

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Université du Québec en Outaouais

**Le lien entre la compétence du thérapeute perçue par le client et l'efficacité d'une
thérapie cognitivo-comportementale chez les individus atteints du trouble d'anxiété
généralisée**

Essai doctoral

Présenté au

Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie

Profil psychologie clinique (D.Psy.)

Par

© Caroline MORRISSETTE-PRONOVOST

Décembre 2023

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Composition du jury

Le lien entre la compétence du thérapeute perçue par le client et l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale chez les individus atteints du trouble d'anxiété généralisée

Par

Caroline MORRISSETTE-PRONOVOST

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

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

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

Paul Samuel-Greenman, Ph. D., examinateur interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Pascale Brillon, Ph. D., examinateur externe, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

Remerciements

Cet essai doctoral représente la finalité d'un travail acharné ô combien riche en expériences ainsi qu'en développement professionnel et personnel. On ne peut sortir d'une telle aventure autrement que grandi. Je suis extrêmement reconnaissante envers toutes les personnes bienveillantes qui se sont placées sur mon chemin et qui m'ont permis de mener à terme cet essai, mais surtout ce parcours doctoral, de façon à élargir mes horizons cliniques et de recherches. Vous tous avez contribué, de près ou de loin, à la professionnelle en psychologie que je deviens.

Je tiens d'abord à remercier mon superviseur de recherche, Michel Dugas, de m'avoir pris sous son aile alors que j'avais tout à apprendre ainsi que pour la confiance qu'il m'a témoignée durant toutes ces années. Il a fait en sorte que j'aie toutes les opportunités d'apprentissage à disposition, et ce, de sorte à tirer le meilleur de cette expérience. Je suis infiniment reconnaissante pour son soutien constant et indéniable, ainsi que son souci du travail bien fait. Son calme, sa confiance et sa direction m'ont été d'une grande aide.

Je remercie, également, les membres de mon jury pour leurs judicieuses propositions, lesquelles m'ont permis d'élaborer ce projet avec davantage de clarté et de précision.

Je souhaite témoigner à mes ami(e)s la plus grande gratitude pour leur fidèle présence, leurs encouragements, leur intérêt et leur curiosité sincère envers chacune des étapes de mon parcours. Vous avez été supers en apportant de la légèreté dans mes moments de défis et parfois de découragement. Je remercie, d'ailleurs, tou(te)s mes collègues et amies du programme sur qui j'ai pu compter chaque fois que j'en avais besoin.

Je remercie du plus profond de mon cœur ma famille, laquelle m'a permis de mener ce grand voyage avec sécurité. Maman, papa, Youri, sans votre précieux appui, rien de tout cela n'aurait été réalisable. Votre regard fier a aussi été un puissant moteur d'action. Un merci spécial

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

et chaleureux à ma maman pour son écoute et sa présence tellement réconfortantes. Nos nombreux appels ont été d'un apaisement indescriptible.

Enfin, je remercie les Instituts de recherche en santé du Canada ainsi que tous les participants de l'étude sans qui ce projet de recherche n'aurait jamais pu en découler.

Résumé

Il est bien établi que les facteurs communs, dont la compétence du thérapeute, sont des éléments essentiels au succès thérapeutique. Bien que plusieurs auteurs soulignent l'importance de la compétence du thérapeute dans le succès thérapeutique, peu d'études ont porté sur celle-ci. **Objectif :** L'objectif de l'étude est d'explorer le rôle de la compétence du thérapeute dans le changement thérapeutique. Cette étude examine le lien entre la compétence du thérapeute perçue par le client et le changement de l'intolérance à l'incertitude (II) et des symptômes du trouble d'anxiété généralisée (TAG) suite à une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) de 12 séances auprès d'adultes atteints du TAG. Au pré-traitement et post-traitement, les participants ont été évalués à l'aide de l'Entrevue structurée pour les troubles anxieux (ESTA-IV) et ont complété l'Échelle d'intolérance à l'incertitude (ÉII) et le Questionnaire des inquiétudes de Penn State (QIPS). Suite à la troisième séance, ils ont complété l'Échelle de compétence du thérapeute (ÉCT) et l'Inventaire d'alliance de travail (AT-CI). **Hypothèses :** L'étude comporte trois hypothèses. **H1 :** Au-delà de l'alliance thérapeutique évaluée par le client, la compétence du thérapeute perçue par le client fera une contribution unique à la prédiction de la diminution de l'II (variable dépendante ; ÉII). **H2 :** Au-delà de l'alliance thérapeutique évaluée par le client, la compétence du thérapeute perçue par le client fera une contribution unique à la prédiction de la diminution des symptômes du TAG. Deux analyses seront conduites pour cette hypothèse, car il y a deux variables dépendantes (les symptômes du TAG (ESTA-IV) et le niveau d'inquiétude (QIPS)). **H3 :** La relation entre la compétence du thérapeute perçue par le client et le changement des symptômes du TAG sera médiée par le changement de l'II.

Résultats : En ce qui concerne la première hypothèse, une analyse de régression hiérarchique linéaire révèle un impact positif de la compétence du thérapeute perçue par le client sur la diminution de l'II et ce, indépendamment de l'âge, de la durée du TAG et de l'alliance thérapeutique perçue par le client. Pour la deuxième hypothèse, une première analyse de régression (DV : ESTA-IV) révèle à la dernière étape un impact positif de la compétence du thérapeute perçue par le client sur la diminution des symptômes du TAG, indépendamment de l'âge, de la durée du TAG et de l'alliance thérapeutique perçue par le client. Toujours pour la deuxième hypothèse, une deuxième analyse de régression (DV : QIPS) ne révèle pas d'impact significatif de la compétence du thérapeute perçue par le client sur la diminution de l'inquiétude. Ces résultats indiquent que plus le client considère la compétence de son thérapeute comme étant grande, plus la diminution de l'II et des symptômes du TAG (tels que mesurés par l'ESTA-IV) sera importante suite au traitement. Finalement, en lien avec la troisième hypothèse, les résultats de l'analyse de médiation révèlent une médiation complète. La compétence du thérapeute perçue par le client agit sur la réduction des symptômes du TAG par l'entremise de la diminution de l'II. L'analyse de médiation inversée révèle une médiation partielle. L'impact de la compétence du thérapeute perçue par le client sur la diminution de l'II peut, en partie s'expliquer par les changements dans les symptômes du TAG. Cette étude est l'une des premières à démontrer un lien significatif entre la compétence du thérapeute perçue par le client et l'efficacité thérapeutique, au-delà de l'alliance thérapeutique. Plus le thérapeute est perçu comme étant compétent par le client, plus il semble en mesure d'aider le client à mieux tolérer l'incertitude, ce qui contribue à la diminution des symptômes du TAG. Elle souligne la pertinence d'évaluer la compétence du thérapeute par le client.

Mots clés : compétence du thérapeute ; alliance thérapeutique ; efficacité thérapeutique ; thérapie cognitivo-comportementale ; trouble d'anxiété généralisée.

Summary

It is well established that common factors, including therapist competence, are essential elements for therapeutic success. Although several authors emphasize the importance of the therapist's competence in therapeutic success, few studies have focused on it. **Objective:** The objective of the study is to explore the role of therapist competence in therapeutic change. This study examines the relationship between client-perceived therapist competence and change in intolerance of uncertainty (IU) and generalized anxiety disorder (GAD) symptoms following 12 sessions of cognitive behavioural therapy (CBT) with adults with GAD. At pre-treatment and post-treatment, participants were assessed using the Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV) and completed the Intolerance of Uncertainty Scale (IUS) and the Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). Following the third session, they completed the Therapist Competence Scale (TCS) and the Working Alliance Inventory (WAI). **Hypotheses:** The study has three hypotheses. H1: Beyond the working alliance assessed by the client, the therapist's competence perceived by the client will make a unique contribution to the prediction of the decrease in IU (dependent variable; IUS). H2: Beyond the working alliance assessed by the client, the therapist's competence perceived by the client will make a unique contribution to the prediction of the reduction of GAD symptoms. Two analyses will be conducted for this hypothesis, because there are two dependent variables (GAD symptoms (ADIS-IV) and level of worry (PSWQ)). H3: The relationship between client-perceived therapist competence and change in GAD symptoms will be mediated by change in IU.

Results: For the first hypothesis, a hierarchical linear regression analysis reveals a positive impact of the client-perceived therapist competence on the reduction of IU, independently of age, duration of GAD and working alliance perceived by the client. For the second hypothesis, an initial regression analysis (DV: ADIS-IV) of the second hypothesis reveals at the last step a positive impact of the therapist's competence perceived by the client on the reduction of GAD symptoms, independently of age, duration of GAD and the therapeutic alliance perceived by the client. In a further test of the second hypothesis, a second regression analysis (DV: PSWQ) does not reveal a significant impact of the therapist's competence perceived by the client on the reduction in worry. These results indicate that the greater the client considers the competence of his therapist, the greater the reduction in IU and GAD symptoms (as measured by the ADIS-IV) during treatment. In terms of the third hypothesis, the results of the mediation analysis reveal complete mediation. The therapist's competence perceived by the client acts on the reduction of GAD symptoms through the reduction of IU. Reverse mediation analysis reveals partial mediation. The impact of the therapist's competence perceived by the client on the reduction of IU can, in part, be explained by changes in GAD symptoms. This study is one of the first to demonstrate a significant link between the therapist's competence perceived by the client and therapeutic effectiveness, beyond the working alliance. The more competent the therapist is perceived by the client, the more he or she seems able to help the client better tolerate uncertainty, which contributes to the reduction of GAD symptoms. It underlines the relevance of evaluating the therapist's competence by the client.

Keywords: therapist competence; working alliance; therapeutic effectiveness; cognitive behavioural therapy; generalized anxiety disorder.

Table des matières

<i>Remerciements</i>	<i>iii</i>
<i>Résumé</i>	<i>v</i>
<i>La liste des tableaux</i>	<i>i</i>
<i>La liste des figures</i>	<i>ii</i>
<i>Introduction</i>	<i>1</i>
Les facteurs contribuant à l'efficacité thérapeutique	1
Les facteurs communs et leur impact en thérapie	2
L'alliance thérapeutique	2
L'effet du client	4
L'effet du thérapeute	5
La compétence du thérapeute	6
La thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles anxieux	17
Thérapie cognitivo-comportementale pour le TAG	19
Le trouble d'anxiété généralisée	19
Modèle cognitif du TAG	19
L'intolérance à l'incertitude	20
Protocole TCC pour l'intolérance à l'incertitude et le TAG	21
Efficacité du traitement	21
Thérapie cognitivo-comportementale et liste d'attente	21
Thérapie cognitivo-comportementale et discontinuité d'une médication	22
Thérapie cognitivo-comportementale et relaxation appliquée	22
Mécanismes de traitement	23
Objectifs et hypothèses	25
<i>Méthodologie</i>	<i>26</i>
Participants	26
Recrutement	26
Échantillon	26
Procédure	27
Évaluation téléphonique préliminaire	27
Évaluations diagnostiques	28
Évaluations liées au traitement.....	29
Outils de mesure	30
Entrevue de dépistage.....	30
Entrevues psychodiagnostiques.....	30
Mesure de la compétence du thérapeute perçue par le client.....	32
Mesure de l'alliance thérapeutique perçue par le client	32
Mesure du niveau d'intolérance à l'incertitude	33
Mesure de la sévérité des symptômes anxieux.....	33
Mesure de la sévérité des symptômes dépressifs	34

Analyses préliminaires	35
Vérification des postulats statistiques pour régression hiérarchique linéaire	36
Résultats	43
Plan d'analyse pour les hypothèses	44
Hypothèse 1	44
Régression hiérarchique linéaire 1	44
Hypothèse 2	46
Régression hiérarchique linéaire 2	46
Régression hiérarchique linéaire 3	47
Hypothèse 3	53
Analyse de médiation	53
Analyse de médiation inversée.....	57
Discussion	59
La validité de l'ÉCT	60
Validité incrémentielle	60
Validité de critère	61
Compétence du thérapeute et alliance thérapeutique	62
Similitudes entre la compétence du thérapeute et l'alliance thérapeutique.....	62
Distinction entre la compétence du thérapeute et l'alliance thérapeutique	63
Influence mutuelle de la compétence du thérapeute et de l'alliance thérapeutique	63
L'évaluation de la compétence du thérapeute faite par un expert	65
Alternatives à l'évaluation de la compétence faite par un expert.....	66
Un parallèle entre l'évaluation de l'enseignement et de la compétence du thérapeute	66
La relation d'enseignement	66
L'évaluation de la compétence effectuée par l'apprenant.....	67
L'évaluation de la compétence de l'enseignant par l'étudiant en comparaison à l'évaluation de la compétence du thérapeute perçue par le client	69
La compétence du thérapeute perçue par le client et la supervision	71
Limites de l'étude	74
Forces de l'étude	75
Pistes de recherches futures	76
Références	78
ANNEXE A. Modèles explicatifs de l'inquiétude excessive et du TAG	105
ANNEXE B. Formulaire de consentement téléphonique	108
ANNEXE C. Formulaire d'information et de consentement de l'étude	119
ANNEXE D. Entrevue structurée pour les troubles anxieux, version DSM-IV	136
ANNEXE E. Échelle de Compétence du Thérapeute	147

<i>ANNEXE F. Inventaire d'alliance de travail.....</i>	<i>149</i>
<i>ANNEXE G. Échelle d'intolérance à l'incertitude.....</i>	<i>151</i>
<i>ANNEXE H. Questionnaire des inquiétudes de Penn State.....</i>	<i>154</i>
<i>ANNEXE I. Inventaire d'anxiété de Beck</i>	<i>156</i>
<i>ANNEXE J. Inventaire de dépression de Beck, seconde édition</i>	<i>158</i>

La liste des tableaux

Tableau 1. *Caractéristiques Sociodémographiques des Participants au Pré-traitement***41**

Tableau 2. *Statistiques Descriptives des Variables à l'étude*.....**43**

Tableau 3. *Régression Hiérarchique Linéaire des Variables Prédissant le Score à l'ÉII au Post-Traitement***48**

Tableau 4. *Régression Hiérarchique Linéaire des Variables Prédissant le Score à l'ESTA-IV au Post-Traitement***50**

Tableau 5. *Régression Hiérarchique Linéaire des Variables Prédissant le Score au QIPS au Post-Traitement***52**

La liste des figures

Figure 1. <i>Illustration des procédures de l'étude</i>	35
Figure 2. <i>Histogramme de la distribution des résiduels standardisé de la fausse régression multiple pour les distances de Mahalanobis des variables ÂGE, DURÉE DU TAG, ESTA-IV, QIPS, IDB-II, IAB, ÉII, AT-CL, ÉCT.</i>	38
Figure 3. <i>Graphiques de dispersion bivariées pour toutes les paires de variables ÉII / ESTA-IV / QIPS.</i>	39
Figure 4. <i>Modèle qui illustre le chemin entre la compétence du thérapeute et les symptômes du TAG (ESTA-IV) avec l'intolérance à l'incertitude comme médiateur</i>	56
Figure 5. <i>Modèle qui illustre le chemin entre la compétence du thérapeute et l'intolérance à l'incertitude avec les symptômes du TAG (ESTA-IV) comme médiateur</i>	58

Introduction

Les facteurs contribuant à l'efficacité thérapeutique

Traditionnellement, les facteurs contribuant à l'efficacité thérapeutique ont été divisés en deux catégories : les facteurs spécifiques et les facteurs communs (Frank et Frank, 1993; Lambert et al., 1986). Les facteurs spécifiques font référence aux techniques d'intervention particulières qui découlent de modèles et de théories propres aux différentes approches thérapeutiques. Les facteurs communs, quant à eux, font référence aux éléments inhérents à toutes approches thérapeutiques, telles que l'alliance thérapeutique, la compétence du thérapeute, la motivation et les attentes face à la thérapie (Strauss et al., 2018).

Depuis longtemps déjà, l'apport respectif des facteurs spécifiques et des facteurs communs dans les résultats thérapeutiques est débattu (p. ex. Rosenzweig, 1936). D'une part, certains auteurs argumentent en faveur des approches thérapeutiques et des techniques d'intervention spécifiques, basées sur des principes validés, qui ont démontré une efficacité importante face à certains troubles. D'après cette vision, ce ne sont pas les caractéristiques du client, du thérapeute ou de leur relation qui priment dans l'explication de l'efficacité thérapeutique, mais plutôt les stratégies d'intervention (p. ex. DeRubeis et al., 2005; Siev et al., 2009). D'autre part, certains auteurs avancent que les facteurs communs sont de meilleurs prédicteurs de l'efficacité thérapeutique que ne le sont les facteurs spécifiques si le client et le thérapeute s'attendent à ce que le traitement fonctionne et que chacun d'eux travaille également (Luborsky et al., 2002; Wampold et Imel, 2015; Wampold et al., 1997). Par exemple, selon Safran et Muran (1995), la qualité de l'alliance thérapeutique est plus importante que le type de traitement offert dans la prédiction de résultats thérapeutiques positifs.

Ainsi, la compréhension du rôle respectif des variables impliquées dans les résultats thérapeutiques positifs s'avère limitée et parfois controversée. Bien que certains auteurs et

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

chercheurs promeuvent une vision quelque peu dichotomique quant à l'apport de ces deux types de facteurs dans l'efficacité thérapeutique, il demeure que l'ensemble de la littérature suggère plutôt que les facteurs communs et les facteurs spécifiques font partie intégrante de toute forme de psychothérapie et sont, tous deux, essentiels à son efficacité (Hofmann & Barlow, 2014).

D'ailleurs, l'impact respectif des facteurs communs et des facteurs spécifiques varie d'un trouble à l'autre, d'un traitement à l'autre et d'un contexte à l'autre (Strauss et al., 2018). Néanmoins, l'ensemble des études conduites sur les facteurs communs au fil des années soutient qu'ils occupent une place importante en thérapie et méritent amplement qu'on s'y attarde (Cuijpers et al., 2019). L'accent porte sur les facteurs communs dans cette étude, puisque l'exploration du rôle du thérapeute demeure insuffisante, bien qu'il ait un impact non négligeable sur la façon dont les thérapies sont offertes (Martindale, 1978). Un tour d'horizon des facteurs communs sera effectué, bien que ceux abordés ne fassent pas tous l'objet de la présente étude. L'objectif est de mettre en contexte de façon plus large les variables à l'étude.

Les facteurs communs et leur impact en thérapie

L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est le facteur commun le plus étudié (Wampold, 2015). Depuis plusieurs dizaines d'années déjà, les cliniciens et les chercheurs ont compris l'importance de la relation thérapeute-client, notamment pour les troubles anxieux (p. ex. Gelso et Carter, 1985; Greenberg et Pinsoff, 1986; Martin et al., 2000; Rogers, 1957). Initialement, le concept d'alliance thérapeutique a été associé aux écrits psychodynamiques ; cependant, d'autres définitions du concept ont été élaborées à travers le temps afin d'être généralisables et applicables à toutes les orientations thérapeutiques (Bordin, 1979).

Luborsky (1976) propose un modèle de l'alliance thérapeutique qui se développe en deux phases. La première phase de l'alliance thérapeutique comprend la perception du client quant à

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

l'aide et au support que le thérapeute peut lui apporter et la croyance qu'un changement va éventuellement s'opérer. Dans ce contexte, il faut considérer les capacités relationnelles du thérapeute à créer un climat positif en thérapie à travers l'établissement d'une relation chaleureuse et bienveillante. La deuxième phase de l'alliance thérapeutique comprend le lien thérapeute-client et la collaboration entre ces derniers sur l'établissement d'objectifs thérapeutiques communs. Cette étape comprend également l'engagement du client dans la thérapie, notamment sa compréhension de la nature du problème (Luborsky, 1976).

Frieswyk et al. (1986) mettent davantage l'accent sur la participation du client dans les tâches proposées en thérapie comme facteur principal de l'alliance thérapeutique (en comparaison à la nature collaborative de la relation). Ils reconnaissent, toutefois, l'importance de l'interaction entre le client et son thérapeute dans la mesure où le client influencerait les comportements du thérapeute par son engagement en thérapie. Bien qu'il existe plusieurs définitions de l'alliance thérapeutique (Martin et al., 2000), la majorité ont trois concepts en communs : (1) la nature collaborative de la relation, (2) le lien affectif entre le client et le thérapeute et (3) la capacité du client et du thérapeute à s'entendre sur les tâches et les objectifs de la thérapie (Bordin, 1979; Gaston, 1990; Horvath et Symonds, 1991; Saunders et al., 1989).

Tel que mentionné préalablement, plusieurs études se sont penchées sur l'apport de l'alliance thérapeutique dans l'explication de la variance des résultats thérapeutiques. Généralement, ces études examinent l'impact de l'alliance thérapeutique lorsque celle-ci est mesurée en début de traitement (i.e. les 3 à 5 premières séances). Dans l'ensemble, les résultats démontrent qu'une forte alliance thérapeutique est associée à des résultats thérapeutiques supérieurs (Martin et al., 2000). En général, ce facteur commun semble expliquer environ 5% de la variance dans les changements thérapeutiques (Horvath et Bedi, 2002). La plus récente méta-analyse sur le lien entre l'alliance thérapeutique et les résultats thérapeutiques confirme le lien

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

significatif entre ces variables (Horvath et al., 2011). Ainsi, lorsqu'on considère l'ensemble de la littérature, la qualité de l'alliance thérapeutique s'avère un prédicteur important de l'efficacité thérapeutique (Horvath et al., 2011; Mohl et al., 1991; Plotnicov, 1990; Tracey, 1986; Wampold, 2015). Ceci étant dit, plusieurs des études portant sur l'impact de l'alliance thérapeutique sur les résultats thérapeutiques n'incluent pas d'autres prédicteurs et ne contrôlent ainsi pas pour d'autres facteurs communs. Au-delà-de la relation thérapeute-client, le client a individuellement son rôle à jouer en thérapie, lequel influence significativement les résultats thérapeutiques.

L'effet du client

La crédibilité du traitement et les attentes du client. Le rôle de la perception de la crédibilité du traitement et des attentes du client dans l'efficacité thérapeutique a aussi été l'objet de plusieurs études (Jacobson & Baucom, 1977; Kazdin, 1979). Dans ce contexte, la crédibilité du traitement est définie comme le degré (à quel point) avec lequel le client juge le traitement comme étant crédible, logique et convaincant, alors que les attentes font référence au degré d'amélioration auquel le client pense parvenir au terme du traitement (Corbière et al., 2006; Kazdin, 1979). Bien que la crédibilité joue un rôle non négligeable dans le succès thérapeutique, il semblerait que le rôle des attentes soit encore plus important (Nau et al., 1974; Kirsch & Henry, 1977). En effet, la méta-analyse de Constantino et al. (2011) indique qu'une relation statistiquement significative existe entre l'évaluation des attentes en début de thérapie et les résultats thérapeutiques. Plus précisément, des attentes élevées seraient associées à de meilleurs résultats thérapeutiques. Selon Constantino et al., l'alliance thérapeutique aurait un effet important sur les attentes du client. Ainsi, une bonne alliance thérapeutique (p. ex. validation et acceptation) aurait pour effet de bonifier les attentes du client et, au contraire, un bris dans l'alliance thérapeutique nuirait aux attentes de ce dernier (Westra et al., 2011). Les attentes du client (et dans une moindre mesure, la perception de la crédibilité du traitement) font ainsi partie

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

des facteurs communs qui jouent un rôle significatif en thérapie et qui ont reçu une attention particulière dans certaines études (p. ex. Arnkoff et al., 2002; Greenberg et al., 2006).

La motivation et l'engagement du client en thérapie. La motivation fait référence aux ressources cognitives/affectives du client qui peuvent influencer ses comportements et son attitude en thérapie. Sans surprise, la motivation s'avère être un élément essentiel au processus et succès thérapeutiques. Les clients qui sont hautement motivés bénéficient davantage de la thérapie tandis que ceux qui le sont moins peinent à s'y engager (Hiller, 2002 ; Longshore & Teruya, 2006). Quant à l'engagement, il représente l'ensemble des efforts que met le client tout au long de son cheminement thérapeutique, tant durant les rencontres qu'entre les rencontres. L'engagement découle ainsi du niveau de motivation du client et des actions qu'il entreprend. Les résultats de plusieurs études indiquent que l'engagement du client dans sa thérapie est directement associé à des résultats thérapeutiques positifs pour différentes problématiques (p. ex. abus de substances) (Dearing et al., 2005 ; LeBeau et al., 2013 ; Rowan-Szal, 2009). Il n'en demeure pas moins qu'afin d'engager le client et le motiver à se mobiliser en thérapie, l'influence du thérapeute est nécessaire, bien que le client soit le seul à mettre en place les changements.

L'effet du thérapeute

L'effet du thérapeute (p. ex. compétence du thérapeute) suggère que certains thérapeutes obtiennent de meilleurs résultats auprès de leurs clients que d'autres, et ce, sans égard aux traitements administrés et aux difficultés des clients. Par exemple, pour un groupe de thérapeutes qui offrent le même traitement en passant par les mêmes étapes, certains le feront avec davantage d'habileté et obtiendront par le fait même des résultats supérieurs auprès de leurs clients (Wampold, 2015). Il a été bien démontré que les différences entre les thérapeutes ne sont pas entièrement attribuables aux caractéristiques de leurs clients ou à d'autres sources de variabilité. Les études cliniques démontrent dans l'ensemble un effet modeste à modéré ($d = 0.35$, $n = 29$) de

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

l'effet du thérapeute sur les progrès thérapeutiques (Baldwin et Imel, 2013). Or, il faut garder en tête que ces études sous-estiment possiblement l'effet du thérapeute puisque les thérapeutes dans les études cliniques sont habituellement sélectionnés en raison de leur compétence et vont d'ailleurs recevoir de la supervision et de la formation supplémentaire (Wampold, 2015).

La compétence du thérapeute

Conceptualisation de la compétence du thérapeute. Il y a un intérêt grandissant dans la communauté scientifique pour la notion de compétence du thérapeute et pour l'exploration de son rôle dans les changements thérapeutiques (Webb et al., 2010). De façon globale, la compétence du thérapeute fait référence au jugement clinique, aux connaissances et aux habiletés que doit posséder un thérapeute afin d'offrir un traitement psychologique de manière adéquate dans le but d'atteindre des objectifs thérapeutiques précis (Barber et al., 2007; Fairburn et Cooper, 2011). Dans la littérature scientifique, ce construit est régulièrement décrit comme comportant trois sous-catégories, soit le savoir, le savoir-faire et le savoir-être (Barber et al., 2007).

Le savoir fait référence aux connaissances des procédures et des stratégies d'intervention d'un traitement précis. Ces connaissances englobent les indications et les contre-indications du traitement offert. Le savoir comprend, par exemple, les connaissances sur la population ciblée par un traitement précis, les réponses habituelles à la suite du traitement, les difficultés généralement rencontrées et les façons d'aborder ces difficultés (Fairburn et Cooper, 2011). Le savoir-faire fait référence à la capacité du thérapeute à mettre en application le traitement approprié, c'est-à-dire son habileté à transposer ses connaissances théoriques à sa pratique clinique (Fairburn et Cooper, 2011). Par conséquent, le savoir-faire est une sous-catégorie de la compétence globale qui comprend la mise en application de l'ensemble des procédures et des interventions précises issus des connaissances théoriques du thérapeute (Barber et al., 2007; Perepletchikova et Kazdin, 2005). Notons que le savoir-faire n'est pas simplement un synonyme de l'adhérence au protocole

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

de traitement. L'adhérence au protocole de traitement permet de s'assurer que ce dernier a été administré avec les ingrédients nécessaires, mais sans plus. Dans certains contextes, la variabilité de l'adhérence au protocole de traitement serait liée à la variabilité des résultats thérapeutiques, mais parfois elle ne le serait pas (Webb et al., 2010). Ainsi, même s'il peut paraître logique de s'attendre à ce que les thérapeutes qui suivent chacune des étapes d'un protocole de traitement obtiennent des résultats supérieurs (Wampold, 2015), la littérature à ce sujet rapporte des résultats mitigés. Le savoir-faire du thérapeute est donc un construit plus large et empiriquement distinct de la simple adhérence au protocole de traitement.

Quant au savoir-être, il réfère à l'attitude du thérapeute ainsi qu'aux habiletés de ce dernier à utiliser son jugement clinique pour adapter les interventions, et ce, tout en considérant le contexte thérapeutique et les particularités de chaque client (Barber et al., 2007). L'empathie, facteur commun essentiel à la psychothérapie, fait partie intégrante du savoir-être. Ce construit fait référence à la façon dont le thérapeute peut être touché par l'état émotionnel de son client, s'y identifier et le partager en adoptant la perspective de ce dernier à travers l'évaluation des raisons qui motivent cet état. En effet, l'empathie est essentielle à la coopération, au partage d'objectifs en thérapie et à la capacité à s'ajuster dans les interactions avec le client (Wampold, 2015). Également, la remise en question du thérapeute quant à sa pratique clinique prédit les résultats thérapeutiques. Plus précisément, il a été démontré que plus le clinicien doute de sa compétence, plus il fera des efforts concrets pour améliorer sa pratique et plus ses résultats thérapeutiques seront favorables. Il semblerait donc que les thérapeutes capables de se remettre en question, grâce à leur savoir-être, et de réfléchir à leurs habiletés thérapeutiques obtiennent généralement des résultats supérieurs avec leurs clients (Nissen-Lee et al., 2013).

Un thérapeute dit compétent est en mesure d'unir son savoir, savoir-faire et son savoir-être de façon à personnaliser et adapter le suivi thérapeutique aux besoins spécifiques de son

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

client. Par exemple, le thérapeute aura une écoute active et portera son attention à la communication verbale et non verbale dans le but d'ajuster ses interventions au rythme de progression et aux réponses du client à l'égard du traitement (Muntigl et al., 2015). Il y a au moins trois raisons fondamentales qui justifient l'importance accordée à la compétence du thérapeute au sein de toutes les formes de psychothérapies : (1) la responsabilité du thérapeute d'être attentif et d'offrir à son client un traitement approprié à ses besoins individuels, et ce, de façon adéquate; (2) l'importance d'offrir au client un traitement valide et basé sur les données probantes; (3) l'importance d'offrir un traitement psychologique efficace de façon suffisamment précise et bien articulée pour obtenir les effets attendus (Barlow et al., 1999; McHugh et Barlow, 2010).

Malgré la conceptualisation assez précise de la compétence du thérapeute, certains questionnements persistent quant à la netteté de la distinction entre ce construit et l'alliance thérapeutique. Bien qu'il s'agisse de deux construits différents, ils semblent reliés l'un à l'autre par la similarité de certains aspects de leur constitution. Par exemple, l'alliance thérapeutique comprend l'accord entre le thérapeute et le client sur les objectifs thérapeutiques. Quant à la compétence du thérapeute, elle prend en compte la perception du client de la capacité du thérapeute à adapter le traitement à ses besoins (Corbière et al., 2006 ; Paradis et al., 2020). Ainsi, alors que l'alliance thérapeutique se centre sur l'accord entre le client et le thérapeute sur les objectifs (et besoins) du client, la compétence du thérapeute se centre sur la perception du client concernant la réponse du thérapeute à ses besoins. Ces deux construits sont d'ailleurs susceptibles de s'influencer mutuellement en thérapie. Par exemple, si le client a une relation chaleureuse avec son thérapeute, il pourrait être davantage porté à l'évaluer comme étant compétent. Il est facile de s'imaginer que la qualité de la relation peut affecter la perception du client quant à la compétence de son thérapeute. À l'inverse, un thérapeute qui serait jugé moins compétent

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

pourrait, du même coup, éprouver de la difficulté à établir une alliance thérapeutique productive. Par exemple, le savoir-être (une composante importante de la compétence du thérapeute) pourrait influencer l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité. Ainsi, la compétence du thérapeute pourrait jouer un rôle non négligeable dans l'établissement de l'alliance thérapeutique.

En somme, considérant le fait que l'alliance thérapeutique et la compétence du thérapeute sont des construits qui ont certaines similitudes et qui sont susceptibles de s'influencer, le rôle de l'alliance thérapeutique sera aussi exploré dans la présente étude. L'objectif est de mesurer le lien entre la compétence du thérapeute et le changement dans les variables dépendantes de l'étude, au-delà de leurs liens respectifs avec l'alliance thérapeutique.

Pourquoi évaluer la compétence du thérapeute? À ce jour, l'efficacité des TCC pour une variété de troubles de santé mentale a été bien démontrée à l'aide de données probantes. Par contre, seulement un nombre limité de recherches s'est attardé à l'habileté des thérapeutes à offrir ces thérapies (Fairburn et Cooper, 2011). Il est possible que l'exploration du rôle et de la contribution du thérapeute dans les résultats thérapeutiques ait été négligée en raison de l'attention particulière accordée aux interventions spécifiques et aux modèles de traitement. Cette lacune demeure surprenante lorsqu'on considère le rôle névralgique du thérapeute dans l'application des traitements psychologiques. Déjà en 1978, Martindale constatait à travers sa revue de la littérature (33 études) que la plupart des études (63%) ne considéraient pas le rôle du thérapeute dans l'explication des résultats thérapeutiques.

Il importe de préciser que même si l'évaluation de la compétence du thérapeute est sans doute importante dans le cadre de toutes les approches thérapeutiques, les outils développés pour en faire l'évaluation peuvent difficilement être transthéoriques. Ces outils doivent être spécifiques à l'approche thérapeutique empruntée. Bien que le savoir-être soit une sous-compétence transthéorique, le savoir-faire se veut spécifique à l'approche utilisée dans le cadre

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

du traitement d'une problématique précise. Dans le cadre d'une TCC pour l'anxiété, le thérapeute orientera ses interventions vers l'action et mettra l'accent sur les facteurs qui contribuent à maintenir les difficultés du client.

Ensuite, l'évaluation de la compétence du thérapeute joue un rôle important dans l'évaluation empirique de la TCC. Il est crucial de parvenir à évaluer la compétence des thérapeutes à offrir ces thérapies afin de permettre le raffinement et l'amélioration de cette approche thérapeutique. En ce sens, les recherches qui portent sur l'efficacité des protocoles propres à cette approche ne peuvent conduire à des conclusions claires sans s'assurer que la façon dont les protocoles sont administrés par les thérapeutes est adéquate (Waltz et al., 1993; Weck et al., 2011). Les données actuelles issues des études cliniques nous indiquent que nous ne pouvons pas assumer que les thérapeutes sont tous uniformément compétents. Parmi les études les plus rigoureuses, certaines indiquent qu'il existe un écart important dans les résultats thérapeutiques obtenus par différents thérapeutes et que cette variabilité excède parfois celle qui résulte du traitement administré (Blatt et al., 1996; Kim et al., 2006; Okiishi et al., 2003; Wampold, 2001). Il est donc important de mesurer la compétence des thérapeutes afin de mieux comprendre comment celle-ci affecte l'évaluation de l'efficacité des protocoles de traitement sous étude. Selon Brown et Jones (2005), l'étude de la variabilité interthérapeutes s'avère un des domaines de recherche en psychothérapie les plus urgents.

Comment évaluer la compétence du thérapeute? Encore aujourd'hui, en dépit de la reconnaissance de l'importance d'évaluer la compétence des thérapeutes à offrir une TCC, il y a peu de consensus sur la façon précise de procéder à cette évaluation. La compétence du thérapeute est un construit difficile à définir et à mesurer de manière précise. Les outils conçus pour évaluer la compétence thérapeutique ont, entre autres, été largement critiqués puisque leur administration peut s'avérer compliquée et coûteuse. En effet, les outils développés jusqu'à

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

maintenant requièrent l'implication d'un expert et parfois même de deux experts afin d'évaluer la compétence d'un clinicien. Ainsi, il peut être difficile de trouver deux experts indépendants dans le même domaine et il peut être dispendieux de le faire (Muse et McManus, 2013). De plus, la compétence des thérapeutes est rarement évaluée en globalité (savoir, savoir-faire et savoir-être), puisque les outils mettent majoritairement l'accent sur l'évaluation des techniques d'intervention utilisées (Barber et al., 2007; Roth, 2016).

Quelques outils d'évaluation différents ont néanmoins été développés (Barber et al., 2007). Par exemple, Young et Beck (1980) ont développé l'Échelle de thérapie cognitive afin d'évaluer la compétence du thérapeute du point de vue d'un évaluateur externe. Aujourd'hui, il existe une version révisée de cet outil; l'Échelle de thérapie cognitive – révisée (Blackburn et al. 2001). L'outil regroupe les compétences thérapeutiques de base et les compétences spécifiques quant aux interventions utilisées. À travers le temps d'autres outils ont été développés et utilisés afin d'évaluer la compétence du thérapeute par un évaluateur externe (p. ex. l'Échelle d'adhérence et de compétence pour la thérapie cognitive (Barber et al., 2003), le Manuel d'assistance à la thérapie cognitive et comportementale (Davidson et al., 2004) et l'Item de compétence global de l'étude collaborative pour le traitement du trouble panique (Huppert et al., 2001). À ce jour, la plupart des études ont été conduites sur la compétence du thérapeute à l'aide des différents outils de mesure susnommés.

Rôle de la compétence du thérapeute en thérapie : Revue de la littérature empirique.

Parmi les études les plus robustes conduites à ce sujet, l'une d'elle a obtenu des résultats qui appuient le lien entre la compétence du thérapeute et le changement dans les symptômes de la dépression. Plus précisément, cette étude clinique a été effectuée auprès de 60 patients avec des symptômes dépressifs modérés à sévères. Elle a examiné le lien entre l'évaluation de la compétence du thérapeute (mesuré à l'aide l'Échelle de thérapie cognitive (Beck, 1980)) et la

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

prédiction des changements dans les symptômes dépressifs. La compétence du thérapeute prédirait le changement des symptômes d'une séance à l'autre en début de traitement et prédirait aussi la sévérité des symptômes à la fin du traitement (Strunk et al. 2010). Également, il a été démontré dans une étude sur l'anxiété sociale que la compétence du thérapeute peut expliquer jusqu'à 48% de la variance des résultats des individus ayant reçu un traitement (Ginzburg et al., 2012). D'autres études sont arrivées à des conclusions similaires et ont démontré, avec différents outils de mesure, que la compétence du thérapeute prédit l'amélioration thérapeutique (p. ex. Brown et al., 2005; Okiishi et al., 2006; Wampold et Brown, 2005). De plus, de récentes études se sont attardées au lien entre la compétence du thérapeute et le taux d'abandons thérapeutiques. Le support émotionnel, tel que la manifestation d'empathie de la part du thérapeute a été directement associée à un taux plus faible d'abandons thérapeutiques. L'intelligence émotionnelle dirigée vers le patient (jugement clinique) serait un atout non négligeable qui permettrait, entre autres, de repérer ainsi que de réparer les bris d'alliance tout en réengageant ce dernier dans son traitement (Kaplowitz et al., 2011 ; Muran et al., 2009 ; Roos & Werbat, 2013).

Toutefois, contrairement aux résultats précédents, certains chercheurs ne rapportent aucun lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique. Par exemple, Huppert et al. (2001) n'ont trouvé aucun lien entre la compétence du thérapeute et les résultats thérapeutiques dans le contexte d'un traitement pour le trouble panique. D'autres études sont arrivées aux mêmes conclusions. Par exemple, des études sur le trouble panique (Boswell et al., 2013) et la dépression (Branson et al., 2015) suggèrent que la compétence du thérapeute dans les traitements cognitivo-comportementaux s'avère un facteur négligeable (non significatif) dans l'explication des résultats thérapeutiques. Il existe même une méta-analyse de 15 études qui suggère, qu'en majeure partie, le lien entre la compétence du thérapeute et les résultats thérapeutiques ne serait pas significatif (p. ex. pour la dépression et l'abus de substance; Webb et al., 2010).

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Ces résultats de recherche mitigés peuvent être dus aux limites associées aux protocoles des études qui sont en majeure partie des essais contrôlés randomisés, lesquels ne sélectionnent habituellement que les thérapeutes qui surpassent les critères de compétence de base. Également, certaines études conduites dans le cadre de trouble anxieux ont utilisé l'Échelle de thérapie cognitive (Beck, 1980), un outil développé et validé pour l'évaluation de la compétence dans le traitement de la dépression (Branson et al., 2015). De surcroît, bien que la compétence du thérapeute soit différente de l'adhérence au traitement, certains outils de mesure ne sont pas suffisamment sensibles à cette distinction. Il est ainsi possible que l'adhérence au traitement brouille parfois les résultats concernant le lien entre la compétence du thérapeute et les changements thérapeutiques (Barber et al. 2007). Malgré les résultats mixtes en ce qui concerne le lien entre la compétence du thérapeute et le changement thérapeutique, lorsque prise dans son ensemble et en considérant ses limites, la littérature apporte un appui empirique au rôle de la compétence du thérapeute en thérapie. En conséquence, la compétence semble être un facteur à considérer dans le succès thérapeutique.

L'évaluation de la compétence du thérapeute par le client. Selon Bachelor (1995), l'évaluation de la compétence du thérapeute faite par le client serait davantage pertinente que celle faite par un évaluateur externe, et ce, en raison de la grande connaissance du client de sa propre problématique. En effet, le client serait en mesure d'évaluer son expérience globale en considérant la façon dont le thérapeute a ponctuellement répondu à ses besoins au cours du traitement. Selon Persig (1974), si le client n'est pas apte à déterminer le comportement approprié à l'avance, il peut néanmoins en apprécier la qualité une fois que celui-ci a été émis. Les comportements appropriés d'un thérapeute varient d'un cas à l'autre et d'un moment à l'autre considérant qu'il est influencé par les circonstances et les besoins de son client qui émergent dans le moment (Stiles et Horvath, 2017). L'évaluation du point de vue du client quant à la

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

compétence de son thérapeute se veut une mesure évaluative plutôt que descriptive, laquelle contiendrait, par exemple, des catégories de techniques que le client ne peut reconnaître. Ceci implique que le client peut évaluer le processus thérapeutique en portant un jugement sur les réactions appropriées du thérapeute; selon Stiles et Horvath (2017), il s'agirait d'une bonne façon d'évaluer la qualité des interventions. En effet, cela permet de savoir si les réponses thérapeutiques reflètent les circonstances plutôt que de décrire des interventions spécifiques (Stiles et Wolfe, 2006).

Il a également été démontré qu'il est important d'obtenir la perception du client sur la compétence du thérapeute dans le cadre de l'exploration des mécanismes de changement en psychothérapie. La perception positive du client quant au déroulement de la séance et aux résultats du traitement serait influencée par les interventions du thérapeute. Plus précisément, lorsque les clients estiment que les thérapeutes utilisent des interventions qui facilitent le travail thérapeutique, ils évaluent plus positivement leur satisfaction quant à la profondeur de ce qui est abordé dans le cadre des séances et quant au traitement dans son ensemble (Thomson et Hill, 1993). Ainsi, l'évaluation de la compétence du thérapeute par le client permet d'obtenir de l'information importante quant au rôle de cette composante dans les mécanismes de changement. Détenir le bon outil de mesure pour évaluer la compétence du thérapeute permet d'obtenir des données tangibles à cet effet.

Il semble y avoir suffisamment de preuves et d'arguments convaincants afin de justifier le développement d'un outil de mesure qui évalue la compétence du thérapeute, telle que perçue par le client. Bien que nous n'ayons pas la certitude à ce jour que ce soit la voie à prioriser dans l'évaluation de la compétence du thérapeute, le développement d'un tel outil s'avère prometteur. Pour ces raisons, notre équipe de recherche a développé un nouvel outil de mesure qui évalue la compétence du thérapeute perçue par le client dans le cadre d'une TCC (Échelle de compétence

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG du thérapeute; ÉCT). L'ÉCT s'inspire de l'Échelle de thérapie cognitive de Beck (Young et Beck, 1980) et de l'Échelle d'évaluation du thérapeute (Williams et Chambless, 1990).

L'Échelle d'évaluation du thérapeute (Williams et Chambless, 1990) fût la première mesure d'évaluation des caractéristiques du thérapeute faite par le client (contrairement à l'Échelle de thérapie cognitive de Beck qui évalue la compétence du thérapeute) dans le cadre d'une TCC. Cet outil se centre principalement sur l'évaluation des caractéristiques personnelles du thérapeute (p. ex. *Mon thérapeute semble être une personne froide*). Toutefois, L'ÉCT et l'Échelle d'évaluation du thérapeute (Williams et Chambless, 1990) mesurent des construits similaires quant aux compétences et même à certaines caractéristiques du thérapeute.

Tel que mentionné préalablement, l'ÉCT fut inspirée à partir de cet outil ainsi qu'à partir de l'Échelle de thérapie cognitive de Beck. Les énoncés de l'ÉCT sont basés sur les concepts saillants de l'Échelle de thérapie cognitive (Young et Beck, 1980). L'ÉCT se distingue par le fait que le répondant est le client et non un évaluateur externe. Comparativement aux énoncés de l'échelle de Beck, les énoncés de l'ÉCT sont moins spécifiques quant aux actions (ex. techniques d'interventions) du thérapeute en rencontre. Tel que mentionné préalablement, le client ne peut évaluer la présence/absence des ingrédients attendus dans le cadre d'une thérapie cognitivo-comportementale. Par exemple, l'ÉCT évalue plus globalement la satisfaction du client face aux interventions de son thérapeute (Énoncé 7 : *Mon (ma) thérapeute sait ce qu'il (elle) fait*) alors que l'échelle de Beck est davantage spécifique (Énoncé 1 : *Le thérapeute a planifié un agenda* ou Énoncé 10 : *L'application de techniques cognitivo-comportementales*). En d'autres mots, l'ÉCT se distingue de l'échelle de Beck du fait qu'elle évalue la perception de la compétence plutôt que la présence d'une ou plusieurs interventions. Ainsi, une grande importance est accordée au jugement clinique du thérapeute et à la perception du client de celui-ci. Quelques énoncés des deux outils, bien que présentés différemment, se recoupent (p. ex. ÉCT énoncé 3 : *Mon (ma)*

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

thérapeute comprend entièrement mon point de vue et l'Échelle de thérapie cognitive énoncé 3 : *Compréhension / Le thérapeute ne comprend pas à plusieurs reprises ce que le client lui explique et continue à ne pas saisir son point*). Les énoncés que le client peut évaluer et lesquels lui permettent de mettre des mots sur son expérience thérapeutique ont donc été inspirés de l'Échelle cognitive de Beck pour former l'ÉCT. Les trois outils ont été bâtis de façon à être utilisés dans le cadre d'une thérapie cognitivo-comportementale, mais applicable à toutes problématiques traitées par cette approche.

La version initiale (20 énoncés) de l'ÉCT a fait l'objet d'analyses préliminaires, lesquelles démontraient les bonnes propriétés psychométriques de l'outil. Toutefois, en raison de la petite taille d'échantillon, les analyses n'ont pas servi à la sélection des énoncés pour une version finale (Paradis et al., 2016). Une étude ultérieure de validation (effectuée auprès d'un échantillon de 70 participants issu d'un essai clinique évaluant l'efficacité de la TCC pour le TAG) a évalué la pertinence de chacun des énoncés des deux sous-échelles (savoir-être et savoir-faire) à l'aide d'une analyse de regroupement hiérarchique, ce qui a permis d'abrégé l'échelle à une version définitive de 8 énoncés. La distance de Ward a été utilisée comme méthode d'extraction et la distance euclidienne comme mesure d'intervalle. Douze des 20 énoncés ont été retirés de la version initiale de l'ÉCT afin d'obtenir une structure factorielle qui correspondait à la conceptualisation de l'outil. L'outil présente de bonnes propriétés psychométriques, incluant une bonne cohérence interne pour le score total ($\alpha = .87$) et un indice de fidélité test-retest acceptable ($r = .51, p < .001$) (Paradis et al., 2020). Aussi, cette étude a permis de constater que les clients atteints du TAG qui indiquent avoir une perception positive de la compétence de leur thérapeute présentent une plus grande diminution de symptômes suite à une TCC (Paradis et al., 2020). Par contre, puisque l'étude n'incluait pas une mesure de l'alliance thérapeutique, il n'est pas possible

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

de savoir si la compétence du thérapeute peut prédire l'efficacité thérapeutique au-delà de la contribution de l'alliance thérapeutique, ce qui sera examiné dans la présente étude.

L'ÉCT est simple à utiliser et pratique pour les cliniciens et les chercheurs qui désirent évaluer la perception du client de la compétence du thérapeute dans le cadre d'une TCC. Ce questionnaire permet au client, expert de sa problématique, d'évaluer la compétence du thérapeute tant sur le plan du savoir-être que du savoir-faire. Seul le savoir-faire et le savoir-être sont évalués par cet outil, puisque le client n'est pas apte à évaluer le savoir de son thérapeute. Il ne peut qu'évaluer ce qui est perceptible en thérapie, soit sa façon de faire ainsi que sa façon d'être. Les énoncés de l'ÉCT ne sont pas spécifiques à une problématique précise et, ainsi, cet outil peut être utilisé dans le contexte d'une TCC pour différentes problématiques (p. ex. troubles anxieux, troubles de l'humeur). Puisque l'ÉCT comporte seulement 8 énoncés, sa passation est très rapide. De plus, l'utilisation de l'ÉCT n'engendre presque aucun coût et il est accessible gratuitement (<https://uqo.ca/anxiete/outils>). Par conséquent, ce nouvel outil représente une alternative intéressante pour évaluer la perception du client de la compétence de son thérapeute dans le cadre d'une TCC. De ce fait, il importe de préciser ce en quoi consiste l'approche thérapeutique cognitivo-comportementale et son apport dans le traitement des troubles anxieux, puisque la présente étude se centrera sur la compétence du thérapeute dans le cadre d'une TCC pour le TAG.

La thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles anxieux

D'abord, la TCC est un traitement qui comporte surtout des interventions comportementales et cognitives. Bien que la TCC soit décrite en termes d'interventions cognitives et comportementales, elle touche aussi les réactions émotionnelles (triangle TCC). Ces trois composantes s'influencent et sont toutes des « portes d'entrée » au changement thérapeutique. Ainsi, le changement d'une de ces trois composantes de l'anxiété mène à des

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

changements correspondants dans les deux autres (Dugas, 2021; Tolin, 2016). Les interventions comportementales visent essentiellement à réduire les comportements considérés comme étant inadaptés et à augmenter la fréquence des comportements adaptés, et ce, par la mise en place de nouvelles actions qui entraînent de nouveaux apprentissages. Par exemple, les expériences comportementales et l'exposition peuvent être utilisées afin de permettre aux clients d'affronter des stimuli menaçants dans le but de développer de nouvelles croyances qui pourront inhiber les croyances menaçantes initiales (Craske et al., 2014). Ainsi, l'aspect comportemental du traitement agit sur les cognitions inadaptées développées par l'individu dans ses expériences passées, lesquelles jouent un rôle sur le développement, mais aussi le maintien de l'anxiété (Dugas, 2021; Tolin, 2016).

Les interventions cognitives visent principalement le développement d'un style cognitif plus flexible et nuancé tout en favorisant une posture plus critique face aux pensées automatiques (Teasdale, 1993; Tolin, 2016). Par exemple, la réévaluation cognitive (voir Dugas, 2021) permet aux clients de générer diverses interprétations dans les situations quotidiennes qui peuvent provoquer des réactions émotionnelles négatives et des comportements d'évitement (ou sécurisants). Ultiment, ce genre d'intervention cognitive facilite la distanciation face aux pensées automatiques des clients, ce qui a comme effet de faciliter le changement émotionnel et comportemental. La TCC se distingue des autres approches, entre autres, par ses stratégies d'intervention centrées sur le problème présent, basées sur les principes d'apprentissage social et orientées vers l'action (Tolin, 2016). La TCC est la forme de psychothérapie la plus validée pour les troubles anxieux. Par exemple, certaines données indiquent qu'elle s'avère supérieure à d'autres approches, telle que l'approche psychodynamique, dans le traitement de divers troubles anxieux, incluant le TAG (Tolin, 2010).

Thérapie cognitivo-comportementale pour le TAG

Le trouble d'anxiété généralisée

Le TAG se définit principalement par la présence d'anxiété et d'inquiétudes excessives qui concernent certains domaines de la vie, tels que le travail et la santé (American Psychiatric Association [APA], 2013). Les sujets d'inquiétude peuvent également être mineurs, comme le fait de s'inquiéter pour un rendez-vous ou la propreté de la résidence. La fréquence, la durée et l'amplitude des inquiétudes et de l'anxiété sont démesurées face à la réelle probabilité d'apparition ou la gravité de la situation anticipée. L'inquiétude excessive est difficilement contrôlable et doit s'accompagner de trois des six symptômes suivants : (1) agitation ou sensation d'être survolté ou à bout, (2) fatigabilité, (3) difficultés de concentration ou trous de mémoire, (4) irritabilité, (5) tension musculaire, (6) perturbation du sommeil.

Modèle cognitif du TAG

Durant les dernières décennies, plusieurs modèles cognitifs et comportementaux de l'inquiétude excessive et du TAG ont été proposés. Certains de ces modèles priorisent l'évitement cognitif en tant que facteur de vulnérabilité (c.-à-d. Borkovec et al., 2004) alors que d'autres mettent l'accent sur les croyances métacognitives (c.-à-d. Wells et Carter, 2001) et les difficultés de régulation des émotions (c.-à-d. Mennin et al., 2002). Une équipe de recherche à l'Université Laval a développé et validé un modèle cognitif centré sur l'idée que les individus avec le TAG ont beaucoup de difficulté à gérer et tolérer l'incertitude dans la vie de tous les jours (Dugas et al., 1998a). Alors que le modèle comprend quatre composantes, la composante principale est de toute évidence l'intolérance à l'incertitude (Dugas et al., 2007; Ladouceur et al., 2000). Pour cette raison, il s'agit de la composante du modèle qui sera retenue dans cette étude. Bien que, dans la présente étude, nous ne retenions qu'un facteur de vulnérabilité pour le TAG (c.-à-d. l'intolérance à l'incertitude), une discussion des autres modèles mentionnés ci-haut

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

demeure pertinente. Dans le but d'élargir notre compréhension des processus cognitifs, comportementaux et émotionnels impliqués dans l'étiologie du TAG, les autres modèles sont brièvement présentés à l'Annexe A.

L'intolérance à l'incertitude

D'après le modèle d'intolérance à l'incertitude (voir p. ex. Dugas et al., 1998a), les personnes qui ont une grande difficulté à tolérer l'incertitude sont à risque de développer le TAG. L'incertitude se présente lorsqu'une personne est confrontée à des stimuli nouveaux, ambigus ou imprévisibles. De manière plus exacte, un individu ressent de l'incertitude lorsqu'il est devant un stimulus auquel il n'a jamais été exposé auparavant, un stimulus qui ne contient pas tous les éléments cruciaux à sa compréhension, ou un stimulus qui peut changer de façon inattendue. L'incertitude est un sentiment qui génère de l'inconfort chez presque toutes les personnes (Hogg, 2000); toutefois, certaines personnes ne tolèrent pas du tout le fait de ne pas connaître avec certitude. Selon Robichaud et al. (2019), l'intolérance à l'incertitude (II) est le résultat de croyances catastrophiques relatives à l'incertitude et ses conséquences potentielles.

Les individus qui sont intolérants à l'incertitude perçoivent les situations nouvelles, ambiguës et imprévisibles comme étant une source importante de stress et d'inconfort, comme devant être évitées et induisant une difficulté à agir (Buhr et Dugas, 2002). Dans la vie quotidienne, une multitude de situations avec un certain degré de nouveauté, d'ambiguïté et d'imprévisibilité peuvent se présenter et celles-ci sont susceptibles d'augmenter la détresse et l'inquiétude des individus qui réagissent fortement à l'incertitude (Buhr et Dugas, 2006). Parmi les différents construits susceptibles de prédire l'inquiétude excessive, l'II se présente comme un construit fondamental. Effectivement, les études ont démontré une forte relation entre l'inquiétude et l'II et ce, indépendamment d'autres facteurs tels que les symptômes dépressifs et l'anxiété somatique (Dugas et al., 2005a; Dugas et al., 1997; Freeston et al., 1994).

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Protocole TCC pour l'intolérance à l'incertitude et le TAG

Suite à la validation du modèle de l'intolérance à l'incertitude pour le TAG, l'équipe de l'Université Laval a développé un protocole de traitement qui cible les quatre composantes du modèle (voir p. ex. Dugas et Ladouceur, 2000; Ladouceur et al., 2000). Ce protocole, que nous nommerons TCC pour l'intolérance à l'incertitude, s'administre sur 12 à 16 séances hebdomadaires et inclut six modules. Chacun des six modules est conçu de manière à cibler un aspect précis du modèle tout en visant la tolérance à l'incertitude. Plus précisément, le traitement comprend les modules suivants : (1) la psychoéducation et l'entraînement à la sensibilisation aux inquiétudes, (2) la réévaluation de l'utilité de s'inquiéter, (3) la reconnaissance de l'incertitude et l'exposition comportementale, (4) l'entraînement à la résolution de problème, (5) l'exposition par écrit et (6) la prévention de la rechute.

Efficacité du traitement

La TCC pour l'intolérance à l'incertitude a été évaluée à travers six études cliniques. En général, les taux de rémission pour le TAG se situent entre 60% et 77% à la fin du traitement. Afin de documenter l'efficacité du traitement, trois études qui donnent un portrait représentatif de ce qui a été fait seront présentées ici. La première compare le traitement à une liste d'attente, la deuxième compare le traitement à une thérapie de soutien chez des personnes prenant des médicaments depuis au moins un an, et la troisième compare le traitement à la relaxation appliquée.

Thérapie cognitivo-comportementale et liste d'attente (Ladouceur et al., 2000)

Dans la première étude, la TCC pour l'intolérance à l'incertitude a été comparée à une condition liste d'attente. Les résultats démontrent que les participants de la condition traitement ($n = 14$) avaient un taux d'amélioration plus élevé par rapport aux symptômes du TAG en comparaison aux participants de la liste d'attente ($n = 12$), et ce, avec une grande taille d'effet de

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

$d = 2.4$. Les auteurs ont également évalué l'efficacité du traitement pour l'échantillon total ($n = 26$) lorsque les participants de la liste d'attente ont reçu le traitement différé. La proportion de participants qui ne rencontraient plus les critères du TAG après la thérapie s'élevait à 77 %. En résumé, les résultats indiquent qu'approximativement le $\frac{3}{4}$ des participants étaient en rémission du TAG à la fin de la thérapie et au suivi d'un an (Ladouceur et al., 2000).

Thérapie cognitivo-comportementale et discontinuité d'une médication (Gosselin et al., 2006)

Dans plusieurs cas, les individus atteints du TAG font face à une prise de médication (p. ex. benzodiazépines) sur une longue période, laquelle peut engendrer une dépendance physique et psychologique, une tolérance aux effets de la médication et des effets secondaires (p. ex. nausées et difficultés de concentration) (Ashton, 2001 ; Robichaud et al., 2019). L'échantillon ($n = 61$) était composé d'individus atteints du TAG prenant des benzodiazépines depuis au moins un an (Gosselin et al., 2006). Ils étaient assignés aléatoirement à la TCC jumelée à une procédure pour réduire la prise de médication ($n = 31$) ou à une thérapie de soutien jumelée à la même procédure pour réduire la prise de médication ($n = 30$). La dose quotidienne de benzodiazépines était diminuée de 25% à chaque deux à trois semaines durant la psychothérapie. Les résultats de l'étude démontrent que la TCC était plus efficace que la thérapie de support, lorsque combinée à la procédure de réduction de médication, pour diminuer les symptômes du TAG et pour discontinuer la prise de benzodiazépines. Au terme du traitement, 74% des participants assignés à la condition TCC avaient atteint une cessation complète de la prise de benzodiazépines alors que seulement 37% des participants assignés à la thérapie de soutien y étaient parvenus (Gosselin et al., 2006).

Thérapie cognitivo-comportementale et relaxation appliquée (Dugas et al., 2010)

Dans cette troisième étude, la TCC ($n = 23$) pour l'intolérance à l'incertitude a été comparée à la relaxation appliquée (RA) ($n = 22$) et les deux conditions ont été comparées à une

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

liste d'attente ($n = 20$) afin d'évaluer l'efficacité de chacun des traitements. En ce qui concerne la sévérité des symptômes du TAG, les inquiétudes excessives et l'amélioration générale du tableau clinique, les résultats révèlent que la TCC était supérieure à la liste d'attente. Les résultats démontrent aussi que la condition RA était supérieure à la condition liste d'attente en ce qui concerne la sévérité des symptômes du TAG et que, dans l'ensemble, la TCC avait un effet plus important que la relaxation. Dans la condition TCC, le taux de rémission du TAG s'élevait à 70% à la suite du traitement et à 84% au suivi de 12 mois. Dans la condition RA, le taux de rémission suite au traitement s'élevait à 55% au post-traitement et à 68% au suivi de 12 mois (Dugas et al., 2010). En somme, la TCC développée par l'équipe de recherche de l'Université Laval produit de bons résultats dans le traitement de courte durée chez plus de deux tiers des clients atteints du TAG. Le traitement engendre une diminution statistiquement significative en ce qui concerne les symptômes du TAG, de l'anxiété associée et des symptômes dépressifs avec des tailles d'effet qui se situent entre $d = 0.9$ et $d = 3.2$ (Robichaud et al., 2019).

Mécanismes de traitement

Les études présentées ci-haut ont été suivies de recherches portant sur l'influence de l'II sur l'inquiétude dans le contexte du traitement du TAG. Les résultats de ces études indiquent que les changements dans la tolérance à l'incertitude précèdent et prédisent généralement les changements de l'inquiétude pendant une psychothérapie pour le TAG (Dugas et Ladouceur, 2000; Dugas et al., 1998b), ce qui est compatible avec l'idée que l'II serait un facteur de vulnérabilité pour l'inquiétude excessive. Des recherches expérimentales se sont penchées sur cette même idée et celles-ci démontrent, en effet, que des changements expérimentaux dans l'II mènent à des changements correspondants dans l'inquiétude. De manière plus exacte, une augmentation de l'II engendre un plus haut niveau d'inquiétude et une diminution de l'II engendre un plus bas niveau d'inquiétude (Grenier et Ladouceur, 2004; Ladouceur et al., 2000).

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Ainsi, il semblerait que les individus atteints du TAG doivent apprendre à tolérer l'incertitude afin de réussir à diminuer leurs inquiétudes excessives (Robichaud et al., 2019).

D'autres données à ce sujet nous indiquent que les individus qui sont hautement intolérants à l'incertitude font face à un risque démesuré de développer le TAG, car ils interprètent de manière catastrophique les stimuli ambigus, ils performent moins bien face à des situations ambiguës et ils ont une faible confiance dans leurs décisions lorsqu'ils sont anxieux. En effet, les individus intolérants à l'incertitude ont tendance à interpréter de manière particulièrement menaçante l'information ambiguë, ce qui peut engendrer une hausse de l'inquiétude et de l'anxiété (Dugas et al., 2005b). De plus, les individus qui ne tolèrent pas l'incertitude ont tendance à avoir besoin de plus d'informations afin de prendre une décision face à une situation avec un niveau modéré d'ambiguïté, ce qui peut engendrer un prolongement de l'anxiété et de l'inquiétude (Ladouceur et al., 1997). Finalement, les personnes intolérantes à l'incertitude ont une moins grande confiance dans leurs décisions lorsqu'ils sont anxieux et lorsqu'ils affrontent une situation ambiguë, ce qui peut mener à de l'inquiétude par rapport aux conséquences de ces décisions (Wells, 1999). L'ensemble des données indiquent donc que l'intolérance à l'incertitude représente un facteur de vulnérabilité central pour le TAG. Sans surprise, plusieurs études suggèrent que les traitements psychologiques qui incluent des stratégies visant à augmenter la tolérance à l'incertitude produisent des réductions dans les inquiétudes et l'anxiété (Dugas et Ladouceur, 2000; Dugas et al., 2003; Ladouceur et al., 2000).

En raison du peu de données sur le lien entre les facteurs communs et l'efficacité thérapeutique, l'objectif de l'étude est d'évaluer la place de la compétence du thérapeute dans les mécanismes de changements associés au TAG présentés ci-haut. Les études antérieures n'ont pas examiné le rôle des facteurs communs dans la TCC pour l'II, et ce, incluant le rôle de la compétence du thérapeute. La compétence du thérapeute s'avère importante pour ce traitement en

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

particulier, considérant que le thérapeute doit savoir jongler avec les différentes composantes qui le constitue. Également, il doit être suffisamment alerte pour ne pas tomber dans le piège de la réassurance auprès de ses clients et être en mesure de remarquer les stratégies de neutralisation/évitement que ces derniers ont tendance à utiliser dans le cadre de l'exposition, et notamment de l'exposition par écrit.

Objectifs et hypothèses

Puisque les facteurs communs jouent un rôle important dans le succès thérapeutique et que la compétence du thérapeute demeure très peu étudiée, l'objectif premier de cette étude est d'explorer le rôle de la compétence du thérapeute perçue par le client dans les changements thérapeutiques suite à une TCC de 12 séances auprès d'adultes atteints du TAG. Plus précisément, l'impact de la compétence du thérapeute perçue par le client sera examiné dans le changement de l'II et des symptômes du TAG. Considérant le rôle bien établi de l'alliance thérapeutique dans le succès thérapeutique, nous souhaitons mesurer l'impact de la compétence du thérapeute perçue par le client dans les changements thérapeutiques au-delà de cette variable. Cette étude vise aussi à explorer les mécanismes de changements (c'est-à-dire médiation) pour les symptômes du TAG. Considérant les mécanismes de traitement présentés préalablement, il est cohérent de croire que la relation entre la compétence du thérapeute perçue par le client et le changement des symptômes du TAG serait médiée par le changement de l'intolérance à l'incertitude. L'étude comporte trois hypothèses de recherche. Hypothèse 1 : Au-delà de l'alliance thérapeutique évaluée par le client, la compétence du thérapeute perçue par le client aura un impact significatif sur la diminution de l'intolérance à l'incertitude. Hypothèse 2 : Au-delà de l'alliance thérapeutique évaluée par le client, la compétence du thérapeute perçue par le client aura un impact significatif sur la diminution des symptômes du TAG. Hypothèse 3 : La relation

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

entre la compétence du thérapeute perçue par le client et le changement des symptômes du TAG sera médiée par le changement de l'intolérance à l'incertitude.

Méthodologie

Participants

Recrutement

Avant tout, il importe de savoir que l'étude s'est déroulée sur deux sites différents. L'étude a débuté à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et s'est poursuivie à la Clinique de services psychologiques de l'Université du Québec en Outaouais. Pour le premier site d'étude, des affiches ont été placées dans diverses universités de la région de Montréal ; Université de Montréal, Université du Québec à Montréal, Concordia et Mc Gill. Une annonce a aussi été placée dans *La Presse*, un journal de Montréal. Pour le second site d'étude, des affiches ont été placées dans diverses universités, telles que l'Université du Québec en Outaouais et l'Université d'Ottawa. Une annonce a aussi été placée dans un journal de l'Outaouais, soit *Le Droit*.

Échantillon

Critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude. Les individus inclus dans l'étude qui prennent une médication ne peuvent en aucun cas effectuer un changement de dose de 4 à 12 semaines avant leur entrée dans l'étude. Plus exactement, aucun changement de dose n'est permis 4 semaines avant l'entrée dans l'étude en ce qui concerne les benzodiazépines et aucun changement de dose n'est accepté 12 semaines avant l'entrée dans l'étude pour les antidépresseurs et hypnotiques. Il est bien démontré dans la littérature scientifique que l'utilisation de substances psychotropes peut entraîner des effets cognitifs, tant positifs que négatifs (Stewart et al., 2000; Westra et Stuart, 1998). Cependant, sachant qu'un nombre important d'individus anxieux prennent une médication à cet effet, nous les retenons à la condition que la dose thérapeutique soit stable. À l'inverse, les résultats de l'étude pourraient être

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

biaisés et difficilement interprétables. Effectivement, un changement dans la médication en cours d'étude rend difficile de montrer l'impact de la TCC dans le changement des symptômes et des caractéristiques cliniques. Les individus inclus ne doivent présenter aucun symptôme anxieux dû à une condition médicale, telles que pour l'hypoglycémie et l'anémie. Ces conditions médicales peuvent entraîner des symptômes anxieux semblables à ceux du TAG et, ainsi, entraîner une confusion concernant leur provenance.

Également, les individus retenus dans l'étude se définissent par l'absence d'intention suicidaire, d'épisode actuel ou antérieur de schizophrénie, de trouble bipolaire et de trouble lié à l'usage d'une substance. Ils ne peuvent d'aucune façon être impliqués dans une autre étude et/ou être engagés dans une autre psychothérapie parallèlement au traitement offert dans la présente étude. Il faut savoir que les individus qui souffrent d'un ou plusieurs troubles en comorbidité sont retenus uniquement si ces conditions sont moins sévères que le TAG. D'ailleurs, ce choix est motivé par le fait que les troubles anxieux sont accompagnés de troubles secondaires dans la majorité des cas (Kessler et al., 1994). Spécifiquement, 90% des gens qui souffrent du TAG présentent un ou plusieurs autres troubles comorbides, et ce, pour une durée déterminée d'un an (Carter et al., 2001). Ces données nous indiquent qu'il est relativement rare de retrouver des individus dans la population clinique qui ne souffrent que du TAG. Par conséquent, inclure dans notre étude les individus avec un ou plusieurs troubles en comorbidité permet d'augmenter la validité écologique, pour ainsi dire, la généralisation des résultats à cette population clinique.

Procédure

Évaluation téléphonique préliminaire

Initialement, les individus qui ont répondu aux annonces ont dû se soumettre à une évaluation téléphonique préliminaire d'une durée approximative de 30 minutes. L'objectif principal de cette

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

évaluation est d'exclure les gens qui ne rencontrent évidemment pas les critères d'inclusion de base de l'étude (Ladouceur et al., 2000). Au cours de cette évaluation téléphonique, le premier formulaire de consentement a été lu et un accord verbal a été donné avant le début de l'évaluation. Voir Annexe B pour les formulaires de consentement du site d'étude à Montréal et à Gatineau. Au début de l'évaluation, le clinicien a pris un temps pour faire sa propre description et par la suite, il a décrit l'étude, ses étapes et ses implications : l'évaluation, le traitement et le suivi. Le clinicien a informé les individus que l'évaluation vise à vérifier préliminairement que ceux-ci rencontrent les critères d'éligibilité de l'étude. Ensuite, les individus ont été questionnés au sujet de leur intérêt à participer à l'étude et cinq questions subséquentes ont été posées afin de déterminer l'éligibilité à l'évaluation possible. Ces questions portent sur l'âge, sur la médication pour l'anxiété et la dépression, sur la présence d'une psychothérapie en cours, sur la présence d'une maladie physique et sur la participation à une autre étude. Suite à ces questions, si la personne était exclue, le clinicien lui expliquait le motif d'exclusion. Pour les individus qui ont poursuivi les catégories de questions suivantes, ils pouvaient être exclus à chacune de ces catégories et, à ce moment, recevaient une liste de références ou de lignes d'entraide dans la région.

Évaluations diagnostiques

À la suite de l'entrevue téléphonique initiale, les individus qui semblaient rencontrer les critères d'inclusion de base de l'étude ont été appelés à se rendre à un des deux sites de l'étude, soit à la Clinique des troubles anxieux de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ou la Clinique de services psychologiques de l'Université du Québec en Outaouais afin de procéder à une évaluation diagnostique. Avant de débiter l'évaluation diagnostique, tous les individus ont lu et signé un formulaire de consentement qui leur avait été préalablement lu et expliqué durant l'entrevue téléphonique. Voir Annexe C. Chacun est reparti avec une copie du formulaire de

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG consentement dûment rempli au sujet de l'évaluation faite avec l'ESTA-IV. Par la suite, les individus ont été évalués par un clinicien à l'aide de l'Entrevue structurée pour les troubles anxieux (ESTA-IV), pour une durée approximative d'une heure trente. L'ESTA-IV est une entrevue diagnostique qui permet d'obtenir une impression diagnostique complète.

Suite à l'entrevue diagnostique faite à l'aide de l'ESTA-IV, les individus qui semblaient rencontrer les critères d'inclusion de l'étude aussi bien que les critères diagnostiques du TAG ont été appelés à se rendre une deuxième fois à une des deux cliniques de l'étude. Au cours de cette seconde rencontre, les individus ont été évalués à l'aide de la version française du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), et ce, par un clinicien indépendant (différent du premier). Successivement à ces deux entrevues diagnostiques (ESTA-IV et MINI) et aux résultats obtenus, notre équipe de recherche s'est consultée afin de s'entendre sur une impression diagnostique finale. Concernant les individus exclus à cette étape du processus d'évaluation, ils se sont vu recevoir une liste de références pour la région adaptée à leurs besoins.

Évaluations liées au traitement

Les participants retenus dans l'étude ont été invités à se rendre à une des deux cliniques, et ce, afin de procéder à une évaluation pré-traitement. Le déroulement de cette évaluation implique de remplir tous les questionnaires autorapportés de l'étude et de signer un deuxième formulaire de consentement concernant les évaluations administrées pendant l'étude, le traitement et ses implications. Voir Annexe C. Il importe de savoir que les évaluateurs pour l'évaluation téléphonique, les évaluations diagnostiques et les évaluations liées au traitement ne sont pas les mêmes. Plusieurs autres évaluations ont aussi été faites à la 7^e semaine et une semaine après le dernier rendez-vous, soit à la 15^e semaine. Ces évaluations comprennent les questionnaires autorapportés, trois tâches d'interprétation à l'ordinateur et l'administration de l'ESTA-IV. Concernant le traitement, les individus inclus ont bénéficié d'une thérapie cognitivo-

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

comportementale d'une durée de 50 minutes et d'une tâche à l'ordinateur de 10 minutes à raison d'une fois par semaine sur une période de 14 semaines. Cependant, la présente étude s'inscrit dans cette plus vaste étude, ce qui nous amène à ne considérer que les questionnaires pertinents à son élaboration.

Outils de mesure

Entrevue de dépistage

L'entrevue de dépistage est une entrevue téléphonique effectuée à l'aide d'un questionnaire pour une durée d'environ 30 minutes. Cet outil contient cinq questions préalables qui visent à évaluer l'éligibilité de l'individu à poursuivre l'évaluation et qui portent sur l'âge, la médication pour l'anxiété et la dépression, la présence d'une maladie physique, la participation à une autre étude ou l'implication dans une psychothérapie. Suite à ces questions, les individus qui sont inclus à l'évaluation téléphonique sont questionnés sur la façon dont se manifeste leur anxiété. Un ensemble de 16 questions est abordé par le clinicien au sujet du trouble d'anxiété généralisée (8), de la dépression (2), des pensées et du risque suicidaire (3), du jeu pathologique (1) et de l'abus de substance (2).

Entrevues psychodiagnostiques

Entrevue structurée pour les troubles anxieux, version DSM-IV (ESTA-IV; Di Nardo et al., 1994). L'ESTA-IV est une entrevue semi-structurée qui évalue tous les troubles anxieux et certains autres troubles de l'axe I du DSM-IV (APA, 1994). Cet outil diagnostique évalue les troubles somatoformes, les troubles de l'humeur, les troubles liés à l'abus de substance, les symptômes psychotiques, les troubles du sommeil et les problèmes médicaux. Pour chacune des catégories diagnostiques évaluées par l'outil de mesure, il y a plusieurs questions d'évaluation préliminaires. Des questions supplémentaires quant aux symptômes de tous les troubles évalués sont disponibles dans la mesure où les réponses aux questions discriminantes s'avèrent positives.

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

La sévérité des symptômes est évaluée à l'aide de l'Échelle de sévérité du clinicien, soit une échelle de type Likert à 9 points qui s'étend de 0 à 8. Selon cette échelle, 0 signifie une absence de symptôme et 8 signifie la présence de symptômes très sévères. Un score égal ou supérieur à 4 indique la présence d'un trouble cliniquement significatif, dans la mesure où 4 est la valeur du seuil clinique. L'ESTA-IV présente de bonnes propriétés psychométriques, notamment sur le plan de la fidélité interjuge pour les troubles anxieux. Par exemple, l'ESTA-IV présente une bonne fidélité interjuge quant au TAG ($r = .72$) (Brown et al., 2001). Voir annexe D.

Mini International Neuropsychiatric Interview, Version française 5.0 (MINI; Sheehan et al., 1998). Le MINI, version française, est une entrevue diagnostique brève développée pour les cliniciens et les chercheurs qui désirent couvrir rapidement un ensemble de plusieurs diagnostics psychiatriques. Le MINI est une entrevue structurée formée de 120 questions qui permettent d'évaluer 17 troubles de l'axe I du Manuel diagnostique et statistique (DSM) IV. Plus précisément, l'outil évalue les troubles psychotiques, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, le risque suicidaire, les troubles liés à l'usage de substances et les troubles alimentaires. L'outil comprend aussi des questions supplémentaires afin d'approfondir l'évaluation des troubles pour lesquels les questions discriminantes s'avèrent positives. Il est un outil de mesure valide et fiable qui présente de bonnes qualités psychométriques. La fiabilité du MINI a été confirmée à l'aide de l'accord interjuge de cliniciens et les résultats démontrent un bon accord pour le diagnostic initial en ce qui concerne le trouble dépressif majeur ($\kappa = 1,00$), le trouble de stress post-traumatique ($\kappa = .95$), l'anorexie ($\kappa = 1.00$) et le trouble d'anxiété généralisée ($\kappa = .98$). De plus, cet outil engendre de très bonnes valeurs Kappa pour la majorité des troubles, ce qui témoigne de sa pertinence (Sheehan et al., 1998).

Mesure de la compétence du thérapeute perçue par le client

Échelle de Compétence du Thérapeute (ÉCT; Paradis et al., 2019). L'ÉCT est un outil de mesure de 8 énoncés développé pour évaluer la compétence du thérapeute perçue par le client dans le cadre d'une TCC. L'outil de mesure comporte deux sous-échelles : le *Savoir-être* (4 énoncés) et le *Savoir-faire* (4 énoncés). Chaque énoncé de l'outil a été conçu de façon à évaluer la perception du client et l'ÉCT produit un score total et un score pour chacune des sous-échelles. Chaque énoncé de l'outil est évalué à l'aide d'une échelle de type Likert à 6 points allant de 1 « Fortement en désaccord » à 6 « Fortement en accord ». À titre d'exemple, voici un énoncé de la sous-échelle *Savoir-faire* « Mon (ma) thérapeute adapte le traitement selon mes besoins » et un énoncé de la sous-échelle *Savoir-être* « Mon (ma) thérapeute comprend entièrement mon point de vue ». L'outil présente de bonnes qualités psychométriques. En effet, il démontre une bonne cohérence interne pour le score total ($\alpha = .87$) et pour les sous-échelles *Savoir-faire* ($\alpha = .78$) et *Savoir-être* ($\alpha = .79$). Également, l'outil démontre un indice de fidélité test-retest satisfaisant après huit semaines ($r = .51$) pour le score total. Les résultats révèlent une fidélité test-retest acceptable pour les sous-échelles *Savoir-faire* ($r = .35$) et *Savoir-être* ($r = .55$) (Paradis et al., 2019). Voir Annexe E.

Mesure de l'alliance thérapeutique perçue par le client

Inventaire d'alliance de travail, version courte – client (AT-Cl; Horvath et Greenberg, 1989; Tracey et Kokotovic, 1989; traduit par Corbière et al., 2006). L'AT-CL version française est un outil de mesure composé de 12 énoncés qui évalue la qualité de l'alliance thérapeutique telle que perçue par le client. L'outil comprend trois sous-échelles : le *Lien* (4 énoncés), la *Tâche* (4 énoncés) et le *But* (4 énoncés). Chaque énoncé de l'outil est évalué à l'aide d'une échelle de type Likert à 7 points, allant de 1 « jamais » à 7 « toujours ». L'outil démontre une bonne cohérence interne pour le score total ($\alpha = .88$) et pour les trois sous-échelles ($\alpha = .64$ à $\alpha = .93$).

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Par conséquent, la version courte de l'AT-CL validée en français présente de bonnes qualités psychométriques (Corbière et al., 2006). Voir Annexe F.

Mesure du niveau d'intolérance à l'incertitude

Échelle d'intolérance à l'incertitude (ÉII; Freeston et al., 1994). En 1994, l'ÉII fut le premier outil de mesure développé pour évaluer l'II tant sur le plan de la clinique que de la recherche. L'ÉII est un questionnaire autorapporté de 27 items qui porte sur les croyances relatives à l'incertitude. L'instrument permet de mesurer précisément deux croyances relatives à l'incertitude : les implications négatives de l'incertitude pour soi-même (p. ex. être incertain(e) veut dire qu'on est une personne désorganisée) et le fait que l'incertitude est injuste et gâche tout (p. ex. c'est injuste de ne pas avoir de garanties dans la vie) (Sexton et Dugas, 2009). Les énoncés de l'outil portent sur les réponses comportementales, émotionnelles et cognitives aux situations nouvelles, ambiguës et imprévisibles. Chaque énoncé de l'outil est évalué à l'aide d'une échelle de type Likert à 5 points allant de 1 « Pas du tout correspondant » à 5 « Tout à fait correspondant ». Concernant les propriétés psychométriques de l'outil, il a été démontré que celui-ci présente une très bonne constance interne ($\alpha = .94$) et une bonne fidélité test-retest après cinq semaines ($r = .74$; Freeston et al., 1994). Par conséquent, l'ÉII s'avère un outil de choix dans l'évaluation de l'II. Voir Annexe G.

Mesure de la sévérité des symptômes anxieux

Questionnaire des inquiétudes de Penn State (QIPS; Meyer et al., 1990; traduit par Gosselin et al., 2001). Le QIPS est la version française du Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). L'outil de mesure comprend 16 énoncés qui évaluent la tendance générale à s'inquiéter auprès d'une population adulte. Bien que le QIPS n'évalue pas l'ensemble des critères diagnostiques du TAG, il demeure un outil fort pertinent de l'étude considérant qu'il permet d'évaluer le niveau d'inquiétude, soit le critère principal du TAG. Chaque énoncé de l'outil est

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

évalué à l'aide d'une échelle de type Likert à 5 points allant de 1 « pas du tout correspondant » à 5 « extrêmement correspondant ». Les énoncés 1, 3, 8, 10 et 11 de l'outil sont inversés. Le QIPS est un outil de choix pour les chercheurs et les cliniciens qui désirent évaluer efficacement la tendance générale à s'inquiéter chez les adultes, et ce, en raison de sa rapidité de passation et de ses propriétés psychométriques. En effet, il présente pour l'ensemble des énoncés une cohérence interne de $\alpha = .82$ et fait preuve de validité convergente et discriminante (Gosselin et al., 2001). Voir Annexe H.

Inventaire d'anxiété de Beck (IAB; Beck et al., 1988; Freeston et al., 1994). L'IAB est un outil de mesure autorapporté de 21 énoncés qui évalue l'intensité des symptômes affectifs, cognitifs et somatiques de l'anxiété. Les individus évaluent la sévérité de leurs symptômes d'après la façon dont ils se sont sentis au cours des deux dernières semaines. L'outil de mesure permet, entre autres, d'évaluer des symptômes tels que les picotements, les bouffées de chaleur, la nervosité et les sensations d'engourdissement. L'inventaire fait un tour d'horizon de l'ensemble des troubles anxieux. Chaque énoncé de l'outil est évalué à l'aide d'une échelle de type Likert à 4 points allant de 0 « Pas du tout » à 3 « Beaucoup ». L'IAB est un outil de mesure fiable et valide pour l'évaluation des symptômes anxieux chez l'adulte. La version canadienne-française de l'outil possède une très bonne cohérence interne de $\alpha = .85$ à $.94$ ainsi qu'une bonne fidélité test-retest à un intervalle de 4 semaines $r = .63$. (Freeston et al., 1994; Fydrich et al., 1992). Voir Annexe I.

Mesure de la sévérité des symptômes dépressifs

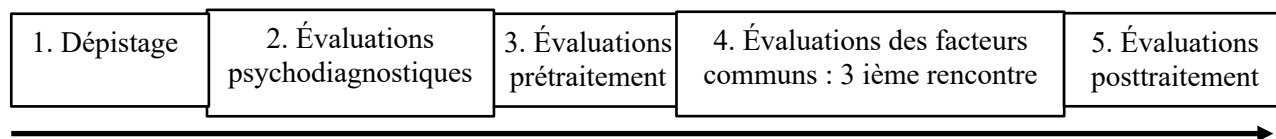
Inventaire de dépression de Beck, 2e édition (IDB-II; Beck et al., 1996). L>IDB-II est un outil de mesure autorapporté de 21 énoncés qui évalue les principaux symptômes de la dépression. Pour chacun des symptômes dépressifs, il y a quatre énoncés qui évaluent la sévérité à l'aide d'une échelle à 4 points allant de 0 (absence) à 3 (sévère). Les individus évaluent la

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

sévérité de leurs symptômes d'après la façon dont ils se sont sentis au cours des deux dernières semaines. L'IDB-II est un outil de mesure fiable et valide pour l'évaluation des symptômes dépressifs chez l'adulte. Effectivement, il présente une excellente cohérence interne de $\alpha = .92$ et une excellente fidélité test-retest d'une semaine de $r = .93$. Également, l'IDB-II présente des indices de validité convergente et divergente adéquats (Beck et al., 1996). Par conséquent, il s'agit d'un outil de choix dans l'évaluation des symptômes dépressifs chez l'adulte. Voir Annexe J.

Figure 1

Illustration des procédures de l'étude



Analyses préliminaires

Tel que mentionné précédemment, la présente étude s'inscrit dans une étude plus vaste effectuée sur deux sites différents. L'étude a débuté à Montréal et s'est ensuite poursuivie à Gatineau. Elle comporte deux groupes de participants, soit un groupe d'individus recevant une TCC et un programme de modification des interprétations à l'ordinateur (PMI), et un groupe recevant uniquement une TCC (sans le PMI). Dans le but d'avoir un échantillon plus important, nous avons conduit des analyses afin de vérifier l'équivalence des sites d'étude ainsi que des deux groupes au pré-test. Ces analyses ont permis de comparer les participants provenant des deux sites et appartenant aux deux groupes expérimentaux. De façon à comparer les différents groupes, des test-t pour échantillons indépendants ont été conduits pour les variables continues. Quant à la comparaison des variables catégorielles, des analyses de Chi-carré ont été générées.

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Les variables continues sont la sévérité du TAG à l'ESTA-IV et au MINI, l'âge, le nombre de troubles comorbides, la durée du TAG et les scores au QIPS, à l'ÉII et à l>IDB-II. Les variables catégorielles sont le sexe, l'ethnicité, le niveau d'éducation, la participation à une TCC antérieure et la prise de médication. Les résultats des test-t révèlent que pour l'ensemble des variables continues, les participants des deux sites d'étude ne diffèrent pas, à l'exception de la durée du TAG ($M_{\text{Montréal}} = 29$ ans, $\text{É-T} = 16.85$; $M_{\text{Gatineau}} = 14$ ans, $\text{É-T} = 15.71$; $t = 3.37$ $p = .001$). Les mêmes variables continues ne diffèrent pas entre le groupe expérimental et le groupe placebo, à l'exception de l'âge ($M_{\text{Expérimental}} = 42$ ans, $\text{É-T} = 12.78$; $M_{\text{Placebo}} = 34$ ans, $\text{É-T} = 10.35$; $t = -2.48$ $p = .016$). Quant aux variables catégorielles, les participants ne diffèrent aucunement entre les sites et les conditions de l'étude. Sachant que les différents groupes sont équivalents relativement aux variables cliniques avant le début du traitement, il a été possible de les unir afin d'obtenir un échantillon de 58 participants. Considérant les différences retrouvées au sujet de l'âge et de la durée du TAG, nous contrôlerons pour ces deux variables dans les analyses lorsque ce sera approprié de les intégrer.

Se référer au Tableau 1 pour les caractéristiques sociodémographiques des participants et au Tableau 2 pour les statistiques descriptives des variables à l'étude. À noter que l'Inventaire d'anxiété de Beck (IAB) et l'Inventaire de dépression de Beck, seconde édition (IDB-II) ont été intégré au Tableau 2 seulement à des fins de description de l'échantillon et que ces données ne sont pas utilisées pour éprouver les hypothèses de l'étude.

Vérification des postulats statistiques pour régression hiérarchique linéaire

La normalité des distributions des scores a été examinée pour toutes les variables à l'étude. Le test de Kolmogorov-Smirnov a été priorisé considérant la taille d'échantillon au-delà de 50. À partir de ce test, il est possible de constater la normalité de la distribution pour l'ÉCT

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

(KS(58) = .098, $p = .200$), l'ÉII (KS(58) = .067, $p = .200$) ainsi que l'IAB (KS(58) = .098, $p = .200$). Quant à l'âge et la durée du TAG, l'ESTA-IV, le QIPS, l'IDB ainsi que l'AT-CL, la distribution des scores ne s'avère pas normale selon le test de Kolmogorov-Smirnov, toutefois, les valeurs d'asymétrie et de kurtosis se retrouvent positivement et négativement entre les barèmes (-3.29 à 3.29), ce qui témoignerait d'une distribution normale. Considérant la population clinique à l'étude, il demeure cohérent de constater un nombre plus élevé de participants avec une sévérité plus grande en ce qui concerne les symptômes du TAG. De ce fait, la distribution des scores pour l'ESTA-IV et le QIPS en sont affectés.

Les distances de Mahalanobis ont été générées dans le but de confirmer / infirmer la présence de cas extrêmes considérés comme étant supérieurs à la valeur critique ($\chi^2(8) = 26.13$, $p < 0.001$). Aucun cas extrême n'a été éliminé de l'échantillon en fonction de ce critère (max = 18.40). Le postulat de normalité univariée a été évalué en générant les valeurs de kurtose et d'asymétrie pour les neuf variables. Les valeurs de kurtose (min. = -.83 max. = .89) se situent à l'intérieur de l'intervalle de -1 et 1 établi par convention, ce qui permet de les considérer comme étant normales. Les valeurs d'asymétrie (min = -1.04 max. = .67) se situent plus ou moins à l'intérieur de l'intervalle de -1 et 1 à l'exception d'une valeur qui dépasse de peu ces limites, ce qui permet de la considérer comme étant approximativement normale. Le postulat de normalité multivarié a été évalué en générant un histogramme de la distribution (voir Figure 2). Grâce à la Figure 2, on peut voir que la distribution obtenue semble généralement normale.

Les postulats de linéarité et d'homoscédasticité furent vérifiés en générant les graphiques de dispersions (voir Figure 3). En regardant les tableaux des figures on peut observer les tendances de linéarité et d'homoscédasticité pour la majorité des variables à l'exception de l'ÉII (semble plus variable). L'absence de multicollinéarité fut vérifiée en s'assurant pour chaque

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

paire de variables que la corrélation de Pearson ne dépassait pas la valeur de 0.9. Aucun résultat ne se trouvait au-dessus de ce seuil, donc il y a absence de multicollinéarité.

Figure 2

Histogramme de la distribution des résiduels standardisés de la fausse régression multiple pour les distances de Mahalanobis des variables ÂGE, DURÉE DU TAG, ESTA-IV, QIPS, IDB-II, IAB, ÉII, AT-CL, ÉCT.

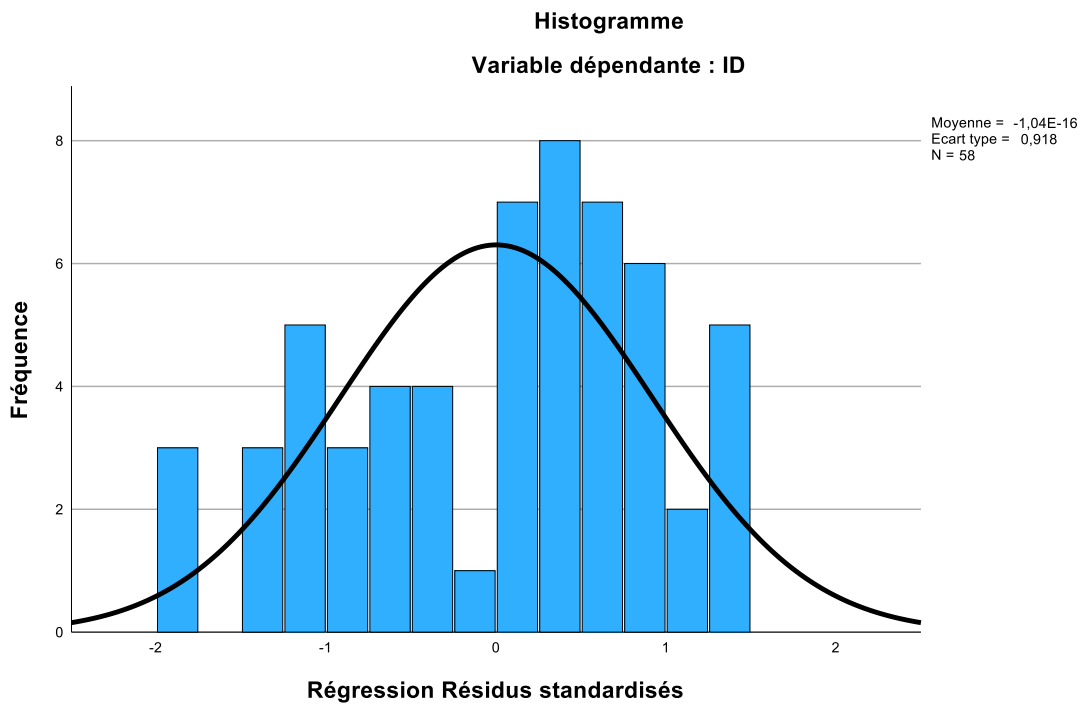
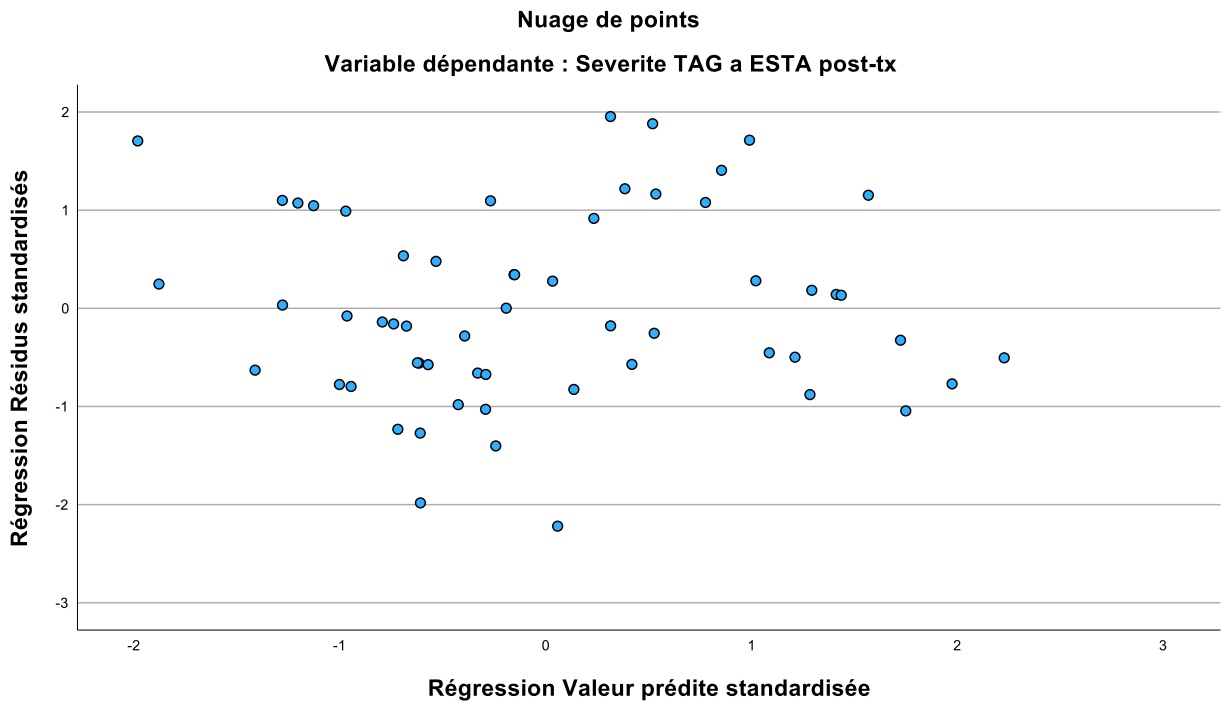
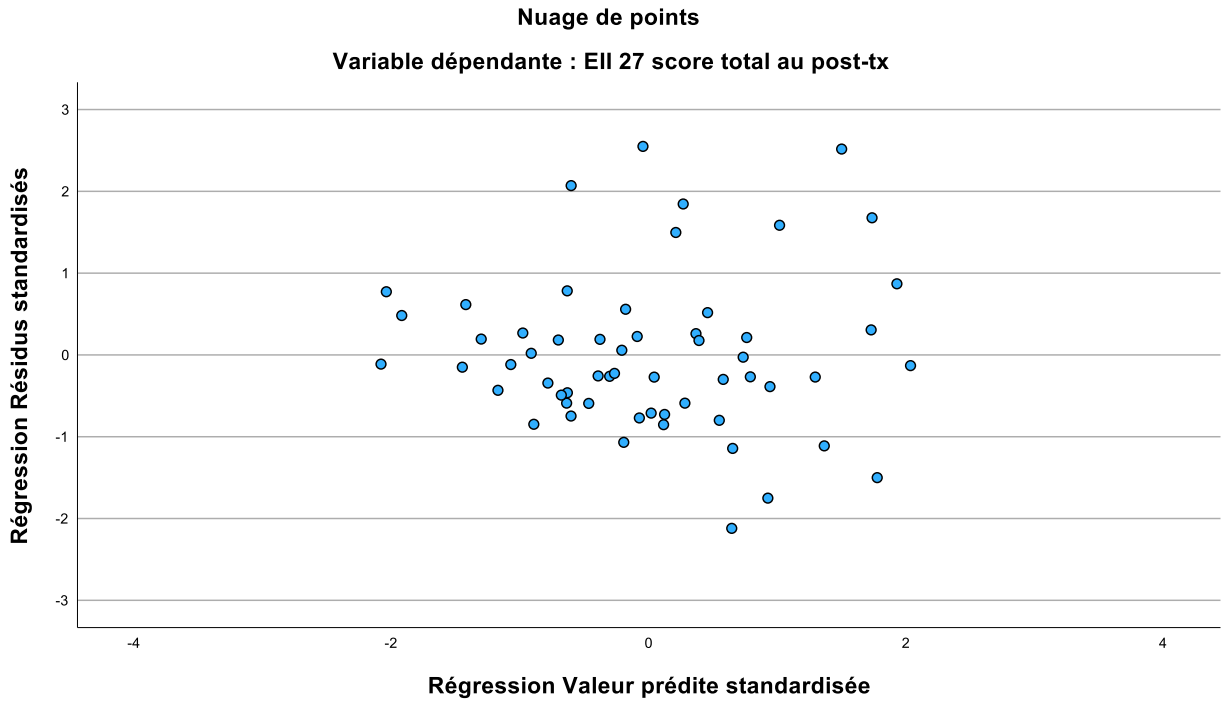


Figure 3

Graphiques de dispersion bivariable pour toutes les paires de variables ÉII / ESTA-IV / QIPS.



Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

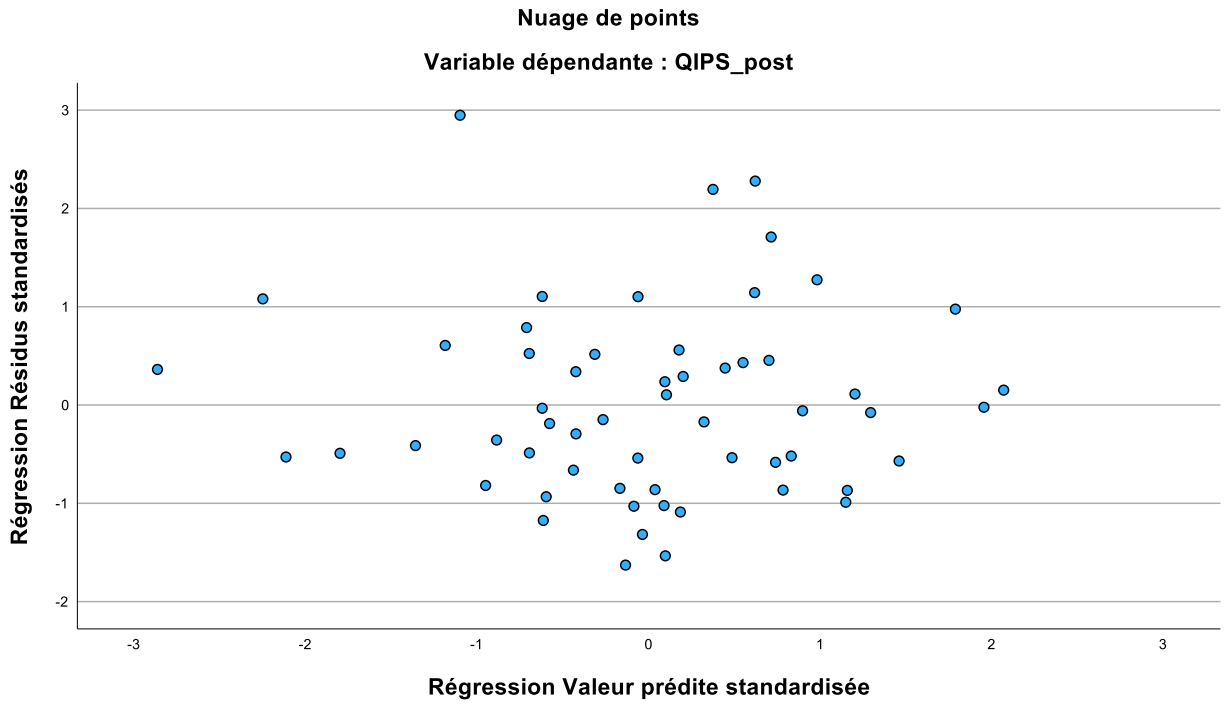


Tableau 1

Caractéristiques Sociodémographiques des Participants au Pré-traitement

	Site		Site		Groupe		Groupe		Échantillon	
	d'étude		d'étude		placébo		expérimental		total	
	Montréal		Gatineau							
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexe										
Homme	6	66.7	3	33.3	3	33.3	6	66.7	9	15.5
Femme	30	61.2	19	38.8	23	46.9	26	53.1	49	84.5
Ethnicité										
Afro-Canadien	1	50	1	50	0	0	2	100	2	3.5
Hispanique	3	100	0	0	2	66.7	1	33.3	3	5.2
Caucasien	29	58	21	42	22	44	28	56	50	86.2
Premières Nations	1	100	0	0	1	100	0	0	1	1.7
Moyen-Orient	1	100	0	0	1	100	0	0	1	1.7
Multi-Ethnique	1	100	0	0	0	0	1	100	1	1.7
Plus haut niveau d'éducation										
Secondaire	3	42.9	4	57.1	2	28.6	5	71.4	7	12.1
Cégep	8	57.1	6	42.9	7	50.0	7	50.0	14	24.1
Certificat	4	66.7	2	33.3	2	33.3	4	66.7	6	10.3
Baccalauréat	16	72.7	6	27.3	12	54.5	10	45.5	22	37.9
Maîtrise / Ph.D	5	55.6	4	44.4	3	33.3	6	66.7	9	15.6

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

**Prise de
médicaments au
pré-traitement**

Non	14	50.0	14	50.0	16	57.1	12	42.9	28	48.3
Au besoin	5	83.3	1	16.7	2	33.3	4	66.7	6	10.3
Oui	17	70.8	7	29.2	8	33.3	16	66.7	24	41.4

Psychothérapie

antérieure

Aucune TCC par le passé	20	69	9	31	12	41.4	17	58.6	29	50
Quelques éléments de TCC	12	70.6	5	29.4	10	58.8	7	41.2	17	29.3
TCC complétée	4	33.3	8	66.7	4	33.3	8	66.7	12	20.7

Tableau 2

Statistiques Descriptives des Variables de l'Étude (N = 58)

	Pré-traitement		Rencontre 3		Post-traitement	
	<i>M</i>	<i>É-T</i>	<i>M</i>	<i>É-T</i>	<i>M</i>	<i>É-T</i>
Âge	39.14	12.27	-	-	-	-
Durée du TAG	23.67	17.86	-	-	-	-
ÉCT	-	-	42.84	4.04	-	-
ÉII	80.79	17.11	-	-	55.65	18.86
ESTA-IV	5.92	.87	-	-	3.09	1.43
QIPS	65.54	6.76	-	-	47.62	9.29
AT-CI	-	-	74.25	8.27	-	-
Nombre de troubles comorbides	1.81	1.08	-	-	-	-

Note. ÉCT = Échelle de Compétence du Thérapeute; ÉII = Échelle d'intolérance à l'incertitude; ESTA-IV = Entrevue structurée pour les troubles anxieux, version DSM-IV; QIPS = Questionnaire des inquiétudes de Penn State; AT-CI = Inventaire d'alliance de travail, version courte – client.

Résultats

L'objectif de l'étude est d'explorer l'impact de la compétence du thérapeute perçue par le client dans le changement de l'II et des symptômes du TAG suite à une TCC de 12 séances auprès d'adultes atteints du TAG. Considérant le rôle bien établi de l'alliance thérapeutique dans le succès thérapeutique et les différences retrouvées au sujet de l'âge et de la durée du TAG dans les analyses préliminaires, nous avons regardé l'impact de la compétence du thérapeute perçue

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

par le client dans les changements thérapeutiques au-delà de ces variables. La présente étude comporte trois hypothèses.

Plan d'analyse pour les hypothèses

La première hypothèse stipule qu'au-delà de l'âge, de la durée du TAG et de l'alliance thérapeutique perçue par le client (AT-CI), la compétence du thérapeute perçue par le client (ÉCT) aura un impact sur la diminution de l'II (ÉII). La deuxième hypothèse prédit qu'au-delà de l'âge, de la durée du TAG et de l'alliance thérapeutique perçue par le client (AT-CI), la compétence du thérapeute perçue par le client (ÉCT) aura un impact significatif sur la diminution des symptômes du TAG (ESTA-IV et QIPS). Afin de tester la première hypothèse, une analyse de régression hiérarchique linéaire a été conduite et concernant la deuxième hypothèse, deux analyses de régression hiérarchique linéaire ont été conduites. Pour chacune des analyses, il y a quatre étapes. À la première étape, le lien entre la première variable prédictrice et la variable prédite est examiné. À la deuxième étape, la deuxième et troisième variable prédictrices sont ajoutées. À la troisième étape, la quatrième variable prédictrice est ajoutée. À la quatrième étape, la cinquième variable prédictrice est ajoutée. À la lumière des résultats obtenus aux trois analyses de régression hiérarchique linéaire, nous déciderons s'il est justifié d'approfondir davantage les résultats en conduisant des analyses subséquentes. Spécifiquement, nous conduirons des analyses de médiation si toutes les conditions pour ces analyses sont satisfaites (c'est-à-dire des corrélations significatives entre les variables d'intérêt).

Hypothèse 1

Régression hiérarchique linéaire 1

Pour la première analyse de régression, la variable prédite est l'ÉII post-traitement et les variables prédictrices sont l'ÉII pré-traitement, l'âge, la durée du TAG, l'AT-CI et l'ÉCT. Les résultats de cette analyse supportent l'hypothèse. Ainsi, au-delà de l'âge, de la durée du TAG et

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

de l'alliance thérapeutique perçue par le client, la compétence du thérapeute perçue par le client a un impact significatif sur la diminution de l'intolérance à l'incertitude. La variation de F pour la première étape est de 16.84 ($p < .001$). La relation entre l'ÉII post-traitement et l'ÉII pré-traitement s'avère positive ($\beta = .481$; $t = 4.103$; $p < .001$). Ainsi, plus l'intolérance à l'incertitude est élevée avant le traitement, plus elle est susceptible de l'être suite au traitement. La variation de F pour la deuxième étape est de .691 ($p = .506$). Il n'y a pas de relation significative entre l'âge et l'ÉII post-traitement ($\beta = -.120$; $t = -.694$; $p = .491$). Il n'y a pas de relation significative entre la durée du TAG et l'ÉII post-traitement ($\beta = -.024$; $t = -.141$; $p = .888$). Ces résultats indiquent que l'âge et la durée du TAG n'ont pas d'impact significatif sur la diminution de l'intolérance à l'incertitude suite au traitement. La variation de F pour la troisième étape est de 5.718 ($p = .020$). La relation entre l'AT-Cl et l'ÉII post-traitement est négative ($\beta = -.286$; $t = -2.391$; $p = .020$). Ce résultat indique que plus le client considère l'alliance thérapeutique comme étant positive, moins son niveau d'intolérance à l'incertitude est élevé suite au traitement, et ce, indépendamment de l'âge et de la durée du TAG. La variation de F pour la quatrième étape est de 6.625 ($p = .013$). La relation entre l'ÉCT et l'ÉII post-traitement est significative et négative ($\beta = -.444$; $t = -2.574$; $p = .013$). Ce résultat indique que plus le client considère la compétence de son thérapeute comme étant grande, moins son niveau d'intolérance à l'incertitude est élevé suite au traitement, et ce, indépendamment de l'âge, de la durée du TAG et de l'alliance thérapeutique. Ainsi, la compétence du thérapeute perçue par le client engendre un impact positif sur la diminution de l'intolérance à l'incertitude. Voir Tableau 3 pour les statistiques détaillées.

Hypothèse 2

Régression hiérarchique linéaire 2

Pour la deuxième régression, la variable prédite est l'ESTA-IV post-traitement et les variables prédictrices sont l'ESTA-IV pré-traitement, l'âge, la durée du TAG, l'AT-CI et l'ÉCT. Les résultats de cette analyse supportent l'hypothèse. Ainsi, au-delà de l'âge, de la durée du TAG, de l'alliance thérapeutique perçue par le client, la compétence du thérapeute perçue par le client a un impact significatif sur la diminution des symptômes du TAG. La variation de F pour la première étape est de 1.826 ($p = .182$). Il n'y a pas de relation significative entre l'ESTA-IV post-traitement et l'ESTA-IV pré-traitement ($\beta = .178$; $t = 1.351$; $p = .182$). Ainsi, la sévérité des symptômes du TAG avant le traitement ne semble pas prédire la sévérité des symptômes du TAG suite au traitement. La variation de F pour la deuxième étape est de .332 ($p = .719$). Il n'y a pas de relation significative entre l'âge et l'ESTA-IV post-traitement ($\beta = -.029$; $t = -.147$; $p = .884$). Il n'y a pas de relation significative entre la durée du TAG et l'ESTA-IV post-traitement ($\beta = -.090$; $t = -.458$; $p = .649$). Ces résultats indiquent que l'âge et la durée du TAG n'ont pas d'impact significatif sur le changement des symptômes du TAG suite au traitement. La variation de F pour la troisième étape est de .677 ($p = .414$). Il n'y a pas de relation significative entre l'AT-CI et l'ESTA-IV post-traitement ($\beta = -.116$; $t = -.823$; $p = .414$). Ce résultat indique que l'alliance thérapeutique n'a pas d'impact significatif sur le changement des symptômes du TAG suite au traitement. La variation de F pour la quatrième étape est de 5.396 ($p = .024$). La relation entre l'ÉCT et l'ESTA-IV post-traitement est significative et négative ($\beta = -.493$; $t = -2.323$; $p = .024$). Ce résultat indique que plus le client considère la compétence de son thérapeute comme étant grande, moins la sévérité de ses symptômes du TAG est élevée suite au traitement, et ce, indépendamment de l'âge, de la durée du TAG et de l'alliance thérapeutique. Ainsi, la

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

compétence du thérapeute perçue par le client engendre un impact positif sur la diminution des symptômes du TAG. Voir Tableau 4 pour les statistiques détaillées.

Régression hiérarchique linéaire 3

Pour la troisième régression, la variable prédite est le QIPS post-traitement et les variables prédictrices sont le QIPS pré-traitement, l'âge, la durée du TAG, l'AT-CI et l'ÉCT. Les résultats de l'analyse ne supportent pas l'hypothèse. Par conséquent, il semble qu'au-delà de l'âge, de la durée du TAG et de l'alliance thérapeutique perçue par le client, la compétence du thérapeute perçue par le client n'a pas d'impact significatif sur la diminution de la tendance à s'inquiéter. La variation de F pour la première étape est de 11.036 ($p = .002$). La relation entre le QIPS post-traitement et le QIPS pré-traitement s'avère positive ($\beta = .406$; $t = 3.322$; $p = .002$). Ainsi, plus la tendance à s'inquiéter est élevée avant le traitement, plus elle est susceptible de l'être suite au traitement. La variation de F pour la deuxième étape est de 2.372 ($p = .103$). Il n'y a pas de relation significative entre l'âge et le QIPS post-traitement ($\beta = -.218$; $t = -1.238$; $p = .221$). Il n'y a pas de relation significative entre la durée du TAG et le QIPS post-traitement ($\beta = -.054$; $t = -.307$; $p = .760$). Ces résultats indiquent que l'âge et la durée du TAG n'ont pas d'impact significatif sur la diminution de la tendance à s'inquiéter suite au traitement. La variation de F pour la troisième étape est de 4.041 ($p = .050$). Il n'y a pas de relation significative entre l'AT-CI et le QIPS post-traitement ($\beta = -.246$; $t = -2.010$; $p = .050$). Ce résultat, à la limite du seuil de signification, indique que l'alliance thérapeutique perçue par les clients n'a pas d'impact statistiquement significatif sur la diminution de la tendance à s'inquiéter suite au traitement. La variation de F pour la quatrième étape est de 3.233 ($p = .078$). La relation entre l'ÉCT et le QIPS post-traitement est non-significative ($\beta = -.326$; $t = -1.798$; $p = .078$). Ce résultat indique que la compétence du thérapeute perçue par les clients n'a pas d'impact significatif sur la diminution de la tendance à s'inquiéter suite au traitement. Voir Tableau 5 pour les statistiques détaillées.

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Tableau 3

Régression Hiérarchique Linéaire des Variables Prédissant le Score à l'ÉII au Post-Traitement

Variable	B	95% IC pour B		ES B	R ²	Δ R ²
		BI	BS			
Étape 1					.22	.23***
Constante	12.83	-8.54	34.19	10.67		
ÉII pré-traitement	.53***	.27	.79	.13		
Étape 2					.21	.02
Constante	21.41	-5.52	48.33	13.43		
ÉII pré-traitement	.52***	.26	.78	.13		
Âge	-.18	-.72	.35	.27		
Durée TAG	-.03	-.39	.34	.18		
Étape 3					.27	.07*
Constante	66.37**	20.66	112.08	22.79		
ÉII pré-traitement	.49***	.24	.74	.13		
Âge	.00	-.53	.54	.27		
Durée TAG	-.08	-.44	.27	.18		
AT-CI	-.65	-1.20	-.11	.27		
Étape 4					.34	.08*
Constante	94.11***	45.55	142.68	24.20		

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

ÉII pré-traitement	.53***	.29	.77	.12
Âge	-.08	-.60	.43	.26
Durée TAG	-.09	-.42	.25	.17
AT-CI	.17	-.66	1.00	.41
ÉCT	-2.07*	-3.69	-.46	.81

Note. ÉII = Échelle d'intolérance à l'incertitude; IC = Intervalle de confiance; *BI* = Borne inférieure; *BS* = Borne supérieure; AT-CI = Inventaire d'alliance de travail, version courte – client; ÉCT = Échelle de compétence du thérapeute.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Tableau 4

Régression Hiérarchique Linéaire des Variables Prédisant le Score à l'ESTA-IV au Post-Traitement

Variable	B	95% IC pour B		ES B	R ²	Δ R ²	
		BI	BS				
Étape 1						.01	.03
Constante	1.37	-1.23	3.96	1.29			
ESTA-IV pré-traitement	.29	-.14	.73	.22			
Étape 2						-.01	.01
Constante	1.37	-1.40	4.15	1.39			
ESTA-IV pré-traitement	.34	-.12	.80	.23			
Âge	-.00	-.05	.04	.02			
Durée TAG	-.01	-.04	.02	.02			
Étape 3						-.02	.01
Constante	2.73	-1.60	7.06	2.16			
ESTA-IV pré-traitement	.33	-.13	.79	.23			
Âge	.00	-.05	.05	.02			
Durée TAG	-.01	-.04	.02	.02			
AT-CI	-.02	-.07	.03	.02			

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Étape 4					.06	.09*
Constante	4.60*	.13	9.06	2.22		
ESTA-IV pré-traitement	.48*	.02	.94	.23		
Âge	-.01	-.05	.04	.02		
Durée TAG	-.01	-.04	.02	.02		
AT-CI	.05	-.03	.13	.04		
ÉCT	-.18*	-.33	-.02	.08		

Note. ESTA-IV = Entrevue structurée pour les troubles anxieux, version DSM-IV; IC = Intervalle de confiance; *BI* = Borne inférieure; *BS* = Borne supérieure; AT-CI = Inventaire d'alliance de travail, version courte – client; ÉCT = Échelle de compétence du thérapeute.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Tableau 5

Régression Hiérarchique Linéaire des Variables Prédisant le Score au QIPS au Post-Traitement

Variable	<i>B</i>	95% IC pour <i>B</i>		ES <i>B</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2
		<i>BI</i>	<i>BS</i>			
Étape 1					.15	.17**
Constante	11.05	-11.12	33.22	11.07		
QIPS pré-traitement	.56**	.22	.89	.17		
Étape 2					.19	.07
Constante	18.05	-4.61	40.72	11.31		
QIPS pré-traitement	.56**	.23	.89	.17		
Âge	-.17	-.43	.10	.13		
Durée TAG	-.03	-.21.	.16	.09		
Étape 3					.23	.05
Constante	35.29*	7.32	63.27	13.95		
QIPS pré-traitement	.57**	.25	.89	.16		
Âge	-.09	-.36	.18	.14		
Durée TAG	-.05	-.23	.13	.09		
AT-CI	-.28	-.55	-.00	.14		

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Étape 4			.26	.04
Constante	45.22**	15.65	74.79	14.74
QIPS pré-traitement	.60***	.28	.91	.16
Âge	-.12	-.39	.15	.13
Durée TAG	-.05	-.23	.13	.09
AT-Cl	.02	-.41	.44	.21
ÉCT	-.75	-1.59	.09	.42

Note. QIPS = Questionnaire des inquiétudes de Penn State; IC = Intervalle de confiance; *BI* = Borne inférieure; *BS* = Borne supérieure; AT-Cl = Inventaire d'alliance de travail, version courte – client; ÉCT = Échelle de compétence du thérapeute.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Hypothèse 3

Analyse de médiation

La troisième hypothèse soutient que la compétence du thérapeute perçue par le client aura un impact sur la diminution des symptômes du TAG qui, elle, sera médiée par la diminution de l'II. L'II serait la variable médiatrice par lequel la compétence du thérapeute perçue par le client a un impact sur la diminution des symptômes du TAG. Les analyses de médiation ont été conduites à l'aide de l'outil PROCESS dans SPSS développé par Hayes (2012). Dans une analyse de médiation, le scénario idéal veut que la variable médiatrice précède dans le temps la variable prédite. De cette façon, les deux variables ne se chevauchent pas et il devient possible de conclure que la variable médiatrice prédit temporellement le changement dans la variable prédite. La variable médiatrice prédit temporellement la variable prédite dans la mesure où le changement initial associé à cette variable entraîne subséquemment le changement dans la variable prédite.

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Dans la présente étude, il n'était pas réaliste de procéder de cette façon, bien que théoriquement, il s'agit de la façon idéale de conduire ce type d'analyse. Dans le cas présent, il était impossible d'éviter un chevauchement entre les données (soit à 50% ou 100%). Nous avons choisi un chevauchement de 100% entre la variable médiatrice et la variable prédite afin de conserver toutes données dans l'analyse de médiation. Étant donné les désavantages associés au chevauchement partiel (c.-à-d. chevauchement de 50% et perte de 50% des données), nous avons conclu que la solution la plus juste était de prioriser la rétention de l'échantillon total, donc un chevauchement complet. Nous avons également priorisé le score de changement résidualisé (SCR) entre le pré-traitement et le post-traitement pour la variable prédite et la variable médiatrice afin d'obtenir une plus grande variabilité dans les résultats, et ce, en comparaison à la variabilité possible dans les résultats entre le mi-traitement et le post-traitement.

Les SCR sont calculés à travers une analyse de régression qui nous permet d'obtenir la différence entre le temps 2 (post-traitement) et le temps 1 (pré-traitement) de nos variables médiatrices et prédites tout en tenant compte des résultats au pré-traitement pour chacun des participants. La formule utilisée est la suivante : $SR_{n2} - SR_{n1} = y_0 + y_1 C_n + e_{n(SR2-SR1)}$. Pour l'analyse de médiation, la variable prédictrice est l'ÉCT, la variable prédite est le SCR de l'ESTA-IV entre le pré-traitement et le post-traitement et la variable médiatrice est le SCR de l'ÉII entre le pré-traitement et le post-traitement.

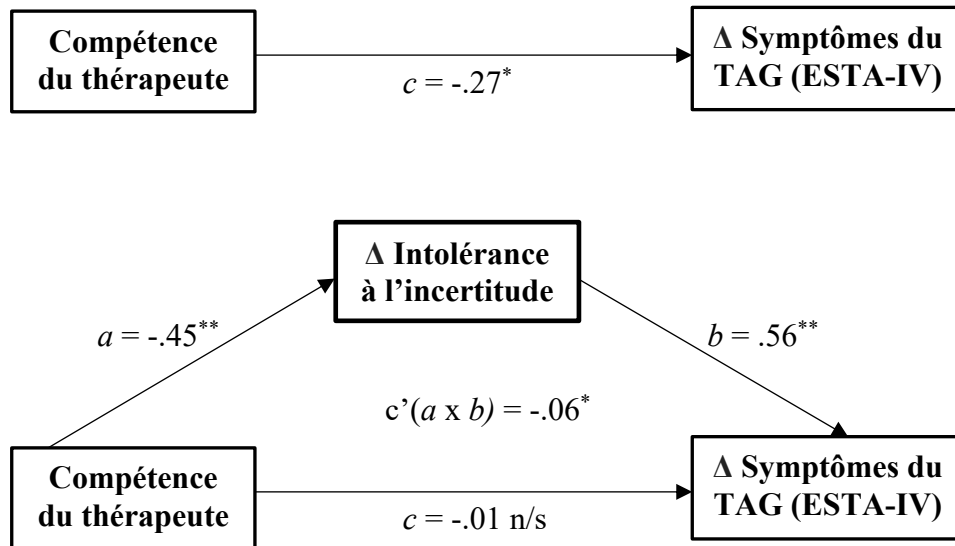
Ainsi, nous avons testé l'hypothèse selon laquelle le SCR de l'ÉII (pré-traitement - post-traitement) explique, en partie, la relation entre l'ÉCT et le SCR de l'ESTA-IV. Initialement, nous devions tester cette hypothèse avec deux analyses de médiation (c'est-à-dire SCR de l'ESTA-IV et du QIPS). Par contre, puisque l'analyse de régression précédente n'a démontré aucun lien significatif entre le QIPS et l'ÉCT, nous n'avons pas conduit d'analyse de médiation pour le QIPS. Voir Tableau 5. Avant de conduire les analyses de médiation, nous nous sommes

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

assurés de respecter les trois postulats suivants, sans lesquels il aurait été impossible de conduire les analyses : (1) la variable prédictrice (l'ÉCT) prédit significativement la variable prédite (SCR de l'ESTA-IV), (2) la variable prédictrice (l'ÉCT) prédit significativement le médiateur (le SCR de l'ÉII) et (3) le médiateur (le SCR de l'ÉII) prédit significativement la variables prédite (le SCR de l'ESTA-IV). Les trois postulats précédents ont été respectés. Les résultats de l'analyse de médiation nous indiquent que l'effet indirect de la compétence du thérapeute sur les symptômes du TAG (ESTA-IV) est statistiquement significatif (95% I.C. (-.11, -.02)). Il s'agit d'une médiation complète. Voir Figure 4. Considérant que les *bootstraps* de l'analyse de médiation ne contiennent pas de zéro, il est possible d'affirmer que la variable médiatrice explique la relation entre la variable prédictrice et la variable prédite. Ainsi, il est confirmé que la compétence du thérapeute perçue par le client a un impact sur la diminution des symptômes du TAG et que cet effet est médié par la diminution de l'II.

Figure 4

Modèle qui illustre le chemin entre la compétence du thérapeute et les symptômes du TAG (ESTA-IV) avec l'intolérance à l'incertitude comme médiateur



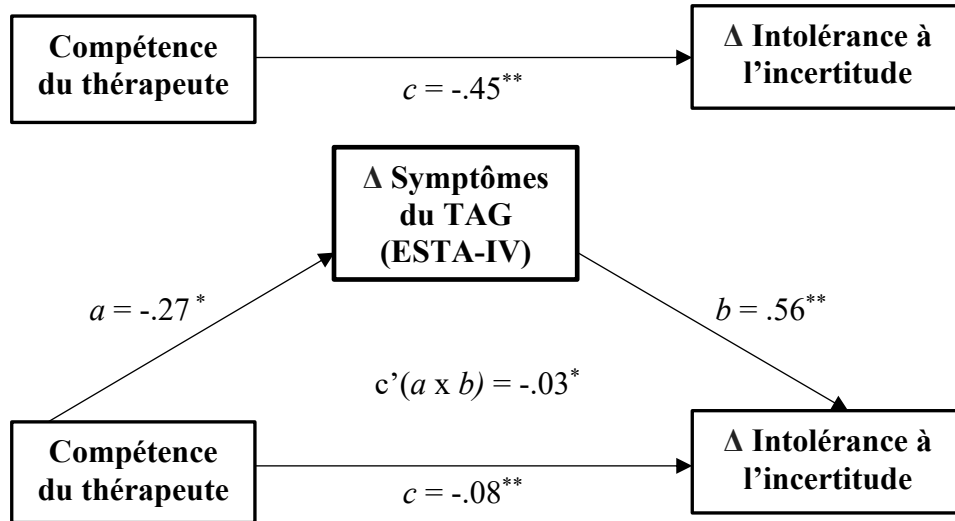
Note. $^* p < 0.05$ $^{**} p < 0.01$
n/s Le paramètre est non significatif

Analyse de médiation inversée

Puisque la troisième hypothèse est confirmée, il importe de conduire une analyse de médiation inversée. L'analyse de médiation inversée permet de vérifier que la variable médiatrice ciblée dans l'hypothèse est, bel et bien, celle qui influence le lien entre la variable prédictrice et la variable prédite. Inverser la variable médiatrice et la variable prédite permet de s'assurer qu'elles ne peuvent être interchangeables et conduire à des résultats similaires. Pour la troisième hypothèse, dans l'analyse de médiation inversée, la variable médiatrice est le SCR de l'ESTA-IV (pré-traitement - post-traitement) et la variable prédite est le SCR de l'ÉII (pré-traitement - post-traitement). Avant de conduire l'analyse de médiation inversée, nous avons vérifié les trois postulats, sans lesquels il est impossible de conduire l'analyse : (1) la variable prédictrice (l'ÉCT) prédit significativement la variable prédite (SCR de l'ÉII), (2) la variable prédictrice (l'ÉCT) prédit significativement le médiateur (le SCR de l'ESTA-IV), et (3) le médiateur (le SCR de l'ESTA-IV) prédit significativement la variable prédite (le SCR de l'ÉII). Les trois postulats précédents ont été respectés. Les résultats de l'analyse de médiation inversée nous indiquent que l'effet indirect de la compétence du thérapeute sur l'ÉII est statistiquement significatif (95% I.C. (-.07, -.001)). Il s'agit d'une médiation partielle. Voir Figure 5.

Figure 5

Modèle qui illustre le chemin entre la compétence du thérapeute et l'intolérance à l'incertitude avec les symptômes du TAG (ESTA-IV) comme médiateur



Note. * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$
n/s Le paramètre est non significatif

Discussion

L'objectif de ce projet de recherche était l'étude de la compétence du thérapeute perçue par le client et son rôle dans le cadre d'une thérapie cognitivo-comportementale auprès d'un échantillon d'adulte souffrant du TAG. À la lumière des résultats de l'étude, plus les individus considèrent leur thérapeute comme compétent, plus ils sont susceptibles de présenter une plus grande amélioration de leurs symptômes du TAG suite à la thérapie. Les résultats indiquent que l'âge et la durée du TAG n'ont, quant à eux, aucun impact sur le changement thérapeutique. Bien que l'alliance thérapeutique ait un impact sur les changements de l'II, elle n'en aurait aucun sur les symptômes du TAG et la tendance à s'inquiéter suite au traitement. Ceci peut s'expliquer par le fait que le thérapeute cible et aborde l'II comme facteur de changement aux symptômes du TAG. Une place importante est donnée à l'entente sur cet objectif de traitement (viser à tolérer l'incertitude). Les changements thérapeutiques (diminution de l'inquiétude et de symptômes du TAG) découlent du travail fait vis-à-vis des processus cognitifs liés à l'II. Dans la majorité des cas, le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique ne s'explique pas par l'alliance thérapeutique et son impact est au-delà de cette dernière. Il est cliniquement possible d'avoir une très bonne alliance thérapeutique, mais ne pas être en mesure d'appliquer et ajuster le protocole TCC de la façon la plus efficiente. Au contraire, des interventions appropriées peuvent aussi susciter l'ébranlement de l'alliance thérapeutique (p. ex. suggérer une exposition comportementale générant une hausse important des inquiétudes). Les deux concepts sont à risques de ne pas toujours évoluer dans le même sens. Les résultats indiquent d'ailleurs que plus le thérapeute est perçu comme étant compétent par le client, plus il semble en mesure d'aider le client à mieux tolérer l'incertitude, ce qui agit positivement sur la diminution de l'ensemble des symptômes du TAG.

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

D'après les résultats, la compétence du thérapeute perçue par les clients n'a pas d'impact significatif sur la diminution de la tendance à s'inquiéter suite au traitement. La compétence du thérapeute perçue par les clients semble davantage associée aux phénomènes cliniques du TAG qu'à l'inquiétude. Or, l'inquiétude s'avère être un phénomène plus normatif dans la mesure où tout individu s'inquiète à un moment ou à un autre au cours de sa vie. L'inquiétude est une manifestation que l'on retrouve dans la population générale et qui ne va pas systématiquement prendre des proportions cliniquement significatives (ex. certaines personnes vont s'inquiéter et tout de même atteindre le sommeil). La compétence du thérapeute perçue par le client aurait alors un rôle plus important à jouer dans le changement des symptômes dits cliniques. Cependant, il importe de préciser qu'il s'agit de pures spéculations dans le but d'offrir des pistes de réflexions aux résultats obtenus. La relation entre la compétence du thérapeute perçue par le client et le changement dans les symptômes du TAG passe par le changement de l'II. Enfin, la relation entre la compétence du thérapeute perçue par le client et le changement dans l'II passe partiellement par le changement des symptômes du TAG.

La validité de l'ÉCT

Les résultats de l'étude reflètent notre confiance initiale envers l'outil et nous confirment qu'il s'agit d'une avenue intéressante à développer dans le domaine de l'évaluation de la compétence du thérapeute. Les nouvelles données de cette étude ajoutent aussi à notre confiance que l'ÉCT mesure spécifiquement la compétence du thérapeute. Des données existent déjà quant à la validité de l'outil (Paradis et al., 2020); l'objectif présent est ainsi de faire état des preuves supplémentaires de la validité de l'ÉCT.

Validité incrémentielle

La validité incrémentielle peut, entre autres, servir à évaluer la pertinence d'un nouvel outil d'évaluation qui mesure un construit pouvant déjà être mesuré grâce à d'autres instruments.

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

La validité incrémentielle permet de vérifier si le nouvel instrument améliore les prédictions qui peuvent être faites en évaluant le construit en question. Une question simple se pose : est-ce que l'instrument de mesure ajoute à la prédiction d'un construit au-delà de ce qui peut être prédit à l'aide d'autres outils ? On parle alors d'une puissance, d'une sensibilité, d'une spécificité et /ou d'une efficacité prédictive qui vont au-delà de ce qui peut être généré à partir d'autres instruments de mesure (Haynes & O'Brien, 2000). Par exemple, l'ÉCT fait preuve de validité incrémentielle puisqu'elle permet de prédire (prédiction efficace) les changements thérapeutiques pour le TAG, et ce, au-delà de la mesure d'alliance thérapeutique. La validité incrémentielle peut également être démontrée par d'autres avantages liés à l'utilisation de l'outil (Yates & Taub, 2003). L'ÉCT, par exemple, nécessite moins de ressources de passation que d'autres outils (moins coûteux, ne requiert pas d'experts, etc).

Validité de critère

La validité de critère permet d'examiner la capacité d'un outil de mesure à distinguer les gens entre eux, et ce, de façon à spécifier le niveau avec lequel les résultats obtenus sont associés à une variable indépendante (variable critère), à laquelle ils sont normalement associés théoriquement. L'objectif le plus fréquent de la validité de critère est de vérifier le degré d'association entre l'outil de mesure et la variable à prédire ou à expliquer. La validité de critère est ainsi la principale preuve de l'utilité concrète d'un l'instrument. La validité prédictive est une sous-catégorie de la validité de critère et c'est celle-ci qui s'applique le plus justement à cette étude (Kazdin, 2021). Avant la présente étude, il avait été démontré que l'ÉCT permet de prédire avec succès les changements thérapeutiques (Paradis et al., 2020). Les résultats obtenus par Paradis et al. suggèrent qu'une perception favorable de la compétence du thérapeute, telle qu'évaluée par l'ÉCT et ses deux sous-échelles, est significativement liée à une diminution des symptômes du TAG. Les résultats de la présente étude offrent un appui additionnel aux preuves

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

amassées quant à la validité de critère de l'ÉCT. Également, elle démontre que l'ÉCT permet de prédire une autre variable-critère, soit les changements dans l'II, et ce, au-delà de l'âge, de la durée du TAG et de l'alliance thérapeutique perçue par le client.

Compétence du thérapeute et alliance thérapeutique

Similitudes entre la compétence du thérapeute et l'alliance thérapeutique

Tel que mentionné préalablement, la compétence du thérapeute et l'alliance thérapeutique sont des construits qui se chevauchent partiellement. En effet, ces construits semblent reliés l'un à l'autre par la similarité de certains aspects de leur constitution (Corbière et al., 2006). Ainsi, quant aux similitudes, tant dans l'évaluation de l'alliance thérapeutique que dans l'évaluation de la compétence du thérapeute par le client, une place est accordée à l'importance de la relation thérapeute-client et à l'appréciation de celle-ci par le client. Par exemple, l'énoncé 7 de l'Inventaire d'alliance de travail aborde la façon dont le client perçoit que son thérapeute l'apprécie (Je sens que mon (ma) thérapeute m'apprécie). L'énoncé 8 de l'Échelle de Compétence du Thérapeute, quant à lui, aborde comment le client perçoit que son thérapeute se soucie de lui (Mon (ma) thérapeute se soucie de moi) (Corbière et al., 2006 ; Paradis et al., 2020). Bien évidemment, un thérapeute qui apprécie son client va se soucier de lui. Il est possible de croire que plus un thérapeute est sensible au ressenti et aux besoins de son client, plus il partagera une connexion émotionnelle sincère et saura le lui transmettre avec empathie / bienveillance, ce qui contribue à ce que le client se sente apprécié (Wampold, 2015).

Le savoir-faire, sous-catégorie de la compétence du thérapeute, fait référence à la capacité du thérapeute à mettre en application le traitement approprié, c'est-à-dire son habileté à transposer ses connaissances théoriques à sa pratique clinique (Fairburn et Cooper, 2011). Cette aptitude est aussi évaluée à travers l'alliance de travail; le client témoigne de la pertinence des interventions / devoirs proposées par son thérapeute. Par exemple, l'énoncé 9 de l'Inventaire

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

d'alliance de travail évalue si le client croit que ce qui est mis en place dans la thérapie est utile pour régler son problème (Je crois que ce que nous faisons pour régler mon problème est correct).

L'énoncé 4 de l'Échelle de Compétence du Thérapeute évalue si le client pense que son thérapeute propose des exercices pertinents à sa situation (Mon (ma) thérapeute propose des exercices pertinents à faire entre les rencontres) (Corbière et al., 2006 ; Paradis et al., 2020).

Distinction entre la compétence du thérapeute et l'alliance thérapeutique

La différence principale entre l'alliance thérapeutique et la compétence du thérapeute réside dans le fait que le client n'est pas pris en compte individuellement dans la compréhension de la compétence du thérapeute. Au sujet de l'alliance thérapeutique, l'accent est parfois mis sur la participation du client dans les tâches proposées en thérapie comme facteur principal de l'établissement de celui-ci (en comparaison à la nature collaborative de la relation). Le client influencerait les comportements du thérapeute par son engagement en thérapie (Frieswyk et al. 1986). Aucune attention n'est attribuée à l'impact du client sur la compétence du thérapeute. Le savoir-être, sous-catégorie de la compétence du thérapeute, réfère à l'attitude du thérapeute ainsi qu'à ses habiletés à utiliser son jugement clinique de façon à prioriser certaines interventions en fonction du contexte thérapeutique et des particularités de chaque client (Barber et al., 2007). Quant à l'alliance thérapeutique, elle comprend la perception du client de l'aide et du support que le thérapeute peut lui apporter et la croyance qu'un changement va éventuellement s'opérer. Il faut alors considérer les capacités relationnelles du thérapeute (savoir-être) à créer un climat positif en thérapie à travers l'établissement d'une relation chaleureuse et bienveillante.

Influence mutuelle de la compétence du thérapeute et de l'alliance thérapeutique

Afin de bien saisir l'importance des facteurs communs, il faut comprendre qu'ils sont bien plus que des éléments thérapeutiques communs à toutes formes de psychothérapies. Pris ensemble, ils permettent d'expliquer les changements en psychothérapie ; ils forment un modèle

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

explicatif. La psychothérapie se veut efficace en raison de l'effet de plusieurs mécanismes de changements (dont l'effet des facteurs communs) qui coexistent et agissent de façon à produire des bénéfices thérapeutiques (Wampold, 2015). Une étude a démontré qu'il s'agit de la contribution du thérapeute qui compte le plus dans la création de l'alliance thérapeutique (Baldwin et al., 2007). Les thérapeutes les plus efficaces sont en mesure d'établir une solide alliance thérapeutique, et ce, pour un large éventail de clients. La contribution des clients, elle, ne prédirait pas les résultats thérapeutiques de l'alliance thérapeutique. L'évolution du portrait clinique des clients ne serait pas significativement plus favorable chez ceux qui sont, par exemple, en mesure de créer une relation thérapeutique forte en raison d'un attachement sécurisant. Toutefois, les clients avec un historique d'attachement déficitaire et des relations interpersonnelles problématiques peuvent grandement bénéficier d'un thérapeute qui sait former de bonnes alliances thérapeutiques auprès de patients réfractaires (Del Re et al., 2012).

En lien avec les idées précédentes, la présente étude démontre un impact davantage significatif de la compétence du thérapeute perçue par le client sur les résultats thérapeutiques en comparaison à l'alliance thérapeutique. Sachant que l'alliance thérapeutique et la compétence du thérapeute sont susceptibles de s'influencer mutuellement en thérapie, il n'est pas surprenant d'observer de tels résultats dans les études cliniques. Il est possible de croire que la compétence du thérapeute pourrait jouer un rôle non négligeable dans l'établissement de l'alliance thérapeutique. Par exemple, le savoir-être (composante importante de la compétence du thérapeute) est susceptible d'influencer l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité. L'empathie, facteur commun inhérent au savoir-être, permet au thérapeute d'adopter la perspective de son client et ceci semble nécessaire pour l'établissement d'une relation de coopération, d'un partage d'objectifs mutuels ainsi que pour la gestion des interactions entre eux (Wampold, 2015). Un thérapeute capable de témoigner d'un niveau d'empathie plus élevé est

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

susceptible de créer un lien de confiance plus important et par le fait même, un lien thérapeutique plus fort. Somme toute, bien que la compétence du thérapeute et l'alliance thérapeutique se chevauchent et s'influencent mutuellement, il n'en demeure pas moins qu'ils font chacun une contribution unique aux résultats thérapeutiques.

Étant donné les considérations actuelles au sujet du lien entre l'alliance thérapeutique et la compétence du thérapeute, évaluées par le client, une analyse de corrélation a été conduite afin de mesurer la force du lien entre ces deux variables dans la présente étude. Cette analyse a été effectuée en post-hoc, puisqu'elle n'est pas liée aux hypothèses de l'étude, bien qu'elle soit cohérente avec les éléments abordés. L'alliance thérapeutique est associée positivement et modérément à la compétence du thérapeute ($r = .77, p < .001$). Ce résultat s'avère cohérent avec les réflexions et les résultats précédents, selon lesquels les deux concepts peuvent s'influencer.

L'évaluation de la compétence du thérapeute faite par un expert

Tel que mentionné précédemment, l'évaluation de la compétence du thérapeute peut se faire avec différentes méthodes ; certaines sont davantage directes et d'autres sont indirectes (ex. en simultané ou via un enregistrement). Lorsque l'observation est faite directement, elle requiert un évaluateur formé à observer et à évaluer la compétence du thérapeute. Traditionnellement, la compétence du thérapeute a été mesurée par un évaluateur indépendant, lequel basait son évaluation sur l'écoute d'enregistrement audios ou vidéos de séances complètes de thérapie. L'évaluation par un expert est aussi possible en direct lorsque la salle de thérapie est dotée d'un miroir à sens unique (Schoenwald et al., 2011). Cependant, la définition d'expertise et l'expérience requise ne sont souvent pas précisées (Barber et al. 2007 ; Muse et McManus 2013, 2016). Ainsi, il y a aussi place à la subjectivité dans l'évaluation de la compétence faite par un expert. Tel que mentionné précédemment, l'évaluation par un expert est coûteuse, demande

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

beaucoup de temps et n'est pas facile à intégrer dans les milieux cliniques (Schoenwald et al., 2011).

Alternatives à l'évaluation de la compétence faite par un expert

Des alternatives à l'évaluation faite par un expert sont possibles, soient l'évaluation autorapportée du clinicien ainsi que l'évaluation faite par un superviseur clinique et le client lui-même (Breitenstein et al., 2010; Schoenwald et al., 2011). L'évaluation autorapportée du clinicien aurait démontré des résultats variés (de faibles à élevés pour la TCC) quant à l'exactitude de ce type d'évaluation de la compétence du thérapeute (Brosan et al., 2008; Carroll et al., 1998; Loades and Myles, 2016; McManus et al., 2012).

L'évaluation par un superviseur offre une autre alternative peu coûteuse aux évaluations indépendantes. Considérant que les superviseurs évaluent déjà les cliniciens de manière informelle, demander aux superviseurs de procéder à des évaluations formelles de la compétence ajouterait une charge supplémentaire minime en comparaison aux évaluations indépendantes basées sur les enregistrements de séance. La littérature sur les évaluations faites par les superviseurs rapporte des résultats similaires à ceux trouvés pour l'auto-évaluation des cliniciens (Dennhag et al., 2012; Martino et al., 2009; Peavy et al., 2014). L'évaluation par l'apprenant semble aussi être une avenue à approfondir.

Un parallèle entre l'évaluation de l'enseignement et de la compétence du thérapeute

La relation d'enseignement

Les interactions humaines jouent un rôle essentiel dans l'acquisition de nouvelles connaissances, et ce, dans tous types de domaines. Par exemple, un enseignant s'avère être un médiateur indispensable au développement d'un interne en médecine ou en psychologie. Les comportements, l'attitude et les actions de l'enseignant sont pris en exemples et cet impact est majeur dans l'apprentissage. L'enseignant joue un rôle de modèle, lequel combine son expertise

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

clinique, ses habiletés de transmission de l'information ainsi que ses atouts personnels dans la relation avec l'étudiant. L'enseignant/superviseur guide l'apprenant à travers des rétroactions quant à ses performances et à l'évolution constatée ou rapportée ; éléments qui sont également inhérents à la psychothérapie (Chartier et al., 2013). Toutefois, bien que l'ordre des choses attendu soit que le professeur partage sa rétroaction à l'étudiant, ce dernier est tout aussi en mesure de partager son appréciation de l'enseignement qu'il reçoit. Il est alors tout à fait possible et cohérent de dresser un parallèle entre la relation étudiant / professeur et celle du client et de son thérapeute. Le thérapeute possède plusieurs des mêmes caractéristiques que l'enseignant, lesquelles permettent à l'apprenant d'évoluer et de cheminer vers un objectif bien précis. Ce qui demeure encore plus significatif est que l'étudiant et le client s'apparentent l'un à l'autre par la nature des services qu'ils obtiennent et la relation d'apprentissage qu'ils entretiennent avec leur professeur / thérapeute. Bien évidemment, il s'agit de deux types de relations distincts, cependant, l'objectif est d'établir une comparaison qui permet de clarifier et de comprendre plus simplement la notion de compétence du thérapeute perçue par le client.

L'évaluation de la compétence effectuée par l'apprenant

Dans le domaine de l'enseignement supérieur, l'évaluation de l'enseignement par les étudiants est largement acceptée comme une pratique utile (England et al., 1997 ; Stapleton & Murkison, 2001). Certaines études démontrent que le témoignage des étudiants quant à la compétence de leur enseignant peut être fiable (Greenwald, 2002). Ils sont la source principale d'informations quant aux objectifs d'apprentissage et à la rétroaction pédagogique, laquelle s'apparente au diagnostic et aux recommandations. Les étudiants sont les évaluateurs de la satisfaction de l'enseignement dont ils sont témoins, soit de la qualité et de l'efficacité de la transmission des connaissances. Ils seraient en mesure de se positionner sur la clarté et la pertinence de ce qui leur est présenté ainsi que sur la qualité de l'organisation des éléments

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

abordés. Cet échange favorise la communication et permet au professeur de peaufiner/améliorer son enseignement (Racine, 1994).

D'ailleurs, les études qui appuient la validité de l'évaluation des enseignants par les étudiants révèlent une corrélation assez élevée entre les évaluations des étudiants d'une année à l'autre pour un même professeur (Murray, 1990). Les résultats suggèrent aussi que les étudiants sont compétents à témoigner de ce qu'ils ont entendu et observé, et ce, de façon impartiale (sans égard au fait qu'ils aiment la personnalité de leur enseignant et même sans égard à leur note). Également, les étudiants démontrent de la constance au fil du temps quant à leur évaluation et au jugement qu'ils portent face à un même enseignant, laquelle pourrait demeurer la même jusqu'à 10 ans suivant l'évaluation initiale (Murray et al., 1990). Ils utilisent à cet effet des instruments de mesure qui ont fait leurs preuves en termes de fidélité (p. ex. coefficients de consistance interne élevés). Il est d'ailleurs intéressant de constater que dans le domaine de l'enseignement, l'évaluation de la compétence faite par l'apprenant semble plus fiable que celle faite par un expert (Racine, 1994).

Cependant, un bon nombre d'études qui ont examiné l'évaluation des étudiants quant à la qualité de l'enseignement de leur professeur a démontré qu'elle pouvait être inexacte. Il semblerait que l'évaluation des étudiants puisse être influencée par certaines caractéristiques ou traits du professeur, tels que son genre, son ethnie, son humeur et son amabilité (Clayson, 2022 ; Heffernan, 2022 ; Hoorens et al., 2021 ; Huang & Lin, 2014). D'autres études appuient aussi l'idée que les étudiants ne seraient pas les meilleurs pour évaluer la qualité de l'enseignement ainsi que les résultats d'apprentissage attendus (Kozub, 2014; Stapleton & Murkison, 2001).

Les enseignants qui sont régulièrement évalués sur leur rendement et qui reçoivent des évaluations plus basses qu'attendu peuvent percevoir la rétroaction comme étant difficile ou même dangereuse. Face à une situation dangereuse, que ce soit une menace pour l'ego ou la

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

survie, la tendance naturelle est de rapidement trouver une façon de se défendre et d'ainsi se protéger. Bien qu'un danger physique soit une forte motivation pour déclencher une réponse défensive (fuite ou attaque), un danger à l'estime de soi et à sa valeur personnelle peut l'être tout autant (Cannon, 1915 ; Lilly et al., 2022). En ce sens, les individus qui reçoivent une évaluation plus faible que ce qu'ils jugent mériter sont à risque de chercher des causes externes à eux-mêmes pour « expliquer » / protéger leur perception de la qualité de leur enseignement (Campbell & Sedikides, 1999). Dans le même ordre d'idée, un étudiant qui reçoit une note faible est aussi susceptible de réagir défensivement pour préserver son estime de soi. Il serait bien établi qu'une façon d'y parvenir est de blâmer le professeur pour ses résultats et ceci pourrait transparaître jusque dans l'évaluation de la compétence de ce dernier (Miles & House, 2015 ; Tripp et al., 2019). Pour ces raisons, il est important de demeurer vigilant tant face à la capacité de l'étudiant / client d'évaluer la compétence de son enseignant / thérapeute qu'à l'ouverture de l'enseignant / thérapeute à recevoir une telle rétroaction. Les éléments précédents soulèvent l'idée que l'évaluation de la compétence devrait se faire avec parcimonie bien qu'elle semble judicieuse.

L'évaluation de la compétence de l'enseignant par l'étudiant en comparaison à l'évaluation de la compétence du thérapeute perçue par le client

En dépit du fait que les données empiriques sur la capacité des étudiants à évaluer la compétence de leur professeur s'avèrent variables d'une étude à l'autre, en général les résultats supportent l'idée que l'évaluation des étudiants de la performance d'enseignement peut être assez valide et fiable (Greenwald, 2002). Pour cette raison et considérant tous les éléments présentés ci-haut, il est possible d'élargir ces constats à l'évaluation de la compétence du thérapeute faite par le client. Tout comme un étudiant face à son professeur, le client est en mesure de se positionner sur la clarté et la pertinence de ce qui lui est proposé en thérapie ainsi que de se positionner sur la qualité des interventions de son thérapeute. Plusieurs énoncés de l'ÉCT permettent, en effet, au

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

client de témoigner de ces aspects. Par exemple, l'énoncé 1 « Mon (ma) thérapeute adapte le traitement selon mes besoins » témoigne de l'importance que le client ait l'impression que son thérapeute comprend bien sa situation, à tel point qu'il saisit ses besoins et agit en fonction de ceux-ci. L'énoncé 4 « Mon (ma) thérapeute propose des exercices pertinents à faire entre les rencontres » témoigne de l'utilisation des exercices comme stratégie afin d'intégrer et de consolider les apprentissages entre les rencontres. Il s'agit d'une stratégie qui favorise l'apprentissage et qui se retrouve tant dans le domaine de l'enseignement que dans la cadre d'une TCC orientée vers l'action. Enfin, l'énoncé 7 « Mon (ma) thérapeute sait ce qu'il (elle) fait » permet, entre autres, au client d'estimer l'expertise clinique ainsi que la capacité de son thérapeute à lui transmettre son expertise.

Tel qu'il a été discuté précédemment, certaines études montrent que les étudiants pourraient évaluer la compétence de leurs enseignants sans égard à certains aspects, telle que leur personnalité. De ce fait, une distinction claire s'établit entre la notion de compétence et la notion de relation. Il se pourrait ainsi que l'alliance thérapeutique ne joue pas un rôle déterminant dans l'évaluation de la compétence du thérapeute. Elle est évidemment utile à la création d'un lien de confiance et à l'ouverture du client face à son thérapeute, toutefois, elle n'interférerait possiblement pas avec l'évaluation de la compétence du thérapeute. Les évaluateurs seraient capables d'impartialité et par le fait même d'offrir une évaluation de la compétence de leur thérapeute qui serait suffisamment juste. Il faut préciser que même si l'évaluation de l'enseignement peut être influencée par la note de l'étudiant, l'évaluation de la compétence du thérapeute est moins influencée par les progrès thérapeutiques puisque les clients complètent le questionnaire au début de la thérapie (Miles & House, 2015 ; Tripp et al., 2019). Ainsi, les progrès n'influencent pas de façon significative l'évaluation de la compétence; il s'agit d'un avantage majeur en comparaison à l'évaluation faite par un étudiant à la fin de son cours.

La compétence du thérapeute perçue par le client et la supervision

Tel que mentionné préalablement, le processus par lequel passe les thérapeutes afin d'être formé à offrir la TCC est bien moins documenté et étudié que le processus thérapeutique (le traitement en soi et son efficacité). Selon Weishaar (1993), la majorité des thérapeutes ne rencontrent pas les critères de compétence établis pour la TCC. Les thérapeutes nécessiteraient de la supervision ainsi qu'un enseignement d'une durée d'au moins un an afin d'atteindre le niveau de compétence souhaitable. Par conséquent, avoir un outil à portée de main qui permet l'évaluation de la compétence du thérapeute à plusieurs moments dans le temps s'avère essentiel. L'ÉCT semble être l'outil désigné pour remplir ce mandat considérant sa facilité d'utilisation et le fait qu'il ne requiert en aucun cas l'implication d'un expert.

La rétroaction faite par un superviseur clinique peut être mal interprétée et provoquer une réaction défensive. De plus, l'étudiant ou le clinicien peut se montrer réticent à recevoir de la rétroaction de la part d'un tiers qui n'est pas impliqué directement dans le processus thérapeutique (Sudak et al., 2015). C'est ainsi que la rétroaction faite par le client se veut une belle avenue à emprunter afin de minimiser les résistances possibles dans ce contexte d'apprentissage. D'ailleurs, cette façon de procéder offre l'opportunité à l'étudiant/thérapeute de prendre connaissance de la rétroaction du client en premier, de l'analyser et d'approfondir son introspection quant à sa pratique ainsi que ses compétences. Toutefois, le thérapeute ne doit pas voir la rétroaction du client quant à sa compétence avant la fin du suivi de façon à ne pas influencer sa relation avec le client et ses interventions. Trouver un équilibre entre utiliser la rétroaction à bon escient et préserver le client de préjudices en thérapie demeure un enjeu réel. Dans ce contexte académique, l'étudiant/thérapeute pourrait avoir accès à l'évaluation de sa compétence à la fin du suivi de sorte à effectuer un peaufinement, si nécessaire, dans le cadre des prochains suivis thérapeutiques.

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Par la suite, il peut être plus facile pour le thérapeute/étudiant de le partager au superviseur, de faire sens de ce qui a été mis en lumière par le client ainsi que d'obtenir du support personnalisé à sa progression. Un tel cheminement peut être idéal pour la personne qui apprend ou peaufine ses habiletés thérapeutiques et ce qui est attendu d'elle en termes de compétences (Sudak, 2015). Également, l'utilisation de l'ÉCT permet de cibler une ou plusieurs sous-compétences (p. ex. savoir-faire et savoir-être) à travailler et de prendre des méthodes concrètes afin de développer les connaissances et habiletés nécessaires à offrir un traitement. La rétroaction précise fait partie de l'apprentissage et s'avère essentielle (tel que de clarifier les compétences attendues d'un thérapeute qui offre une TCC), ce qui est susceptible de rendre la formation et la supervision de celle-ci très efficaces (Muse & McManus, 2013).

La compétence du thérapeute perçue par le client et les mécanismes de changement dans le TAG.

La compétence du thérapeute perçue par le client a un impact sur la réduction des symptômes du TAG qui, elle, est influencée par la diminution de l'II. L'analyse de médiation inversée révèle aussi une influence, bien que plus faible, des changements dans les symptômes du TAG sur l'II, ce qui signifie que l'impact de la compétence du thérapeute perçue par le client sur la diminution de l'II peut, en partie, s'expliquer par les changements dans les symptômes du TAG. De façon théorique, ce sont les processus cognitifs qui engendrent le développement et le maintien d'un ensemble de symptômes et c'est pourquoi l'II a une influence significative sur le changement dans les symptômes du TAG. Sur le plan clinique, il serait inefficace de cibler directement la tendance à s'inquiéter (symptôme central du TAG) et c'est pourquoi les processus cognitifs, tel que les pensées automatiques sont travaillées en premier plan. De ce fait, il est possible de générer de nouvelles pensées plus flexibles et nuancées, lesquelles sont susceptibles de diminuer les comportements d'évitement et par le fait même l'inquiétude ainsi que les

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

symptômes d'anxiété (Dugas et al., 2012). Un thérapeute jugé compétent serait en mesure d'aider son client à apporter des changements significatifs au sujet de la tolérance à l'incertitude, ce qui engendrerait une diminution des symptômes du TAG.

Toutefois, comme le démontrent les résultats de l'étude, il s'agit d'un effet bidirectionnel. Bien que l'II ait un impact prédominant sur les symptômes du TAG, le contraire est aussi vrai : les symptômes du TAG peuvent influencer l'II. Les résultats de notre étude sont d'ailleurs cohérents avec ceux d'une étude longitudinale conduite auprès d'adolescents, laquelle est arrivée aux mêmes conclusions concernant le lien bidirectionnel entre l'II et les symptômes du TAG (tendance à s'inquiéter) (Dugas et al., 2012). Par exemple, il est tout-à-fait possible que lorsque les inquiétudes sont moins proéminentes chez un individu, il soit plus facile pour celui-ci de tolérer l'incertitude. La réévaluation des croyances sur l'inquiétude peut également contribuer à réduire l'intolérance à l'incertitude, puisque les clients prennent conscience de leurs tentatives infructueuses de contrôler l'avenir par l'inquiétude et peuvent faire le choix de laisser tomber cette stratégie (Dugas et al., 1998b). En ce sens, un individu qui ne reçoit aucun traitement ou qui se montre réfractaire à celui-ci peut conclure que la situation redoutée ne s'est pas présentée uniquement puisqu'il s'en est inquiété au préalable. Il est ainsi cohérent que les individus qui utilisent l'inquiétude comme stratégie pour « atteindre » la certitude deviennent moins tolérants à l'égard de l'incertitude au fil du temps (Francis & Dugas, 2004).

Les résultats de la présente étude témoignent d'un lien significatif entre la compétence du thérapeute perçue par le client et l'efficacité thérapeutique. D'une part, le savoir-être du thérapeute est nécessaire afin de confronter les croyances et résistances du client (p. ex. l'utilité de s'inquiéter) avec doigté et bienveillance. D'autre part, le savoir-faire est essentiel afin que le thérapeute soit en mesure de proposer des exercices pertinents en lien avec l'évolution du client tout en tenant compte de ses enjeux propres. L'utilisation appropriée de ces compétences précises

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

dans le choix des interventions est susceptible d'amener, par le fait même, des changements dans les symptômes du TAG.

Limites de l'étude

La limite principale de cette étude réside dans le fait que la validité de construit de l'ÉCT n'a pas été évaluée. En effet, aucune comparaison n'a été faite entre l'ÉCT et un autre outil reconnu pour l'évaluation de la compétence du thérapeute. Ainsi, nous n'avons aucune preuve de convergence entre l'ÉCT et un autre outil qui mesure le même construit. Par contre, il faut comprendre que nous en sommes à l'étape d'introduction de l'évaluation de la compétence du thérapeute faite par le client et nous n'avons actuellement aucune donnée qui nous assure que l'évaluation faite par un expert est supérieure. En d'autres mots, puisqu'il n'existe pas d'instrument de mesure (ou de méthodologie) reconnu comme le standard d'excellence pour l'évaluation de la compétence du thérapeute, il s'avère présentement difficile d'établir la validité de convergence de l'ÉCT. Il importe de considérer que, régulièrement, les études sur la compétence du thérapeute évaluée par un expert ne dénotent aucun lien significatif en rapport à l'efficacité thérapeutique.

Cette étude est également limitée par le fait, qu'à ce jour, il n'existe aucune définition universelle de la compétence du thérapeute pour les théoriciens et les chercheurs qui se penchent sur le sujet. Aussi, le rôle de l'évaluateur de la compétence du thérapeute diffère d'une étude à l'autre. Par exemple, certaines études vont prioriser l'autoévaluation par le thérapeute, alors que d'autres utilisent l'évaluation faite par un superviseur ou un expert indépendant. Également, d'une étude à l'autre, le nombre d'évaluateurs n'est pas le même, de même que le nombre de séances évaluées par client, le traitement offert, le stade d'évolution du client en cours de traitement et le diagnostic de celui-ci (Barber et al. 2007 ; Fairburn et Cooper 2011 ; Muse & McManus 2013, 2016 ; Webb et al. 2010). La généralisation des résultats, en général et pour la

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

présente étude, s'avère ainsi plus complexe. Dans le cas de la présente étude et pour une minorité d'autres études jusqu'à maintenant, l'évaluation perçue par le client a été jugée comme une façon adéquate de procéder. D'ailleurs, bien que nous tenions compte, comme plusieurs théoriciens, du savoir comme sous-composante de la compétence du thérapeute, il était impossible de l'inclure dans l'évaluation de la compétence du thérapeute perçue par le client. Considérant les fréquentes distinctions interétudes énumérées ci-haut, la comparaison de celles-ci est dans l'ensemble davantage complexe à effectuer (Sudak et al., 2015).

Enfin, cette étude est limitée par le fait que certaines variables à l'étude ont été évaluées à l'aide de questionnaires autorapportés, soit le niveau d'intolérance à l'incertitude et la tendance à s'inquiéter. Les questionnaires autorapportés sont basés sur l'appréciation subjective qu'ont les individus de leur propre condition, sans référence à une évaluation extérieure. Il se peut que les individus qui répondent aux questionnaires aient une interprétation erronée de leur condition, qu'ils saisissent mal le sens des énoncés et qu'ils ne soient pas à l'aise de répondre honnêtement. De plus, les individus qui présentent une plus forte tendance à agir par désirabilité sociale sont davantage susceptibles d'évaluer leur anxiété comme étant plus faible qu'elle ne l'est en réalité (Egloff & Schmukle, 2003). Un seul des outils de mesure utilisés pour évaluer la sévérité des symptômes du TAG n'est pas autorapporté. Il s'agit de l'ESTA-IV, lequel a été utilisé pour procéder à l'évaluation psychodiagnostique ; résultat qui a été utilisé pour l'inclusion dans l'étude ainsi que comme donnée pré-traitement. Il s'agit d'une autre limite de l'étude en raison du double rôle de l'outil.

Forces de l'étude

L'avantage principal de cette étude est qu'elle est la première à examiner le lien entre la compétence du thérapeute perçue par le client et les mécanismes de changement impliqués dans le traitement du TAG. Cette étude permet donc d'obtenir un angle d'analyse plus vaste en ce qui

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

concerne le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique. L'ÉCT s'avère être un outil utile pour les étudiants ou les cliniciens soucieux d'améliorer leur pratique clinique considérant que la compétence du thérapeute perçue par le client est un prédicteur de l'efficacité thérapeutique. La majorité des études qui évaluent la qualité des changements à travers la supervision le font avec des outils d'autoévaluation. Malheureusement, l'évaluation de ses propres changements ne correspond généralement pas aux changements réels (Beidas & Kendall, 2010). Il s'agit d'une étude longitudinale qui évalue les participants à différents moments dans le temps, ce qui permet d'examiner l'efficacité de la TCC et l'impact de la compétence du thérapeute avant le traitement sur le changement des symptômes en cours de thérapie. L'échantillon de participants pour l'étude est issu d'une population clinique, ce qui permet de généraliser les résultats aux individus atteints du TAG qui consultent tant en bureau privé que public, et ce, dans la mesure où les individus issus d'une population clinique présentent un diagnostic précis et reçoivent un traitement y étant associé.

Dans le cadre de la présente étude, la TCC utilisée afin de traiter les individus atteints du TAG a été appuyée par des données probantes. En effet, la TCC développée par notre équipe de recherche présente de bons résultats dans le traitement de courte durée chez plus de 67 % des clients atteints du TAG (Dugas & Robichaud, 2007). La force de cette étude réside aussi dans la rigueur des évaluations. Afin d'être inclus dans l'étude, il y a deux évaluations psychodiagnostiques qui sont administrées ; cela favorise une plus grande validité sur le plan des décisions diagnostiques.

Pistes de recherches futures

À la lumière de l'impact de la compétence du thérapeute perçue par le client sur l'efficacité thérapeutique chez les individus atteints du TAG, il importe d'approfondir les recherches à ce sujet. La compétence du thérapeute telle qu'évaluée par le client a été très peu

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

étudiée et mérite que l'on s'y attarde davantage. Cette étude nous indique qu'il existe un lien positif entre la compétence du thérapeute perçue par le client et l'efficacité thérapeutique ; il serait donc judicieux d'explorer l'impact des sous-composantes de la compétence du thérapeute, telles que le savoir-faire et le savoir-être. Il serait également pertinent de conduire une étude comparant l'évaluation de la compétence du thérapeute faite par le client à celle faite par un expert. Considérant la facilité d'accès de l'évaluation faite par le client et les résultats concluants obtenus dans la présente étude, il pourrait s'avérer très judicieux d'explorer si les deux types d'outils peuvent s'équivaloir ou si l'un d'eux se distingue à la hausse en termes d'efficacité. Enfin, sachant que la compétence du thérapeute est associée à un taux d'abandons thérapeutiques plus faible en passant, entre autres, par la réparation des bris d'alliance thérapeutique, il serait intéressant de mesurer l'impact respectif de ces deux facteurs communs sur le taux d'abandons thérapeutiques (Kaplowitz et al., 2011 ; Muran et al., 2009 ; Roos & Werbat, 2013).

Références

- Akiskal H. S. (1990). Toward a clinical understanding of the relationship of anxiety and depressive disorders. In J-D. Maser & C. R. Cloninger (éd), *Comorbidity of Mood and Anxiety disorders*. (pp. 597-607) Washington, DC : American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.) Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- Anderson, T., Ogles., B.M., Patterson, C.L., Lambert, M.J. and Vermeersch, D. A. (2009), Therapist effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755-768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- André, C. (2004). *Psychologie de la peur : craintes, angoisses et phobies*. Odile Jacob.
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. (pp. 335-356). Oxford: Oxford University Press.
- Ashton, C. H. (2001). *Benzodiazepines: How they work and how to withdraw*. Newcastle upon Tyne, U. K.: Newcastle University.
- Bachelor, A. (1995) Clients' Perception of the Therapeutic Alliance: A Qualitative Analysis. *Journal of Counselling Psychology*, 42(3), 323-37. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.42.3.323>
- Baldwin S. A., & Imel Z. E. (2013). Therapist effects: finding and methods. In Lambert M. J. (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 258-297). New York: Wiley.

- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 842.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 19*(2), 93-107.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>
- Barbara Thompson & Clara Hill (1993). Client Perceptions of Therapist Competence. *Psychotherapy Research, 3*(2), 124-130. <https://doi.org/10.1080/10503309312331333729>
- Barber, J. P., Liese, B., & Abrams, M. J. (2003). Development of the Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale. *Psychotherapy Research, 13*, 205–221.
<https://doi.org/10.1093/ptr/kpg019>
- Barber, J. P., Sharpless, B. A., Klostermann, S., & McCarthy, K. S. (2007). Assessing intervention competence and its relation to therapy outcome: A selected review derived from the outcome literature. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*(5), 493–500. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.5.493>
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In Castonguay, L. G., & Hill, E. C. (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapists effects* (pp. 13). American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/0000034-000>
- Barlow, D. H., Levitt, J. T., & Bufka, L. F. (1999). The dissemination of empirically supported treatments: a view to the future. *Behaviour Research and Therapy, 37*(1), 147-162.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00054-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00054-6)

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

- Beck, A. T. Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory Manual (2^e éd.)*. San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Beidas, R. S., & Kendall, P. C. (2010). Training therapists in evidence-based practice: A critical review of studies from a systems-contextual perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*(1), 1-30. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01187.x>
- Berge, T. (2011). Improving Access to Psychological Therapies in Europe. Paper presented at the Symposium presented at 41st Annual Congress of the European Association of Behavioral and Cognitives Therapies, Reykjavik, MA, Canada.
- Bittner, A., Goodwin, R. D., Wittchen, H. U., Beesdo, K., Hofler, M., & Lieb, R. (2004). What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *The Journal of Clinical Psychiatry, 65*(5), 618–626. doi : 10.4088/JCP.v65n0505
- Blackburn, I. M., James, I. A., Milne, D. L., Baker, C., Standart, S., Garland, A., & Reichelt, F. K. (2001). The revised cognitive therapy scale (CTS-R): Psychometric properties. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*, 431–446. <https://doi.org/10.1017/s1352465801004040>.
- Blatt, S. J., Sanislow, C. A. III, Zuroff, D. C., & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1276–1284. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1276>
- Bordin, E. S. (1980). Of human bonds that bind or free. Presidential Address, 1980 Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research, Asimilar, California.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

- Borkovec, T. D. (2006). Applied relaxation and cognitive therapy for pathological worry and generalized anxiety disorder. Dans G. C. L. Davey & A. Wells (éd.), *Worry and psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 273-287). Chichester, UK: Wiley.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (éd.), *Generalized anxiety disorder : advances in research and practice* (pp. 77-108). New-York : The Guilford Press.
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Constantino, M. J., Bugatti, M., & Castonguay, L.G. (2017). The implications of therapist effects for routine practice, policy, and training. In Castonguay, L. G., & Hill, E. C. (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapists effects* (pp. 310). American Psychological Association.
- Branson, A., Shafran, R., & Myles, P. (2015). Investigating the relationship between competence and patient outcome with CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 19-26.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.002>
- Breitenstein, S. M., Fogg, L., Garvey, C., Hill, C., Resnick, B., & Gross, D. (2010). Measuring implementation fidelity in a community-based parenting intervention. *Nursing Research*, 59(3), 158. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181dbb2e2
- Brosan, L., Reynolds, S., & Moore, R. G. (2008). Self-evaluation of cognitive therapy performance: do therapists know how competent they are?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(5), 581-587. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004438>
- Brown, G. S., Lambert, M. J., Jones, E. R., & Minami, T. (2005). Identifying highly effective psychotherapists in a managed care environment. *The American Journal of Managed Care*, 11, 513-520. Repéré à

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

https://www.researchgate.net/publication/7665841_Identifying_highly_effective_therapists_in_a_managed_care_environment

Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders : Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 49-58. doi: 10.1037//0021-843X.110.1.49

Buhr, K., Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 222-236. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.12.004>

Buhr, K., Dugas, M. J. (2002). The Intolerance of Uncertainty Scale : Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 931-945. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00092-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00092-4)

Campbell W. K., Sedikides C. (1999). Self-threat magnifies the self-serving bias: A meta-analytic integration. *Review of General Psychology, 3*(1), 23–43. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/1089-2680.3.1.23>

Cannon, W. B. (1925). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage: An account of recent researches into the function of emotional excitement*. D. Appleton. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/10013-000>

Carroll, K., Nich, C., & Rounsaville, B. (1998). Utility of therapist session checklists to monitor delivery of coping skills treatment for cocaine abusers. *Psychotherapy Research, 8*(3), 307-320. <https://doi.org/10.1080/10503309812331332407>

Carter, R. M, Wittchen, H-U., Pfister, H., & Kessler, R. C. (2001). One-year prevalence of subthreshold and treshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety, 13*, 78-88. <https://doi.org/10.1002/da.1020>

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Chartier, S., Le Breton, J., Ferrat, E., Compagnon, L., Attali, C., & Renard, V. (2013).

L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. *Exercer*, 24(108), 171-7.

Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015).

The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>

Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of

depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 375-384. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.606803>

Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R., & Wright, B. (2009).

Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 910-920.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.010>

Clayson D. (2022). The student evaluation of teaching and likability: What the evaluations

actually measure. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 47, 313–326. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/02602938.2021.1909702>

Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011).

Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 184-92.

<https://doi.org/10.1002/jclp.20754>

Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S., & Ricard, N. (2006). Factorial validation of a French short-

form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(1), 36-45. <https://doi.org/10.1002/mpr.27>

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual review of clinical psychology, 15*, 207-231.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- Davidson, K., Scott, J., Schmidt, U., Tata, P., Thornton, S., & Tyrer, P. (2004). Therapist competence and clinical outcome in the prevention of parasuicide by manual assisted cognitive behaviour therapy trial: The POPMACT study. *Psychological Medicine, 34*(5), 855–863. <https://doi.org/10.1017/S0033291703001855>
- Dearing, R. L., Barrick, C., Dermen, K. H., & Walitzer, K. S. (2005). Indicators of client engagement: Influences on alcohol treatment satisfaction and outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*(1), 71- 78. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.19.1.71>
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32*(7), 642-649.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002>
- Dennhag, I., Gibbons, M. B. C., Barber, J. P., Gallop, R., & Crits-Christoph, P. (2012). Do supervisors and independent judges agree on evaluations of therapist adherence and competence in the treatment of cocaine dependence?. *Psychotherapy Research, 22*(6), 720-730. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.716528>
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbon, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*(2), 174–183. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi022>
- Di Nardo, P. A., Brown, T.A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. New-York, NY : Oxford University Press.

- Dowd, T. (2005). Cognitive behavior therapy: Evidence and new directions. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 5(1), 95-108. Repéré à <https://psycnet.apa.org/record/2005-04253-006>
- 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. doi: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.12.004>
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 593-606. <https://doi.org/10.1023/A:1021890322153>
- 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., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K., & Philips, N. A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 57-70. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-1648-9>
- Dugas, M. J., & Koerner, N. (2005). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder : Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 61-77. doi: 10.1891/jcop.19.1.61.66326
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 24(5), 635-657. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00133-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00133-3)

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langolis, F., Provencher, M. D., & Boisvert, J. M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 821. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.821>
- Dugas, M. J., Langlois, F., Rhéaume, J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1998). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating causality. Dans J. Stöber, *Worry: New findings in applied and clinical research*. Symposium présenté à l' Annual convention of the association for advancement of behavior therapy, Washington, D. C.
- Dugas, M. J. (2021) La thérapie cognitivo-comportementale pour l'anxiété : conceptualisation et principes d'intervention (Chapitre 2). *Cahiers du savoir*, 8-15.
- Dugas, M. J., Laugesen, N., & Bukowski, W. M. (2012). Intolerance of uncertainty, fear of anxiety, and adolescent worry. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 863. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9611-1>
- Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., Robichaud, M., ... & Koerner, N. (2007). Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder?. *Behavior Therapy, 38*(2), 169-178. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.07.002>
- Egloff, B., & Schmukle, S. C. (2003). Does social desirability moderate the relationship between implicit and explicit anxiety measures?. *Personality and Individual Differences, 35*(7), 1697-1706. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00391-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00391-4)
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy, 48*(1), 43-49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>
- England, J., Hutchings, P., & McKeachie, W. J. (1996). *The professional evaluation of teaching* (No. 33). American Council of Learned Societies.

- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy, 49*(6-7), 373-378.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.005>
- Francis, K., & Dugas, M. J. (2004). Assessing positive beliefs about worry: validation of a structured interview. *Personality and Individual Differences, 37*(2), 405–415.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.09.012>
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore, MD: JHU Press.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck. Propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique, 20*, 47-55.
- 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)
- Frieswyk, S. H., Allen, J. G., Colson, D. B., Coyne, L., Gabbard, G. O., Horowitz, L. M., & Newsom, G. (1986). Therapeutic alliance: Its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(1), 32-38. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.1.32>
- Fydrich, T., Dowdall, D., & Chambless, D. L. (1992). Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Anxiety Disorders, 6*(1), 55-61.
[https://doi.org/10.1016/0887-6185\(92\)90026-4](https://doi.org/10.1016/0887-6185(92)90026-4)
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy, 27*(2), 143-153. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.143>

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist, 13*(2), 155-243. <https://doi.org/10.1177/00110000851320>
- Ginzburg, D. M., Bohn, C., Höfling, V., Weck, F., Clark, D. M., & Stangier, U. (2012). Treatment specific competence predicts outcome in cognitive therapy for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 50*(12), 747-752. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.001>
- Gordon, P. K. (2006). A comparison of two versions of the Cognitive Therapy Scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 35*(03), 343-353. <https://doi.org/10.1017/S0033291702005482>
- 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>
- Gralnick, T., Oligny, M.-A., Donegan, E., & Dugas, M. J. (2012). *The Therapist Competence Scale*. Unpublished manuscript, Concordia University, Montreal, Canada.
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review, 26*(6), 657-78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.03.002>
- Greenberg, L. S., & Pinsof, W. M. (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New-York, NY: Guilford Press.
- Greenwald, A. G. (2001). Constructs in student ratings of instructors. In *The role of constructs in psychological and educational measurement* (pp. 301-323). Routledge.

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

- Grenier, S., Barette, A.-M., & Ladouceur, R. (2005). Intolerance of uncertainty and intolerance of ambiguity : Similarities and differences. *Personality and Individual Differences, 39*(3), 593-600. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.02.014>
- Haddock, G., Devane, S., Bradshaw, T., McGovern, J., TARRIER, N., Kinderman, P., Baguley, I., Lancashire, S. & Harris, N. (2001). An investigation into the psychometric properties of the Cognitive Therapy Scale for Psychosis (CTS-Psy). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*(2), 221–233. <https://doi.org/10.1017/S1352465801002089>
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. Springer Science & Business Media.
- Hebert, E. A., Senn, J. M., & Dugas, M. J. (2017). Intolerance of Uncertainty. In Amy Wenzel (éd.), *The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology* (pp. 1896-1897) Thousand Oaks : SAGE Publications, Inc.
- Heffernan T. (2022). Sexism, racism, prejudice, and bias: A literature review and synthesis of research surrounding student evaluations of courses and teaching. *Assessment & Evaluation in Higher Education, 47*(1), 144–154. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/02602938.2021.188807z>
- Hiller, M. L., Knight, K, Leukefeld, C., & Simpson, D. D. (2002). Motivation as a predictor of therapeutic engagement in mandated residential substance abuse treatment. *Criminal Justice and Behavior, 29*(1), 56-75. <https://doi.org/10.1177/0093854802029001004>
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2014). Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: The beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy, 51*(4), 510–513. <https://doi.org/10.1037/a0037045>
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. G. (2008). Cognitive–behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of*

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Clinical Psychiatry, 69(4), 621-632. Repéré à

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2409267/>

- Hogg, M. A. (2000) Subjective Uncertainty Reduction through Self- categorization: A Motivational Theory of Social Identity Processes. *European Review of Social Psychology*, 11(1), 223-255. <https://doi.org/10.1080/14792772043000040>
- Hoorens V., Dekkers G., Deschrijver E. (2021). Gender bias in student evaluations of teaching: Students' self-affirmation reduces the bias by lowering evaluations of male professors. *Sex Roles*, 84(1-2), 34–48. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1007/s11199-020-01148-8>
- Horvath, P. (1990). Treatment expectancy as a function of the amount of information presented in therapeutic rationales. *Journal of Clinical Psychology*, 46(5), 636-642. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199009\)46:5<636::AID-JCLP2270460516>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199009)46:5<636::AID-JCLP2270460516>3.0.CO;2-U)
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), Meehl, P. E. (1971). High school yearbooks: A reply to Schwarz. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 143–148
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Huang Y. C., Lin S. H. (2014). Assessment of charisma as a factor in effective teaching. *Educational Technology & Society*, 17(2), 284–295. <https://www.jstor.org/stable/jeductechsoci.17.2.284>

- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., & Shear, M. K. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicentre trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(5), 747-755.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.5.747>
- Jacobson, N. S., & Baucom, D. H. (1977). Design and assessment of nonspecific control groups in behavior modification research. *Behavior Therapy, 8*(4), 70-719.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(77\)80203-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(77)80203-7)
- Kaplowitz, M. J., Safran, J. D., & Muran, C. J. (2011). Impact of therapist emotional intelligence on psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 199*(2), 74-84.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182083efb>.
- Kazdin, A. E. (2021). *Research design in clinical psychology*. Cambridge University Press.
- Kazdin, A. E. (1979). Therapy outcome questions requiring control of credibility and treatment-generated expectancies. *Behavior Therapy, 10*(1), 81-93. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(79\)80011-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(79)80011-8)
- Kazdin, A. E., & Krouse, R. (1983). The impact of variations in treatment rationales on expectancies for therapeutic change. *Behavior Therapy, 14*(5), 657-671.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(83\)80058-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(83)80058-6)
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B. Hughes, M., Eshleman, S., ...Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8-19. Repéré à <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/abstract/51/1/8>
- 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). New-York: Guilford.

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

- Kim, D. M., Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research, 16*(2), 161-172. <https://doi.org/10.1080/10503300500264911>
- Kirsch, I., & Henry, D. (1977). Extinction versus credibility in the desensitization of speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*(6), 1052-1059. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.45.6.1052>
- Kozub R. M. (2014). Relationship of course, instructor, and student characteristics to dimensions of student ratings of teaching effectiveness in business schools. *American Journal of Business Education (AJBE), 3*(1), 33–40. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.19030/ajbe.v3i1.9024>
- Kraus, D. R., Bentley, J. H., Alexander, P. C., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Baxter, E. E., & Castonguay, L. G. (2016). Predicting therapist effectiveness from their own practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(6), 473–483. <https://doi.org/10.1037/ccp0000083>
- Kroenke, K., Spitzer L. R., Williams J., Monahan, O. P., & 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>

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Ladouceur, R., Freeston, M.H., Dumont, Letarte, H., Rheume, J., Gagnon, F., & Thibodeau, N.

(1992). Penn State Worry Questionnaire: Validity and reliability of a French translation.

Canadian Psychology, 33(236), 98-107.

Ladouceur, R., Talbot, F., & Dugas, M. J. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry. *Behavior Modification*, 21(3), 355-371.

<https://doi.org/10.1177/01454455970213006>

Lambert, M. J., Shapiro, D. A., & Bergin, A. E. (1986). *The effectiveness of psychotherapy*.

Handbook of psychotherapy and behavior change (3^e éd.). New York: Wiley.

LeBeau, R. T., Davies, C. D., Culver, N. C., & Craske, M. G. (2013). Homework compliance counts in cognitive-behavioral therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(3), 171-179.

<https://doi.org/10.1080/16506073.2013.763286>

Lilly, J. D., Wipawayangkool, K., & Pass, M. (2022). Teaching evaluations and student grades:

That's not fair!. *Journal of Management Education*, 46(6), 994-1023. [https://doi-](https://doi.org/proxybiblio.uqo.ca/10.1177/10525629221084338)

[org.proxybiblio.uqo.ca/10.1177/10525629221084338](https://doi.org/proxybiblio.uqo.ca/10.1177/10525629221084338)

Loades, M. E., & Armstrong, P. (2016). The challenge of training supervisors to use direct assessments of clinical competence in CBT consistently: a systematic review and exploratory training study. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 9, e27.

<https://doi.org/10.1017/S1754470X15000288>

Longshore, D., & Teruya, C. (2006). Treatment motivation in drug users: a theory based analysis.

Drug and alcohol Dependence, 81(2), 179-188.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.06.011>

Luborsky, L. (2000). A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychotherapy*

Research, 10(1), 17-29. <https://doi.org/10.1080/713663591>

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., & Krause, E. D. (2002). The Dodo Bird verdict is alive and well—mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2–12. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.2>
- Maier, W., Gänsicke, M., Freyberger H. J., Linz, M., Heun, R., & Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 20-36. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001029.x>
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- Martino, S., Ball, S., Nich, C., Frankforter, T. L., & Carroll, K. M. (2009). Correspondence of motivational enhancement treatment integrity ratings among therapists, supervisors, and observers. *Psychotherapy research*, 19(2), 181-193. <https://doi.org/10.1080/10503300802688460>
- Martindale, C. (1978). The therapist-as-fixed-effect fallacy in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1526-1530. doi: 10.1037/0022-006X.46.6.1526
- McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments. *American Psychologist*, 65(2), 73-84. <https://doi.org/10.1037/a0018121>
- McManus, F., Keen, A., Clark, G., Westbrook, D., Kennerley, H., & Fennell, M. (2010). Measuring competence in CBT. Paper presented at the World Conference of Behavioral and Cognitive Therapies. Boston, MA, États-Unis.
- McManus, F., Rakovshik, S., Kennerley, H., Fennell, M., & Westbrook, D. (2012). An investigation of the accuracy of therapists' self-assessment of cognitive-behaviour therapy

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

skills. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 292-306.

<https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02028.x>

Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9(1), 85-90. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.85>

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>

Merikangas, K. R., Angst, J., Eaton, W., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Wacker H, ... Kupfer, D. J. (1996). Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force. *The British Journal of Psychiatry*, 168(30), 58–67. <https://doi.org/10.1192/S0007125000298425>

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 487-495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)

Miles P., House D. (2015). The tail wagging the dog: An overdue examination of student teaching evaluations. *International Journal of Higher Education*, 4(2), 116–126. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.5430/ijhe.v4n2p116>

Mohl, P. C., Martinez, D., Ticknor, C., Huang, M., & Cordell, M. D. (1991). Early dropouts from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(8), 478-481. doi: 10.1097/00005053-199108000-00005

Muntigl, P., Banninger-Huber, E., & Horvath, A. O. (2015, September). *Affiliation in psychoanalytic psychotherapy: Interactional sequences that maintain a balance between*

conflicting tension and security. Paper presented at the European Congress of the Society for Psychotherapy Research Conference, Klagenfurt, Austria.

- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 46*(2), 233–248. <https://doi.org/10.1037/a0016085>.
- Murray, H. G., Rushton, J. P., & Paunonen, S. V. (1990). Teacher personality traits and student instructional ratings in six types of university courses. *Journal of Educational Psychology, 82*(2), 250. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.82.2.250>
- Muse, K., & McManus, F. (2013). A systematic review of methods for assessing competence in cognitive-behavioural therapy. *Clinical Psychology Review, 33*(3), 484-499. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.010>
- Nau, S. D., Caputo, J. A., & Borkovec, T. D. (1974). The relationship between credibility of therapy and simulated therapeutic effects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 5*(2), 129-133. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(74\)90098-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(74)90098-6)
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research, 23*(1), 86-104. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.735775>
- Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(6), 521-531. doi: 10.1097/01.nmd.0000253843.70149.9a
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

individual therapist on their client's psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157-1172. <https://doi.org/10.1002/jclp.20272>

Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: an empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 10(6), 361-373. <https://doi.org/10.1002/cpp.383>

Otte, C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(4), 413-421. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.4/cotte>

Paradis, J., Marcotte-Beaumier, G., Green-Demers, I., & Dugas, M. J. (2020). Validation de l'Échelle de compétence du thérapeute auprès de clients atteints du trouble d'anxiété généralisée. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 52(4), 343. <https://doi.org/10.1037/cbs0000172>

Paradis, J., Ricard, N. C., & Dugas, M. J. (2016, mai). Validation psychométrique préliminaire de l'Échelle de Compétence du Thérapeute. Affiche présentée à la conférence annuelle de l'Association Canadienne des Thérapie Cognitives et Comportementales, Hamilton, ON, Canada.

Pearson, C., Janz, T., & Ali, J. (2013). Mental and substance use disorders in Canada. *Health at a Glance*, 82(624), 1-8. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/>

Peavy, K. M., Guydish, J., Manuel, J. K., Campbell, B. K., Lisha, N., Le, T., ... & Garrett, S. (2014). Treatment adherence and competency ratings among therapists, supervisors, study-related raters and external raters in a clinical trial of a 12-step facilitation for stimulant users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(3), 222-228. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.05.008>

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

- Pereira, J.-A., & Barkham, M. (2015). An exceptional, efficient, and resilient therapist: A case study in practice-based evidence. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 11*(3), 216-223. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v11i3.1917>
- Perepletchikova, F., & Kazdin, A. E. (2005). Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*(4), 365–383. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi045>
- Persig, R.M. (1974). *Zen and the art of motorcycle maintenance*. New-York, NY: William Morrow.
- Plotnicov, K. H. (1990). Early termination from counseling: The client's perspective. Unpublished doctoral dissertation, University of Pittsburgh, PA.
- Racine, S. (1994). Méthodes d'évaluation de l'enseignement. In *Actes du 14e Colloque annuel de l'Association québécoise de pédagogie collégiale*. Association québécoise de pédagogie collégiale.
- Rector, N. A., & Cassin, S. E. (2010). Clinical expertise on cognitive behavioural therapy: Definition and pathways to acquisition. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 40*, 153–161. <https://doi.org/10.1007/s10879-010-9136-2>
- Robichaud, M., Koerner, N. & Dugas, M. J. (2019). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder : From science to practice* (2e éd.). New-York, NY : Routledge/Taylor & Francis Group.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of psychotherapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*(2), 95-10. <https://doi.org/10.1037/h0045357>

- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research, 23*(4), 394–418. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.775528>.
- Rowan-Szal, G., Joe, G. W., Simpson, D. D., Greener, J. M., & Vance, J. (2009). During-treatment outcomes among female methamphetamine-using offenders in prison-based treatments. *Journal of Offender Rehabilitation, 48*(5), 388-401. <https://doi.org/10.1080/10509670902979496>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*(3), 412–415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Roth, A. D. (2016). A new scale for the assessment of competences in Cognitive and Behavioural Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 44*(5), 620-624. <https://doi.org/10.1017/S1352465816000011>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (Eds.). (1995). The therapeutic alliance (Special Issue). *In Session: Psychotherapy in Practice, 1*(1).
- Saunders, S. M., Howard, K. I., & Orlinsky, D. E. (1989). The Therapeutic Bond Scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Psychological Assessment, 1*(4), 323-330. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.4.323>
- Saxon, D., Barkham, M., Foster, A., & Parry, G. (2017). The contribution of therapist effects to patient dropout and deterioration in the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*(3), 575-588. <https://doi.org/10.1002/cpp.2028>
- Saxon, D., Firth, N., & Barkham, M. (2017). The relationship between therapist effects and therapy delivery factors: Therapy modality, dosage, and non-completion. *Administration*

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 44, 705-715.

<https://doi.org/10.1007/s10488-016-0750-5>

- Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J., & Lange, J. (2017) Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research*, 27(6), 642-652. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1125546>
- 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>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ...Dunabar, G.C. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (suppl 20), 22-23. Repéré à http://www.musc.edu/psychiatry/research/cns/upadhyayareferences/Sheehan_1998.pdf
- Siev, J., Huppert, J. D., & Chambless, D. L. (2009). The Dodo Bird, treatment technique, and disseminating empirically supported treatments. *The Behavior Therapist*, 32(4), 71–76 69. Repéré à <https://psycnet.apa.org/record/2009-16244-001>
- Stapleton R. J., Murkison G. (2001). Optimizing the fairness of student evaluations: A study of correlations between instructor excellence, study production, learning production, and expected grades. *Journal of Management Education*, 25(3), 269–291. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1177/105256290102500302>
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Muller, N., Hofler, M., Lieb, R., & Wittchen HU. (2000). Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents

and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 251–256. doi:

10.1001/archpsyc.58.3.251

- Stewart, S. H., Westra, H. A., Thompson, C. E., & Conrad, B. E. (2000). Effects of naturalistic benzodiazepine use on selective attention to threat cues among anxiety disorders patients. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 67-85. <https://doi.org/10.1023/A:1005403025084>
- Stiles, W. B., & Horvath, A. O. (2017). Appropriate responsiveness as a contribution to therapist effects. In Castonguay, L. G., & Hill, E. C. (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapists effects* (pp. 74). American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/0000034-000>
- Stiles, W. B., & Wolfe, B. E. (2006). Relationship factors in treating anxiety disorders. In Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 155-165). New-York, NY: Oxford University Press.
- Strauss, A. Y., Huppert, J. D., Simpson, H. B. & Foa, E. B. (2018). What matters more? Common or specific factors in cognitive behavioral therapy for OCD: Therapeutic alliance and expectations as predictors of treatment outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 105, 43-51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.03.007>
- Strunk, D. R., Brotman, M. A., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2010). Therapist competence in cognitive therapy for depression: predicting subsequent symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 429-437. <https://doi.org/10.1037/a0019631>
- Sudak, D. M., Codd III, R. T., Ludgate, J. W., Sokol, L., Fox, M. G., Reiser, R. P., & Milne, D. L. (2015). *Teaching and supervising cognitive behavioral therapy*. John Wiley & Sons.
- Sudak, D. M. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression. *Psychiatric Clinics*, 35(1), 99-110. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.10.001>

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

- Teasdale, J. D. (1993). Emotion and two kinds of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. *Behaviour Research and Therapy*, 31(4), 339-354. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90092-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90092-9)
- Thompson, B. & Hill, C. (1993). Client perceptions of therapist competence. *Psychotherapy Research*, 3(2), 124-130. <https://doi.org/10.1080/10503309312331333729>
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710-720. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.003>
- Tracey, T. J. (1986). Interactional correlates of premature termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(6), 784-788. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.6.784>
- 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. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207>
- Tripp T. M., Jiang L., Olson K., Graso M. (2019). The fair process effect in the classroom: Reducing the influence of grades on student evaluations of teachers. *Journal of Marketing Education*, 41(3), 173–184. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1177/0273475318772618>
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 620–630. doi:10.1037/0022-006X.61.4.620.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914-923. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.914>

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy Debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes. *Psychological Bulletin*, *122*(3), 203–215. doi: 10.1037/0033-2909.122.3.203
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*(2). <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>
- Weck, F., Bohn, C., Ginzburg, D. M., & Ulrich, S. (2011). Assessment of adherence and competence in cognitive therapy: Comparing session segments with entire sessions. *Psychotherapy Research*, *21*(6), 658–669. doi: 10.1080/10503307.2011.602751.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, *23*(4), 526–555. <https://doi.org/10.1177/0145445599234002>
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder : Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, *32*(1), 85-102. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80045-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80045-9)
- Westra, H.A., Constantino, M.J., & Aviram, A. (2011). The impact of alliance ruptures on client outcome expectations in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Research*, *21*(4), 472-481. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.581708>
- Westra, H. A., & Stewart, S. H. (1998). Cognitive behavioural therapy and pharmacotherapy: Complementary or contradictory approaches to the treatment of anxiety? *Clinical Psychology Review*, *18*(3), 307-340. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00084-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00084-6)

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

- Williams, K. E., & Chambless, D. L. (1990). The relationship between therapist characteristics and outcome of in vivo exposure treatment for agoraphobia. *Behavior Therapy, 21*(1), 111-116. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80192-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80192-3)
- Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety, 16*(4), 162-171. <https://doi.org/10.1002/da.10065>
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Pfister, H., & Lieb, M. (2000) Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*(406), 14–23. <https://doi.org/10.1111/j.0065-1591.2000.acp29-03.x>
- Yates, B. T., & Taub, J. (2003). Assessing the costs, benefits, cost-effectiveness, and cost-benefit of psychological assessment: we should, we can, and here's how. *Psychological assessment, 15*(4), 478. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.4.478>
- Young, J. and Beck, A. T. (1980). *The development of the Cognitive Therapy Scale*. Unpublished manuscript, Center for Cognitive Therapy, Philadelphia, PA, États-Unis.

ANNEXE A. Modèles explicatifs de l'inquiétude excessive et du TAG

L'évitement cognitif dans le TAG

D'après le modèle d'évitement cognitif du TAG (voir p. ex. Borkovec et al., 2004), l'inquiétude excessive permet à court-terme d'éviter des images mentales aversives et des émotions négatives intenses associées à des sensations physiologiques inconfortables. Les situations inquiétantes sont traitées de façon abstraite et, par conséquent, l'inquiétude serait constituée en majeure partie de pensées « verbales ou linguistiques » plutôt que d'images mentales. De cette façon, l'inquiétude excessive peut être renforcée négativement si l'individu parvient à diminuer ses réactions affectives et physiologiques désagréables lorsqu'il pense à une éventualité négative. Toutefois, selon Borkovec et al. (2004), cette stratégie empêche l'individu de faire le traitement émotionnel de ses peurs. À plus long terme, la personne est continuellement confrontée à des expériences émotionnelles difficiles et confrontée à une anxiété de plus en plus intense.

Les croyances métacognitives

Selon le modèle métacognitif du TAG (voir p. ex. Wells et Carter, 2001), les gens qui sont atteints du TAG utilisent l'inquiétude comme stratégie pour affronter les menaces, et ce, en raison de leurs croyances positives quant au fait de s'inquiéter. Selon ce modèle, il est normal dans une certaine mesure d'entretenir des croyances positives quant au fait de s'inquiéter. Par contre, chez les individus qui souffrent du TAG, ces croyances maintiennent l'anxiété puisque les inquiétudes sont utilisées comme stratégie de gestion. Cependant, selon Wells et Carter (2001), ce sont les croyances négatives quant à l'inquiétude et l'appréhension négative de l'inquiétude (méta-inquiétude) qui est à l'origine du développement de l'inquiétude pathologique. Les individus qui souffrent du TAG peuvent imaginer des scénarios catastrophiques (p. ex. « Et si je tombais malade et je ne m'en remettais pas? ») auxquels ils tentent de se préparer en générant des solutions afin d'y faire face. Les inquiétudes se maintiennent jusqu'à ce que la personne juge

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

qu'il est sécuritaire d'arrêter de s'inquiéter ou lorsque son attention est dirigée vers d'autres pensées ou objectifs davantage prioritaires. Cependant, lorsque des croyances négatives quant au fait de s'inquiéter se développent, il est difficile pour la personne de ressentir le signal interne qui lui indique qu'il est approprié de cesser de s'inquiéter. En découle, ainsi, une prolongation et une généralisation de l'inquiétude. Les symptômes d'anxiété peuvent être interprétés comme un indice qu'il y a un danger et une telle interprétation est susceptible de rapidement provoquer une augmentation de l'anxiété.

Difficultés de régulation des émotions

Selon le modèle de la dérégulation émotionnelle du TAG (voir p. ex. Mennin et al., 2002), les personnes atteintes du TAG auraient d'importantes difficultés à identifier et comprendre leurs émotions, et auraient peu d'habiletés pour les gérer. Puisque les émotions seraient ressenties comme étant fortement aversives, les personnes anxieuses tenteraient de les contrôler en s'inquiétant ou en les évitant. Toujours dans le but de réguler leur expérience émotionnelle, ces personnes auraient tendance à rechercher de la réassurance auprès des autres ou à éviter des situations interpersonnelles perçues comme étant négatives.

ANNEXE B. Formulaires de consentement téléphonique

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT TÉLÉPHONIQUE¹

(Évaluation de l'admissibilité)

Titre de l'étude : Améliorer l'efficacité du traitement pour les adultes souffrant du trouble d'anxiété généralisée : Combiner la thérapie cognitivo-comportementale et le programme de modification des interprétations.

Chercheur principal : Michel Dugas, Ph.D.
Chercheur, Centre de recherche, HSCM
Psychologue, Clinique des troubles anxieux, HSCM
Professeur associé, Département de psychologie, Université
Concordia
Tél : 514-338-4201
Courriel : Michel.Dugas@concordia.ca

INFORMATION

A. BUT DE L'ÉTUDE

Le but de cette étude est de déterminer si un programme de modification des interprétations peut augmenter l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale pour des adultes souffrant du trouble d'anxiété généralisée (TAG). La thérapie cognitivo-comportementale est une forme de psychothérapie qui vise à vous aider à comprendre et à changer les comportements et pensées qui contribuent à vos difficultés.

La première partie de l'étude consiste à évaluer de façon préliminaire la nature et la sévérité de vos symptômes anxieux afin de déterminer si vous rencontrez les critères de sélection pour passer à la seconde étape d'évaluation et par la suite recevoir le traitement pour le trouble d'anxiété généralisée.

¹ Le genre masculin, employé pour alléger le texte, désigne autant les femmes que les hommes.

B. PROCÉDURE

Dans un premier temps, vous participerez à une entrevue d'évaluation téléphonique (durée 1 h 30) avec un psychologue de l'équipe.

S'il semble que vous rencontrez les critères de sélection de l'étude, vous serez référé à la Clinique des troubles anxieux de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, où vous serez évalué à nouveau par une autre psychologue de notre équipe. Cette évaluation se déroule en personne et est d'une durée d'une heure environ. Au début de cette rencontre, vous signerez le présent formulaire de consentement. Après cette évaluation, les membres de l'équipe de recherche (psychologues, psychiatres et chercheur principal) se réunissent pour discuter et s'assurer que vous rencontrez bien les critères requis pour l'étude. Nous vous ferons ensuite part de la décision de l'équipe.

Si vous rencontrez les critères pour être inclus dans l'étude, vous aurez à signer un autre formulaire de consentement concernant la suite de l'étude. Si vous ne rencontrez pas les critères requis pour participer à l'étude, une liste de ressources sera mise à votre disposition.

C. RISQUES ET BÉNÉFICES

1. Risques, effets secondaires et désagréments

Il n'est pas impossible que certaines questions provoquent un léger malaise à court terme (possiblement en vous faisant réfléchir à vos difficultés). Par contre, cette entrevue a déjà été utilisée à plusieurs reprises auprès des personnes anxieuses et les malaises sont rares. Si cela vous arrive, nous vous prions d'en discuter avec nous.

2. Bénéfices et avantages

En participant à cette étude, vous bénéficierez d'une évaluation détaillée de votre état. Évidemment, si vous rencontrez les critères de sélection pour l'étude de traitement, vous recevrez une psychothérapie efficace pour le traitement du TAG. Parallèlement, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances en participant à cette étude.

D. CONDITIONS DE PARTICIPATION

1. Compensation

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à ce volet d'évaluation de votre admissibilité.

2. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet demeureront strictement confidentiels, dans les limites prévues par la loi, et vous ne serez identifié que par un code.

3. Indemnisation en cas de préjudice

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas les chercheurs, l'organisme subventionnaire (Instituts de recherche en santé du Canada) ou les établissements impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

4. Participation volontaire et retrait de l'étude

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

5. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que participant à un projet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec (1) la Direction Générale de l'Hôpital du Sacré-Coeur, au (514) 338-2222, poste 3581; ou (2) le Conseiller en Éthique de la Recherche de l'Université Concordia, au (514) 848-2424, poste 7481 ou à ethics@alcor.concordia.ca.



CONSENTEMENT

- Je comprends que je donne mon consentement verbal pour que l'équipe de recherche évalue si je rencontre les critères de sélection de l'étude.
- Je comprends que si je suis invité à l'évaluation qui se déroulera en personne à la Clinique des Troubles anxieux, j'y signerai le présent formulaire de consentement.
- Je comprends que je peux retirer mon consentement et interrompre ma participation à tout moment, sans conséquences négatives.
- Je comprends que ma participation à cette étude est CONFIDENTIELLE (c.-à-d. les membres de l'équipe connaissent mon identité mais ne la révéleront pas).

J'AI ÉCOUTÉ ATTENTIVEMENT CE QUI M'A ÉTÉ LU ET JE COMPRENDS LA NATURE DE CETTE ÉTUDE:

OUI _____ NON _____

JE CONSENS DONC VERBALEMENT, DE FAÇON LIBRE ET VOLONTAIRE À PARTICIPER À L'ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE ET S'IL Y A LIEU À LA RENCONTRE AVEC UN PSYCHIATRE DE L'ÉQUIPE :

OUI _____ NON _____

_____	_____	_____
Nom du participant	Date (consentement verbal)	Heure (consentement verbal)

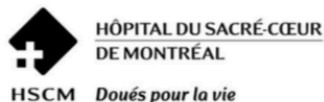
_____	_____	_____
Nom de la personne qui obtient le consentement verbal	Signature	Date

_____	_____
Signature du participant (si évaluation en personne)	Date (consentement écrit)

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Signature du chercheur responsable

Date



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT TÉLÉPHONIQUE²

(Évaluation de l'admissibilité)

Titre de l'étude : Améliorer l'efficacité du traitement pour les adultes souffrant du trouble d'anxiété généralisée : Combiner la thérapie cognitivo-comportementale et le programme de modification des interprétations.

Chercheur principal : Michel Dugas, Ph.D.
Professeur titulaire, Université du Québec en Outaouais
Chercheur, Centre de recherche du CISSSO
Tél : 819-595-3900, poste 2509
Courriel : michel.dugas@uqo.ca

INFORMATION

A. BUT DE L'ÉTUDE

Le but de cette étude est de déterminer si un programme de modification des interprétations peut augmenter l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale pour des adultes souffrant du trouble d'anxiété généralisée (TAG). La thérapie cognitivo-comportementale est une forme de psychothérapie qui vise à vous aider à comprendre et à changer les comportements et pensées qui contribuent à vos difficultés.

La première partie de l'étude consiste à évaluer de façon préliminaire la nature et la sévérité de vos symptômes anxieux afin de déterminer si vous rencontrez les critères de sélection pour passer à la seconde étape d'évaluation et par la suite recevoir le traitement pour le trouble d'anxiété généralisée.

B. PROCÉDURE

Dans un premier temps, vous participerez à une entrevue d'évaluation téléphonique (durée 1 h 30) avec un clinicien de l'équipe. S'il semble que vous rencontrez les critères de sélection

² Le genre masculin, employé pour alléger le texte, désigne autant les femmes que les hommes.

de l'étude, vous serez référé à la Clinique de services psychologiques de l'Université du Québec en Outaouais, où vous serez évalué à nouveau par un autre clinicien de notre équipe. Cette évaluation se déroule en personne et est d'une durée d'une heure environ. Au début de cette rencontre, vous signerez le présent formulaire de consentement. Après cette évaluation, les membres de l'équipe de recherche se réunissent pour discuter et s'assurer que vous rencontrez bien les critères requis pour l'étude. Nous vous ferons ensuite part de la décision de l'équipe.

Si vous rencontrez les critères pour être inclus dans l'étude, vous aurez à signer un autre formulaire de consentement concernant la suite de l'étude. Si vous ne rencontrez pas les critères requis pour participer à l'étude, une liste de ressources sera mise à votre disposition.

C. RISQUES ET BÉNÉFICES

1. Risques, effets secondaires et désagréments

Il n'est pas impossible que certaines questions provoquent un léger malaise à court terme (possiblement en vous faisant réfléchir à vos difficultés). Par contre, cette entrevue a déjà été utilisée à plusieurs reprises auprès des personnes anxieuses et les malaises sont rares. Si cela vous arrive, nous vous prions d'en discuter avec nous.

2. Bénéfices et avantages

En participant à cette partie de l'étude, vous bénéficierez d'une évaluation détaillée de votre état. Évidemment, si vous rencontrez les critères de sélection pour l'étude de traitement, vous recevrez une psychothérapie éprouvée pour le traitement du TAG. Parallèlement, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances en participant à cette étude.

D. CONDITIONS DE PARTICIPATION

1. Compensation

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à cette étude.

2. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet demeureront strictement confidentiels, dans les limites prévues par la loi, et vous ne serez identifié que par un code.

3. Indemnisation en cas de préjudice

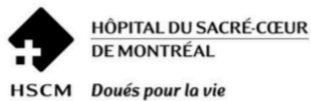
En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas les chercheurs, l'organisme subventionnaire (Instituts de recherche en santé du Canada) ou les établissements impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

4. Participation volontaire et retrait de l'étude

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

5. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que participant à un projet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec (1) la Direction Générale de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, au (514) 338-2222, poste 3581; ou (2) André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, au (819) 595-3900, poste 1781.



CONSENTEMENT

- Je comprends que je donne mon consentement verbal pour que l'équipe de recherche évalue si je rencontre les critères de sélection de l'étude.
- Je comprends que si je suis invité à l'évaluation qui se déroulera en personne à la Clinique de services psychologiques de l'Université du Québec en Outaouais, j'y signerai le présent formulaire de consentement.
- Je comprends que je peux retirer mon consentement et interrompre ma participation à tout moment, sans conséquences négatives.
- Je comprends que ma participation à cette étude est CONFIDENTIELLE (c.-à-d. les membres de l'équipe connaissent mon identité mais ne la révéleront pas).

J'AI ÉCOUTÉ ATTENTIVEMENT CE QUI M'A ÉTÉ LU ET JE COMPRENDS LA NATURE DE CETTE ÉTUDE:

OUI _____ NON _____

JE CONSENS DONC VERBALEMENT, DE FAÇON LIBRE ET VOLONTAIRE À PARTICIPER À L'ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE ET S'IL Y A LIEU À LA RENCONTRE AVEC UN CLINICIEN DE L'ÉQUIPE :

OUI _____ NON _____

_____	_____	_____
Nom du participant	Date (consentement verbal)	Heure (consentement verbal)

_____	_____	_____
Nom de la personne qui obtient le consentement verbal	Signature	Date

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Signature du participant (si évaluation en personne)	Date (consentement écrit)
--	---------------------------

Signature du chercheur responsable	Date
------------------------------------	------

ANNEXE C. Formulaire d'information et de consentement de l'étude

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ³

Titre de l'étude: Améliorer l'efficacité du traitement pour les adultes souffrant du trouble d'anxiété généralisée : Combiner la thérapie cognitivo-comportementale et le programme de modification des interprétations.

Chercheur :

Michel Dugas, Ph. D. (psychologie)
Chercheur, Centre de recherche, HSCM
Psychologue, Clinique des troubles anxieux, HSCM
Professeur associé, Département de psychologie, Université Concordia
Tél : 514-338-4201
Courriel : Michel.Dugas@concordia.ca

Co-chercheurs:

- Courtney Beard, Ph. D. (psychologie) Professeur adjoint, Département de psychiatrie et comportement humain, Université Brown, Providence, Rhode Island, États-Unis
- Patrick Gosselin, Ph. D. (psychologie) Professeur agrégé, Département de psychologie, Université de Sherbrooke
- Naomi Koerner, Ph. D. (psychologie) Professeur adjoint, Département de psychologie, Université Ryerson, Toronto
- Frédéric Langlois, Ph. D. (psychologie) Professeur agrégé, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Collaborateurs :

- Pierre Savard, MD, Ph.D.; Julie Turcotte, MD, M.Sc.; Thu Van Dao, MD; Éric Bugeaud, MD; Psychiatres, Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Organisme subventionnaire :

- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
160, rue Elgin, 9e étage, indice de l'adresse 4809A
Ottawa, Ontario, K1A 0W9

³ Le genre masculin, employé pour alléger le texte, désigne autant les femmes que les hommes.

INFORMATION

Préambule :

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Une participation simultanée à plusieurs études pourrait vous être préjudiciable. Si vous participez déjà à d'autres études, veuillez en informer le chercheur.

1. Nature et objectif de l'étude

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) se caractérise par la présence excessive et chronique d'inquiétudes et d'anxiété. Notre équipe de recherche a développé une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour les personnes souffrant du TAG qui s'avère efficace pour la majorité d'entre eux.

Nous savons que les personnes atteintes de troubles anxieux ont certains biais dans leur façon de traiter l'information provenant de leur environnement. Par exemple, les personnes anxieuses tendent à porter leur attention plus rapidement à certains « signes de danger » et à interpréter certaines situations imprévisibles ou ambiguës de façon menaçante. Nous savons aussi que l'ampleur de ces biais affecte la réponse à la psychothérapie; c'est-à-dire que plus les gens présentent ce type d'interprétation, moins ils profitent de la thérapie cognitivo-comportementale. Parallèlement, des études démontrent qu'un programme informatisé de modification de ces interprétations (PMI) négatives s'avère efficace pour en diminuer l'ampleur.

Le but de cette étude est donc de déterminer si un tel programme de modification des interprétations peut augmenter l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale pour des adultes souffrant du TAG.

Cent trente-huit (138) adultes avec un diagnostic principal de trouble d'anxiété généralisée participeront à cette étude qui se déroulera dans les locaux de la Clinique des troubles anxieux de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Les participants seront recrutés à cette Clinique et par le biais d'annonces placées dans le quotidien *La Presse*, par exemple.

2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous devrez signer ce formulaire d'information et de consentement.

L'étude se divise en trois volets : (1) évaluation pré-thérapie; (2) thérapie cognitivo-comportementale administrée en 14 rencontres hebdomadaires; (3) évaluation après 7

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

rencontres de thérapie, une semaine après la fin de la thérapie et deux évaluations de suivi (6 et 12 mois après la fin de la thérapie).

Premier volet : Évaluation pré-thérapie

Suite à l'évaluation de vos symptômes d'anxiété – entrevues téléphoniques et entrevue avec une psychologue à la Clinique des troubles anxieux – nous avons déterminé que vous rencontrez les critères d'inclusion de cette étude. Vous participerez maintenant à une rencontre d'environ une heure et demie avec un psychologue de notre équipe. Au cours de cette rencontre, vous ferez trois tâches sur un ordinateur et répondrez à des questionnaires portant sur vos symptômes d'anxiété et votre état général. En ce qui concerne les tâches informatiques, elles ont pour but d'évaluer votre façon de réagir et de comprendre certaines situations.

Deuxième volet : thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et programme de modification des interprétations (PMI)

En participant à cette étude, vous recevrez une psychothérapie efficace pour le traitement du TAG. Cette thérapie, de type cognitivo-comportementale, pourrait vous aider à comprendre et à changer les comportements et pensées qui contribuent à vos difficultés. De plus, il est possible que vous receviez également un Programme de modification des interprétations (PMI) qui semble efficace pour diminuer les interprétations négatives. Le PMI est réalisé à l'aide d'un ordinateur et consiste à apparier des mots et des phrases. La durée de cette thérapie est d'environ quatre mois (14 rencontres hebdomadaires) et elle vous sera administrée par un des psychologues de notre équipe. Chaque rencontre débutera par une séance de 10 minutes de PMI (actif ou non actif) suivie d'une rencontre de thérapie individuelle de 50 minutes avec le psychologue. Entre les rencontres, vous aurez des lectures à faire et des exercices à pratiquer.

Veillez noter que vous serez assigné au hasard, à l'une ou l'autre des conditions suivantes :

- TCC avec PMI (50 % des participants)
- TCC avec PMI –non actif (TCC plus placebo) (50 % des participants)

Votre thérapeute et vous ne saurez pas si vous recevez le PMI actif ou non actif. Il est important qu'il en soit ainsi afin de ne pas influencer les évaluations que vous et votre thérapeute aurez à faire suite au traitement.

Troisième volet : Évaluation après 7 rencontres de thérapie, à la fin de la thérapie et 2 évaluations de suivi

Afin d'évaluer les effets de la psychothérapie à court et à long terme, vous serez évalué à quatre reprises : après 7 rencontres de thérapie ainsi qu'une semaine, 6 mois et 12 mois après la fin de la thérapie. Ces rencontres d'évaluation comprennent une entrevue diagnostique, des tâches à l'ordinateur et des questionnaires.

3. Risques, effets secondaires et désagréments

Évaluations

Il n'est pas impossible que certaines tâches ou certains questionnaires provoquent un léger malaise à court terme (possiblement en vous faisant réfléchir à vos difficultés). Par contre, ces tâches et questionnaires ont déjà été utilisés à plusieurs reprises auprès des

personnes anxieuses et les malaises sont rares. Si cela vous arrive, nous vous prions d'en discuter avec la professionnelle de recherche ou avec votre thérapeute.

Psychothérapie

Il est possible que quelques-uns des exercices prescrits par votre psychologue provoquent certains malaises à court terme. Ceux-ci sont temporaires et disparaissent habituellement avec la pratique répétée de ces exercices.

Si vous recevez un médicament prescrit par votre médecin ou votre psychiatre au moment du début de l'étude, cela demeure la responsabilité de ce dernier pendant la durée du traitement. Cependant, nous vous demandons seulement de ne pas augmenter le dosage de votre médication ou de modifier le type de médicament sans en avertir préalablement votre thérapeute.

4. Bénéfices et avantages

Tel que mentionné précédemment, en participant à cette étude, vous recevrez une psychothérapie efficace pour le traitement du TAG. De plus, cette thérapie vous sera offerte par des psychologues qui sont des experts dans son application. Vous profiterez aussi d'une évaluation plus poussée de votre état, avec un suivi sur une période de 12 mois après la fin de la psychothérapie. Parallèlement, cette étude permettra de savoir si l'ajout d'un programme de modification des interprétations (PMI) à une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) peut en augmenter l'efficacité. Ainsi, cette étude contribuera à l'avancement des connaissances dans le domaine.

5. Compensation

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à cette étude.

6. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels, dans les limites prévues par la loi, et vous ne serez identifié que par un code. Les rencontres avec les psychologues seront enregistrées (audio seulement) afin de nous permettre d'évaluer la qualité des interventions offertes par ceux-ci (les fichiers audio seront aussi identifiés par un code). Immédiatement après la publication de cette étude, tous ces fichiers seront détruits. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ainsi que par des représentants de l'organisme de subvention (Instituts de recherche en santé du Canada). Tous ces organismes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

7. Indemnisation en cas de préjudice

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

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire (Instituts de recherche en santé du Canada) ou les établissements impliqués de leur responsabilité civile et professionnelle.

8. Participation volontaire et retrait de l'étude

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

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

Le chercheur responsable, le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ou l'organisme subventionnaire (IRSC) peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

9. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps le Dr Michel Dugas (le chercheur principal de l'étude) au numéro de téléphone suivant :

- Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal : (514) 338-4201

Si vous voulez poser des questions à un professionnel ou à un chercheur qui n'est pas impliqué dans cette étude, vous pouvez communiquer avec Dr Normand Lussier, omnipraticien à la Clinique des troubles anxieux, au (514) 338-4201.

Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que participant à un projet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec (1) la Direction Générale de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, au (514) 338-2222, poste 3581; ou (2) le Conseiller en Éthique de la Recherche

de l'Université Concordia, au (514) 848-2424, poste 7481 ou à
« ethics@alcor.concordia.ca ».

10. Surveillance des aspects éthiques du projet

Les comités d'éthique de la recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et de l'Université Concordia ont approuvé ce projet de recherche et en assurent le suivi. De plus, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.



CONSENTEMENT

Titre de l'étude : Améliorer l'efficacité du traitement pour les adultes souffrant du trouble d'anxiété généralisée : Combiner la thérapie cognitivo-comportementale et le programme de modification des interprétations

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

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

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

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

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

_____	_____	_____
Nom du participant	Signature	Date

Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche.

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

_____	_____	_____
Nom de la personne qui obtient le consentement	Signature	Date

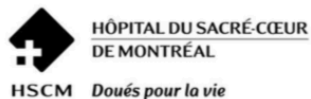
Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Nom du chercheur responsable du projet de recherche	Signature	Date



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ⁴

Titre de l'étude: Améliorer l'efficacité du traitement pour les adultes souffrant du trouble d'anxiété généralisée : Combiner la thérapie cognitivo-comportementale et le programme de modification des interprétations.

Chercheur principal : Michel Dugas, Ph.D. (psychologie)
Professeur titulaire en psychologie, Université du Québec en Outaouais
Chercheur, Centre de recherche du CISSSO
Tél : 819-595-3900, poste 2509
Courriel : michel.dugas@uqo.ca

Co-chercheurs:

- Courtney Beard, Ph. D. (psychologie) Professeur adjoint, Département de psychiatrie et comportement humain, Université Brown, Providence, Rhode Island, États-Unis
- Patrick Gosselin, Ph. D. (psychologie) Professeur titulaire, Département de psychologie, Université de Sherbrooke
- Naomi Koerner, Ph. D. (psychologie) Professeur agrégé, Département de psychologie, Université Ryerson, Toronto
- Frédéric Langlois, Ph. D. (psychologie) Professeur agrégé, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Organisme subventionnaire :

- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
160, rue Elgin, 9e étage, indice de l'adresse 4809A
Ottawa, Ontario, K1A 0W9

⁴ Le genre masculin, employé pour alléger le texte, désigne autant les femmes que les hommes.

INFORMATION

Préambule :

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Une participation simultanée à plusieurs études pourrait vous être préjudiciable. Si vous participez déjà à d'autres études, veuillez en informer le chercheur.

9. Nature et objectif de l'étude

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) se caractérise par la présence excessive et chronique d'inquiétudes et d'anxiété. Notre équipe de recherche a développé une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour les personnes souffrant du TAG qui s'avère efficace pour la majorité d'entre eux.

Nous savons que les personnes atteintes de troubles anxieux ont certains biais dans leur façon de traiter l'information provenant de leur environnement. Par exemple, les personnes anxieuses tendent à porter leur attention plus rapidement à certains « signes de danger » et à interpréter certaines situations imprévisibles ou ambiguës de façon menaçante. Nous savons aussi que l'ampleur de ces biais affecte la réponse à la psychothérapie; c'est-à-dire que plus les gens présentent ce type d'interprétation, moins ils profitent de la thérapie cognitivo-comportementale. Parallèlement, des études démontrent qu'un programme informatisé de modification de ces interprétations (PMI) négatives s'avère efficace pour en diminuer l'ampleur.

Le but de cette étude est donc de déterminer si un tel programme de modification des interprétations peut augmenter l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale pour des adultes souffrant du TAG.

Cent trente-huit (138) adultes avec un diagnostic principal de trouble d'anxiété généralisée participeront à cette étude qui se déroulera dans les locaux de la Clinique des troubles anxieux de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et de la Clinique de services psychologiques de l'Université du Québec en Outaouais.

10. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous devrez signer ce formulaire d'information et de consentement.

L'étude se divise en trois volets : (1) évaluation pré-thérapie; (2) thérapie cognitivo-comportementale administrée en 14 rencontres hebdomadaires; (3) évaluation après 7 rencontres de thérapie, une semaine après la fin de la thérapie et deux évaluations de suivi (6 et 12 mois après la fin de la thérapie).

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Premier volet : Évaluation pré-thérapie

Suite à l'évaluation de vos symptômes d'anxiété – entrevues téléphoniques et entrevue avec un clinicien à la Clinique de services psychologiques – nous avons déterminé que vous rencontrez les critères d'inclusion de cette étude. Vous participerez maintenant à une rencontre d'environ une heure et demie avec un clinicien de notre équipe. Au cours de cette rencontre, vous ferez trois tâches sur un ordinateur et répondrez à des questionnaires portant sur vos symptômes d'anxiété et votre état général. En ce qui concerne les tâches informatiques, elles ont pour but d'évaluer votre façon de réagir et de comprendre certaines situations.

Deuxième volet : thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et programme de modification des interprétations (PMI)

En participant à cette étude, vous recevrez une psychothérapie efficace pour le traitement du TAG. Cette thérapie, de type cognitivo-comportementale, pourrait vous aider à comprendre et à changer les comportements et pensées qui contribuent à vos difficultés. De plus, il est possible que vous receviez également un Programme de modification des interprétations (PMI) qui semble efficace pour diminuer les interprétations négatives. Le PMI est réalisé à l'aide d'un ordinateur et consiste à appairer des mots et des phrases. La durée de cette thérapie est d'environ quatre mois (14 rencontres hebdomadaires) et elle vous sera administrée par un des cliniciens de notre équipe. Chaque rencontre débutera par une séance de 10 minutes de PMI (actif ou non actif) suivie d'une rencontre de thérapie individuelle de 50 minutes avec le clinicien. Entre les rencontres, vous aurez des lectures à faire et des exercices à pratiquer.

Veillez noter que vous serez assigné au hasard, à l'une ou l'autre des conditions suivantes :

- TCC avec PMI (50 % des participants)
- TCC avec PMI non actif (TCC plus placebo) (50 % des participants)

Votre thérapeute et vous ne saurez pas si vous recevez le PMI actif ou non actif. Il est important qu'il en soit ainsi afin de ne pas influencer les évaluations que vous et votre thérapeute aurez à faire suite au traitement.

Troisième volet : Évaluation après 7 rencontres de thérapie, à la fin de la thérapie et 2 évaluations de suivi

Afin d'évaluer les effets de la psychothérapie à court et à long terme, vous serez évalué à quatre reprises : après 7 rencontres de thérapie ainsi qu'une semaine, 6 mois et 12 mois après la fin de la thérapie. Ces rencontres d'évaluation comprennent une entrevue diagnostique, des tâches à l'ordinateur et des questionnaires.

11. Risques, effets secondaires et désagréments

Évaluations

Il n'est pas impossible que certaines tâches ou certains questionnaires provoquent un léger malaise à court terme (possiblement en vous faisant réfléchir à vos difficultés). Par

contre, ces tâches et questionnaires ont déjà été utilisés à plusieurs reprises auprès des personnes anxieuses et les malaises sont rares. Si cela vous arrive, nous vous prions d'en discuter avec la professionnelle de recherche ou avec votre thérapeute.

Psychothérapie

Il est possible que quelques-uns des exercices prescrits par votre thérapeute provoquent certains malaises à court terme. Ceux-ci sont temporaires et disparaissent habituellement avec la pratique répétée de ces exercices.

Si vous recevez un médicament prescrit par votre médecin ou votre psychiatre au moment du début de l'étude, cela demeure la responsabilité de ce dernier pendant la durée du traitement. Cependant, nous vous demandons seulement de ne pas augmenter le dosage de votre médication ou de modifier le type de médicament sans en avertir préalablement votre thérapeute.

12. Bénéfices et avantages

Tel que mentionné précédemment, en participant à cette étude, vous recevrez une psychothérapie éprouvée pour le traitement du TAG. De plus, cette thérapie vous sera offerte par des thérapeutes qui sont des experts dans son application. Vous profiterez aussi d'une évaluation plus poussée de votre état, avec un suivi sur une période de 12 mois après la fin de la psychothérapie. Parallèlement, cette étude permettra de savoir si l'ajout d'un programme de modification des interprétations (PMI) à une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) peut en augmenter l'efficacité. Ainsi, cette étude contribuera à l'avancement des connaissances dans le domaine.

13. Compensation

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à cette étude.

14. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels, dans les limites prévues par la loi, et vous ne serez identifié que par un code. Les rencontres avec les thérapeutes seront enregistrées (audio seulement) afin de nous permettre d'évaluer la qualité des interventions offertes par ceux-ci (les fichiers audio seront aussi identifiés par un code). Immédiatement après la publication de cette étude, tous ces fichiers seront détruits. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais ainsi que par des représentants de l'organisme de subvention (Instituts de recherche en santé du Canada). Tous ces organismes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

15. Indemnisation en cas de préjudice

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit résultant de votre participation à cette étude, vous recevrez tous les soins médicaux nécessaires, sans frais de votre part.

Toutefois, ceci ne vous empêche nullement d'exercer un recours légal en cas de faute reprochée à toute personne impliquée dans l'étude.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire (Instituts de recherche en santé du Canada) ou les établissements impliqués de leur responsabilité civile et professionnelle.

16. Participation volontaire et retrait de l'étude

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

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

Le chercheur responsable, le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais ou l'organisme subventionnaire (IRSC) peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

9. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps le Dr Michel Dugas (le chercheur principal de l'étude) au numéro de téléphone suivant :

- Université du Québec en Outaouais : (819) 595-3900, poste 2509

Si vous voulez poser des questions à un professionnel ou à un chercheur qui n'est pas impliqué dans cette étude, vous pouvez communiquer avec Dr Normand Lussier, omnipraticien à la Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, au (514) 338-4201.

Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que participant à un projet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec (1) la Direction Générale de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, au (514) 338-2222, poste 3581; ou (2) André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

10. Surveillance des aspects éthiques du projet

Les comités d'éthique de la recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, de l'Université Concordia et de l'Université du Québec en Outaouais ont approuvé ce projet de recherche et en assurent le suivi. De plus, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.



CONSENTEMENT

Titre de l'étude : Améliorer l'efficacité du traitement pour les adultes souffrant du trouble d'anxiété généralisée : Combiner la thérapie cognitivo-comportementale et le programme de modification des interprétations

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

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

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

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

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

_____	_____	_____
Nom du participant	Signature	Date

Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche.

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

_____	_____	_____
Nom de la personne qui obtient le consentement	Signature	Date

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Signature du chercheur responsable	Date

ANNEXE D. Entrevue structurée pour les troubles anxieux, version DSM-IV

No. Dossier: _____ ADIS #: _____ Date: _____

Évaluateur / Évaluatrice: _____

**Entrevue structurée pour les troubles anxieux
Version DSM-IV**

Traduction de:

Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)

T. A. Brown, D. A. Di Nardo, & D. H. Barlow, 1994

Si vous deviez n'en nommer qu'une, quelle raison **principale** donneriez-vous à votre présence ici aujourd'hui? (Noter mot pour mot la réponse du patient.)

Au cours de la dernière année, avez-vous éprouvé certaines difficultés ou connu des changements relatifs aux aspects suivants de votre vie :

-Famille / relations ?

-Problèmes juridiques / policiers?

-Travail / études?

-Situation financière?

-Santé (personnelle)?

-Sous-questionner : Et au cours de votre vie ?

-Santé (de vos proches)?

-Prise actuelle de médicaments contre l'anxiété, la dépression ou autre problème émotionnel? :

Médicament 1 _____ Dosage _____ Fréquence _____

Médicament 2 _____ Dosage _____ Fréquence _____

Médicament 3 _____ Dosage _____ Fréquence _____

-Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour vos difficultés de santé mentale (anxiété, dépression) ? Si oui, précisez l'endroit et la durée de l'hospitalisation.

-Avez-vous déjà suivi une psychothérapie pour vos difficultés de santé mentale (anxiété, dépression) ? Si oui, précisez l'approche et la durée.

TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

- 1) **Au cours des derniers mois, avez-vous été constamment inquiets ou anxieux relativement à un certain nombre d'événements ou de situations de la vie quotidienne?**

OUI _____ NON _____

(Note : Sous-questionner en définissant ce qu'on entend par « inquiétude »)

De quels types de choses vous inquiétez vous?

- 2) **Je vais maintenant vous poser une série de questions sur l'inquiétude que vous éprouvez relativement à certains aspects de la vie.**

Utiliser les espaces sous chaque sujet potentiel d'inquiétude pour relever le contenu spécifique de l'inquiétude du patient. Il faudra souvent poursuivre l'interrogatoire pour déterminer si les sujets d'inquiétude exprimés par le patient ne sont pas reliés à un trouble concomitant de l'Axe I.

Si on détermine que le sujet d'inquiétude s'inscrit totalement dans un autre trouble de l'Axe I, accorder la cote "0"- Utiliser la section réservée aux commentaires pour inscrire toute information cliniquement pertinente (p. ex. : présence d'un trouble concomitant auquel est relié le sujet d'inquiétude).

Pour chaque sujet d'inquiétude, faire une cotation distincte du caractère excessif et de la perception de l'incontrôlabilité à l'aide des échelles et questions ci-dessous.

FRÉQUENCE : À quelle fréquence vous inquiétez-vous à propos de _____ ? ; quel degré de tension et d'anxiété ce sujet d'inquiétude _____ produit-il?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais inquiet / Pas de tension		Rarement inquiet / Tension légère		Parfois inquiet / Tension modérés		Souvent inquiet / Tension sévère		Constamment inquiet / Tension très sévère

EXCÈS : Compte tenu de votre situation de vie, est-ce que cette inquiétude à propos de _____ est exagérée? Si les choses vont bien, est-ce que vous vous inquiétez quand même à propos de _____ ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout excessif		Légèrement excessif		Modérément excessif		Très excessif		Extrêmement excessif

CONTROLE : Éprouvez-vous de la difficulté à contrôler votre inquiétude à propos de _____ en ce sens qu'il est difficile de cesser de vous inquiéter à ce sujet?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais/ Pas de difficulté		Rarement/ difficulté légère		Parfois/ difficulté modérés		Souvent/ difficulté prononcée		Constamment/ Difficulté extrême

	Fréquence	Excès	Contrôle	Commentaires
a) Sujets mineurs (p.ex. : ponctualité, réparations mineures)	_____	_____	_____	_____
b) Travail/Études	_____	_____	_____	_____
c) Famille	_____	_____	_____	_____
d) Situation financière	_____	_____	_____	_____

© Tiré de l'*Anxiety Disorders Interview Schedule*, Di Nardo, Brown et Barlow, 1994

(Suite...)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Jamais/ Pas de difficulté		Rarement/ difficulté légère		Parfois/ difficulté modérés		Souvent/ difficulté prononcée		Constamment/ Difficulté extrême
				Fréquence	Excès		Contrôle		Commentaires
e) Relations sociales/ Interpersonnelles				_____	_____		_____		_____
f) Santé (personnelle)				_____	_____		_____		_____
g) Santé (des proches)				_____	_____		_____		_____
h) Situation dans la société/dans le monde				_____	_____		_____		_____
i) Autre				_____	_____		_____		_____

 En l'absence d'inquiétude excessive/incontrôlable,
 passer à la section **TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF** (p.31)

II. ÉPISODE ACTUEL

Je vais maintenant vous poser une série de questions sur la période actuelle d'inquiétude à propos de ces sujets.

Énumérer les principaux sujets d'inquiétude :

© Tiré de l'*Anxiety Disorders Interview Schedule*, Di Nardo, Brown et Barlow, 1994

1) **Au cours des 6 derniers mois, ces sujets ont-ils été une source d'inquiétude la majorité des jours?**

OUI _____ NON _____

2) **Au cours d'une journée ordinaire du mois passé, quel pourcentage de la journée diriez-vous que vous étiez inquiet (en moyenne, 16 heures / jour) ?**

_____ %

3) **Au cours des 6 derniers mois, jusqu'à quel point est-ce que la sensation de _____ a été sévère? Le symptôme de/d' _____ a-t-il été présent la majorité des jours au cours des 6 derniers mois?**

(Ne pas relever les symptômes qui sont associés à d'autres troubles comme la panique, la phobie sociale, etc.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucune		Légère		Modérée		Sévère		Très sévère

	Sévérité	La majorité des jours	
a) Agitation, fièvre, sensation d'être survolté ou à bout ...	_____	<u> O </u>	<u> N </u>
b) Facilement fatigué	_____	<u> O </u>	<u> N </u>
c) Difficultés de concentration ou trous de mémoire	_____	<u> O </u>	<u> N </u>
d) Irritabilité	_____	<u> O </u>	<u> N </u>
e) Tension musculaire	_____	<u> O </u>	<u> N </u>
f) Difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu; sommeil agité ou peu reposant	_____	<u> O </u>	<u> N </u>
g) <i>Maux de tête</i>	_____	<u> O </u>	<u> N </u>
h) <i>Maux de ventre</i>	_____	<u> O </u>	<u> N </u>
i) <i>Diarrhée</i>	_____	<u> O </u>	<u> N </u>

(Les symptômes g), h) et i) ont été ajoutés à titre exploratoire. Discuté le 7 mai 08, ajouté le 21 mai 08)

- 4) De quelle façon ces inquiétudes et cette tension/anxiété associée à ces sujets d'inquiétude ont-elles interférées votre vie (vie de tous les jours, travail, activités sociales)? A quel point ces inquiétudes vous ont-elles dérangé?

Coter le degré de d'interférence: _____ et de détresse : _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucune		Légère		Modérée		Sévère		Très sévère

- 5a) Pendant cette période, à quel moment ces inquiétudes et ces symptômes de tension/d'anxiété sont-ils devenus problématiques en ce sens qu'ils se sont produits de façon persistante, vous ont ennuyé et que vous avez eu de la difficulté à les contrôler, ou qu'ils ont interféré avec votre vie d'une façon ou d'une autre?

(Note: si le patient reste imprécis quant à la date d'apparition, tenter d'obtenir des renseignements plus précis, par exemple, en essayant d'établir un lien entre l'apparition de la perturbation et des faits réels survenus dans la vie du patient.)

Date d'apparition : _____ Mois _____ Année

- 5b) Avez-vous été soumis à ce moment à un type quelconque de stress?

OUI _____ NON _____

Que s'est-il passé dans votre vie à ce moment-là?

- 6) **Juste avant ou pendant cette période actuelle au cours de laquelle vous avez eu ces inquiétudes et ces sentiments persistants de tension/d'anxiété, avez-vous pris des médicaments ou d'autres types de drogues sur une base régulière?**

OUI _____ NON _____

Préciser (Type, quantité, dates d'utilisation) :

- 7) **Juste avant ou pendant cette période actuelle au cours de laquelle vous avez eu ces inquiétudes et ces sentiments persistants de tension/d'anxiété, avez-vous eu des problèmes de santé (par ex. hyperthyroïdisme)?**

OUI _____ NON _____

Préciser (Type, dates d'apparition/de rémission) :

Impression clinique – Présence du trouble ? OUI NON

ANNEXE E. Échelle de Compétence du Thérapeute

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

ÉCT

ÉCT

No participant : _____

Date : _____

Veillez svp indiquer jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés suivants en encerclant le chiffre correspondant (1 à 6). Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Nous voulons connaître la perception que vous avez de votre thérapeute à ce moment-ci. Vos réponses ne seront pas dévoilées à votre thérapeute.

		Fortement en désaccord	En désaccord	En désaccord plus qu'en accord	En accord plus qu'en désaccord	En accord	Fortement en accord
1.	Mon (ma) thérapeute adapte le traitement selon mes besoins	1	2	3	4	5	6
2.	Mon (ma) thérapeute s'engage à mon rétablissement	1	2	3	4	5	6
3.	Mon (ma) thérapeute comprend entièrement mon point de vue	1	2	3	4	5	6
4.	Mon (ma) thérapeute propose des exercices pertinents à faire entre les rencontres	1	2	3	4	5	6
5.	Mon (ma) thérapeute s'assure que je comprends chaque aspect de mon traitement	1	2	3	4	5	6
6.	Mon (ma) thérapeute me donne des nouvelles choses à travailler lorsque j'ai franchi une étape	1	2	3	4	5	6
7.	Mon (ma) thérapeute sait ce qu'il (elle) fait	1	2	3	4	5	6
8.	Mon (ma) thérapeute se soucie de moi	1	2	3	4	5	6

Version abrégée : *Échelle de Compétence du Thérapeute* (2019). Paradis, J., Marcotte-Beaumier, G., & Dugas, M. J. Laboratoire des troubles d'anxiété, Université du Québec en Outaouais.

ANNEXE F. Inventaire d'alliance de travail

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

Alliance de travail (version courte, client)

Consignes:

Dans ce questionnaire, il y a des énoncés qui décrivent différentes façons qu'une personne pourrait penser et se sentir à propos de son thérapeute. Si l'énoncé décrit toujours la façon dont vous pensez ou vous vous sentez, svp encerclez le chiffre 7. Si cela ne s'applique jamais à vous, encerclez le chiffre 1. Vous pouvez aussi encercler les chiffres entre ces deux extrêmes pour indiquer les variations.

Énoncés	Jamais	Rarement	À l'occasion	Parfois	Souvent	Très Souvent	Toujours
1. Mon (ma) thérapeute et moi nous entendons sur les étapes à suivre pour améliorer ma situation.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mon (ma) thérapeute et moi avons tous deux confiance en l'utilité de nos activités en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je crois que mon (ma) thérapeute m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	7
4. J'ai des doutes à propos de ce que nous essayons d'accomplir lors de nos rencontres	1	2	3	4	5	6	7
5. J'ai confiance que mon (ma) thérapeute est capable de m'aider.	1	2	3	4	5	6	7
6. Nous travaillons à l'atteinte des buts sur lesquels nous nous sommes entendus.	1	2	3	4	5	6	7
7. Je sens que mon (ma) thérapeute m'apprécie.	1	2	3	4	5	6	7
8. Nous nous entendons sur ce qui est important à travailler.	1	2	3	4	5	6	7
9. Mon (ma) thérapeute et moi avons développé une confiance mutuelle.	1	2	3	4	5	6	7
10. Mon (ma) thérapeute et moi avons des idées différentes sur ce que sont mes vrais problèmes.	1	2	3	4	5	6	7
11. Nous avons établi une bonne compréhension mutuelle quant aux types de changements qui seraient bons pour moi.	1	2	3	4	5	6	7
12. Je crois que ce que nous faisons pour régler mon problème est correct.	1	2	3	4	5	6	7

© Horvath & Greenberg (1989); validé par Corbière et al. (2006)

ANNEXE G. Échelle d'intolérance à l'incertitude

ÉII

ÉII

No. participant _____

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.....
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.....

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

ÉII

2 de 2

- | | Pas du tout
correspondant | Un peu
correspondant | Assez
correspondant | Très
correspondant | Tout à fait
correspondant |
|--|------------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 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..... |
| 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 incertain(e) au sujet de mon avenir. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |

Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.

ANNEXE H. Questionnaire des inquiétudes de Penn State

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

QIPS

QIPS

No. participant _____

Date _____

Veillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous
Encerclez le numéro (1 à 5) approprié.

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

Version originale: Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Behaviour Research and Therapy, 28, 487-495. Version française: Ladouceur, R., Freeston, M.H., Dumont, J. Letarte, H., Rhéaume, J. Thibodeau, N. & Gagnon, F. (1992). Canadian Psychology/ Psychologie Canadienne, 33, 240.

ANNEXE I. Inventaire d'anxiété de Beck

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG

INVENTAIRE DE BECK POUR L'ANXIÉTÉ

Nom : _____ Date : _____ Résultat : _____

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

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

ANNEXE J. Inventaire de dépression de Beck, seconde édition

IDB-II

IDB-II

No. participant _____

Date _____

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'**énoncé** qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'**un seul** énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe no. 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe no. 18 (modifications de l'appétit).

1) Tristesse

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

2) Pessimisme

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

3) Échecs dans le passé

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

4) Perte de plaisir

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

5) Sentiments de culpabilité

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

- 6) Sentiment d'être puni(e)
- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
 - 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
 - 2 Je m'attends à être puni(e).
 - 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).
- 7) Sentiments négatifs envers soi-même
- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
 - 1 J'ai perdu confiance en moi.
 - 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
 - 3 Je ne m'aime pas du tout.
- 8) Attitude critique envers soi
- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
 - 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
 - 2 Je me reproche tous mes défauts.
 - 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.
- 9) Pensées ou désirs de suicide
- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
 - 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
 - 2 J'aimerais me suicider.
 - 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.
- 10) Pleurs
- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
 - 1 Je pleure plus qu'avant.
 - 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
 - 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.
- 11) Agitation
- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
 - 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
 - 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
 - 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.
- 12) Perte d'intérêt
- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
 - 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
 - 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
 - 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que se soit.

13) Indécision

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

14) Dévalorisation

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

15) Perte d'énergie

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

16) Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17) Irritabilité

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

18) Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19) Difficulté à se concentrer

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

20) Fatigue

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

21) Perte d'intérêt pour le sexe

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

Le lien entre la compétence du thérapeute et l'efficacité thérapeutique dans le TAG