluant 2132 patient.e.s présentant un TAG et évaluant l'efficacité de différents types de traitement psychothérapeutique de ce trouble. La TCC correspondait au type de traitement ayant été évalué par le plus grand nombre d'études (examinée dans 35 études) suivi par l'entraînement à la relaxation (examiné dans cinq études). Les résultats des analyses révèlent que la TCC avait un effet important par rapport à un groupe témoin de type liste d'attente. Trop peu d'études incluses dans la méta-analyse comparaient le traitement TCC avec d'autres types de traitements (par ex., pharmacothérapie et relaxation) pour tirer des conclusions sur la modalité la plus efficace (Cuijpers et al., 2014). Toutefois, certaines données suggèrent que le traitement TCC permettrait des gains thérapeutiques supérieurs à long terme comparativement à l'entraînement à la relaxation, alors que les effets de ces deux modalités thérapeutiques semblent similaires à court terme (Dugas et al., 2010). Bien que de plus amples recherches soient requises afin de tirer des conclusions sur la comparaison de l'efficacité entre les différents types de traitement du TAG, la TCC consiste en la forme de psychothérapie la plus étudiée et engendrerait des améliorations cliniques à court et à long terme.

La thérapie cognitive et comportementale dans le traitement du trouble d'anxiété généralisée

La TCC est une forme de psychothérapie brève, pratique et orientée vers un but qui intègre des interventions thérapeutiques issues des approches cognitives et comportementales (Chaloult et al., 2008). van Dis et al. (2020) ont effectué une recension systématique et une méta-analyse incluant 69 études de traitement de divers troubles anxieux auprès d'un total de 4118 patient.e.s afin d'évaluer l'efficacité à long terme de la TCC pour ces troubles psychologiques. Selon leurs résultats, la TCC a mené à des améliorations significatives des symptômes du TAG qui se maintenaient 12 mois après la fin du traitement. Les résultats des études antérieures démontrent donc l'efficacité de la TCC dans le traitement du TAG. Newman et al. (2017) ont également mené une recension des écrits sur l'efficacité de la psychothérapie pour le TAG. Les auteur.trice.s arrivent aux mêmes conclusions que van Dis et al. (2020) et précisent que les protocoles des traitements efficaces doivent reposer sur des fondements théoriques bien établis. Les principaux modèles cognitifs comportementaux du TAG et les traitements associés seront donc abordés dans les prochaines sections.

Modèles et traitements cognitifs comportementaux du trouble d'anxiété généralisée

Survol des différents modèles cognitifs et comportementaux

Dans les dernières décennies, différents groupes de chercheur.euse.s ont élaboré et étudié des modèles cognitifs comportementaux du TAG. Parmi ceux-ci se retrouvent plusieurs modèles soutenus par des données probantes dont les cinq principaux seront décrits très brièvement dans la présente section. Ces modèles tentent d'identifier les mécanismes centraux favorisant l'apparition et le maintien du TAG afin de guider le développement de protocoles de traitement efficace.

Modèle de l'évitement cognitif. Borkovec et ses collègues ont développé le modèle de l'évitement cognitif du TAG qui conceptualise les inquiétudes excessives comme une stratégie cognitive d'évitement face aux menaces futures perçues dans le but de prévenir la survenue d'événement négatif ou de s'y préparer (Borkovec, 1994; Borkovec et al. 2004). D'ailleurs, quelques études suggèrent que les inquiétudes seraient associées à une diminution à court terme de la détresse chez les individus présentant un TAG face à des situations négatives anticipées, ce qui appuie les fondements du modèle de l'évitement cognitif (Borkovec & Roemer, 1995; Freeston et al., 1994).

Modèle métacognitif. Le modèle métacognitif de Wells (1995, 2005) stipule quant à lui que l'entretien d'inquiétudes incontrôlables comme stratégie privilégiée de gestion de l'anxiété chez les individus présentant un TAG serait motivé par des croyances métacognitives positives associées aux inquiétudes (par ex., s'inquiéter permet de prévenir les événements négatifs). Toutefois, le recours aux inquiétudes excessives peut entraîner des conséquences problématiques sur le plan de la régulation des émotions, ce qui favorise le développement de croyances métacognitives négatives envers les inquiétudes (par ex., les inquiétudes sont incontrôlables et dangereuses) et contribuerait à une augmentation de l'anxiété et des inquiétudes (Wells, 1995, 2005). Ce modèle est soutenu par les résultats d'études antérieures qui suggèrent que la tendance à s'inquiéter excessivement est associée à des croyances positives et négatives envers les inquiétudes (Cartwright-Hatton & Wells, 1997; Wells & Carter, 1999; Wells & Papageorgiou, 1999).

Modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle. Mennin et al. (2005) ont développé le modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle selon lequel les personnes ayant un diagnostic de TAG présenteraient des déficits significatifs concernant les quatre composantes de la régulation émotionnelle suivantes : intensité accrue, difficulté à identifier et

comprendre ses émotions, croyances négatives envers les émotions et gestion inadaptée des émotions. Les études ayant évalué empiriquement le modèle soutiennent la présence de déficit dans les capacités de régulation des émotions chez les personnes présentant un TAG (Mennin et al., 2005; Mennin et al., 2009; Salters-Pedneault et al., 2006). Néanmoins, les résultats d'autres recherches suggèrent que ces déficits ne seraient pas entièrement spécifiques au TAG en comparaison à d'autres troubles anxieux (Salovey et al., 2002; Turk et al., 2005).

Modèle des contrastes émotionnels. Plus récemment, Newman et Llera (2011) ont élaboré le modèle des contrastes émotionnels qui suggère que le TAG serait associé à une hypersensibilité aux fluctuations brusques des émotions négatives (c.-à-d. un passage rapide d'une émotion positive ou neutre à une émotion négative). Contrairement au modèle de l'évitement cognitif (Borkovec, 1994; Borkovec et al. 2004) indiquant que les inquiétudes permettent de diminuer l'anxiété à court terme, cette théorie suggère que les inquiétudes excessives ont plutôt pour fonction de maintenir des états émotionnels négatifs afin d'éviter les contrastes émotionnels si l'événement craint se réalise (par ex., « je me sens si mal en ce moment, je ne peux pas me sentir pire si une catastrophe arrive »). Les résultats d'une étude expérimentale visant à évaluer ce modèle suggèrent qu'entretenir des inquiétudes intensifie les émotions négatives et que les individus présentant un TAG évaluent de façon plus bénéfique le recours à cette stratégie en comparaison avec les personnes ne présentant pas ce trouble (Newman & Llera, 2011). Selon les autrices, le traitement du TAG devrait adresser les patrons d'évitement cognitif afin de réduire les inquiétudes excessives, ce qui correspond à la cible du traitement basé sur le modèle de l'évitement cognitif.

Modèle de l'intolérance à l'incertitude. Développé par Dugas et ses collègues (1998), le modèle de l'intolérance à l'incertitude accorde un rôle central dans le développement et le maintien du TAG à la difficulté à tolérer et à accepter l'incertitude. Chez les personnes présentant

ce trouble, les inquiétudes excessives seraient perçues comme une stratégie efficace de contrôler la survenue d'événements négatifs et auraient pour fonction de maintenir une illusion de certitude face à la situation crainte et ainsi, éviter cognitivement l'inconfort vécu en présence d'incertitude. Ce modèle intègre donc les notions centrales du modèle de l'évitement cognitif (Borkovec, 1994; Borkovec et al. 2004) et du modèle métacognitif (Wells, 1995, 2005) et sera décrit avec plus de détails dans la section suivante.

Les modèles cognitifs comportementaux explicatifs du TAG présentés décrivent différents mécanismes sous-jacents du TAG tels que les croyances métacognitives, l'évitement cognitif, l'intolérance à l'incertitude et les déficits de régulation émotionnelle. Les notions centrales des modèles présentées sont soutenues par des données empiriques, bien que les études antérieures demeurent parfois limitées dans l'évaluation des modèles les plus récents. Comme discuté dans cette section, ces modèles distincts se complètent sur plusieurs notions centrales expliquant les mécanismes d'apparition et de maintien du TAG. Le modèle de l'intolérance à l'incertitude (Dugas et al., 1998) a été sélectionné comme assise théorique pour ce projet qui s'inscrit dans une étude de grande envergure évaluant l'efficacité d'un protocole de traitement cognitif et comportemental du TAG. En plus d'intégrer les notions centrales des modèles de l'évitement cognitif et métacognitif, le rôle central de l'intolérance à l'incertitude dans le développement et le maintien du TAG est soutenu par les recherches antérieures qui seront présentées dans les prochaines sections.

Description du modèle de l'intolérance à l'incertitude

Le modèle de l'intolérance à l'incertitude développé par Dugas et al. (1998) explique à la fois les différents symptômes du TAG, les facteurs favorisant le développement de ce trouble ainsi que les mécanismes du maintien de la problématique. Selon ce modèle, l'intolérance à

l'incertitude occupe un rôle central dans la propension à s'inquiéter. La notion d'incertitude fait référence au caractère incertain, indéterminé et douteux d'une situation. L'intolérance à l'incertitude correspond quant à elle à la difficulté à accepter qu'il existe une probabilité, si minime soit-elle, qu'un événement négatif puisse se produire. Face à une situation incertaine, une personne intolérante à l'incertitude se questionne davantage (Si... Est-il possible que...), ce qui l'amène à entrevoir plus facilement les aspects négatifs d'une situation et à s'inquiéter que les pires scénarios surviennent (Dugas et al., 1998). Selon ce modèle, les individus présentant un haut niveau d'intolérance à l'incertitude ont tendance à surévaluer la probabilité qu'un événement négatif se produise. Afin de diminuer l'anxiété associée à leurs inquiétudes, ces individus effectuent des actes cognitifs et comportementaux afin d'augmenter leur sentiment de certitude (par ex., recherche d'information excessive, vérifications, demandes de réconfort, etc.) Bien que ces stratégies permettent parfois un soulagement à court terme de l'anxiété, la recherche de certitude ne permet pas de diminuer les inquiétudes à long terme, puisque l'incertitude est une partie inévitable de la vie (Dugas et al., 1998). Selon ce modèle, le traitement du TAG repose dans l'augmentation de la tolérance à l'incertitude, l'élément à la source des inquiétudes excessives afin de réduire les préoccupations, l'anxiété et les symptômes physiques associés au TAG.

Soutien empirique du modèle de l'intolérance à l'incertitude

Des recherches antérieures ont évalué la validité de ce modèle. Une étude longitudinale menée auprès de 338 adolescent.e.s par Dugas et al. (2012) s'est intéressée à la relation entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes du TAG. Les analyses effectuées ont révélé une relation bidirectionnelle et réciproque entre le degré d'intolérance à l'incertitude et les inquiétudes. Les études expérimentales de Ladouceur, Gosselin et al. (2000) et de Grenier et

Ladouceur (2004) ont évalué la relation causale entre l'intolérance à l'incertitude avec l'anxiété et les inquiétudes associées au TAG. Selon leurs résultats, la manipulation expérimentale de l'intolérance à l'incertitude entraîne des fluctuations correspondantes du niveau d'inquiétude. Les recherches antérieures confirment le lien décrit par le modèle entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes du TAG. Ces données suggèrent qu'un traitement ciblant l'intolérance à l'incertitude favorisera la diminution de l'anxiété et des inquiétudes associées au TAG.

Efficacité d'un protocole de traitement basé sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude

Dugas et Ladouceur (2000) ont développé un manuel de traitement cognitif et comportemental du TAG à partir du modèle de l'intolérance à l'incertitude incluant les six modules suivants : (1) psychoéducation et l'entraînement à la prise de conscience des inquiétudes, (2) réévaluation de l'utilité de s'inquiéter, (3) reconnaissance de l'incertitude et l'exposition comportementale, (4) l'entraînement à la résolution de problème, (5) l'exposition en imagination aux inquiétudes et (6) la prévention de la rechute et maintien des acquis (voir la section Manuel de traitement pour plus de détails). Les données de plusieurs études indiquent que ce protocole de traitement se révèle efficace dans le traitement du TAG. Dans une première étude pilote, Dugas et Ladouceur (2000) ont administré ce traitement à quatre adultes présentant un TAG primaire. Selon leurs résultats, trois des quatre participant.e.s ne satisfaisaient plus les critères diagnostiques du TAG à l'évaluation post-test et à l'évaluation de suivi six mois plus tard. Les données récoltées lors de l'évaluation de suivi indiquent qu'aucun.e participant.e ne remplissait les critères diagnostiques du TAG douze mois après le traitement.

Ladouceur, Dugas et al. (2000) ont évalué l'efficacité du protocole de traitement à celui d'un groupe contrôle. L'étude incluait 26 participant.e.s étant aléatoirement attribué.e.s à la condition de traitement ($n = 14$) ou à une liste d'attente et traitement différé ($n = 12$). Les

résultats montrent que le traitement entraînait une amélioration des symptômes du TAG ainsi qu'une diminution de l'intolérance à l'incertitude significativement supérieure comparativement à la liste d'attente et que les gains étaient maintenus aux suivis six et douze mois plus tard. De plus, 20 des 26 participant.e.s ne remplissaient plus les critères du TAG à la suite du traitement. Gosselin et al. (2006) se sont intéressés à l'efficacité spécifique du protocole basé sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude chez des patient.e.s diminuant progressivement la prise de benzodiazépines dans le but de cesser ce traitement pharmacologique de leur anxiété. L'échantillon incluait 61 patient.e.s adultes présentant un diagnostic primaire de TAG et prenant des benzodiazépines afin de réduire leur anxiété, et ce, au moins quatre jours par semaine depuis minimalement 12 mois. Les participant.e.s étaient attribué.e.s aléatoirement à la condition expérimentale et bénéficiaient du traitement TCC ($n = 31$) ou à la condition contrôle prenant la forme d'un traitement psychologique non spécifique fondé sur l'écoute active. Dans les deux conditions, les participant.e.s devaient diminuer graduellement leur usage de benzodiazépines. Les résultats de l'étude montrent que près de 75% des participant.e.s ayant bénéficié du traitement TCC avaient cessé complètement leur utilisation de benzodiazépines comparativement à 37% dans le groupe contrôle et que ces gains s'étaient maintenus aux suivis trois mois, six mois et douze mois après le traitement. Les données récoltées indiquent que le nombre de patient.e.s ne remplissant plus les critères du TAG à la suite du traitement était significativement supérieur dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle. Les résultats suggèrent que les composantes spécifiques du protocole basé sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude permettaient d'obtenir des gains thérapeutiques significativement plus élevés que le traitement non spécifique, tant sur le plan des symptômes du TAG que du côté de la facilitation de l'arrêt de la prise de benzodiazépines. Dugas et al. (2010) ont effectué une étude expérimentale randomisée auprès de 65 adultes présentant un diagnostic primaire de TAG afin de comparer l'efficacité du

protocole de TCC basé sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude ($n = 23$) avec un traitement de relaxation appliquée ($n = 22$) ainsi qu'avec une condition contrôle prenant la forme d'une liste d'attente ($n = 20$). Les données récoltées à la suite du traitement ainsi qu'aux suivis 6, 12 et 24 mois plus tard indiquent que le protocole de traitement TCC ainsi que la relaxation appliquée engendrait une amélioration significativement supérieure des symptômes du TAG en comparaison avec le groupe contrôle. Les analyses révèlent que le traitement TCC n'était pas supérieur à la relaxation appliquée à court terme (entre les évaluations pré-test et post-test). Toutefois, lorsque les gains à long terme étaient comparés, les résultats indiquent que le niveau d'inquiétudes continuait à diminuer dans les deux ans suivants le traitement chez les participant.e.s ayant bénéficié du traitement TCC, une amélioration qui n'a pas été observée chez les participant.e.s ayant été bénéficié de la relaxation appliquée. Les auteur.trice.s de l'étude concluent que selon leurs résultats, la TCC et la relaxation appliquée correspondent à des traitements efficaces du TAG et que la TCC se distinguerait de la relaxation, car elle conduit à une amélioration continue après la fin du traitement.

En 2012, van der Heiden et ses collègues ont mené une étude expérimentale ($n = 136$) afin de comparer l'efficacité de la thérapie basée sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude (TII) et la thérapie basée sur le modèle sur le modèle métacognitif (TMC). Les participant.e.s étaient attribué.e.s de façon aléatoire à l'un ou l'autre des traitements ou à une liste d'attente différée (condition contrôle). Ceux et celles-ci bénéficiaient de 14 séances de psychothérapie individuelle et étaient évalué.e.s avant le traitement, après la dernière séance et six mois plus tard. Selon les résultats, la TII et la TMC ont généré des améliorations significatives des symptômes du TAG (grandes tailles d'effet entre .94 et 2.39) et la grande majorité des patient.e.s ne satisfaisaient plus aux critères du TAG (80% pour la TII et 91% pour la TMC). Les données récoltées à partir des différentes mesures d'efficacité indiquent que les améliorations ainsi que les tailles d'effet étaient

de façon générale significativement plus grandes chez les participant.e.s ayant bénéficié de la TMC. Malgré la différence d'efficacité obtenue, il est important de noter que le protocole de traitement basé sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude a entraîné des améliorations cliniques notables chez la grande majorité des participant.e.s ayant bénéficié de cette thérapie. Cette étude ne remet donc pas en doute l'efficacité de la TII. De plus, la composante d'exposition comportementale ne faisait pas partie de la TII dans cette étude, ce qui peut potentiellement avoir contribué à la différence d'efficacité entre les deux approches.

En somme, les résultats des études antérieures indiquent que le protocole de traitement TCC basé sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude constitue une modalité de traitement établie pour le TAG. Le manuel est d'ailleurs utilisé par des psychothérapeutes à l'international. Les études citées dans cette section présentent plusieurs limites. Les tailles d'échantillon étaient relativement petites, et ce même dans l'étude expérimentale randomisée la plus récente. Le protocole de traitement ayant été évalué par des équipes de chercheur.euse.s incluant les auteurs l'ayant développé (Dugas & Ladouceur, 2000), un effet d'allégeance pourrait amener un biais favorable à l'endroit de l'efficacité thérapeutique du traitement. Étudier l'application de ce protocole de traitement par le biais de la télépsychothérapie pourrait permettre d'augmenter l'accessibilité à cette modalité de traitement dont l'efficacité est soutenue par les données empiriques.

Psychothérapie en vidéoconférence pour les troubles anxieux

La vidéoconférence consiste en un système de communication interactif permettant à des interlocuteurs situés à des endroits différents de se voir et de dialoguer en temps réel. Cette technologie est souvent privilégiée dans l'offre de la télépsychothérapie, puisqu'elle permet d'observer les comportements verbaux et non verbaux, ce qui la rapproche de la communication

face à face. Un bon nombre d'études ont évalué l'efficacité de la TCC par vidéoconférence dans le traitement de différents troubles anxieux, de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) et de troubles stress post-traumatique (TSPT).

Plusieurs équipes de chercheur.euse.s ont réalisé des recensions systématiques des écrits afin d'évaluer l'efficacité de l'utilisation de la vidéoconférence dans le traitement des troubles psychologiques, dont les troubles anxieux (Berryhill et al., 2018; Rees & Maclaine, 2015; Thomas et al., 2021). Pour ce faire, les chercheur.euse.s ont analysé des études publiées depuis le début des années 2000 dans lesquelles étaient évalués des traitements par vidéoconférence de divers diagnostics de santé mentale (troubles anxieux, TSPT, TOC, troubles de l'humeur et troubles du comportement alimentaire). Les auteur.trice.s des trois recensions rapportent que la TCC consiste en l'approche la plus utilisée dans la grande majorité des protocoles de traitement des études sélectionnées. Selon les données rapportées dans les trois recensions, la littérature actuelle offre des résultats constants concernant l'efficacité thérapeutique de la prestation de la PVC, et ce, pour une variété de diagnostics. De façon globale, la satisfaction des patient.e.s envers la psychothérapie et la qualité de l'alliance thérapeutique rapportées demeurent aussi élevées tant dans le format vidéoconférence qu'en face à face (Thomas et al., 2021). La majorité des résultats des études évaluant le traitement des troubles anxieux par PVC indiquaient que cette modalité de traitement menait à une amélioration significative des symptômes anxieux (Berryhill et al., 2018). Néanmoins, les chercheur.euse.s soulèvent plusieurs limitations méthodologiques à la généralisation des résultats. Près de la moitié des études étaient dépourvues d'un groupe contrôle permettant de comparer la PVC et la psychothérapie en face à face. Malgré les limites méthodologiques, les auteur.trice.s concluent que, dans l'ensemble, les résultats des recherches analysées se révèlent prometteurs quant aux données probantes soutenant l'implantation de la TCC par vidéoconférence dans le traitement des troubles anxieux.

Batastini et al. (2021) ont effectué la première méta-analyse comparant de façon globale l'efficacité thérapeutique et la fiabilité des études s'intéressant à la PVC. Cinquante études des deux dernières décennies ont été sélectionnées afin de déterminer si la PVC se révèle aussi efficace que la psychothérapie offerte en face à face. Les analyses finales ont été réalisées à partir des données provenant de 4336 patient.e.s adultes présentant un diagnostic en santé mentale incluant des troubles apparentés à un traumatisme, troubles anxieux et trouble de l'humeur. Un protocole expérimental randomisé était utilisé dans 32 études. Dans l'ensemble, les résultats des analyses soutiennent l'hypothèse générale selon laquelle les interventions offertes en vidéoconférence produisent des résultats thérapeutiques similaires aux interventions en personne sur le plan de la réduction des symptômes des troubles de santé mentale. Selon Batastini et al. (2021), aucune différence significative n'a été obtenue entre les résultats provenant des interventions administrées par vidéoconférence de celles administrées en personne. Bien que les auteur.trice.s reconnaissent que davantage d'études utilisant des devis de recherche rigoureux doivent être réalisées, les données scientifiques disponibles suggèrent que les interventions en santé mentale incluant la psychothérapie sont aussi efficaces en vidéoconférence qu'en personne.

Malgré ces résultats prometteurs, aucune recension des écrits ni méta-analyse ne traite du soutien empirique distincte à chacun des troubles anxieux sur lesquels portaient les études. Parmi les études recensées par les équipes de chercheur.euse.s, très peu se sont intéressées spécifiquement au traitement du TAG en vidéoconférence. La section suivante se penchera sur l'efficacité de la psychothérapie par vidéoconférence dans le traitement de cette problématique.

Psychothérapie en vidéoconférence pour le trouble d'anxiété généralisée

Un petit nombre de recherches antérieures ont évalué l'efficacité de la PVC dans le cadre du traitement du TAG. Bien que les résultats prometteurs des études précédentes portant sur le

traitement des troubles anxieux et des autres problématiques de santé mentale se révèlent encourageants, la généralisation des gains thérapeutiques aux personnes présentant un TAG s'avère limitée. Comme les caractéristiques propres à chaque trouble pourraient affecter l'efficacité de la TCC administrée par vidéoconférence, il importe d'évaluer cette modalité d'intervention dans le traitement du TAG spécifiquement.

Griffiths et al. (2006) ont réalisé une étude sans condition témoin auprès de 15 participant.e.s présentant un trouble anxieux ou dépressif, dont trois participant.e.s présentant un diagnostic primaire de TAG. Afin d'évaluer l'efficacité de la PVC, les participant.e.s ont bénéficié de six à huit rencontres de TCC dispensées par vidéoconférence. Les résultats ont révélé des améliorations significatives des symptômes dépressifs et anxieux. Néanmoins, en raison de l'absence de groupe contrôle et de mesures spécifiques évaluant les améliorations des symptômes du TAG, il n'est pas possible de conclure à partir des résultats de cette étude que la TCC par vidéoconférence est aussi efficace que la psychothérapie en face à face pour le traitement de ce trouble psychologique.

Une étude de cas pilote a été menée auprès de deux participant.e.s présentant un diagnostic de TAG afin d'évaluer la faisabilité d'un projet de plus grande envergure s'intéressant à l'efficacité de la TCC par vidéoconférence ainsi que la qualité de l'alliance thérapeutique dans le traitement de ce trouble psychologique (Bouchard, 2001). Selon les données récoltées, des améliorations cliniques significatives ont été observées sur les plans de l'anxiété généralisée et des symptômes dépressifs. De plus, les résultats indiquent la présence d'une excellente alliance thérapeutique entre les participant.e.s et les psychothérapeutes.

Théberge-Lapointe et al. (2015) ont mené une étude de cas expérimentale à niveau de base multiple auprès de cinq patient.e.s qui présentaient un diagnostic primaire de TAG. Les participant.e.s ont pris part à une PVC d'une durée variant entre 12 et 14 séances. Le protocole de

traitement incluait les six modules du manuel basé sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude (Dugas & Ladouceur, 2000). Selon les résultats de l'étude, la globalité des participant.e.s ont rapporté une amélioration significative sur le plan des symptômes du TAG et certains d'entre eux et elles ne satisfaisaient plus les critères diagnostiques de ce trouble à la suite du traitement. Ces améliorations se sont maintenues aux évaluations de suivi s'étant déroulées trois et six mois après la fin du traitement. Les données de Bouchard (2001) et de Théberge-Lapointe et al. (2015) se révèlent encourageantes quant à l'efficacité de la PVC dans le traitement du TAG. Cependant, la petite taille des échantillons et l'absence d'un groupe contrôle limitent la généralisation des résultats à l'ensemble des personnes présentant un TAG ainsi que les comparaisons entre l'efficacité du traitement par vidéoconférence à la TCC en face à face.

Watts et al. (2020) ont rapporté les résultats d'une étude multisite incluant 104 participant.e.s adultes présentant un TAG ayant été attribué.e.s de façon aléatoire à l'une des conditions suivantes : thérapie en face à face ($n = 55$) ou thérapie en vidéoconférence ($n = 49$). Les participant.e.s ont bénéficié de 15 séances de thérapie hebdomadaire dont le contenu était issu du protocole de traitement basé sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude (Dugas & Ladouceur, 2000). L'objectif de cette étude consistait à comparer l'évolution de la qualité de l'alliance thérapeutique selon le point de vue des psychothérapeutes et des participant.e.s des deux conditions. L'alliance thérapeutique jouant un rôle important dans l'efficacité clinique d'un traitement psychologique, il s'avérait pertinent de s'intéresser à cette variable (Ahn & Wampold, 2001). Selon les résultats de l'étude, les participant.e.s ayant bénéficié d'une PVC ont rapporté une alliance thérapeutique plus forte que ceux ayant bénéficié de la psychothérapie en face à face. Aucune différence significative de la qualité de l'alliance thérapeutique n'a été observée par les thérapeutes des deux conditions. Les résultats suggèrent que l'utilisation de la vidéoconférence lors de la pratique de la psychothérapie n'interfère pas avec le développement de l'alliance

thérapeutique chez les personnes adultes présentant un TAG. Par ailleurs, les données de cette recherche comparant l'efficacité du traitement dans les deux conditions ont été rapportées par Bouchard et al. (2017). Selon leurs analyses, les deux modalités de traitement ont permis une réduction significative de la tendance à s'inquiéter, de l'intolérance à l'incertitude ainsi que des symptômes de TAG. Aucune différence statistiquement significative d'efficacité entre la condition face à face et VC n'a été obtenue. Les gains thérapeutiques étaient maintenus à l'évaluation de suivi se déroulant 12 mois à la suite du traitement. La présence d'une condition témoin et la taille de l'échantillon s'élevant à plus d'une centaine de participant.e.s contribuent à la validité et à la généralisation des résultats des études aux adultes présentant un TAG. En somme, les recherches antérieures représentent des données probantes soutenant que le recours à la PVC dans le traitement du TAG se révèle aussi efficace que la psychothérapie en face à face. Afin de favoriser l'implantation optimale de la PVC du TAG, il importe de s'intéresser aux barrières au traitement dans le but d'atteindre l'objectif de l'utilisation de la VC, soit d'accroître l'accès au traitement.

Barrières au traitement en santé mentale

Depuis les dernières décennies, l'intérêt et le nombre d'études effectuées afin de développer et d'évaluer des traitements psychologiques pour des difficultés touchant la santé mentale, notamment le trouble d'anxiété généralisée, ne cessent d'augmenter. D'ailleurs, le besoin en matière de services efficaces en matière de santé mentale se reflète dans les données d'un sondage récent mené à l'automne 2020 par Statistique Canada. Selon cette enquête, près d'un.e Canadien.ne sur cinq (18.1%) âgé.e de 12 ans et plus a déclaré avoir vécu des difficultés concernant sa santé mentale et avoir eu besoin d'aide au courant de l'année précédente (Statistique Canada, 2021). Néanmoins, près de la moitié de ces individus (45%) estimaient que

leurs besoins n'avaient pas été satisfaits en raison de l'absence de soins reçus (22.5%) ou la présence de soins reçus insuffisants (22.5%). Ces résultats suggèrent que malgré l'existence de traitements efficaces pour diverses problématiques de santé mentale, un nombre encore important de personnes considérant avoir besoin d'aide ne bénéficient malheureusement pas des services nécessaires. Selon les données de l'enquête, cet écart peut être attribuable à plusieurs barrières au traitement rapportées par les répondant.e.s telles que les circonstances personnelles (par ex., l'emploi du temps), la crainte du jugement des autres, les caractéristiques du système de soin de santé (par ex., problèmes linguistiques et le manque de disponibilité des services; Statistique Canada, 2021). Le développement des traitements efficaces concernant différents enjeux de santé mentale est essentiel, mais ne semble pas suffisant pour en accroître l'accès. Les données de Statistique Canada mettent en lumière l'importance d'adresser les barrières au traitement afin d'offrir des services en santé mentale efficaces à une plus grande proportion de la population.

Barrières au traitement et trouble d'anxiété généralisée

Selon un sondage mené auprès de plus de 9000 Américains, près de 75% des répondant.e.s présentant un TAG n'ont pas bénéficié de services en santé mentale entre 2001 et 2003 (Wang, 2005). Selon les données, le taux d'utilisation des services étaient plus bas que chez les individus présentant un trouble de l'humeur. L'étude des barrières au traitement chez cette population apparaît donc essentielle afin d'augmenter l'accessibilité aux traitements efficaces existants. Goetter et ses collègues (2020) ont mené une étude auprès de 105 individus présentant un diagnostic primaire de TAG n'étant pas à la recherche de services en santé mentale afin d'étudier les barrières perçues au traitement par l'administration de questionnaires autorapportés. Les types barrières les plus rapportés correspondaient à des barrières associées au stigma (par ex., « je me sens embarrassé au sujet de mes problèmes », à des barrières logistiques (par ex., « je ne

sais pas comment avoir accès à un traitement » et « difficulté à trouver du temps dans mon horaire », » et à des barrières financières (par ex., « je me préoccupe du coût du traitement »). Les résultats indiquent qu'une sévérité accrue des symptômes était associée à davantage de barrières perçues. Selon les auteur.trice.s, ces données mettent en lumière le besoin de développer des modalités de traitement permettant d'en augmenter la commodité et proposent l'implantation de services en télésanté tels que la PVC afin de diminuer les barrières au traitement du TAG. Il importe donc d'étudier les barrières au traitement en télésanté afin d'évaluer s'il s'agit d'une modalité de traitement permettant de surpasser les obstacles au traitement du TAG.

Implantation de la télésanté afin d'augmenter l'accès aux services en santé mentale

Selon la revue des écrits de Moroz et al. (2020) portant sur les barrières au traitement en santé mentale au Canada, augmenter l'accès à la psychothérapie s'avère nécessaire pour contrer les barrières au traitement en santé mentale. Les auteur.trice.s indiquent que l'implantation de la télésanté à travers le pays consisterait en une solution permettant d'étendre l'accès aux services en santé mentale et de répondre à la demande grandissante, notamment dans les milieux ruraux et les régions éloignées. Par ailleurs, dans le but d'accroître l'accès aux soins en santé mentale, la province de Terre-Neuve et Labrador a mis en place « *Stepped Care 2.0* », un programme pilote intégrant la télésanté à différents paliers de services provinciaux en santé mentale. Les résultats préliminaires à la suite des deux premières années d'implémentations suggèrent que le programme permet de surpasser certaines barrières en diminuant les délais d'attente et facilitant le recours des individus aux services en santé mentale (Mental Health Commission of Canada, 2019). Ces données sont encourageantes, mais de plus amples recherches sont nécessaires afin d'étudier la pertinence d'utiliser la télésanté, telle que l'utilisation de la vidéoconférence, comme façon de contourner les barrières au traitement en santé mentale. Plus précisément, il importe

d'étudier plus systématiquement les barrières au traitement du TAG associées à l'utilisation de la vidéoconférence dans l'offre de la psychothérapie afin de favoriser une implantation efficace de programme de télésanté.

Barrières au traitement par vidéoconférence

L'objectif visé par l'utilisation de la PVC consiste à offrir plus d'accessibilité à la TCC du TAG en contournant les barrières à l'accès aux traitements de la psychothérapie en face à face, telles que les limitations géographiques par exemple. La thématique des barrières à l'accès aux traitements psychothérapeutiques s'avère toutefois assez nouvelle, tout particulièrement pour les traitements en télésanté. Hormis la présomption que les patient.e.s qui résident en dehors des grands centres urbains ont difficilement accès aux traitements validés empiriquement en raison de contraintes géographiques, les données pouvant guider l'implantation de la PVC demeurent limitées. D'ailleurs, il importe de se questionner sur les barrières au traitement par vidéoconférence qui pourraient susciter des réticences chez les psychothérapeutes et les patient.e.s de recourir à la PVC malgré l'efficacité de son utilisation dans le traitement du TAG. On réfère ici aux facteurs comme les barrières géographiques, mais aussi temporelles, interpersonnelles, financières et logistiques (Thomas et al., 2021). Dans les sections suivantes, le point de vue des thérapeutes sera brièvement discuté. Puis, la perspective des patient.e.s sera abordée plus en détail comme il s'agit de la variable qui fait l'objet du présent projet de recherche. Les barrières à l'accès au traitement seront abordées sans se limiter au TAG, compte tenu de l'absence d'étude sur le sujet auprès de personnes présentant ce trouble psychologique.

Perspective des thérapeutes

Connolly et al. (2020) ont mené une recension systématique des écrits dans laquelle ils ont analysé des études publiées entre 2000 et 2019 ayant évalué les attitudes et les expériences des

prestataires de services en santé mentale. Selon les données rapportées, la plupart des études documentaient une attitude globalement positive envers l'utilisation de la vidéoconférence chez les professionnels en santé mentale. Les participant.e.s des études considéraient l'utilisation de la vidéoconférence comme une façon d'accroître l'accès au soin et l'efficacité des services tout en économisant du temps et de l'argent (Connolly et al., 2020). De plus, selon les données rapportées, le recours à cette technologie était jugé simple d'utilisation, accepté par la clientèle, soutenu par la direction organisationnelle et facilité par une formation adéquate et l'accès à du soutien technique. Néanmoins, certaines préoccupations ont été évoquées au travers des études recensées par Connolly et al. (2020): difficultés techniques, augmentation de la fréquence des imprévus et de la charge de travail, le caractère impersonnel de la vidéoconférence, l'interférence avec l'alliance thérapeutique, réduction de la détection des indices non verbaux, problème de sûreté et de confidentialité ainsi que la crainte que la vidéoconférence ne soit pas acceptée par les patient.e.s et qu'elle ne soit pas appropriée pour toutes les problématiques. La majorité des thérapeutes préféraient offrir leurs services en face à face plutôt que par vidéoconférence (Connolly et al., 2020). Selon les auteur.trice.s, les données actuelles suggèrent que les prestataires ayant de l'expérience avec l'utilisation de la vidéoconférence entretenaient des attitudes plus positives et étaient « agréablement surpris » par la facilité d'utilisation de cette technologie. En somme, les chercheur.euse.s concluent que les prestataires de service perçoivent davantage de bénéfices que de désavantages à l'utilisation de la vidéoconférence dans l'offre de services en santé mentale.

Perspective des patient.e.s

Le développement rapide des technologies de communication a permis d'accroître l'accessibilité à des traitements efficaces en santé mentale par la télépsychothérapie. Malgré les

avantages que permet la PVC, il est possible que les patient.e.s présentent certaines réticences envers cette modalité de traitement, ce qui limiterait grandement l'implantation optimale de services de télépsychothérapie. Bleyel et al. (2020) ont mené une étude qualitative afin d'identifier les barrières et les bénéfices perçus à l'implantation de services de santé mentale offerts par vidéoconférence selon la perspective des patient.e.s. Pour ce faire, des entrevues ont été effectuées auprès de 13 patient.e.s d'une clinique psychiatrique externe traitant les troubles somatiques. Les analyses de contenu ont révélé que les participant.e.s percevaient que l'offre de services par vidéoconférence permettrait une plus grande accessibilité aux soins (temps d'attente réduit, facilité d'accès à un spécialiste, distance à parcourir moins élevée). Plus du tiers des patient.e.s interviewé.e.s ont indiqué que l'offre de services par vidéoconférence leur permettrait de bénéficier des services dans un lieu qui leur était déjà familier, plutôt que d'avoir à se déplacer à un autre centre de services. Selon les résultats de l'étude, les principales barrières au traitement perçues par la grande majorité des participant.e.s consistaient au manque d'interaction en face à face et aux difficultés techniques pouvant subvenir pendant les séances en vidéoconférence. L'utilisation d'un devis qualitatif ainsi que la petite taille de l'échantillon limitent la généralisation des résultats de cette étude. Il est à noter que les participant.e.s de l'étude n'avaient pas bénéficié de séances de traitement par vidéoconférence avant de prendre part aux entrevues. Il s'avère pertinent d'évaluer les barrières au traitement perçues par les patient.e.s ayant bénéficié de psychothérapie offerte par vidéoconférence afin d'obtenir des données basées sur l'expérience réelle plutôt que sur des impressions et des appréhensions.

Dans une recension des écrits, Thomas et al. (2021) se sont également intéressés aux barrières et aux facilitateurs perçus par les patient.e.s à l'égard de l'offre de services en santé mentale par vidéoconférence. Contrairement à l'étude de Bleyel et al. (2020), plusieurs des données recensées par Thomas et al. (2021) proviennent de participant.e.s ayant bénéficié de

PVC. Selon les études décrites dans leur recension, la majorité des participant.e.s ont fait part de leur préférence pour la psychothérapie offerte en personne plutôt qu'en vidéoconférence. Une période initiale d'inconfort et d'adaptation a été rapportée dans certaines études. Plusieurs problèmes techniques ont été rencontrés (difficulté à établir la connexion, la déconnexion, la faible qualité audio et visuelle, problème de bande passante, instabilité de la connexion, décalage, image gelée). Les auteur.trice.s précisent que les difficultés technologiques n'ont pas altéré de façon significative le cours du traitement chez les participant.e.s. Avec le temps, ces dernier.ière.s devenaient plus à l'aise avec la technologie, les interactions avec le thérapeute étaient jugées plus naturelles et le scepticisme et les préoccupations envers la VC diminuaient (Thomas et al., 2021). Plusieurs bénéfices ont été évoqués dans les études rapportées. Selon les auteur.trice.s, sans l'utilisation de la vidéoconférence, plusieurs participant.e.s n'auraient pu bénéficier de psychothérapie en raison de leur éloignement géographique des points de service. De plus, le recours à la vidéoconférence permettait de réduire les coûts de déplacement et de plus facilement combiner le suivi thérapeutique à un horaire de vie chargé (Thomas et al., 2021). Les données rapportées ne permettaient pas de distinguer les barrières au traitement perçues par les patient.e.s en fonction des différents diagnostics, dont les troubles d'anxiété. De plus, les conclusions des auteur.trice.s étaient fondées sur une synthèse des données présentées dans plusieurs articles n'évaluant pas de façon quantitative à l'aide d'instruments de mesure standardisés les barrières au traitement perçues par les patient.e.s.

Les résultats des études décrites dans cette section suggèrent que, malgré la perception initiale de certaines barrières au traitement par les thérapeutes et les patient.e.s, les inquiétudes tendent à diminuer rapidement lorsque ces dernier.ière.s deviennent plus confortables avec l'utilisation de la vidéoconférence. Ces données sont encourageantes, puisqu'elles suggèrent que les patient.e.s et les thérapeutes ayant utilisé la vidéoconférence dans un contexte thérapeutique

perçoivent des bénéfices surpassant les inconvénients liés à l'utilisation de cette technologie. Toutefois, dans la recension de Bleyel et al. (2020), les barrières au traitement décrites proviennent des informations portant sur l'acceptabilité de la vidéoconférence tirées des articles ayant sondé l'opinion des participant.e.s avant de participer à une PVC. Dans ces deux articles décrits dans cette section, les barrières au traitement n'ont pas été systématiquement documentées à l'aide d'outils développés spécifiquement pour évaluer ces variables. En effet, bon nombre d'articles portant sur la PVC mesurent particulièrement des facteurs liés à la psychothérapie elle-même (p.ex., la relation avec le thérapeute, la peur d'être jugé par le thérapeute, etc.) et peu les facteurs extérieurs au traitement pouvant avoir un effet sur celui-ci (par ex., l'horaire occupationnel). Finalement, il importe d'évaluer les barrières au traitement perçues spécifiquement par les personnes présentant un diagnostic de TAG, car cette population n'a pas encore été étudiée et pourrait être plus susceptible de s'inquiéter de certains aspects de la PVC compte tenu de la nature de ce trouble d'anxiété. L'utilisation de la vidéoconférence peut s'avérer imprévisible et incertaine en ce qui a trait aux problèmes techniques potentiels, notamment chez les personnes l'ayant peu utilisée. L'intolérance à l'incertitude constituant un enjeu majeur chez les personnes présentant un TAG, il est primordial d'évaluer si des barrières au traitement par vidéoconférence sont perçues par cette clientèle.

Étude et évaluation des barrières au traitement

Les recherches qui documentent bien les barrières à l'accès au traitement en psychothérapie sont encore peu nombreuses (Tambling et al., 2021). Les barrières à l'accès aux traitements psychothérapeutiques semblent néanmoins multiples, incluant les enjeux liés aux dimensions culturelles, à la perception de la psychothérapie en général, aux coûts, au statut socio-économique et à la façon de voir la santé et la maladie mentale. En milieu rural, les enjeux d'accès aux

traitements en raison de la distance géographique ont été documentés (Jensen et al., 2020), mais les autres informations spécifiques à la télépsychothérapie sont limitées.

Le développement d'instruments de mesure visant à évaluer les barrières au traitement correspond à une avancée importante concernant l'évaluation des obstacles à l'accès à la psychothérapie. Kazdin et al. (1997) ont développé le *Barriers to Treatment Participation Scale* (BTPS) correspondant au premier instrument de mesure évaluant les barrières au traitement de psychothérapie. Ce questionnaire autorapporté comprend 44 items cotés sur une échelle de Likert de 1 à 5 (1 = *jamais un problème*, 5 = *très souvent un problème*). Un score élevé au questionnaire représente un niveau élevé de barrières au traitement perçues (score minimum = 44, score maximum = 220). Le questionnaire vise à évaluer quatre types de barrières au traitement dans le contexte de TCC avec des enfants et familles : stressors et obstacles en concurrence avec le traitement, les exigences du traitement, la pertinence perçue du traitement et la relation avec le thérapeute. Le travail de Kazdin, pionnier en la matière, a mis en lumière la pertinence d'évaluer les barrières au traitement psychologique. Selon ses recherches dans l'offre de thérapie en face à face auprès des enfants et des familles, les barrières au traitement étaient associées négativement aux mesures d'efficacité du traitement (Kazdin et al., 2018) et permettaient de prédire de façon significative les abandons thérapeutiques (Kazdin et al., 2006). Dans les deux études, les scores globaux du BTPS se situaient en dessous de la moyenne de l'étendue des scores possibles (entre 60.57 et 72.83). De plus, Kazdin et al. (2018) ont évalué si les barrières perçues au traitement renforcent l'effet prédictif de la qualité de l'alliance thérapeutique sur les changements thérapeutiques. Selon leurs résultats, l'alliance thérapeutique et les barrières au traitement perçus étaient associées aux gains thérapeutiques. Selon les analyses, la perception de barrières au traitement étaient corrélées modérément à l'alliance thérapeutique, ce qui suggère que ces deux variables sont distinctes et contribuent séparément à l'efficacité du traitement.

Un peu plus récemment, Lingley-Pottie et McGrath (2011) ont développé et validé le *Treatment Barrier Index Scale* (TBIS), un questionnaire évaluant les obstacles et les barrières au traitement perçus par les patient.e.s en comparant la thérapie face à face et la télépsychothérapie. Le questionnaire comprend 50 items évaluant cinq sous-échelles correspondant à cinq thèmes, soit le sentiment de confort et de sécurité envers la psychothérapie, la protection de la vie privée et de l'anonymat, la peur d'être stigmatisé.e, l'impression d'être jugé.e par le ou la psychothérapeute, et l'accessibilité aux services psychothérapeutiques. Les items sont cotés sur une échelle de Likert de 5 points (1 = fortement en désaccord à 5 = fortement en accord). Les scores des items mesurant une barrière au traitement (par ex., *My therapist annoyed me during my sessions*) étaient inversés afin qu'un score total élevé corresponde à un faible niveau de barrières au traitement perçues (score minimal = 50, score maximal = 250). À l'aide du TBIS, Lingley-Pottie et al. (2013) ont évalué les barrières au traitement d'un programme de coaching parental par téléphone auprès de 60 parents dont un enfant présentait des problèmes comportementaux. Afin d'être admissibles, les participant.e.s devaient avoir bénéficié de services en face à face au préalable. Les barrières au traitement des deux modalités ont été évaluées et comparées à l'aide du TBIS. Selon les résultats de l'étude, les scores globaux au TBIS se situaient au-dessus du score moyen possible dans les deux conditions, ce qui suggèrent que le niveau global de barrières étaient relativement peu élevés pour les deux modalités. De plus, selon les analyses, les participant.e.s percevaient significativement plus de barrières concernant le traitement face à face que le traitement par téléphone. Une corrélation élevée a été rapportée entre la qualité de l'alliance thérapeutique et une faible quantité d'obstacles perçus au traitement. Les auteur.trice.s émettent l'hypothèse qu'il est potentiellement plus confortable et moins stressant de parler à un professionnel au téléphone de son domicile plutôt que face à face à son bureau. Certaines limites méthodologiques de cette étude ont toutefois été identifiées. D'abord, la nature

des interventions face à face auxquels avaient pris part les participant.e.s avant le début de l'étude pouvait différer et n'était pas contrôlée. Un effet d'ordre dans l'administration du questionnaire (par ex., face à face versus intervention téléphonique) a eu un impact sur les scores de l'outil selon les auteur.trice.s. Néanmoins, cette étude exploratoire correspond à la première recherche utilisant un instrument de mesure validé afin d'évaluer les barrières au traitement dans un contexte de télépsychothérapie, par téléphone dans ce cas-ci. Selon Lingley-Pottie et al. (2013), l'utilisation du TBIS permet d'obtenir des données probantes qui pourront éclairer les systèmes de prestation de soins de santé. De cette façon, les services psychologiques pourront être adaptés aux besoins des patient.e.s sans leur poser d'obstacles personnels importants.

Aucune étude n'a utilisé d'instruments de mesure standardisés tels que les questionnaires développés par Kazdin et al. (1997) et de Lingley-Pottie et McGrath (2011) afin d'évaluer de façon détaillée les barrières au traitement pour la PVC. Les barrières au traitement peuvent affecter la décision de bénéficier de services psychologiques en face à face comme en vidéoconférence. Il importe donc d'étudier ces variables dans le développement de traitement psychologique par vidéoconférence.

En somme, les données des recherches antérieures concernant les barrières au traitement dans le contexte de la PVC sont limitées. Les résultats rapportés dans l'étude qualitative de Bleyel et al. (2020) et dans la recension des écrits de Thomas et al. (2021) offrent des pistes intéressantes au sujet des obstacles perçus par les patient.e.s concernant la PVC. Néanmoins, ces équipes de chercheur.euse.s n'ont pas utilisé d'instruments de mesure validés afin d'évaluer de façon quantitative et standardisée les barrières au traitement. L'utilisation de questionnaires autorapportés tels que ceux développés par Kazdin et al. (1997) et Lingley-Pottie et McGrath (2011) permet de cibler et de comparer de façon plus précise les types de barrières au traitement les plus importantes pour les patient.e.s bénéficiant de la PVC en comparaison avec ceux

bénéficiant de la thérapie en face à face. Certaines échelles des deux questionnaires présentés se révèlent particulièrement intéressantes, puisqu'elles permettent d'évaluer des facteurs qui n'ont pas été explorés dans les recherches antérieures, soit la perception du jugement du thérapeute, la perception que le traitement est facilement accessible, et les événements stressants qui interfèrent avec l'accès au traitement. Par ailleurs, peu de recherches ont été effectuées afin d'étudier si certains facteurs propres aux patient.e.s ou au traitement influençaient la quantité de barrière perçues à la psychothérapie. Par exemple, la motivation envers le traitement se définit comme l'ensemble des facteurs individuels (par ex., souhaiter améliorer son état) et contextuels (par ex. souhaiter faire plaisir aux autres) qui amène une personne à s'engager dans une psychothérapie (Deci & Ryan, 2008). Une faible motivation envers le traitement est d'ailleurs un des motifs d'abandons thérapeutiques le plus souvent rapportés (Ryan, Plant & O'Malley, 1995). Selon l'étude de Nickel et al. (2005), le niveau de motivation initiale des patient.e.s présentant un TAG serait associé à de plus grands gains thérapeutiques. Il serait donc intéressant d'évaluer si le niveau de barrières perçues envers le traitement varie selon le niveau de motivation envers le traitement des patient.e.s.

Objectifs et hypothèses

Ce projet a pour objectif principal de documenter dans une étude exploratoire les barrières au traitement TCC en vidéoconférence perçues par les patient.e.s présentant un TAG. Pour ce faire, trois types de barrières ont été étudiées, soit les barrières associées à la perception du jugement du thérapeute, les barrières associées à l'accessibilité des services et la commodité ainsi que les barrières associées au stress et obstacles au traitement. Ce projet d'essai doctoral s'inscrit dans le cadre d'un essai randomisé multisite évaluant l'efficacité de la TCC pour le TAG lorsqu'offerte en face à face (FF) ou par vidéoconférence (VC) dont les résultats sur l'alliance

thérapeutique ont été présentés dans Watts et al. (2020) et les résultats sur l'efficacité thérapeutique sont rapportés par Bouchard et al. (sous presse).

Le premier objectif spécifique se penche sur la perception par les participant.e.s des barrières au traitement lors de la PVC en comparaison aux barrières perçues lors de la thérapie traditionnelle en face à face, et ce, pour les trois types de barrières étudiées. Pour ce faire, les différences entre la perception des patient.e.s ayant bénéficié d'un traitement en vidéoconférence (VC) de la perception des patient.e.s ayant pris part à une psychothérapie en face à face (FF) ont été analysées.

Le deuxième objectif spécifique vise à explorer les liens entre les trois types de barrières au traitement perçues par les patient.e.s et l'efficacité de la psychothérapie. Afin d'étudier ces variables, des corrélations ont été effectuées entre les mesures de barrières au traitement et les mesures d'efficacité évaluant les symptômes anxieux associés au TAG et les symptômes dépressifs avant et après le traitement

Le troisième objectif spécifique consistait à étudier les liens entre les barrières au traitement perçues par les participant.e.s et des variables secondaires importantes jouant un rôle dans le traitement du TAG. Pour ce faire, des corrélations ont été réalisées entre le niveau de barrières au traitement perçues et le niveau d'intolérance à l'incertitude, une variable centrale dans les mécanismes du TAG selon le modèle de Dugas et al. (1998). Des corrélations entre le niveau de barrières au traitement perçues par les participant.e.s et la qualité de l'alliance thérapeutique globale tout au long du traitement ont également été effectuées. Cette variable est intéressante à explorer, puisque les résultats de l'étude de Watts et al. (2020) avaient révélé que la qualité de l'alliance thérapeutique rapportée par les participant.e.s était supérieure chez ceux et celles ayant bénéficié de la thérapie en VC comparativement à ceux et celles ayant reçu le traitement en FF.

Enfin, les corrélations entre le niveau de barrières au traitement et la motivation au traitement ont été effectuées.

Méthode

Participant.e.s

L'échantillon initial était composé de 117 participant.e.s âgé.e.s de 18 ans et plus présentant un diagnostic principal de TAG. Toutefois, en raison de données manquantes pour 13 participant.e.s, l'échantillon se compose de 104 adultes (âge moyen = 40.69, *ET* = 15.73), majoritairement des femmes (81.7%). Dans le cas où d'autres troubles anxieux ou troubles de l'humeur étaient présents, leur sévérité devait être moindre que celle du TAG.

Les personnes présentant les critères d'exclusion suivants n'étaient pas admissibles à participer à l'étude : (a) diagnostic principal à l'axe I autre que le TAG, (b) un diagnostic secondaire actuel ou passé de schizophrénie, de trouble psychotique, de trouble bipolaire, de trouble organique cérébral ou de déficience intellectuelle; (c) un diagnostic secondaire actuel de trouble sévère de la personnalité ou un trouble d'usage de substances; (d) la présence d'une condition physique contre-indiquant la participation à l'étude (par ex., épilepsie); (e) avoir suivi une TCC au cours de la dernière année; (f) prendre des médicaments de type anxiolytique depuis moins de trois mois et/ou des antidépresseurs depuis moins de six mois; (g) démontrer des intentions suicidaires fermes; ou (h) ne pas maîtriser le français oral et écrit. Les participant.e.s à l'étude devaient accepter de (a) ne pas participer à une autre psychothérapie ou un groupe de soutien pendant le traitement; (b) ne pas modifier ni le type ni le dosage de leur médication pour la durée de l'étude; (c) s'abstenir d'amorcer l'utilisation de toute médication psychotrope pour la durée de l'étude; (d) être disponibles pour les visites requises durant l'étude.

Procédure

Recrutement

Les participant.e.s ont été recrutés entre mars 2014 et décembre 2016 via des références (omnipraticiens, psychiatres, CLSC, groupes d'entraide), des annonces dans les médias et auprès des patient.e.s déjà en attente dans les Cliniques des troubles anxieux de l'UQTR, de l'Université de Sherbrooke, de l'UQAM, de l'UQO et de l'Université Laval. De plus, du recrutement intensif a été effectué dans les établissements ruraux liés au CSSS des hôpitaux psychiatriques ayant des mandats régionaux impliqués dans le projet (p. ex., Shawville en Outaouais, Cookshire en Estrie, Grand-Mère en Mauricie, etc.).

Mode de sélection

Les individus intéressés étaient évalués au préalable par entrevues téléphoniques afin d'éliminer les cas ne présentant clairement pas de symptômes de TAG ainsi que pour effectuer l'ouverture des dossiers en y notant les informations descriptives et sociodémographiques. Les personnes recommandées pour l'étude étaient par la suite rencontrées afin de procéder à une évaluation diagnostique. Afin d'être inclus.e.s dans l'étude, les participant.e.s devaient signer le formulaire de consentement dans lequel il était indiqué que leur participation était libre et volontaire, que le désistement était possible sans préjudice et que toute information recueillie demeurait anonyme et confidentielle. Ceux et celles-ci ont donc donné un consentement libre et éclairé. Par la suite, un.e professionnel.le en santé mentale procédait à l'administration d'une entrevue clinique semi-structurée. Le diagnostic de TAG était dénoté par un score de quatre ou plus à l'échelle de sévérité clinique (ESC) de la version francophone élaborée par Marchand et Boivin (1997) du *Anxiety Disorder Interview Schedule* selon le DSM-IV (ADIS-IV; Brown et al., 1994) afin de confirmer le diagnostic de TAG ainsi que l'éligibilité de la participation à l'étude. Il est à noter que les critères diagnostiques du TAG n'ont pas été modifiés entre la quatrième et la cinquième édition du DSM (APA, 2013) et que l'utilisation de l'ADIS-IV permet donc d'émettre

un diagnostic selon les critères les plus à jour de ce trouble. Des questionnaires autorapportés étaient également administrés lors de cette rencontre. Les instruments utilisés dans le présent projet sont décrits dans la section Outil et instruments de mesure. Lors d'une deuxième séance d'évaluation, les sections du SCID-II-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II*; First et al., 1997) ayant été ciblées par l'auto-questionnaire sur les troubles de la personnalité ont été administrées. Les enregistrements sonores des entrevues cliniques étaient utilisés afin de confirmer l'accord inter-juge concernant le diagnostic de TAG. Dans le cas d'un désaccord sur le diagnostic de TAG ou sur la primauté du TAG par rapport à d'autres troubles comorbides, des évaluateur.trice.s et chercheur.euse.s avaient recours à des discussions cliniques afin de parvenir à un consensus sur l'éligibilité des participant.e.s. En cas de désaccord à la suite des discussions, les participant.e.s exclu.e.s de l'étude ont été référé.e.s au traitement approprié à l'aide d'une liste des ressources psychologiques disponibles dans leurs régions.

Modalité de traitement

Les participant.e.s admissibles étaient attribué.e.s aléatoirement à l'une des deux conditions suivantes : traitement conventionnel en face à face (FF = 55) ou traitement en vidéoconférence (VC = 49). Dans la condition FF, le thérapeute administrait le traitement aux participant.e.s en se trouvant dans le même lieu physique que ceux et celles-ci. Dans la condition VC, les patient.e.s devaient se rendre à la clinique universitaire la plus près de leur domicile afin de participer aux séances de thérapie effectuées par l'entremise d'un système spécialisé de vidéoconférence posséder par chaque centre (voir la section Matériel pour plus de détails). Il est à noter que les expérimentations et toutes les activités entourant la collecte de données ont été effectuée avant l'arrivée de la pandémie mondiale de COVID-19, alors que l'objectif d'implantation de services de PVC reposait sur l'accroissement de l'accès aux spécialistes en santé mentale à l'extérieur des

grands centres urbains (Bouchard et al., 2022). L'utilisation de services de vidéoconférence sécurisés à domicile étaient beaucoup moins accessibles et n'était pas une pratique courante. Dans la condition VC, le thérapeute offrant l'intégralité du traitement se situait dans un autre site que celui où se trouvait les participant.e.s qui n'étaient jamais rencontré.e.s en face à face. Les participant.e.s se trouvaient seul.e.s dans le bureau de télépsychothérapie. Tant dans la condition FF que VC, l'intervention s'étendait sur 15 séances hebdomadaires d'une durée d'une heure chacune. Le contenu du traitement ainsi que l'ordre de présentation des stratégies d'intervention étaient les mêmes dans les deux conditions. Chaque participant.e recevait également un manuel de traitement du TAG expliquant les grandes lignes des interventions effectuées. Des questionnaires autorapportés ont été administrés lors des rencontres d'évaluation prétraitement, à la suite des séances de psychothérapie, à la suite du traitement ainsi qu'aux évaluations de suivis de 6 et 12 mois suivant la fin du traitement (voir la section Outils et instruments de mesure pour plus de détails).

Matériel

Dans les locaux de chaque centre se trouvaient des unités de vidéoconférence installées de façon permanente et utilisées pour procéder aux séances de psychothérapie individuelle. Chaque unité, placée à deux mètres des participant.e.s, était constituée d'un système codec *Tandberg Edge 95 MXP*, d'une caméra HD, d'un enregistreur DVD-vidéo et d'un écran ACL numérique HD de 45 pouces. Contrairement aux systèmes maison grand public, toutes les unités correspondaient aux normes édictées pour la télésanté selon l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (2006). Celles-ci étaient reliées entre elles à une vitesse de 2 Mb par seconde sous protocole IP H.323 crypté (pour la confidentialité)

garantissant un minimum de 30 images secondes en résolution HD et une protection contre les interruptions.

Manuel de traitement

Les 15 séances hebdomadaires de psychothérapie individuelle se sont déroulées selon un manuel de traitement TCC standardisé et validé pour le TAG (Dugas et al., 2000). Il s'agit d'une psychothérapie se divisant en six modules distincts ayant pour objectif de permettre aux participant.e.s d'acquérir des stratégies cognitives et comportementales de gestions de leurs inquiétudes. Le protocole de traitement était divisé de la façon suivante : (1) la psychoéducation et l'entraînement à la prise de conscience des inquiétudes (une rencontre); (2) la réévaluation de l'utilité de s'inquiéter (une rencontre); (3) la reconnaissance de l'incertitude et l'exposition comportementale (trois rencontres) ; (4) l'entraînement à la résolution de problème (quatre rencontres); (5) l'exposition en imagination aux inquiétudes suscitées par l'appréhension des problèmes (quatre rencontres); et (6) la prévention de la rechute et maintien des acquis (deux rencontres).

Thérapeutes

Les thérapeutes indépendants étaient 23 candidat.e.s au doctorat en psychologie clinique présentant une expérience clinique en TCC du TAG, ayant suivi une séance de formation sur la télépsychothérapie par vidéoconférence et prenant part à des séances hebdomadaires de supervision. Ceux-ci ont administré les traitements aux participant.e.s en face à face et en télépsychothérapie et chaque thérapeute a offert le traitement dans les deux conditions. Afin d'évaluer l'intégrité du traitement, les évaluateur.trice.s et les thérapeutes enregistraient sur vidéo toutes les séances d'évaluation et de thérapie dans les deux conditions (FF ou VC).

Outils et instruments de mesures

Comme mentionné précédemment, le présent projet s'inscrit dans un essai randomisé multisite évaluant l'efficacité de la TCC pour le TAG lorsqu'offerte en face à face (FF) ou par vidéoconférence (VC). Seuls les outils mesurant les variables à l'étude du projet actuel seront présentés dans les sections suivantes. Pour plus de détails concernant l'entièreté des instruments de mesure, veuillez consulter l'article de Bouchard et al. (sous presse).

Évaluation diagnostique

La version francophone du *Anxiety Disorder Interview Schedule* (ADIS-IV; Brown et al., 1994) a été développée par Marchand et Boivin (1997). Cet outil correspond à une entrevue semi-structurée permettant d'évaluer les troubles anxieux, le TSPT, les troubles de l'humeur, l'hypocondrie, les troubles de somatisation, les troubles d'abus et de dépendance aux substances, les symptômes psychotiques ainsi que les antécédents personnels et familiaux en matière de problèmes de santé mentale. Lors de la passation, l'évaluateur demande aux participant.e.s de fournir des cotes allant de 0 (*Pas du tout*) à 8 (*Énormément*) pour décrire notamment la sévérité et la fréquence de certains symptômes. Cet outil permet aussi à l'évaluateur de coter la sévérité des diagnostics selon une échelle de 0 (*Aucune*) à 8 (*Extrêmement dérangeant/handicapant*). Cette entrevue a été utilisée afin d'établir la présence d'un diagnostic de TAG chez les participant.e.s à l'étude.

Mesures descriptives

Plusieurs variables sociodémographiques (âge, sexe, statut socioéconomique) ainsi que les facteurs de prédisposition aux cybermalaises ont été évalués dans un questionnaire de renseignements généraux afin d'observer si ces variables avaient un impact sur les résultats de l'étude.

Mesures principales

Les barrières au traitement perçues par les participant.e.s ont été évaluées lors de l'évaluation post-traitement afin de mesurer les différentes barrières vécues par les participant.e.s durant l'ensemble de la thérapie. Le choix d'évaluer les barrières au traitement à la suite de celui-ci repose également sur les données tirées des études antérieures portant sur les barrières au traitement en vidéoconférence qui suggèrent que le niveau de barrières perçues initialement représente davantage les appréhensions et les attentes des patient.e.s envers la PVC que de réelles barrières au traitement. (Thomas et al., 2021). Les questionnaires de Kazdin et al. (1997) et de Lingley-Pottie et McGrath (2011) évaluant les barrières au traitement dans le cadre d'intervention auprès de famille possèdent de bonnes propriétés psychométriques telles que décrites dans la section « Étude et évaluation des barrières au traitement ». Il n'existe aucun autre questionnaire évaluant les barrières au traitement spécifique à la PVC individuelle chez une population adulte et dont les propriétés psychométriques ont été évaluées. Certaines échelles des questionnaires de Kazdin et al. (1997) et de Lingley-Pottie et McGrath (2011) étaient spécifiques aux enfants et/ou aux familles et n'étaient pas adaptées à la population étudiée dans le projet actuel. Trois échelles des questionnaires de Lingley-Pottie et McGrath (2011) et de Kazdin et al. (1997) ont donc été sélectionnées et administrées aux participant.e.s lors de l'évaluation post-traitement sous la forme d'un seul questionnaire autorapporté (voir Annexe B). Le document inclut 39 items répartis selon trois thèmes communs et documentés dans l'introduction. Chaque item est coté entre 1 (*fortement en désaccord*) et 5 (*fortement en accord*). Le thème « jugement du thérapeute » se réfère à la sous-échelle du même nom du questionnaire de Lingley-Pottie et McGrath (2011). Le thème « accessibilité et commodité » inclut les items de la sous-échelle « accessibilité aux services thérapeutiques » de Kazdin et al. (1997). Le thème « stressseurs et obstacles au traitement » correspond à la sous-échelle « stressseurs » de Kazdin et al. (1997). Afin de s'assurer du maintien

de la qualité psychométrique des échelles, la cohérence interne de de chacune d'elle a été analysée auprès de l'échantillon ayant participé à la présente étude. Les items associés à un faible alpha de Cronbach et une corrélation inter-item inférieure à .30 ont été retirés, soit trois items de la sous-échelle « accessibilité et commodité » et deux de la sous-échelle « stressseurs et obstacles au traitement ».

L'échelle tirée du questionnaire de Lingley-Pottie et McGrath (2011) évaluant le jugement du thérapeute permet de documenter les éléments des échanges avec le thérapeute qui pourraient potentiellement influencer la façon dont les patient.e.s perçoivent celui ou celle-ci tels que l'attention portée par le thérapeute, la confiance envers le thérapeute et la confusion par rapport aux réactions du thérapeute. Cette échelle comprend 11 items et possède une cohérence interne excellente (alpha de Cronbach de .83 dans l'échantillon actuel). Le score total représente la somme du résultat à tous les items, et un score élevé représente un nombre élevé de barrières perçues.

La deuxième échelle administrée mesure l'accessibilité aux services psychothérapeutiques telle que décrite par Lingley-Pottie et McGrath (2011) et évalue la perception qu'ont les participant.e.s de l'accessibilité au traitement et de la commodité de ce dernier (par ex., organisation du temps, engagement dans le suivi, les coûts associés, etc.). Ce type de barrière n'a pas été évalué de façon quantitative dans les études antérieures portant sur la PVC. La cohérence interne de chaque sous-échelle a été analysée. L'échelle finale comprend 7 items et possède une cohérence interne adéquate (alpha de Cronbach de .69 dans l'échantillon actuel). Le score total représente la somme du résultat à tous les items et un score élevé représente un nombre élevé de barrières perçues.

L'échelle mesurant des dimensions complémentaires provient de l'instrument de Kazdin et al. (1997). L'échelle originale « stressseurs et obstacles au traitement » comprend 20 items et

évalue les éléments liés à des événements qui interfèrent avec la participation et la venue au traitement, tels que les problèmes vécus avec le ou la conjoint.e et les enfants, les stressseurs de vie généraux et la thérapie s'ajoutant aux autres facteurs de stress. Dans ce projet de recherche, deux items ont été retirés, car ils s'appliquaient à l'intervention auprès d'enfants et de familles plutôt qu'à la psychothérapie individuelle pour les adultes. De plus, deux items ont été retirés en raison de leur faible cohérence interne avec les autres items. L'échelle finale comprend 16 items et possède une cohérence interne adéquate (alpha de Cronbach de .79 dans l'échantillon actuel). Le score total représente la somme du résultat à tous les items, et un score élevé représente un nombre élevé de barrières perçues.

Mesures d'efficacité du traitement

Le Questionnaire d'inquiétude et d'anxiété (QIA; voir Annexe C) mesure les critères diagnostiques du TAG, y compris l'inquiétude et les symptômes somatiques (Dugas & Francis, 2000). Ce questionnaire autorapporté comporte 11 items, évalués sur une échelle de 0 à 8 et mesurant la présence et l'intensité des symptômes du TAG tels que définis dans la quatrième édition révisée du DSM. Pour répondre aux critères TAG, la personne doit mentionner au moins un thème d'inquiétude typique du trouble et indiquer au moins "4" sur l'échelle de notation pour tous les autres items. Un score élevé représente des symptômes du TAG plus prononcés. Le QIA présente une spécificité et une sensibilité adéquates et fait preuve d'une fidélité test-retest satisfaisante (.79).

L'Inventaire de dépression de Beck II (IDB-II; voir Annexe D) est un questionnaire développé originalement par Beck et al. (1996) qui mesure la sévérité de la dépression en 21 items évalués selon une échelle de 0 à 3. Le score total est obtenu par l'addition des scores de chaque item (< 10 score normal; 10 à 18 dépression légère; 19 à 29 dépression modérée; > 30

dépression sévère). La version francophone de ce test présente une cohérence interne de .82 et une fidélité test-retest de .75 (Gauthier et al., 1982).

Mesures secondaires

La motivation initiale au traitement a été mesurée lors de l'évaluation pré-traitement grâce à l'Échelle de motivation du client envers la thérapie (EMCT; Pelletier et al., 1997; voir Annexe E). L'EMCT s'inspire de la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (2000). Ce questionnaire auto rapporté comprend 24 items divisés en six sous-échelles correspondant à différentes dimensions de la motivation envers la thérapie: la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque par régulation externe, par introjection, par identification et par intégration et l'amotivation. Un score total élevé représente un haut niveau de motivation. Les participant.e.s évaluent les items de l'EMCT au moyen d'une échelle Likert de 1 à 7. Les valeurs des alphas de Cronbach varient entre .70 et .92, ce qui indique une cohérence interne adéquate.

La qualité de l'alliance thérapeutique a été évaluée à chaque rencontre d'ordre impair pendant le traitement (par ex., première, troisième, cinquième séance, etc.) à l'aide de l'Inventaire d'alliance thérapeutique (IAT; Tracey & Kokotovic, 1989; voir Annexe F), une traduction francophone du *Working Alliance Inventory* (WAI; Horwath & Greenberg, 1989). Ce questionnaire autoadministré se présente en deux versions : la version destinée aux patient.e.s (alpha de Cronbach de .93) et la version destinée aux thérapeutes (alpha de Cronbach de .87). La version longue comprend 36 items, soit 12 items par sous-échelle, cotés sur une échelle Likert en sept points s'étendant de *jamais* à *toujours*. En plus du score total, ce questionnaire permet d'analyser les scores à trois sous-échelles distinctes. La sous-échelle « tâches » réfère à l'acceptation de prendre part aux activités thérapeutiques associées à la thérapie. La sous-échelle « buts » correspond à l'entente sur les objectifs de la thérapie. Finalement, la sous-échelle

« liens » évalue le lien relationnel positif entre le ou la patient.e et le thérapeute. Afin de représenter la qualité de l’alliance thérapeutique tout au long du traitement, une moyenne globale des scores à chaque sous-échelle sera utilisée dans les analyses.

L’Échelle d’intolérance à l’incertitude (EII; Buhr & Dugas, 2002, Freeston et al., 1994; voir Annexe G) est une traduction francophone du *Intolerance of uncertainty scale* (Buhr & Dugas, 2002) mesurant le niveau d’intolérance à l’incertitude du répondant. Il est composé de 27 items divisés en deux facteurs, soit (1) les implications négatives de l’incertitude sur la perception de soi et les comportements et (2) l’incertitude est injuste et gâche tout (Sexton & Dugas, 2009). Les items sont cotés sur une échelle de Likert en cinq points (1 = *pas du tout correspondant* à 5 = *tout à fait correspondant*). La version anglophone du questionnaire possède une excellente cohérence interne, une bonne fiabilité test-retest sur une période de cinq semaines et présente une validité convergente et divergente avec des mesures d’anxiété, d’inquiétudes et de dépression (Buhr & Dugas, 2002).

Temps de mesure des questionnaires autorapportés

À la suite de la première séance, la motivation envers le traitement et l’intolérance à l’incertitude ont été mesurées. La qualité l’alliance thérapeutique a été évaluée après chaque séance de thérapie correspondant à un numéro impair. Les mesures d’efficacité du traitement ont été administrées avant et après le traitement. Après la dernière séance de traitement, les participant.e.s ont complété les trois échelles évaluant les barrières au traitement. Le Tableau 1 illustre l’administration des questionnaires autorapportés décrits dans cette section selon le temps de mesure.

Tableau 1

Administration des questionnaires selon le temps de mesure

Questionnaires	Temps de mesure									
	PRÉ	T1	T3	T5	T7	T9	T11	T13	T15	POST
QIA	X									X
IDB-II	X									X
EMCT	X									
EII	X									
IAT-C		X	X	X	X	X	X	X	X	
Barrières JUG										X
Barrières ACCÈS										X
Barrières STRESS										X

Note. QIA = Questionnaire d'inquiétudes et d'anxiété, IDB-II = inventaire de dépression de Beck – II, EMCT = Échelle de motivation du client envers la thérapie, EII = Échelle d'intolérance à l'incertitude, IAT-C = Inventaire d'alliance thérapeutique version patient.e, Barrières JUG = Échelle « jugement du thérapeute » de Lingley-Pottie et McGrath (2011), Barrières ACCÈS = Échelle « accessibilité et commodité » de Lingley-Pottie et McGrath (2011), Barrières STRESS = Échelle « stressseurs » de Kazdin et al. (1997), PRÉ = évaluation pré-traitement, Tx = évaluation après la x^e séance, POST = évaluation post-traitement. L'administration du questionnaire au temps de mesure est marquée par un « X ».

Résultats

Statistiques descriptives

Le Tableau 2 présente les données descriptives de l'échantillon du présent projet de recherche qui se constitue majoritairement de femmes adultes caucasiennes d'âge moyen ayant un niveau d'études universitaires. Les échantillons des deux groupes présentent des caractéristiques sociodémographiques similaires et sont comparables statistiquement selon les analyses effectuées par Bouchard et al. (sous presse).

Tableau 2

Caractéristiques de l'échantillon, globalement et selon la condition de traitement

Variables	Global (n = 104)	FF (n = 55)	VC (n = 49)
Sx TAG prétest (ET)	5.49(0.95)	5.63(0.86)	5.33(1.03)
Âge moyen (ET)	40.69(5.73)	39.78(16.02)	41.71(15.49)
Sexe (%)			
Femme	85(81.7%)	44(80.0%)	41(83.7%)
Homme	19 (18.3%)	11(20.0%)	8(16.3%)
Statut d'emploi (%)			
Emploi à temps plein	33(31.7%)	17(30.9%)	16(32.7%)
Emploi à temps partiel	32(30.8%)	15(27.3%)	17(34.7%)
Sans emploi	39(37.5%)	23(41.8%)	16 (32.7%)
Foyer familial (%)			
Seul	14(13.5%)	6(10.9%)	8(16.3%)
Conjoint(e)	37(35.6%)	19(34.5%)	18(36.3%)
Conjoint(e) et famille	28(26.9%)	17(30.9%)	11(22.4%)
Famille (parents et/ou enfants)	15(14.4%)	9(16.4%)	6(12.2%)
Colocataire	6(5.8%)	3(5.5%)	3(6.1%)
Chambre ou pension	1(1.0%)	0(0.0%)	1(2.0%)
Autre	3(2.9%)	1(1.8%)	2(4.1%)
Scolarité complétée (%)			
Secondaire	14(13.5%)	8(14.5%)	6(12.2%)

Collège	35(33.7%)	19(34.5%)	16(32.7%)
Université	55(52.9%)	28(50.9%)	27(55.1%)

Note. VC = psychothérapie par vidéoconférence, FF = psychothérapie en face à face, Sx TAG prétest = Moyenne de la sévérité des symptômes de trouble d'anxiété généralisée prétest selon les scores à l'ADIS-IV.

Les Tableaux 3, 4 et 5 présentent les moyennes des scores à chacun des items des échelles de barrières « jugement du thérapeute », « accessibilité et commodité » et « stressseurs et obstacles » mesurant les différents types de barrières au traitement étudiées. De plus, les tableaux rapportent les scores globaux moyens à ces trois échelles pour les deux conditions combinées. Pour chaque échelle, les items sont rapportés en ordre croissant de la barrière la moins importante à la barrière la plus importante dans l'échantillon global. Les scores moyens à chacun des items sont plutôt faibles dans les deux conditions et se situent entre 1.07 et 2.91 sur une possibilité de score minimal de 1 et de score maximal de 5.

Tableau 3

Statistiques descriptives des scores à l'échelle barrières au traitement jugement du thérapeute

(basée sur Lingley-Pottie et McGrath, 2011; n = 104)

Items	Global	FF	VC
	<i>M(ET)</i>	<i>M(ET)</i>	<i>M(ET)</i>
Mon thérapeute porte attention à ce que je dis*	1.18(0.39)	1.27(.45)	1.08(0.28)
Mauvaise opinion de mon thérapeute	1.24(0.69)	1.36(.87)	1.10(0.37)
Mon thérapeute me contrarie	1.26(0.79)	1.25(.73)	1.27(0.86)
Mon thérapeute est compréhensif de ma situation*	1.37(0.67)	1.51(.74)	1.20(0.54)
Aide reçue nécessaire du thérapeute*	1.38(0.58)	1.47(.60)	1.27(0.53)
Je me sens intimidé.e par mon thérapeute	1.39(0.82)	1.35(.78)	1.45(0.87)

Confiance en mon thérapeute*	1.40(0.69)	1.55(0.79)	1.24(0.52)
Mon thérapeute sait ce qu'il fait*	1.40(0.69)	1.44(0.69)	1.37(0.70)
Commentaires aidants du thérapeute*	1.47(0.68)	1.60(0.74)	1.33(0.59)
Confus par les réactions du thérapeute	1.53(1.08)	1.56(1.09)	1.49(1.08)
Sujets importants évités par le thérapeute	1.61(1.14)	1.58(1.08)	1.63(1.22)
Score total de l'échelle	15.23(5.19)	15.95(5.83)	14.43(4.27)

Note. FF = condition face à face, VC = condition vidéoconférence. Présentation en ordre d'importance des items. *items dont les résultats ont été inversés.

Tableau 4

Statistiques descriptives des scores à l'échelle barrières au traitement accessibilité et commodité

(basée sur Lingley-Pottie et McGrath, 2011; n = 104)

Items	Global	FF	VC
	<i>M(ET)</i>	<i>M(ET)</i>	<i>M(ET)</i>
Les séances conviennent à mon horaire*	1.34(0.65)	1.29(0.60)	1.39(0.70)
Les séances m'empêchent de m'occuper de choses importantes	1.55(0.87)	1.51(0.69)	1.59(1.04)
Facilité à m'engager à être là à chaque séance*	1.83(0.94)	1.85(.91)	1.80(0.98)
Choses à organiser avant chaque séance	2.12(1.10)	2.22(1.07)	2.00(1.14)
Coûts associés à ma thérapie	2.16(1.22)	2.29(1.29)	2.02(1.13)
Je dois me dépêcher pour aller au rendez-vous	2.59(1.41)	2.85(1.41)	2.29(1.37)
Inquiétude de manquer une séance	2.82(1.40)	2.91(1.35)	2.71(1.46)
Score total de l'échelle	14.39(4.59)	14.93(4.43)	13.80(4.74)

Note. FF = condition face à face, VC = condition vidéoconférence. Présentation en ordre d'importance des items. *items dont les résultats ont été inversés.

Tableau 5

Statistiques descriptives de l'échelle barrières au traitement stressseurs et obstacles (basée sur Kazdin et al., 1997; n = 104)

Items	Global	FF	VC
	<i>M(ET)</i>	<i>M(ET)</i>	<i>M(ET)</i>
Problèmes avec un membre de ma famille	1.07(0.38)	1.13(0.51)	1.00(0.00)
Difficulté à trouver une gardienne	1.11(0.48)	1.06(0.23)	1.16(0.66)
Quelqu'un malade à la maison	1.19(0.59)	1.25(0.67)	1.12(0.48)
La thérapie réduit le temps passé avec les enfants	1.30(0.88)	1.28(0.83)	1.33(0.94)
Conditions météorologiques difficiles	1.37(0.83)	1.47(0.94)	1.24(0.66)
Problèmes vécus à la maison	1.39(0.83)	1.49(0.94)	1.29(0.68)
Trop fatigué.e pour me rendre aux séances	1.39(0.76)	1.55(0.88)	1.22(0.55)
Implication dans d'autres activités	1.49(0.84)	1.56(0.86)	1.41(0.81)
Horaire de travail étant un obstacle pour venir en séance	1.51(0.88)	1.60(0.94)	1.41(0.81)
Difficulté à planifier l'horaire des rendez-vous de thérapie	1.55(0.98)	1.49(0.90)	1.61(1.08)
Difficulté à trouver un stationnement	1.55(1.15)	1.47(1.10)	1.63(1.20)
Malade le jour des séances prévues	1.63(1.06)	1.60(1.03)	1.65(1.11)
Horaire de thérapie en conflit avec d'autres activités	1.52(0.94)	1.65(1.02)	1.37(.81)
Transport problématique pour me rendre aux séances	1.69(1.12)	1.69(1.15)	1.69(1.10)
Pas de temps d'effectuer les exercices thérapeutiques	2.01(1.00)	2.09(1.04)	1.92(0.95)
La thérapie est un stressseur de plus à ma vie	2.11(1.18)	2.18(1.16)	2.02(1.22)
Score total de l'échelle	23.86(7.38)	24.53(7.55)	23.08(7.18)

Note. FF = condition face à face, VC = condition vidéoconférence. Présentation en ordre d'importance des items.

Différences des niveaux moyens de barrières perçues entre les groupes

Pour le premier objectif de ce projet, des analyses ont été effectuées pour comparer les moyennes des scores totaux aux trois échelles de barrières entre les conditions VC et FF. Les résultats du test Shapiro-Wilk pour la normalité de la distribution étaient significatifs pour les scores à l'échelle « jugement du thérapeute » dans la condition FF, $SW(55) = .71, p < .001$, ainsi que dans la condition VC, $SW(49) = .80, p < .001$, de même que pour les scores à l'échelle « stressseurs et obstacles » dans la condition FF, $SW(55) = .87, p < .001$, et dans la condition VC, $SW(49) = .82, p < .001$. Le test de Shapiro-Wilk n'était pas significatif pour le score total à l'échelle « accessibilité et commodité » pour la condition FF, $SW(55) = .97, p = .28$, ni pour la condition VC, $SW(49) = .96, p = .09$. Ces analyses indiquent que la distribution des données des scores à l'échelle « accessibilité et commodité » respectent le postulat de normalité, alors que les distributions de données des scores aux échelles « jugement du thérapeute » et « stressseurs et obstacles » dévient de la courbe de normalité. Par conséquent, des analyses non paramétriques seront appliquées, et ce, pour toutes les variables afin d'avoir une procédure homogène. La taille de l'échantillon offre suffisamment de puissance statistique pour permettre la détection de tailles d'effet entre petites et moyennes ($d = .30$) ou supérieures (Cohen, 1987).

Le test de Mann-Whitney a été utilisé afin de comparer les moyennes des scores aux échelles de barrières à la thérapie entre les groupes. Le test n'était pas significatif pour le score total à l'échelle « jugement du thérapeute », $U(n_{FF} = 55, n_{VC} = 49) = 1077.50, p = .07$, tout comme pour le score total à l'échelle « accessibilité et commodité », $U(n_{FF} = 55, n_{VC} = 49) = 1141,50, p = .18$, et le score total à l'échelle « stressseurs et obstacles », $U(n_{FF} = 55, n_{VC} = 49) = 1195,00, p = .32$. En somme, les différences entre les moyennes des scores totaux des trois échelles mesurant les barrières au traitement n'étaient pas significatives entre les patient.e.s ayant reçu le traitement en FF en comparaison de ceux et celles ayant reçu le traitement en VC. Aucune

correction pour l'erreur de type II n'est appliquée ici en raison de l'importance de privilégier la détection de barrières à l'accès au traitement plutôt que conclure à une différence relevant d'un faux positif en plus de la nature exploratoire de l'étude.

Associations entre les niveaux des barrières au traitement perçues et les mesures d'efficacité

Pour le deuxième objectif de ce projet, des analyses ont été effectuées pour étudier les associations entre le niveau des trois types de barrières au traitement perçues par les participant.e.s et deux mesures d'efficacité du traitement. Le Tableau 6 présente les statistiques descriptives des variables d'efficacité et des variables secondaires qui font l'objet des objectifs 2 et 3 du présent projet de recherche.

Tableau 6

Statistiques descriptives pour les variables d'efficacité et les variables secondaires (n = 104).

Variables	M(ET)	Minimum	Maximum
Questionnaire d'inquiétude et d'anxiété			
Score total au pré	43.48(6.39)	24.50	56.00
Score total au post	26.67(11.59)	3.50	51.50
Inventaire de dépression de Beck II			
Score total au pré	20.66(9.94)	0.00	46.00
Score total au post	9.67(9.28)	0.00	45.00
Échelle d'intolérance à l'incertitude			
Score total au pré	86.99(18.96)	41.00	125.00
Échelle de motivation du client envers la thérapie			
Score global T1	13.18(3.62)	1.83	21.00
Inventaire d'alliance thérapeutique patient.e			

Score moyen durant le Rx échelle tâches	77.24(5.08)	59.63	84.00
Score moyen durant le Rx échelle liens	75.30(5.99)	56.00	84.00
Score moyen durant le Rx échelle buts	75.51(6.34)	55.43	84.00

Note. Pré = évaluation prétraitement; Post = évaluation post-traitement; T1 = prise de mesure après la première séance de thérapie, Rx = traitement.

Les résultats du test non Shapiro-Wilk étaient significatifs pour la variable IDB-II POST, $SW(104) = .83, p < .001$. Le test de Shapiro-Wilk n'était pas significatif pour les variables QIA PRÉ, $SW(104) = .98, p = .051$, QIA POST, $SW(104) = .978, p = .09$, et IDB-II PRÉ, $SW(104) = .99, p = .37$. Ces analyses indiquent que la distribution des données des variables QIA PRÉ, QIA POST et IDB-II PRÉ dévient de la courbe de normalité, et donc que des analyses non paramétriques sont nécessaires et appliquées à toutes les variables.

Afin d'analyser les associations entre les barrières perçues par les patient.e.s et l'efficacité du traitement, des corrélations de Spearman ont été calculées pour les variables suivantes: score à l'échelle « jugement du thérapeute » de Lingley-Pottie et McGrath (2011), score à l'échelle « accessibilité et commodité » de Lingley-Pottie et McGrath (2011), score à l'échelle « stressseurs et obstacles » de Kazdin et al. (1997), scores résidualisés au QIA et scores résidualisés au IDB-II (voir Tableau 7). Les scores aux trois échelles mesurant les barrières au traitement étaient associés positivement entre eux. De plus, les scores résidualisés des mesures d'efficacité (QIA et IDB-II) corrélaient positivement ensemble. Les corrélations entre les scores des mesures d'efficacité ainsi que les trois échelles évaluant les barrières au traitement n'étaient pas significatives. Notons au passage qu'aucune correction pour l'erreur de type II n'est appliquée et que l'application d'une correction de type Holm-Bonferroni (Holm, 1979) n'aurait pas influencé les conclusions des analyses.

Le Tableau 7 présente les corrélations entre les scores moyens aux trois échelles mesurant les barrières au traitement et les variables d'efficacité du traitement.

Tableau 7

Corrélations de Spearman entre les barrières au traitement et les changements aux mesures

d'efficacité (n = 104)

	Barrières JUG	Barrières ACCÈS	Barrières STRESS	QIA résidualisé
Barrières ACCÈS	.33***			
Barrières STRESS	.38***	.71**		
QIA résidualisé	.19	.10	.09	
IDB-II résidualisé	.15	.04	.09	.55**

Note. Barrières JUG = score à l'échelle « jugement du thérapeute » de Lingley-Pottie et McGrath (2011), Barrières ACCÈS = score à l'échelle « accessibilité et commodité » et Lingley-Pottie et McGrath (2011), Barrières STRESS = score à l'échelle « stressseurs et obstacles au traitement » de Kazdin et al. (1997), QIA résidualisé = scores résidualisés des changement pré et post traitement au Questionnaire d'inquiétude et d'anxiété, IDB résidualisé = scores résidualisés des changements pré et post traitement à l'Inventaire de dépression de Beck-II. *** $p < 0.001$.

Associations entre le niveau des barrières au traitement perçues et les variables secondaires

Pour le troisième objectif de ce projet, des analyses ont été effectuées pour étudier les associations entre les scores aux trois échelles de barrières au traitement perçues par les participant.e.s et des variables secondaires, soient l'intolérance à l'incertitude, la motivation envers le traitement et la qualité de l'alliance thérapeutique. Le Tableau 8 présente les corrélations entre les scores moyens aux trois échelles mesurant les barrières au traitement et les variables secondaires liées à la psychothérapie.

Les résultats du test Shapiro-Wilk étaient significatifs pour les variables IAT « tâches », $SW(104) = .94, p < .001$, IAT « liens », $SW(104) = .95, p < .001$, et IAT « buts », $SW(104) = .92, p < .001$. Le test de Shapiro-Wilk n'était pas significatif pour les variables ÉII, $SW(104) = .99, p$

= .39, et EMCT, $SW(98) = .98$, $p = .15$. Ces analyses indiquent que les distributions des données des variables IAT « tâches », IAT « liens » et IAT « buts » dévient de la courbe de normalité alors que les distributions des données des variables ÉII et EMCT respectent le postulat de normalité. Afin de présenter les résultats consistants entre les variables, seules des analyses non paramétriques seront utilisées. Notons au passage qu'une correction pour l'erreur de type II de type Holm-Bonferroni (1979) est appliquée entre les trois types de barrières et les cinq variables secondaires (ÉII, EMCT, trois sous-échelles du IAT) afin de permettre de nuancer les résultats au besoin. La correction n'est pas appliquée aux corrélations du Tableau 8 n'impliquant pas les barrières au traitement, car celles-ci sont rapportées uniquement à titre indicatif.

Afin d'analyser les associations entre les barrières perçues par les patient.e.s et les variables secondaires, des corrélations de Spearman ont été calculées pour les variables suivantes: score à l'échelle « jugement du thérapeute » de Lingley-Pottie et McGrath (2011), scores à l'échelle « accessibilité et commodité » de Lingley-Pottie et McGrath (2011), scores à l'échelle « stressseurs et obstacles au traitement » de Kazdin et al. (1997), scores à l'ÉII, scores à l'EMCT, scores globaux à la sous-échelle « tâches » de l'IAT, scores globaux à la sous-échelle « liens » de l'IAT et scores globaux à la sous-échelle « buts » de l'IAT (voir Tableau 8). Aucun score aux échelles de barrières ne corrélait significativement avec le score moyen à l'ÉII. Les scores aux échelles « accessibilité et commodité » corrélaient négativement avec les scores à l'EMCT, mais cette corrélation ne demeure pas significative après avoir appliqué la correction pour l'erreur de Type II. Les scores aux trois sous-échelles de l'IAT étaient associés positivement entre eux. Les scores aux trois échelles mesurant les barrières étaient associés négativement avec les scores globaux aux sous-échelles « tâches » et « buts » du IAT, mais pour le score à l'IAT « tâches », il n'y a que les barrières liées au jugement du thérapeute et aux stressseurs et obstacles qui résistent à la correction pour l'erreur de Type II. Toutefois, pour l'IAT « liens », seuls les scores des

échelles de barrières liées au jugement du thérapeute et aux stressseurs résistent à la correction pour l'erreur de Type II et corrélaient négativement avec la sous-échelle « liens » du IAT une fois la correction de Holm-Bonferroni appliquée.

Tableau 8

Corrélations de Spearman entre les barrières au traitement et les variables secondaires (n=104)

	Barrières JUG	Barrières ACCÈS	Barrières STRESS	ÉII	EMCT	IAT tâches	IAT liens
ÉII	-.09	.05	.06				
EMCT	-.00	-.26**	-.20	-.16			
IAT tâches	-.57***†	-.26**	-.34***†	-.01	.22*		
IAT liens	-.57***†	-.14	-.24*	-.04	.19	.72***	
IAT buts	-.55***†	-.29**†	-.33***†	-.02	.28**	.89***	.70***

Note. Barrières JUG = scores à l'échelle « jugement du thérapeute » de Lingley-Pottie et McGrath (2011), Barrières ACCÈS = scores à l'échelle « accessibilité et commodité » et Lingley-Pottie et McGrath (2011), Barrières STRESS = scores à l'échelle « stressseurs et obstacles au traitement » de Kazdin et al. (1997), ÉII = scores à l'Échelle d'intolérance à l'incertitude, EMCT = score à l'Échelle de motivation des clients envers le traitement, IAT global = scores globaux à l'Inventaire d'alliance thérapeutique (IAT), tâches = scores à l'échelle « tâches » du IAT, IAT liens = scores à l'échelle « liens » du IAT, IAT buts = scores à l'échelle « buts » du IAT. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$. † indique une corrélation qui demeure significative après l'application de la correction de Holm-Bonferroni pour réduire l'erreur de type II parmi les corrélations concernant les barrières à l'accès au traitement.

Discussion

Retour sur les objectifs

Cet essai doctoral correspond à une étude exploratoire ayant pour objectif principal de documenter les barrières au traitement TCC en vidéoconférence perçues par les patient.e.s présentant un TAG. Trois types de barrières ont été mises à l'étude, soit les barrières relationnelles associées au jugement du thérapeute, les barrières logistiques associées à l'accessibilité et à la commodité ainsi que les barrières logistiques associées aux stressors de vie. Ces variables n'avaient pas été étudiées jusqu'à présent à l'aide d'outils de mesure validés dans le cadre d'une psychothérapie par vidéoconférence. Le premier objectif visait à évaluer les différences entre les barrières perçues par les patient.e.s ayant bénéficié d'une thérapie en face à face comparativement à ceux ayant bénéficié du traitement en vidéoconférence. Le second objectif se penchait sur les liens entre la perception de barrières au traitement et l'efficacité de celui-ci, telle que mesurés par des améliorations sur le plan des symptômes du TAG et des symptômes dépressifs. Finalement, le dernier objectif s'intéressait aux liens entre les barrières au traitement perçues par les patient.e.s ainsi que certaines variables secondaires jouant un rôle dans le traitement telles que l'intolérance à l'incertitude, l'alliance thérapeutique et la motivation.

Comparaison des barrières perçues par les patient.e.s en face à face et en vidéoconférence

En ce qui concerne les différences entre les barrières perçues par les patient.e.s ayant bénéficié d'une thérapie en FF ou en VC, les résultats de cette étude n'ont révélé aucune différence significative entre le niveau de barrières au traitement perçues par les patient.e.s dans les conditions VC et FF et ce, tant pour les barrières relationnelles liées à la perception du jugement du thérapeute que pour les barrières logistiques associées à l'accessibilité et commodité ainsi qu'aux stressors et obstacles. Il est encore plus important de noter que les données

recueillies indiquent que le niveau moyen de barrières perçues par les patient.e.s ayant terminé le traitement s'avère globalement faible, et ce, pour les trois types de barrières étudiées. Les scores pouvaient varier entre 1 et 5, la valeur 3 indiquant que les participant.e.s ne sont ni en accord ni en désaccord avec l'énoncé décrivant une barrière à l'accès au traitement. Aucun score moyen ne se situe dans la moyenne des scores possibles (valeur de 3) ni au-dessus, avec une majorité de résultats suggérant que les barrières évaluées par les outils utilisés posent très peu problème.

Dans les études de Kazdin et ses collègues (Kazdin et al., 2006; Kazdin et al., 2018), les scores globaux au BTPS se trouvaient en dessous du score moyen de l'étendue des scores et suggéraient que les participant.e.s percevaient généralement peu de barrières au traitement, ce qui est en cohérence avec les données obtenues dans cette étude. Par ailleurs, dans l'étude de Lingley-Pottie et al. (2013), les scores globaux au TBIS indiquaient également un faible niveau global de barrières rapportées par les participant.e.s. de l'étude. Toutefois, selon les analyses, le niveau global de barrières était significativement moins élevé dans la condition téléphonique que dans la condition face à face, une différence entre les conditions qui n'a pas été obtenue à la suite des analyses de la présente étude. Il est à noter que dans cette recherche, un plus grand nombre de paramètres différaient entre les deux modalités. Par exemple, les participant.e.s. n'avaient pas à se déplacer pour bénéficier de l'intervention par téléphone et ne voyait pas l'intervenant.e lors des contacts. De plus, les modalités d'intervention en face à face pouvaient différer d'un.e participant.e à l'autre, ce qui suscite une difficulté à identifier les facteurs précis associés aux barrières au traitement. La méthodologie du présent projet permet d'isoler l'impact de l'utilisation de la vidéoconférence dans le déroulement de la psychothérapie puisqu'il s'agissait du seul paramètre différenciant entre la condition FF et VC. Les résultats suggèrent donc que le fait d'interagir au travers d'une plateforme de vidéoconférence n'a pas d'effet significatif sur les barrières au traitement. Par ailleurs, l'absence de différences significatives observées entre le

niveau de barrières perçues par des participant.e.s ayant bénéficié du traitement en FF versus en VC semble en contradiction avec les données de l'étude qualitative de Bleyel et al. (2020) selon laquelle le manque d'interaction en face à face correspondait à l'une des principales barrières au traitement en VC rapportée par la grande majorité des participant.e.s. Or, selon nos données, l'absence d'interaction en face à face ne s'est pas traduite par un plus grand niveau de barrières relationnelles chez les participant.e.s ayant bénéficié du traitement en VC comparativement à ceux et celles ayant reçu le traitement en FF. Cette différence peut être attribuable au fait que les participant.e.s de l'étude de Bleyel et al. (2020) n'avaient pas pris part à une thérapie en VC lors de la collecte de données et anticipaient possiblement que le manque d'interaction face à face constituerait une barrière au traitement sans l'avoir toutefois expérimenté. Selon Thomas et al. (2021), les patient.e.s traversent une période initiale d'inconfort et peuvent percevoir davantage de barrières au traitement avant de débiter celui-ci ainsi que lors des premières séances. Néanmoins, avec le temps, les participant.e.s se familiarisent avec la technologie et deviennent plus à l'aise dans leurs interactions avec le thérapeute en VC (Thomas et al., 2021). Cette hypothèse pourrait expliquer en partie l'absence de différences significatives entre le niveau de barrières relationnelles et logistiques perçues au terme du traitement dans les conditions FF et VC. Les mesures de barrières ayant été complétées à la suite du traitement de 15 séances, les participant.e.s avaient davantage d'expérience avec la VC et se sentaient donc plus à l'aise qu'en début de traitement. D'un autre côté, les résultats de Bleyel et al. (2020) et Thomas et al. (2021) suggèrent que le traitement VC permettrait de réduire certaines barrières logistiques au traitement perçues par les patient.e.s lors de la psychothérapie en FF (par ex., réduire la distance et les coûts de déplacement et combiner plus facilement le suivi thérapeutique à un horaire de vie chargé). Toutefois, les analyses du présent projet n'ont pas révélé de différences significatives dans la perception des barrières logistiques entre les conditions FF et VC. Ces résultats peuvent être

possiblement attribuables à la méthodologie de l'étude et au fait que le traitement en VC s'effectuait dans les mêmes centres de service que la psychothérapie en FF. Qu'ils soient attribués à l'une ou l'autre des conditions, les participant.e.s de l'étude devaient parcourir la même distance pour se rendre à leurs rendez-vous de thérapie.

Liens entre la perception de barrières et l'efficacité du traitement

Du côté du deuxième objectif concernant les liens entre la perception de barrières au traitement et l'efficacité de la psychothérapie, les résultats des analyses ne révèlent aucune corrélation significative entre les trois types de barrières étudiées et les mesures d'efficacité du traitement évaluant les symptômes anxieux et dépressifs avant et après la thérapie.

L'interprétation des résultats sera donc relativement brève. L'absence de liens significatifs pourraient être attribuables au faible niveau de barrières rapporté par les participant.e.s de façon globale. Il ne nous a donc pas été possible d'évaluer les associations entre un niveau élevé de barrières au traitement et l'efficacité de celui-ci. Une autre hypothèse est qu'il est possible que les patient.e.s qui terminent la psychothérapie bénéficient des gains thérapeutiques qu'ils ou elles perçoivent certaines barrières au traitement ou non, ce qui ouvre la porte à la question de l'impact des barrières au traitement sur la motivation et l'alliance thérapeutique. Les données obtenues diffèrent des résultats de Kazdin et al. (2018) indiquant que les barrières au traitement perçues par les participant.e.s étaient inversement associées à l'efficacité thérapeutique. Il est à noter que l'étude de Kazdin et al. (2018) a étudié des programmes d'entraînement de parents, ce qui limite la généralisation des conclusions à la psychothérapie individuelle. En raison de l'absence de résultats significatifs, de plus amples recherches s'avèrent nécessaires afin d'étudier les liens entre la perception de barrières et l'efficacité du traitement. Par exemple, il pourrait être

intéressant d'évaluer si les progrès thérapeutiques surviennent plus rapidement au cours de la thérapie chez les patient.e.s percevant peu de barrières au traitement.

Associations entre la perception de barrières et variables secondaires du traitement

Le dernier objectif de cette étude s'intéressait aux liens entre les barrières au traitement perçues par les patient.e.s et des variables plus générales liées à la psychothérapie, soit la motivation envers le traitement, la qualité de l'alliance thérapeutique ainsi que l'intolérance à l'incertitude.

Associations entre la perception de barrières et la motivation au traitement

Les analyses ont révélé que de façon générale, la motivation initiale envers le traitement n'était pas associée aux trois types de barrières au traitement lorsqu'on contrôle pour le nombre d'analyses effectuées, et ce, dans un échantillon de plus de 100 individus. Ces résultats pourraient être expliqués par le fait que les barrières logistiques évaluaient des variables sur lesquelles les participant.e.s. n'avaient pas de contrôle comme les problèmes familiaux et les conditions météorologiques. Il est donc possible que malgré un haut niveau de motivation envers le traitement, un individu rapporte un haut niveau de barrières au traitement. De plus, les temps de mesure peuvent avoir contribué à cette absence de lien significatif, puisque la motivation envers le traitement a été mesurée avant le traitement et le niveau de barrière à la suite du traitement. Il s'agit de la première étude s'intéressant aux liens entre la motivation envers le traitement et les barrières au traitement perçues. Il s'agit d'un effet qui mérite d'être étudié davantage avant de conclure que les deux variables ne sont pas liées. Il serait intéressant d'évaluer les liens les barrières au traitement et la motivation envers le traitement lorsque ces variables sont mesurées au même moment.

Associations entre la perception de barrières et la qualité de l'alliance thérapeutique

Les données révèlent plusieurs associations négatives entre les barrières au traitement perçues par les patient.e.s et la qualité de l'alliance thérapeutique moyenne évaluée par ceux et celles-ci au cours de la thérapie. Les coefficients corrélations significatifs après la correction pour l'erreur de type II étaient d'ordre modéré à élevé (entre $-.29$ et $-.57$). Ces résultats rejoignent ceux de Kazdin et al. (2018) qui avaient obtenus des corrélations modérées significatives entre l'alliance thérapeutique et les barrières au traitement. Il est intéressant de noter que les scores globaux des trois sous-échelles du IAT corrélaient négativement fortement avec les barrières associées au jugement du thérapeute, ce qui suggère que ces construits sont similaires et des liens existent entre eux sans toutefois évaluer les mêmes variables.

Entente sur les buts de la thérapie. Les trois types de barrières étaient associés négativement à la sous-échelle « buts » du IAT. De plus, les associations entre les trois types de barrières et le score moyen global à la sous-échelle « buts » du IAT résistent à la correction pour le nombre de comparaisons effectuées, ce qui témoigne de l'importance des liens entre ces variables. Ces résultats indiquent qu'en moyenne, les participant.e.s percevant un faible niveau de barrières logistiques et relationnelles à la suite du traitement ont évalué de façon plus positive l'entente sur les objectifs finaux de la psychothérapie et vice versa. Bien que les données ne permettent pas de conclure quant à une relation de causalité entre ces variables, plusieurs hypothèses peuvent être émises. Il est possible que les patient.e.s soient plus enclin.e.s à s'entendre sur les objectifs thérapeutiques si, par exemple, ceux et celles-ci ne se sentent ni jugé.e.s ni contrarié.e.s par leur thérapeute (exemples de barrières relationnelles), si peu de coûts sont associés à la thérapie ou bien si l'horaire des séances n'entre pas en conflit avec d'autres activités (exemples de barrières logistiques). Une autre hypothèse serait que le fait de s'entendre initialement sur les objectifs de la thérapie et de travailler ce qui est considéré comme important

pour soi réduisent l'impact subjectif des barrières logistiques et relationnelles. Par exemple, une personne présentant un TAG étant fortement en accord avec l'objectif d'augmenter son degré de tolérance à l'incertitude pourrait accorder moins d'importance à un conflit d'horaire avec d'autres activités lors de la thérapie que si elle était peu en accord avec cet objectif thérapeutique. Des recherches futures seraient très pertinentes afin de préciser la nature des liens entre les barrières au traitement perçues par les patient.e.s et l'entente sur les buts de la thérapie.

Acceptation de prendre part aux activités thérapeutiques. Les trois types de barrières étaient associés négativement à la sous-échelle « tâches » du IAT. Cependant, la corrélation entre la perception de barrières d'accessibilité et de commodité et la sous-échelle « tâches » du IAT n'était plus significative à la suite de la correction pour le nombre de comparaisons effectuées, ce qui suggère que, compte tenu de la taille modeste des effets observés, de plus amples recherches sont nécessaires afin de tirer des conclusions plus fortes concernant cette association. Les corrélations entre les scores à la sous-échelle « tâches » et les barrières associées au jugement du thérapeute ainsi que les barrières concernant les stressseurs et les obstacles demeuraient significatives à la suite du test de Holm-Bonferroni. En moyenne, les participants percevant moins de jugement de la part du thérapeute, de stressseurs et d'obstacles à la thérapie rapportaient une plus grande acceptation à prendre part aux activités thérapeutiques et vice versa. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces résultats. Il est possible qu'une plus grande acceptation initiale des tâches thérapeutiques diminue l'impact subjectif des stressseurs et des obstacles à la thérapie ainsi que la perception de jugement du thérapeute. D'un autre côté, le fait de ne pas se sentir jugé par le thérapeute et de percevoir peu de stressseurs de vie et d'obstacles au traitement pourrait potentiellement favoriser l'acceptation de la participation aux tâches thérapeutiques. Par exemple, une personne n'ayant pas confiance en la compétence de son thérapeute (exemple de barrière relationnelle) pourrait être réticente à accepter de réaliser les tâches thérapeutiques proposées, de

même qu'une personne ayant un horaire de travail chargé et peu de temps libre (exemple de barrière logistique). Les analyses de corrélations ne permettant pas de conclure sur une relation de cause à effet, il serait intéressant d'étudier davantage l'impact des barrières logistiques et relationnelles sur l'acceptation de prendre part aux activités thérapeutiques.

Liens positifs entre le ou la patient.e et le thérapeute. Les données récoltées suggèrent que les participant.e.s jugeant plus positivement le lien avec leur thérapeute pendant le traitement percevaient moins de barrières associées aux stresseurs et obstacles et de barrières associées au jugement du thérapeute à la fin de la thérapie. Selon les analyses, les scores à la sous-échelle « liens » de l'IAT corrélaient négativement avec les barrières liées aux stresseurs et obstacles, mais la force de cette association n'était plus significative à la suite du test de Holm-Bonferroni, suggérant que de plus amples recherches sont nécessaires afin de tirer des conclusions sur les liens entre ces variables. L'association négative entre les scores à la sous-échelle « liens » du IAT et les scores de barrières à l'échelle jugement du thérapeute résiste à la correction pour le nombre de comparaisons effectuées. La force de la relation entre les barrières associées au jugement du thérapeute et l'alliance sur le lien thérapeutique, l'entente sur les buts et l'engagement dans les tâches thérapeutiques reflètent la dimension interpersonnelle de ces variables tout en suggérant que celles-ci mesurent des phénomènes différents étant donné les corrélations inverses entre les sous-échelles de l'IAT et les scores à l'échelle de barrières « jugement du thérapeute ». Il demeure intéressant de constater que la mesure des barrières associées à la perception du jugement du thérapeute à la fin de la thérapie permet de refléter en partie la qualité de l'alliance ayant été mesurée tout au long du traitement. Ces données semblent indiquer que les barrières relationnelles se distinguent de la mesure du lien thérapeutique et apportent des informations différentes.

Associations entre la perception de barrières et l'intolérance à l'incertitude

Le niveau d'intolérance à l'incertitude des participant.e.s dans l'évaluation prétraitement n'était pas significativement associé au niveau de barrières perçues à l'évaluation posttraitement, et ce, pour les trois types de barrières. Les personnes présentant un haut niveau d'intolérance à l'incertitude sont sensibles à l'imprévisibilité et la nouveauté (Dugas et al., 2012; Ladouceur et al., 2000). L'utilisation de la VC incluant les défis technologiques qui l'accompagnent peut s'avérer plus instable et incertaine que les interactions en face à face en raison des problèmes techniques possibles. Il aurait donc été possible de croire que les individus présentant un TAG aient perçu plus de barrières au traitement en vidéoconférence pour ces raisons. Néanmoins, les mesures de barrières ayant été administrées à la suite du traitement, il est probable que le niveau d'intolérance à l'incertitude ait diminué à la suite des 15 séances. De plus, l'habitué à l'utilisation de la vidéoconférence a potentiellement contribué à la diminution de la perception d'incertitude étant associée à l'utilisation de ce mode de communication. Ces données demeurent intéressantes, car elles indiquent que malgré un haut niveau initial d'intolérance à l'incertitude, il est possible d'effectuer de la PVC avec les patient.e.s présentant un TAG sans augmenter de façon significative les barrières au traitement. Toutefois, une analyse des barrières anticipées au prétraitement offrirait un éclairage intéressant sur cette question.

Implications cliniques de l'étude

Les résultats de cette étude exploratoire apportent certaines nuances aux conclusions des recensions des écrits antérieures au sujet des barrières au traitement perçues par les patient.e.s bénéficiant de la PVC. En effet, les analyses effectuées indiquent que le niveau rapporté de barrières au traitement demeure faible tant chez les participant.e.s de la condition VC que chez ceux de la condition FF, et ce, pour tous les types de barrières à l'étude. Ces résultats signifient

que les participant.e.s ayant complété le traitement en VC ne rapportent pas plus de barrières au traitement que ceux ayant reçu le traitement en FF. De plus, selon les analyses, la perception de barrières au traitement n'était pas associée à l'efficacité de celui-ci. Cela suggère qu'il est particulièrement important de s'assurer que le niveau de barrières n'entrave pas la participation au traitement jusqu'à la dernière séance. Les données récoltées se révèlent très encourageantes face à l'implantation de la PVC comme alternative à la psychothérapie traditionnelle en FF, particulièrement chez une population clinique présentant un TAG. Par ailleurs, les données des études antérieures suggèrent que la perception de barrières au traitement diminue lorsque les patient.e.s deviennent plus à l'aise à utiliser cette modalité. Depuis 2020, en raison de la pandémie mondiale, la population générale est devenue de plus en plus familière avec l'utilisation de la vidéoconférence comme méthode de communication. Cela indique qu'en l'absence de la proximité géographique des psychothérapeutes spécialisés dans des problématiques spécifiques telles que le TAG, la PVC représente donc une alternative d'offre de soins psychologiques adaptés sans augmenter les barrières perçus par les patient.e.s pouvant réduire l'accessibilité au traitement.

Forces et limitations de l'étude

L'utilisation d'échelles de mesure tirées de questionnaires validés afin d'évaluer de façon précise les barrières au traitement en VC perçues par les patient.e.s correspond à l'une des forces principales de cette étude. De plus, il s'agit de la première étude à comparer de façon quantitative le niveau de barrières selon les conditions VC et FF chez des participant.e.s ayant complété le protocole de traitement. Les études antérieures s'intéressant aux barrières perçues par les patients face à la PVC utilisaient des données qualitatives (Bleyel et al., 2020) ainsi qu'une synthèse de données tirées d'articles différents (Thomas et al., 2021). L'utilisation d'un devis de recherche

expérimentale avec un groupe contrôle renforce la validité interne des résultats en permettant les comparaisons entre des participant.e.s ayant bénéficié du même traitement en FF et en VC.

De plus, le devis expérimental aléatoire et la méthodologie de cette étude a permis d'isoler l'impact de l'utilisation d'un système de vidéoconférence sur les barrières perçues au traitement lors de la psychothérapie auprès d'individus présentant un TAG. En effet, les participant.e.s. des deux groupes bénéficiaient du même traitement dans les mêmes conditions à l'exception de la façon d'interagir avec le thérapeute (en face à face ou en vidéoconférence).

Le recrutement des participant.e.s dans cinq grands centres urbains du Québec augmente la représentativité et le potentiel de généralisation des résultats de l'étude à la population TAG de la province. Néanmoins, l'échantillon s'avérait plutôt homogène, puisqu'il se constituait majoritairement de femmes caucasiennes ayant un niveau d'éducation postsecondaire et ayant démontré de l'intérêt pour l'étude. Il serait intéressant d'évaluer les barrières au traitement chez un échantillon plus représentatif de la population clinique TAG. Afin d'évaluer si les résultats de cette étude peuvent être généralisés à d'autres groupes, il serait important d'effectuer des études similaires auprès d'autres populations cliniques et d'autres groupes d'âge. Les résultats du projet actuel sont encourageants bien que de plus amples recherches soient nécessaires afin déterminer si l'absence de différences significatives de barrières au traitement en VC s'observe chez des clientèles variées.

Cette étude présente certaines limites méthodologiques qui se doivent d'être discutées. Premièrement, les barrières au traitement ont été évaluées seulement à la fin du traitement chez les participant.e.s ayant complété les 15 séances de thérapie. Ceux et celles ayant retiré leur participation à l'étude avant la fin du traitement n'ont pas complété les mesures de barrières perçues et il n'est donc pas possible d'étudier le lien entre les barrières et l'abandon thérapeutique. Néanmoins, il est encourageant de constater que le taux d'abandon et d'exclusion

pour les deux conditions (FF = 17.72%, VC = 24.64%) se situaient près des taux moyens observés dans les études antérieures de traitement du TAG en face à face (entre 14.42% et 19.91%, Gersh et al., 2017). Selon les données obtenues par Kazdin et al. (2006), la perception de barrières au traitement serait associée au taux d'abandon du traitement. Il est donc possible que les participant.e.s de la présente étude ayant abandonné le traitement aient perçu un plus grand niveau de barrières que ceux ayant complété la psychothérapie. Il serait intéressant dans une étude future d'évaluer les barrières au traitement des patient.e.s se désistant, puisque cela permettrait potentiellement de pouvoir adresser les obstacles au traitement et ainsi en augmenter l'accessibilité. De plus, il pourrait être intéressant d'évaluer les barrières au traitement à différent moment de la psychothérapie (par ex., avant le traitement, au début du traitement, à la mi traitement, etc.) afin d'évaluer de façon quantitative les fluctuations de la perception des barrières ainsi que l'effet d'habituation à l'utilisation de la PVC telle que rapporté dans l'étude qualitative de Bleyel et al. (2020).

Cette étude se penchait plus précisément sur les barrières associées au jugement du thérapeute, à l'accessibilité du traitement ainsi qu'aux stressors de vie pouvant interférer avec le traitement. Pour ce faire, des échelles spécifiques de Kazdin et al. (1997) et de Lingley-Pottie & McGrath (2011) ont été sélectionnées. Le questionnaire de Kazdin et al. (1997) étant destiné aux parents et aux enfants, plusieurs items n'étaient pas adaptés à l'évaluation des barrières au traitement chez une population adulte bénéficiant de psychothérapie individuelle. De plus, afin de ne pas imposer une quantité trop grande de questionnaires aux participant.e.s, certains types de barrières correspondant à des échelles supplémentaires des questionnaires de Lingley-Pottie et McGrath (2011) n'ont pas été documentés ni évalués dans le présent projet, tels que le sentiment de confort et de sécurité envers la psychothérapie, la protection de la vie privée ainsi que la peur d'être stigmatisé. Il pourrait être intéressant d'évaluer ces variables dans les prochaines études

afin d'observer si l'absence de différences significatives demeure entre la psychothérapie en face à face et en VC. Comme mentionné précédemment, les participant.e.s des deux conditions devaient se déplacer au centre de service de leur région. La distance à parcourir demeurait la même, peu importe la modalité d'intervention. Au moment des expérimentations, l'objectif de l'étude était d'offrir des services spécialisés aux individus résidant à l'extérieur des centres urbains et l'offre de la PVC était alors très peu répandue. Depuis le début de la pandémie de COVID-19 au printemps 2020, une explosion de l'utilisation de la PVC a été observée. Afin de respecter les mesures sanitaires, les patient.e.s pouvaient bénéficier de séance de psychothérapie à partir de leur domicile, réduisant ainsi à zéro la distance de déplacement. Or, les barrières logistiques évaluent des variables concernant l'organisation du temps et les obstacles liés au déplacement (par ex., météo, stationnement). Il est donc possible que le niveau de barrières logistiques diffère lorsque les participant.e.s n'ont pas à se déplacer pour leurs rendez-vous, ce qui limite la généralisation des résultats de la présente étude. Il serait donc intéressant de comparer dans une étude future les barrières au traitement du TAG en face à face dans un centre de services en comparaison avec un traitement en vidéoconférence à partir de son domicile. Néanmoins, il est pertinent de noter qu'en moyenne, les participant.e.s de l'étude n'ont pas perçu un haut niveau de barrières logistiques malgré la distance à parcourir, et ce tant pour la condition VC que FF. Par ailleurs, un essai randomisé récent de Peterson et al. (2022) s'est intéressé à l'acceptabilité d'une psychothérapie pour les trois modalités de traitement suivantes : (1) psychothérapie traditionnelle en face à face au bureau du thérapeute, (2) psychothérapie en face à face au domicile des patient.e.s, (3) télépsychothérapie à partir du domicile des patient.e.s. Selon les résultats, la télépsychothérapie de la maison était la modalité la plus acceptée et la moins fréquemment refusée (19%) suivie de la psychothérapie en face à face au bureau du thérapeute (29%) et finalement de la psychothérapie en face à face au domicile (54%). Selon les données

récoltées, les principaux facteurs nuisant à l'acceptabilité de la modalité la moins populaire incluaient la présence de distraction au domicile, le stigma associé à la venue d'un.e professionnel.le de la santé mentale chez soi ainsi que les enjeux de confidentialité (par ex., être entendu.e par un.e occupant.e de la maison ou un.e voisin.e). Bien que la PVC à domicile fût la plus acceptée, l'offre de PVC dans les centres de services permet de contourner les barrières liées à la confidentialité et aux distractions à domicile lorsque la psychothérapie en face à face n'est pas accessible (par ex., en raison de la distance géographique avec le thérapeute). Des études futures pourraient se pencher sur l'acceptabilité et les barrières distinctes de ces deux modalités d'offre de la PVC.

Avancées récentes dans le traitement du trouble d'anxiété généralisée

Le protocole de traitement basé sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude utilisé dans cette étude incluait quatre composantes, soit la réévaluation de l'utilité de s'inquiéter, l'exposition comportementale à l'incertitude, l'entraînement à la résolution de problèmes et l'exposition en imagination (Dugas & Ladouceur, 2000). Ce protocole s'est révélé un traitement efficace, tant en thérapie face à face qu'en télépsychothérapie, selon les résultats de Bouchard et al. (sous presse). Il est intéressant de noter que des données récentes sur le rôle des comportements sécurisants dans le maintien du TAG et sur les mécanismes thérapeutiques suggèrent qu'un protocole ayant comme unique composante les expériences comportementales pourrait être suffisant pour susciter des gains thérapeutiques (Craske et al., 2014; McManus et al., 2012; McMillan & Lee, 2010). Un nouveau traitement a d'ailleurs été élaboré et évalué auprès de 7 patient.e.s dans l'étude préliminaire de Hebert et al. (2015). Selon les résultats, les gains thérapeutiques de ce traitement épuré se sont révélés comparables au traitement à quatre composantes. Une étude de plus grande envergure est en cours afin d'évaluer l'efficacité du

protocole à une composante (Dugas, 2018). Néanmoins, ces avancées ne mènent pas à une remise en question de la validité des résultats du présent projet de recherche puisque les objectifs étaient centrés sur la documentation et l'évaluation des barrières au traitement perçues par les patient.e.s et non l'efficacité du traitement.

Conclusion

Cette étude a permis d'explorer les barrières au traitement en VC perçues par les patient.e.s présentant un TAG de façon plus précise en s'intéressant à trois types de barrières spécifiques, soit (a) les barrières relationnelles liées au jugement du thérapeute, (b) les barrières logistiques liées à l'accessibilité du traitement ainsi que (3) les barrières logistiques liées aux stressors de vie. Étant donné la faible quantité de recherches antérieures se penchant sur ces variables, aucune hypothèse n'avait été avancée. Les résultats de la recherche sont très encourageants, puisqu'ils suggèrent que peu de barrières au traitement en VC sont rapportées par les patient.e.s et que celles-ci ne diffèrent pas des barrières perçues en FF. Ceci va à l'encontre de certaines craintes qui peuvent être entretenues par des personnes moins familières avec cette modalité de traitement et indique que le traitement en VC serait perçu comme autant accessible que le traitement en FF chez les patient.e.s ayant bénéficié d'une PVC. Les barrières relationnelles associées au jugement du thérapeute corrélaient fortement, et inversement, avec l'alliance thérapeutique, alors que les barrières liées aux stressors et aux obstacles à l'accès aux services semblent liées à moins d'entente envers les buts et les tâches en thérapie. À la suite de l'analyse des données, de nouvelles questions de recherche ont été formulées afin d'orienter les études futures. Il serait intéressant d'évaluer si le niveau de barrières au traitement joue un rôle déterminant dans la probabilité d'abandon du traitement lors d'une PVC. De plus, des recherches ultérieures pourraient évaluer si la PVC à domicile permet de réduire la perception de barrières logistiques associées au coût de déplacement et à l'organisation de l'horaire chez les patient.e.s devant se déplacer pour assister à leurs rendez-vous. Finalement, il serait pertinent de documenter les barrières à la PVC chez une clientèle clinique diversifiée afin d'évaluer la généralisation des résultats à des personnes présentant différentes problématiques.

Références

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. *Télésanté : Lignes directrices cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie*. (2006).

<http://www.santecom.gc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/2550469410b.pdf>

Ahn, H.-N., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251-257. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.251>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Batastini, A. B., Paprzycki, P., Jones A. C. T., & MacLean, N. (2021). Are videoconferenced mental and behavioural health services just as good as in-person? A meta-analysis of a fast-growing practice. *Clinical Psychology Review*, 83, Article 101944.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101944>

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory–II* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>

Berryhill, M. B., Halli-Tierney, A., Culmer, N., Williams, N., Betancourt, A., King, M., & Ruggles, H. (2018). Videoconferencing psychological therapy and anxiety: A systematic review. *Family Practice*, 36, 53-63. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101944>

Bleyel, C., Hoffmann, M., Wensing, M., Hartmann, M., Friederich, H. C., & Haun, M. W. (2020). Patients' perspective on mental health specialist video consultations in primary care: Qualitative preimplementation study of anticipated benefits and barriers. *Journal of Medical Internet Research*, 22(4), e17330. <https://doi.org/10.2196/17330>

- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In G. C. L. Davey, & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 5-33). John Wiley & Sons.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O., & Behar, E. S. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. Heimberg, & D. Mennin, C. Turk (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). Guilford.
- Borkovec, T. D., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26(1), 25-30.
[https://doi.org/10.1016/0005-7916\(94\)00064-sCopy](https://doi.org/10.1016/0005-7916(94)00064-sCopy)
- Bouchard, S. (2001, novembre). *CBT in videoconference for panic disorder and generalized anxiety disorder* [Présentation orale]. Association for the Advancement of Behavior Therapy 35th Annual Meeting, Philadelphie, PA, États-Unis.
- Bouchard, S., Dugas, M. J., Belleville, G., Langlois, F., Gosselin, P., Robillard, G., Corno, G., & Marchand, A. (sous presse). A multisite non-inferiority randomized control trial on the efficacy of delivering cognitive-behavior therapy in videoconference to people suffering from generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 11.
- Bouchard, S., Haddouk, L., & Scheider, B. (2022). L'application de la psychothérapie en vidéoconférence (PVC) auprès des adultes: ce que nous apprennent les données de recherches. Un regard méthodologique. Dans Haddouk, L. & Scheider, B (Dir.). *Télépsychologie* (pp. 25-48). Érès.
- Bouchard, S., Marchand, A., Gosselin, P., Langlois, F., Dugas, M., & Belleville, G. (2017, octobre). *A multisite non-inferiority trial on the efficacy of delivering cognitive-behavior therapy in videoconference to people suffering from generalized anxiety disorder*

[Symposium]. 78e Congrès National de la Société Canadienne de Psychologie, ON, Toronto, Canada.

Brown, T. A., Barlow, D. H., & Di Nardo, P. A. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV): Client Interview Schedule*. Oxford University Press.

Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 931-945.

[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00092-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00092-4)

Carl, E., Witcraft, S. M., Kauffman, B. Y., Gillespie, E. M., Becker, E. S., Cuijpers, P., Van Ameringen, M., Smits, J. A. J., & Powers, M. B. (2020). Psychological and pharmacological treatments for generalized anxiety disorder (GAD): A meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(1), 1-21.

<https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1560358>

Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the Metacognitions Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(3), 279–296.

[https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(97\)00011-x](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(97)00011-x)

Chaloult, L., Ngo, T.-L., Goulet, J., & Cousineau, P. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale*. Gaetan Morin Éditeur.

Cohen, D. (1987). Educational technology, policy, and practice. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 9(2), 153-170. <https://doi.org/10.2307/1163727>

Connolly, S. L., Miller, C. J., Lindsay, J. A., & Bauer, M. S. (2020). A systematic review of providers' attitudes toward telemental health via videoconferencing. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(2), e12311. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12311>

- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 130–140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.002>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie [Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(1), 24–34. <https://doi.org/10.1037/0708-5591.49.1.24>
- Dugas, M. J. (2018). Le traitement de l’anxiété généralisée: Plus on en sait, moins on en fait [The treatment of generalized anxiety: The more we know, the less we do]. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 59(2), 126–131. <https://doi.org/10.1037/cap0000144>
- Dugas, M. J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., Leblanc, R., & Gervais, N. J. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 41(1), 46–58. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.12.004>
- Dugas, M. J., & Francis, K. (2000). Review of the Worry and Anxiety Questionnaire. In J. Maltby, C. A. Lewis, & A. P. Hill (Eds.), *Commissioned reviews of 250 psychological tests*. Edwin Mellen Press.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215–226. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00070-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00070-3)

- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD. Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification*, 24(5), 635–657.
<https://doi.org/10.1177/0145445500245002>
- Dugas, M. J., Laugesen, N., & Bukowski, W. M. (2012). Intolerance of uncertainty, fear of anxiety, and adolescent worry. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(6), 863–870.
<https://doi.org/10.1007/s10802-012-9611-1>
- Dugas, M. J., Léger, E., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble d'anxiété généralisée - Manuel du thérapeute*. Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.
- Fernández-Álvarez, J., & Fernández-Álvarez, H. (2021). Videoconferencing psychotherapy during the pandemic: Exceptional times with enduring effects?. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 589536. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.589536>
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L. Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders, (SCID-II)*. American Psychiatric Association.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry?. *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802.
[https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Gauthier, J., Morin, C., Thériault, F., & Lawson, J. S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue Québécoise de Psychologie*, 3(2), 13-27.
- Gersh, E., Hallford, D. J., Rice, S. M., Kazantzis, N., Gersh, H., Gersh, B., & McCarty, C. A. (2017). Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy

for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 52, 25–33.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.10.001>

Goetter, E. M., Frumkin, M. R., Palitz, S. A., Swee, M. B., Baker, A. W., & Simon, N. M.

(2020). Barriers to mental health treatment among individuals with social anxiety disorder and generalized anxiety disorder. *Psychological Services*, 17(1), 5-12.

<https://doi.org/10.1037/ser0000254>

Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C. M., Dugas, M. J., & Baillargeon, L. (2006).

Benzodiazepine discontinuation among adults with GAD: A randomized trial of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 908–919.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.908>

Grenier, S., & Ladouceur, R. (2004). Manipulation de l'intolérance à l'incertitude et inquiétudes

[Manipulation of intolerance of uncertainty and worries]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 36(1), 56-65.

Griffiths, L., Blignault, I., & Yellowlees, P. (2006). Telemedicine as a means of delivering

cognitive-behavioural therapy to rural and remote mental health clients. *Journal of*

Telemedicine and Telecare, 12(3), 136–140. <https://doi.org/10.1258/135763306776738567>

Hebert, E. A., Geninet, I., & Dugas, M. J. (2015, novembre). Challenging uncertainty: Behavioral

experiments in the treatment of generalized anxiety disorder. In M. M. Antony (Chair),

Innovations in the treatment of generalized anxiety disorder [Symposium]. Association for

Behavioral and Cognitive Therapies Annual Convention, Chicago, IL, United States.

Holm, S. (1979). A simple sequential rejective multiple test procedure. *Scandinavian Journal of*

Statistics, 6(2), 65-70. <https://www.jstor.org/stable/4615733>

- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, *36*(2), 223–233.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Jensen, E. J., Wieling, E., & Mendenhall, T. (2020). A phenomenological study of clinicians' perspectives on barriers to rural mental health care. *Journal of Rural Mental Health*, *44*(1), 51–61. <https://doi.org/10.1037/rmh0000125>
- Kazdin, A. E., Holland, L., & Crowley, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*(3), 453–463. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.3.453>
- Kazdin, A. E., Holland, L., Crowley, M., & Breton, S. (2006). Barriers to treatment participation scale: Evaluation and validation in the context of child outpatient treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*(8), 1051–1062. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01621.x>
- Kazdin, A. E., & McWhinney, E. (2018). Therapeutic alliance, perceived treatment barriers, and therapeutic change in the treatment of children with conduct problems. *Journal of Child and Family Studies*, *27*(1), 240–252. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0869-3>
- Kessler, R. C., Walters, E. E., & Wittchen, H.-U. (2004). Epidemiology. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 29-50). The Guilford Press.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, *146*(5), 317–325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>

- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(6), 957-964. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.957>
- Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy, 38*(9), 933-941. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00133-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00133-3)
- Lim, D., Sanderson, K., & Andrews, G. (2000). Lost productivity among full-time workers with mental disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics, 3*(3), 139-146. <https://doi.org/10.1002/mhp.93>
- Lingley-Pottie, P., & McGrath, P. J. (2011). Development and initial validation of the treatment barrier index scale: A content validity study. *Advances in Nursing Science, 34*(2), 151–162. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3182186cc0>
- Lingley-Pottie, P., McGrath, P. J., & Andreou, P. (2013). Barriers to mental health care: Perceived delivery system differences. *Advances in nursing science, 36*(1), 51–61. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e31828077eb>
- Marchand, A., & Boivin, I. (1997). *L'entrevue structurée pour les troubles anxieux selon le DSM-IV*. Document inédit, Université du Québec à Montréal.
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *The Journal of Clinical Psychiatry, 74*(6), 595–602. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07757>

- McManus, F., Van Doorn, K., & Yiend, J. (2012). Examining the effects of thought records and behavioral experiments in instigating belief change. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(1), 540–547. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.07.003>
- McMillan, D., & Lee., R. (2010). A systematic review of behavioral experiments vs. exposure alone in the treatment of anxiety disorder: A case of exposure while wearing the emperor's new clothes?. *Clinical Psychology Review*, 30, 467-478. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.003>
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281–1310. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>
- Mennin, D. S., McLaughlin, K. A., & Flanagan, T. J. (2009). Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 866-871. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.04.006>
- Mental Health Commission of Canada. (2019). *Newfoundland and Labrador Stepped Care 2.0 e-mental health demonstration project*. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2019-09/emental_health_report_eng_0.pdf
- Moroz, N., Moroz, I., & Slovinec, D. (2020). Mental health services in Canada: Barriers and cost-effective solutions to increase access. *Healthcare Management Forum*, 33(6), 282-287. <https://doi.org/10.1177/0840470420933911>
- Newman, M. G., LaFreniere, L. L., & Shin K. E. (2017). Cognitive-behavioral therapies in historical perspective. In A. J. Consoli, L. E. Beutler, & B. Bongar (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (2nd ed., pp. 61-75). Oxford University Press.

Newman, M. G., & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review, 31*(3), 371-382.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.008>

Nickel, C., Tritt, K., Kettler, C., Lahmann, C., Loew, T., Rother, W., & Nickel, M. (2005).

Motivation for therapy and the results of inpatient treatment of patients with a generalized anxiety disorder: a prospective study. *Wiener Klinische Wochenschrift, 117*(9-10), 359–

363. <https://doi.org/10.1007/s00508-005-0334-y>

Palay, J., Taillieu, T. L., Afifi, T. O., Turner, S., Bolton, J. M., Enns, M. W., Smith, M., Lesage, A., Bakal, J. A., Rush, B., Adair, C. E., Vigod, S. N., Clelland, S., Rittenbach, K., Kurdyak, P., & Sareen, J. (2019). Prevalence of mental disorders and suicidality in canadian

provinces. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue Canadienne de psychiatrie, 64*(11), 761–

769. <https://doi.org/10.1177/0706743719878987>

Pelletier, L., O'Donnell, S., McRae, L., & Grenier, J. (2017). The burden of generalized anxiety disorder in Canada. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada, 37*(2),

54-62. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.2.04>

Pelletier, L. G., Tuson, K. M., & Haddad, N. K. (1997). Client Motivation for Therapy Scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of Personality Assessment, 68*, 414–435. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6802_11

Peterson, A. L., Mintz, J., Moring, J. C., Staud, C. L., Young-MacCaughan, S., McGeary, C. A., McGeary, D. D., Litz, B. T., Velligan, D. I., Macdonald, A., Mata-Galan, E., Holliday, S. L., Dillon, K. H., Roache, J. D., Bira, L. M., Nabity, P. S., Medellin, E. M., Hale, W. J., & Resick, P. A. (2022). In-office, in-home, and telehealth cognitive processing therapy for

- posttraumatic stress disorder in veterans: A randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*, 22, Article 41. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03699-4>
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, 20(3), 276-297. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(94\)00072-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(94)00072-7)
- Rees, C. S., & Maclaine, E. (2015). A systematic review of videoconference-delivered psychological treatment for anxiety disorders. *Australian Psychologist*, 50(4), 259–264. <https://doi.org/10.1111/ap.12122>
- Rueter, M. A., Holm, K. E., Burzette, R., Kim, K. J., & Conger, R. D. (2007). Mental health of rural young adults: Prevalence of psychiatric disorders, comorbidity, and service utilization. *Community Mental Health Journal*, 43(3), 229-249. <https://doi.org/10.1007/s10597-007-9082-y>
- Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A., & Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17, 611–627. <https://doi.org/10.1080/08870440290025812>
- Salters-Pedneault, K., Roemer, L., Tull, M. T., Rucker, L., & Mennin, D. S. (2006). Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 469–480. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9055-4>
- Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2009). Defining distinct negative beliefs about uncertainty: Validating the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Psychological Assessment*, 21(2), 176-186. <https://doi.org/10.1037/a0015827>

- Simmons, L. A., & Havens, J. R. (2007). Comorbid substance and mental disorders among rural Americans: results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, 99(1), 265-271. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.08.016>
- Statistique Canada. (2021). *Perception quant à la santé mentale et aux besoins en soins de santé mentale durant la pandémie de COVID-19*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2021001/article/00031-fra.pdf>
- Taillieu, T. L., Afifi, T. O., Turner, S., Cheung, K., Fortier, J., Zamorski, M., & Sareen, J. (2018). Risk Factors, clinical presentations, and functional impairments for generalized anxiety disorder in military personnel and the general population in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue Canadienne de Psychiatrie*, 63(9), 610–619. <https://doi.org/10.1177/0706743717752878>
- Tambling, R. R., Hynes, K. C., & D’Aniello, C. (2021). Are barriers to psychotherapy treatment seeking indicators of social determinants of health? A critical review of the literature. *The American Journal of Family Therapy*, 20210108, 1-16. <https://doi.org/10.1080/01926187.2020.1867931>
- Théberge-Lapointe, N., Marchand, A., Langlois, F., Gosselin, P., & Watts, S. (2015). Efficacy of a cognitive-behavioural therapy administered by videoconference for generalized anxiety disorder. *European Review of Applied Psychology*, 65(1), 9-17. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2014.10.001>
- Thomas, K. C., Ellis, A. R., Konrad, T. R., Holzer, C. E., & Morrissey, J. P. (2009). County-level estimates of mental health professional shortage in the United States. *Psychiatric Services*, 60(10), 1323–1328. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.10.1323>
- Thomas, N., McDonald, C., de Boer, K., Brand, R. M., Nedeljkovic, M., & Seabrook, L. (2021). Review of the current empirical literature on using videoconferencing to deliver individual

- psychotherapies to adults with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(3), 854-883. <https://doi.org/10.1111/papt.12332>
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 207–210. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207>
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 89-106. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-1651-1>
- van der Heiden, C., Muris, P., & van der Molen, H. T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(2), 100-109. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.12.005>
- van Dis, E., van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C., van den Heuvel, R. M., Cuijpers, P., & Engelhard, I. M. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 265–273. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986>
- 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(2), 629–640. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.629>
- Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G., & Dugas, M. J. (2020). Telepsychotherapy for generalized anxiety disorder: Impact on the working alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 208-225. <https://doi.org/10.1037/int0000223>

Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalised anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 301–320.

<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.07.002>

Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Behavioral Research*, 29, 107-121. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-1652-0>

Wells, A., & Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalised anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(6), 585–594. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00156-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00156-9)

Wells, A., & Papageorgiou, C. (1995). Worry and the incubation of intrusive images following stress. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), 579–583. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00087-Z](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00087-Z)

ANNEXE A : APPROBATION ÉTHIQUE DU PROJET DE RECHERCHE



Le 02 mars 2022

À l'attention de :

Audrée St-Onge

Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche

Projet #: 2022-2160

Titre du projet de recherche : Les barrières au traitement perçues par les patients présentant un TAG après avoir reçu une thérapie cognitive comportementale en face à face par rapport à la visioconférence

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le CER de l'UQO. Suivant l'examen de la documentation reçue, nous constatons que votre projet de recherche rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQO est par conséquent émis en date du 02 mars 2022. Nous désirons vous rappeler que pour assurer la validité de votre certificat d'éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire, chaque année, un rapport de suivi continu à l'aide du formulaire *F9 - Suivi continu*. Le prochain suivi devra être fait au plus tard le :

02 mars 2023.

Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications. Finalement, lorsque votre projet sera terminé, vous devrez remplir le formulaire *F10 - Rapport final*.

Notez qu'en vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE



La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet # : 2022-2160

Titre du projet de recherche : Les barrières au traitement perçues par les patients présentant un TAG après avoir reçu une thérapie cognitive comportementale en face à face par rapport à la visioconférence

Chercheuse principale :

Audrée St-Onge

Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Directeur de recherche:

Stéphane Bouchard

Professeur, Université du Québec en Outaouais

Date d'approbation du projet : 02 mars 2022

Date d'entrée en vigueur du certificat : 02 mars 2022

Date d'échéance du certificat : 02 mars 2023

Caroline Tardif

Attachée d'administration, CÉR pour André

Durivage, Président du CÉR

ANNEXE B : INDEX DES BARRIÈRES RELIÉES AU TRAITEMENT



INDEX DES BARRIÈRES RELIÉES AU TRAITEMENT (IBRT)*

En vous basant sur les expériences vécues en thérapie, veuillez indiquer jusqu'à quel point vous êtes en accord ou non avec chacun des énoncés suivants, à l'aide de l'échelle de 5 points ci-dessous. Pour chaque item, veuillez SVP encercler le nombre (un seul) correspondant le plus à comment vous vous êtes senti(e) lors de la séance de thérapie.

(Fortement en désaccord)	(En désaccord)	(Ni en accord ou en désaccord)	(En accord)	(Fortement en accord)
1	2	3	4	5

DURANT MA SÉANCE DE THÉRAPIE...

1. ... j'ai reçu l'aide nécessaire de la part de mon thérapeute 1 2 3 4 5
2. ... les commentaires de mon thérapeute m'aidaient à me sentir mieux ... 1 2 3 4 5
3. ... je me suis senti intimidé par mon thérapeute 1 2 3 4 5
4. ... je me sentais confus par les réactions de mon thérapeute..... 1 2 3 4 5
5. ... j'avais confiance en mon thérapeute 1 2 3 4 5
6. ... mon thérapeute me contrariait 1 2 3 4 5
7. ... mon thérapeute portait attention à ce que je disais 1 2 3 4 5
8. ... J'ai créé une mauvaise opinion de mon thérapeute (p.ex. de son apparence, sa voix, ses actions) 1 2 3 4 5
9. ... mon thérapeute était très compréhensif vis à vis ma situation..... 1 2 3 4 5
10. ... les sujets que je considérais importants à aborder ont été évités par mon thérapeute 1 2 3 4 5
11. ... je sentais que mon thérapeute savait ce qu'il faisait 1 2 3 4 5

(Fortement en désaccord)	(En désaccord)	(Ni en accord ou en désaccord)	(En accord)	(Fortement en accord)
1	2	3	4	5

EN GÉNÉRAL...

12. ... les séances de thérapies convenaient à mon horaire 1 2 3 4 5
13. ... je devais me dépêcher pour arriver à temps à mes rendez-vous 1 2 3 4 5
14. ... il y avait des coûts associés à ma thérapie (p.ex. financiers, temps, ou psychologiquement) 1 2 3 4 5
15. ... j'avais l'impression d'avoir accès à quelqu'un pour m'aider en tout temps 1 2 3 4 5
16. ... il m'était facile de m'engager à être présent aux séances de thérapie . 1 2 3 4 5
17. ... j'étais parfois inquiet de manquer une séance à cause d'un imprévu (p. ex. mauvais temps, obligations familiales, maladie, travail) 1 2 3 4 5
18. ... l'attente pour obtenir de l'aide était trop longue 1 2 3 4 5
19. ... mes séances de thérapies m'empêchaient de m'occuper des choses importantes qui ne sont pas liées à mon anxiété 1 2 3 4 5
20. ... l'endroit où s'effectuait la thérapie était adéquat pour moi 1 2 3 4 5
21. ... il y avait beaucoup de choses à organiser avant chaque session 1 2 3 4 5
22. ... le transport (se faire reconduire, conduire, prendre l'autobus) pour me rendre à mes sessions a été problématique 1 2 3 4 5
23. ... je suis impliqué dans d'autres activités (sports, cours de musique), ce qui rendait difficile pour moi de me rendre à mes séances 1 2 3 4 5
24. ... il était difficile de planifier l'horaire des rendez-vous 1 2 3 4 5
25. ... l'horaire de thérapie était en conflit avec une autre de mes activités (cours, travail, amis) 1 2 3 4 5
26. ... pendant ma période de traitement, j'ai vécu beaucoup de stress dans ma vie 1 2 3 4 5
27. ... j'ai été malade le jour où les séances étaient prévues 1 2 3 4 5

(Fortement en désaccord)	(En désaccord)	(Ni en accord ou en désaccord)	(En accord)	(Fortement en accord)
1	2	3	4	5
<hr/>				
28. ... suite à des problèmes vécus à la maison, il m'était difficile de me rendre aux séances de traitement	1	2	3	4 5
29. ... la thérapie était un stresser de plus à ma vie	1	2	3	4 5
30. ... les conditions météorologiques ont rendu difficile mon accès aux séances de thérapie	1	2	3	4 5
31. ... je n'ai pas eu le temps de faire les exercices demandés en thérapie	1	2	3	4 5
32. ... il y avait toujours quelqu'un de malade à la maison	1	2	3	4 5
33. ... il m'était difficile de trouver une gardienne pour que je puisse me rendre aux séances	1	2	3	4 5
34. ... il était difficile de trouver un endroit pour me stationner lors de mes mes séances.....	1	2	3	4 5
35. ... j'ai eu une dispute avec mon mari, conjoint ou partenaire à propos de ma thérapie.....	1	2	3	4 5
36. ... j'étais trop fatigué après le travail (ou l'école) pour me rendre aux séances de thérapie	1	2	3	4 5
37. ... mon horaire de travail (ou d'école) a été un obstacle à ma présence aux séances de thérapie	1	2	3	4 5
38. ... ma thérapie a réduit le temps que je pouvais passer avec mes enfants	1	2	3	4 5
39. ... j'ai eu des problèmes à la maison avec un membre de ma famille et cela m'a empêché de venir à la séance	1	2	3	4 5

*Traduction libre et adaptation francophone par Laboratoire de Cyberpsychologie de l'UQO (2013) inspiré de Lingley-Pottie, & McGrath (2011) et de Kazdin, Holland, Crowley, & Breton (1997).

ANNEXE C: QUESTIONNAIRE D'INQUIÉTUDE ET D'ANXIÉTÉ

QIA

No. Dossier _____

Date _____

1. Quels sont les sujets à propos desquels vous vous inquiétez le plus souvent?

a) _____

d) _____

b) _____

e) _____

c) _____

f) _____

Pour les numéros suivants, encerclez le chiffre correspondant (0 à 8).

2. Est-ce que vos inquiétudes vous semblent excessives ou exagérées?

Aucunement
excessives

Modérément
Excessives

Complètement
excessives

.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....

3. Durant les derniers six mois, combien de jours avez-vous été troublé-e par des inquiétudes excessives?

Jamais

un jour sur deux

À tous les jours

.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....

4. Est-ce que vous avez de la difficulté à contrôler vos inquiétudes? Par exemple, lorsque vous commencez à vous inquiéter à propos de quelque chose, avez-vous de la difficulté à vous arrêter?

Aucune
difficulté

Difficulté
Modérée

Difficulté
extrême

.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7...8.....

QIA

Cotation

Instructions pour la cotation

Pour calculer le score total au QIA, faire la somme des réponses de tous les items (sauf les réponses à l'item 1).

Pour rencontrer les critères du TAG pour le QIA, la personne doit rapporter au moins un thème d'inquiétude, indiquer un score de '4' ou plus aux items 2, 3, 4 et 6, en plus d'indiquer un score de '4' ou plus sur au moins 3 des 6 symptômes somatiques (item 5).

Trois autres catégories de critères peuvent être rencontrées:

- Critère cognitif (score de '4' ou plus aux items 2, 3 et 4)
- Critère somatique (score de '4' ou plus sur au moins 3 des 6 symptômes somatiques de l'item 5)
- Aucun critère (ne rencontre aucun des critères précédents)

Pour information concernant les propriétés psychométriques du QIA, vous pouvez consulter:

Dugas, M.J., Francis, K. (2000). Review of the Worry and Anxiety Questionnaire. In: J. Maltby, C. A. Lewis, & A. P. Hill (Eds.), *Commissioned reviews on 300 Psychological Tests*. Lampeter, Wales: Edwin Mellen Press.

ANNEXE D: INVENTAIRE DE DÉPRESSION DE BECK - II

INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION - II

Nom : _____

Date : _____

Résultat : _____

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes :

1. Lisez attentivement toutes les phrases.
 2. Placez un «X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez depuis une semaine et dans le moment présent.
 3. Si plusieurs phrases vous conviennent, placez un «X» à chacune.
-

1. 0 () Je ne me sens pas triste.
1 () Je me sens morose ou triste.
2 () Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb.
2 () Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal.
3 () Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.
2. 0 () Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur
1 () Je me sens découragé(e) à propos du futur.
2 () Je sens que je n'ai rien à attendre du futur.
3 () Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés.
4 () Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer
3. 0 () Je ne sens pas que je suis un échec.
1 () Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens.
2 () Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque.
3 () Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs.
4 () Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).
4. 0 () Je ne suis pas particulièrement mécontent(e).
1 () Je me sens «tanné(e)» la plupart du temps.
2 () Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant.
3 () Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit.
4 () Je suis mécontent(e) de tout.
5. 0 () Je ne me sens pas particulièrement coupable.
1 () Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne.
1 () Je me sens plutôt coupable.
2 () Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps.
3 () Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.
6. 0 () Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
1 () J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.
2 () Je sens que je suis ou serai puni(e).
3 () Je sens que je mérite d'être puni(e)
3 () Je veux être puni(e).
7. 0 () Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
1 () je suis déçu(e) de moi-même.
1 () Je ne m'aime pas.
2 () Je suis dégoûté(e) de moi-même.
3 () Je me hais.

8. 0 () Je ne sens pas que je suis pire que les autres.
1 () Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs.
2 () Je me blâme pour mes fautes.
3 () Je me blâme pour tout ce qui m'arrive de mal.
9. 0 () Je n'ai aucune idée de me faire du mal.
1 () J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution.
2 () Je sens que je serais mieux mort(e).
2 () Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e)
3 () J'ai des plans définis pour un acte suicidaire.
4 () Je me tuerais si je le pouvais.
10. 0 () Je ne pleure pas plus que d'habitude.
1 () Je pleure plus maintenant qu'auparavant.
2 () Je pleure tout le temps maintenant. Je ne peux plus m'arrêter.
3 () Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.
11. 0 () Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude.
1 () Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire
2 () Je me sens irrité(e) tout le temps.
3 () Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.
12. 0 () Je n'ai pas perdu intérêt aux autres.
1 () Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant.
2 () J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux.
3 () J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.
13. 0 () Je prends des décisions aussi bien que d'habitude.
1 () J'essaie de remettre à plus tard mes décisions.
2 () J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions.
3 () Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.
14. 0 () Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant.
1 () Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait.
2 () Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait.
3 () Je me sens laid(e) et répugnant(e).
15. 0 () Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant.
1 () J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose.
1 () Je ne travaille pas aussi bien qu'avant.
2 () J'ai besoin de me pousser fort pour faire quoi que ce soit.
3 () Je ne peux faire aucun travail.
16. 0 () Je peux dormir aussi bien que d'habitude.
1 () Je me réveille plus fatigué(e) que d'habitude.
2 () Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir.
3 () Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de cinq heures.
17. 0 () Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
1 () Je me fatigue plus facilement qu'avant.
2 () Je me fatigue à faire quoi que ce soit.
3 () Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.

18. 0 () Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
1 () Mon appétit n'est plus aussi bon que d'habitude.
2 () Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
3 () Je n'ai plus d'appétit du tout.
19. 0 () Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu dernièrement).
1 () J'ai perdu plus de 5 livres.
2 () J'ai perdu plus de 10 livres.
3 () J'ai perdu plus de 15 livres.
20. 0 () Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude.
1 () Je suis préoccupé(e) par des maux ou des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation.
2 () Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose.
3 () Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.
21. 0 () Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
1 () Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant.
2 () Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant.
3 () J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.

ANNEXE E: ÉCHELLE DE MOTIVATION DU CLIENT FACE À LA
THÉRAPIE

ÉMCT POURQUOI FAITES-VOUS PRÉSENTEMENT UNE THÉRAPIE?

Veillez indiquer à quel point chacun des énoncés suivants correspond aux raisons pour lesquelles vous faites présentement une thérapie, en encerclant le chiffre approprié.

	<u>Ne correspond pas du tout</u>						<u>Correspond tout à fait</u>
	1	2	3	4	5	6	7
1. Parce que d'autres personnes pensent que c'est une bonne idée pour moi de faire une thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
2. Honnêtement, je ne comprends pas vraiment pourquoi je fais une thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
3. Pour le plaisir que je ressens quand je me sens tout à fait absorbé(e) par une séance de thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour la satisfaction que je ressens quand j'essaie d'atteindre mes objectifs personnels dans le cadre de la thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
5. Parce que je me sentirais coupable si je ne faisais rien pour régler mon problème.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parce que j'aimerais améliorer ma situation actuelle.	1	2	3	4	5	6	7
7. Parce que je crois qu'éventuellement cela va me permettre de me sentir mieux.	1	2	3	4	5	6	7
8. J'ai déjà eu de bonnes raisons pour faire une thérapie mais je me demande maintenant si je ne devrais pas arrêter.	1	2	3	4	5	6	7
9. Parce que je ne serais pas fier(ère) de moi si je ne poursuivais pas ma thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
10. Parce que je devrais avoir une meilleure compréhension de moi-même.	1	2	3	4	5	6	7
11. Parce que mes amis pensent que je devrais suivre une thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
12. Parce que je ressens du plaisir et de la satisfaction quand j'apprends de nouvelles choses à mon sujet.	1	2	3	4	5	6	7
13. Je me demande pourquoi je fais une thérapie; en fait, je trouve cela ennuyant.	1	2	3	4	5	6	7
14. Je ne sais pas; je n'y avais jamais vraiment pensé.	1	2	3	4	5	6	7
15. Parce que je crois que la thérapie va me permettre de mieux faire face à ma vie quotidienne.	1	2	3	4	5	6	7
16. Parce que ça m'intéresse d'apprendre à mieux me comprendre.	1	2	3	4	5	6	7
17. Parce que la thérapie me permet de découvrir de nouvelles façons d'aborder certains aspects de ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
18. Parce que la thérapie me permet de prendre la responsabilité de faire des changements dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
19. Parce que c'est important de demeurer en thérapie jusqu'à la fin du processus.	1	2	3	4	5	6	7
20. Parce que je crois que c'est une bonne chose d'essayer de trouver des solutions à mon problème.	1	2	3	4	5	6	7
21. Pour satisfaire les gens près de moi qui veulent que je reçoive de l'aide pour mon problème.	1	2	3	4	5	6	7
22. Parce que je ne veux pas déplaire aux gens de mon entourage qui désirent que je suive une thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
23. Parce que je sens que les changements produits par la thérapie font maintenant partie de ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
24. Parce que je valorise les changements que la thérapie me permet d'apporter à ma vie.	1	2	3	4	5	6	7

ANNEXE F : INVENTAIRE D'ALLIANCE
THÉRAPEUTIQUE

INVENTAIRE D'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE (version patient)

Vous trouverez ci-dessous 36 phrases concernant votre relation avec votre thérapeute. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour évaluer jusqu' à quel point vous êtes en accord avec chacune des phrases. Inscrivez vos réponses dans l' espace à côté de chaque phrase.

1 = Pas vrai du tout 2 = Un petit peu vrai 3 = Légèrement vrai 4 = Relativement vrai
5 = Modérément vrai 6 = Très vrai 7 = Entièrement vrai

- 1 Je me sens inconfortable avec mon (ma) thérapeute.
- 2 Mon (ma) thérapeute et moi, nous nous entendons sur ce que j'aurai à faire en thérapie en vue de m'aider à améliorer ma situation.
- 3 Je m' inquiète à propos des résultats de la thérapie.
- 4 Ce que je fais en thérapie me donne de nouvelles façons de voir mon problème.
- 5 Mon (ma) thérapeute et moi nous nous entendons bien.
- 6 Mon (ma) thérapeute perçoit bien quels sont mes buts en thérapie.
- 7 Je trouve que ce que je fais en thérapie est mêlant.
- 8 Je crois que mon (ma) thérapeute m'aime bien.
- 9 J' aimerais que mon (ma) thérapeute et moi puissions clarifier le but de nos rencontres de thérapie.
- 10 Je ne suis pas en accord avec mon (ma) thérapeute à propos de ce que va m' apporter la thérapie.
- 11 Je crois que le temps que mon (ma) thérapeute et moi passons ensemble n' est pas utilisé efficacement.
- 12 Mon (ma) thérapeute ne comprend pas ce que j' essaie de réaliser en thérapie.
- 13 Mes responsabilités en thérapie sont claires.
- 14 Les objectifs des rencontres de thérapies sont importants pour moi.
- 15 Je trouve que ce que mon (ma) thérapeute et moi faisons en thérapie n' est pas pertinent pour mes problèmes.
- 16 Je sens que ce que je fais en thérapie va m' aider à accomplir les changements que je désire.
- 17 Je crois que mon (ma) thérapeute est vraiment préoccupé(e) par mon bien-être.
- 18 Ce que mon (ma) thérapeute attend de moi lors des rencontres de thérapie est clair.
- 19 Mon (ma) thérapeute et moi nous nous respectons mutuellement.
- 20 Je sens que mon (ma) thérapeute n' est pas entièrement honnête à propos de ses sentiments envers moi.
- 21 J' ai confiance que mon (ma) thérapeute est capable de m' aider.

- 22 Mon (ma) thérapeute et moi travaillons en vue d'atteindre des objectifs sur lesquels nous nous sommes entendus.
- 23 Je sens que mon (ma) thérapeute m'apprécie.
- 24 Nous nous entendons sur ce qui est important pour moi de travailler en thérapie.
- 25 Suite aux rencontres de thérapie, ce que je dois faire pour changer est plus clair à mes yeux.
- 26 Mon (ma) thérapeute et moi avons confiance l'un dans l'autre.
- 27 Mon (ma) thérapeute et moi avons des opinions différentes quant à la nature de mes problèmes.
- 28 Ma relation avec mon (ma) thérapeute est très importante pour moi.
- 29 J'ai l'impression que si je dis ou fais quelque chose d'incorrect, mon (ma) thérapeute va me laisser tomber.
- 30 Mon (ma) thérapeute et moi collaborons afin d'établir les objectifs de ma thérapie.
- 31 Les choses que je fais en thérapie me frustrent.
- 32 Nous avons établi une bonne compréhension des changements qui seraient bons pour moi.
- 33 Les choses que mon (ma) thérapeute me demandent n'ont pas de bon sens.
- 34 Je ne sais pas à quoi m'attendre concernant les résultats de ma thérapie.
- 35 Je crois que la façon dont nous travaillons sur mon problème est correcte.
- 36 Je sens que mon (ma) thérapeute s'occupe de moi et est préoccupé(e) par mon bien-être même lorsque je fais des choses qu'il(elle) n'approuve pas.

Version originale anglaise par Horvath et Greenberg (1989). Traduction libre par Stéphane Bouchard (1997), inspiré de la version brève (12 items) de Bachelor et Salamé (1991).

ANNEXE G: ÉCHELLE D'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE

ÉII

No. Dossier _____

Date _____

Voici une série d'énoncés qui représentent comment les gens peuvent réagir à l'incertitude dans la vie. Veuillez encercler le numéro (1 à 5) approprié pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous.

- | | Pas du tout
correspondant | Un peu
correspondant | Assez
correspondant | Très
correspondant | Tout à fait
correspondant |
|--|------------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 1. L'incertitude m'empêche de prendre position. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 2. Être incertain(e) veut dire qu'on est une personne désorganisée..... | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 3. L'incertitude rend la vie intolérable. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 4. C'est injuste de ne pas avoir de garanties dans la vie. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 5. Je ne peux pas avoir l'esprit tranquille tant que je ne sais pas ce qui va arriver le lendemain. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 6. L'incertitude me rend mal à l'aise, anxieux(se) ou stressé(e). ... | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 7. Les imprévus me dérangent énormément..... | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 8. Ça me frustre de ne pas avoir toute l'information dont j'ai besoin..... | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 9. L'incertitude m'empêche de profiter pleinement de la vie. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 10. On devrait tout prévenir pour éviter les surprises. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |

Pas du tout Un peu Assez Très Tout à fait
correspondant correspondant correspondant correspondant correspondant

11. Un léger imprévu peut tout gâcher,
même la meilleure des planifications.1.....2.....3.....4.....5.....
12. Lorsque c'est le temps d'agir,
l'incertitude me paralyse.1.....2.....3.....4.....5.....
13. Être incertain(e) veut dire que
je ne suis pas à la hauteur.1.....2.....3.....4.....5.....
14. Lorsque je suis incertain(e),
je ne peux pas aller de l'avant.1.....2.....3.....4.....5.....
15. Lorsque je suis incertain(e), je
ne peux pas bien fonctionner.1.....2.....3.....4.....5.....
16. Contrairement à moi, les
autres semblent toujours
savoir où
ils vont dans la vie.1.....2.....3.....4.....5.....
17. L'incertitude me rend vulnérable,
malheureux(se) ou triste.1.....2.....3.....4.....5.....
18. Je veux toujours savoir ce
que l'avenir me réserve.1.....2.....3.....4.....5.....
19. Je déteste être pris(e) au dépourvu.1.....2.....3.....4.....5.....
20. Le moindre doute peut
m'empêcher d'agir.1.....2.....3.....4.....5.....
21. Je devrais être capable de
tout organiser à l'avance.1.....2.....3.....4.....5.....
22. Être incertain(e), ça veut dire
que je manque de confiance.1.....2.....3.....4.....5.....
23. Je trouve injuste que
d'autres personnes
semblent certaines
face à leur avenir.1.....2.....3.....4.....5.....

Pas du tout Un peu Assez Très Tout à fait
correspondant correspondant correspondant correspondant correspondant

24. L'incertitude m'empêche de bien dormir. 1.....2.....3.....4..... 5.....
25. Je dois me retirer de toute situation incertaine. 1.....2.....3.....4..... 5.....
26. Les ambiguïtés de la vie me stressent. ..1.....2.....3.....4.....5.....
27. Je ne tolère pas d'être indé-
cis(e) au sujet de mon avenir. 1.....2.....3.....4..... 5.....

L'ÉII peut être utilisé comme instrument de mesure unifactoriel ou bifactoriel.

Pour coter l'ÉII comme instrument unifactoriel, calculez la somme des réponses de tous les items.

Comme instrument bifactoriel, L'ÉII est utilisé pour mesurer les deux facteurs suivants:

Facteur 1 : l'incertitude a des implications négatives sur la perception de soi et les comportements
Facteur 2 : l'incertitude est injuste et gâche tout

Pour coter le facteur 1: calculez la somme des réponses aux items 1, 2, 3, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 2

Pour coter le facteur 2: calculez la somme des réponses aux items 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 18, 19, 21, 26 et 27

Une discussion de l'ÉII comme instrument bifactoriel est disponible dans:

Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2009). Defining distinct negative beliefs about uncertainty: Validating the facstructure of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Psychological Assessment*, 21, 176-186.