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

Mémoire doctoral

Jean-Guy Rochefort

Doctorat en psychologie (D. Psy.)
Docteur en psychologie (D. Psy.)

Québec, Canada

© Jean-Guy Rochefort, 2018
Résumé

Les recherches ont démontré l’efficacité du traitement pharmacologique et du traitement psychologique pour le trouble d’anxiété généralisée (TAG). Des guides de pratique ont été conçus afin de répertorier les traitements basés sur les données probantes (TBDP) pour les troubles mentaux dont le TAG. Des sondages auprès des professionnels de la santé mentale ont révélé que l’un des obstacles perçus pour l’utilisation des TBDP serait la présence de comorbidité psychologique et/ou somatique chez les patients atteints d’un TAG. Les professionnels sur le terrain auraient la croyance que leurs patients ont plus de comorbidité que les patients dans les études expérimentales et qu’ainsi les TBDP seraient peu applicables parce que non adaptés à leur réalité. En vue de vérifier cet obstacle perçu, ce mémoire vise à vérifier si les praticiens dans un service de santé et services sociaux de 1ère ligne prescrivent moins de traitements basés sur les données probantes (TBDP) auprès des patients atteints d’un TAG lorsqu’il y a présence de comorbidité somatique et/ou psychologique. Un portrait des proportions de TBDP effectuées auprès de 52 patients qui avaient un diagnostic de TAG a été tracé. Soixante-et-onze pourcent des patients ont reçu un TBDP. Les analyses statistiques n’ont pas démontré de différence statistiquement significative dans la probabilité de recevoir un TBDP chez les personnes avec ou sans comorbidité (rapport de cotes : 0,98 ; intervalles de confiance à 95% [0,25 – 3,8]). La comorbidité ne serait pas un obstacle à la prescription d’un TBDP pour le TAG. Ces résultats pourraient s’expliquer par une démarche de dissémination des TBDP pour le TAG réalisée préalablement dans l’établissement étudié.
Table des matières

Résumé............................................................................................................................................... III
Table des matières................................................................................................................................ IV
Liste des tableaux.................................................................................................................................. VI
Liste des abréviations.............................................................................................................................. VII
Remerciements......................................................................................................................................... VIII
Avant-Propos ......................................................................................................................................... IX
Introduction générale ............................................................................................................................ 1

1. Mise en contexte sur le TAG................................................................................................................... 2
   1.1. Préalence du Trouble d’anxiété généralisée (TAG)......................................................................... 2
   1.2. Critères diagnostiques du TAG....................................................................................................... 2
   1.3. Consultations en médecine de 1ère ligne et trouble d’anxiété généralisée............................... 3
   1.4. Impact du TAG sur les patients ..................................................................................................... 4
   1.5. Comorbidité et TAG ....................................................................................................................... 5
       1.5.1. Comorbidité psychiatrique ...................................................................................................... 5
       1.5.2. Comorbidité somatique ........................................................................................................... 6
   1.6. Traitements pour les patients atteints d’un TAG .............................................................................. 8
       1.6.1. Traitements psychologiques du TAG .................................................................................... 11
       1.6.2. Traitements pharmacologiques du TAG .............................................................................. 13
       1.6.3. Les traitements combinés (psychologiques et pharmacologiques) du TAG.................. 15
   1.7. Les guides de pratiques cliniques et la dissémination des traitements basés sur les données probantes................................................................. 17
   1.8. Obstacles à la dissémination des données probantes dans la pratique clinique ................. 19
   1.9. La réalité de la pratique-terrain : utilisation réelle des TBDP en 1ère ligne auprès des patients atteints d’un TAG................................................................. 22

2. Hypothèse et questions de recherche................................................................................................... 24
   2.1. Objectifs principaux ....................................................................................................................... 24
   2.2. Questions de recherche ................................................................................................................ 24
   2.3. Hypothèse principale ..................................................................................................................... 25

3. Méthodologie....................................................................................................................................... 26
   3.1. Milieu de l’étude ............................................................................................................................ 26
   3.2. Participants .................................................................................................................................... 27
   3.3. Mesures ......................................................................................................................................... 28
   3.4. Procédure ...................................................................................................................................... 30
   3.5. Analyses des données ................................................................................................................... 30

4. Résultats ............................................................................................................................................... 32
4.1. Échantillon ................................................................. 32
4.2. Proportion de prescription de TBDP spécifique au TAG .................................. 36
4.3. Proportion de prescription de TBDP psychologique spécifique au TAG .......... 36
4.4. Proportion de prescription de TBDP pharmacologique spécifique au TAG ...... 37
4.5. Prescription de TBDP chez les patients atteints d’un TAG avec ou sans comorbidité ... 38

5. Discussion générale .............................................................................. 40
   5.1. Discussion .................................................................................. 40
   5.2. Les implications cliniques des résultats de l’étude .................................. 45
   5.3. Limites de l’étude et recherches futures ......................................... 48

Conclusion ..................................................................................................... 51

Références .................................................................................................. 52

ANNEXE 1 .......................................................................................... 65
ANNEXE 2 .......................................................................................... 66
ANNEXE 3 .......................................................................................... 67
ANNEXE 4 .......................................................................................... 68
ANNEXE 5 .......................................................................................... 69
ANNEXE 6 .......................................................................................... 70
ANNEXE 7 .......................................................................................... 71
ANNEXE 8 .......................................................................................... 72
ANNEXE 9 .......................................................................................... 74
ANNEXE 10 .................................................................
Liste des tableaux

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

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

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

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

Merci à vous tous et toutes
Avant-Propos

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

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

1.1. Prévalence du Trouble d’anxiété généralisée (TAG)

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

1.2. Critères diagnostiques du TAG

Selon la 5e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) (Association américaine de psychiatrie, 2013), le TAG se caractérise par les six critères suivants : (A) Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois, concernant un certain nombre d’événements ou d’activités (telles que le travail ou les performances scolaires); (B) La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation; (C) L’anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois): agitation ou sensation
d’être survolté ou à bout, fatigabilité, difficultés de concentration ou trous de mémoire, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil; (D) L’anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d’autres domaines importants; (E) La perturbation n’est pas imputable aux effets physiologiques d’une substance (ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou d’une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie); (6) La perturbation n’est pas mieux expliquée par un autre trouble mental.

1.3. Consultations en médecine de 1ère ligne et trouble d’anxiété généralisée

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

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

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

1.4. Impact du TAG sur les patients

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

1.5. Comorbidité et TAG

1.5.1. Comorbidité psychiatrique

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

1.5.2. Comorbidité somatique


De leur côté, en 2003, Härter et ses coll. effectuaient une étude auprès de 262 patients (169 avec diagnostic de troubles anxieux et 93 sans diagnostic de trouble anxieux) afin d’examiner les patrons de comorbidités existants entre les troubles anxieux et les maladies physiques. Leurs résultats indiquent que les sujets avec TAG ont tendance à avoir un haut taux de maladies physiques. Les taux de troubles cardiovasculaires, gastro-intestinaux, respiratoires et les migraines sont significativement plus élevés chez les patients avec TAG que chez les patients sans ces diagnostics.
L’interaction entre les troubles anxieux et les problèmes de santé physique est complexe à comprendre puisque ces derniers peuvent induire de l’anxiété directement ou indirectement. Les travaux de Habib (2001) et McEwen, (2003) mettent en évidence les atteintes neurologiques associées aux impacts du stress sur divers systèmes dans le corps (cardiovasculaire, respiratoire, rénal et endocrinien). Ainsi, ils expliquent que le thalamus, l’hypothalamus, les noyaux amygdaliens, les hippocampes et le cortex préfrontal seraient altérés par un taux trop élevé de cortisol. Ces structures, qui, normalement, s’activent afin de réduire les symptômes liés au stress, ne seraient pas en mesure de s’activer correctement lorsqu’un TAG est présent. Il ne faut pas oublier que la maladie est en elle-même un stresseur et peut devenir, en soi, une vulnérabilité ou un déclencheur du TAG. Constatant que les patients atteints d’un TAG présentaient souvent plusieurs types de problèmes de santé physique, Culpepper (2009) s’est interrogé sur les composantes interactionnelles possibles entre le TAG et les maladies physiques. Ainsi, il a fait un relevé de littérature afin de mieux s’expliquer ces interactions. Il a constaté qu’avec le temps, une exposition prolongée au stress généré par le TAG stimule certains mécanismes neurobiologiques et physiologiques. Ces mécanismes se manifestent par une activation du système hypothalamique-pituitaire-surrénal (HPA) soutenue, une activité inflammatoire ainsi qu’un relâchement de norépinéphrine (neurotransmetteur) (Habib, 2001; McEwen, 2003). Cela peut mener à des désordres médicaux et augmenter la vigilance à la douleur et à d’autres symptômes physiques. Cette hypervigilance agirait psychologiquement en augmentant les inquiétudes des patients ayant un TAG.

De multiples facteurs pourraient donc contribuer au développement de maladies physiques chez les personnes atteintes d’un TAG. Les personnes atteintes d’un TAG
étant fréquemment hypervigilantes à leurs symptômes somatiques, on pourrait comprendre que leur premier requis de service en 1ère ligne soit d’ordre somatique. Il serait possible de suggérer que les médecins prescrivent moins de traitements psychologiques et pharmacologiques du TAG lorsqu’il y a existence de comorbidité somatique parce que les patients ne mettent pas en évidence leurs symptômes de TAG.


1.6 Traitements pour les patients atteints d’un TAG

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

En raison des problèmes comorbides (psychiatriques et somatiques) associés au TAG, les professionnels de la santé font face à une variété de combinaisons de problématiques qui exigent d’élaborer des plans de traitements adaptés aux profils bio-psycho-sociaux des patients. Afin de faciliter la mise en place d’un plan de traitement, l’Association des psychiatres du Canada (APC) a proposé en 2006 un organigramme sous forme d’arbre de décision conçu pour permettre aux professionnels de faire le choix le plus approprié pour les patients anxieux en ce qui a trait au choix d’un traitement psychologique et/ou pharmacologique (Swinson et al., 2006) (annexe 1). Par la suite, le
professionnel peut choisir un traitement basé sur les données probantes (annexes 2 et 3). L’Association des psychiatres du Canada (Swinson et al., 2006) présente plusieurs facteurs qui aideront à déterminer le choix d’un traitement psychologique ou pharmacologique. Par exemple, on retrouve la préférence et la motivation du patient, ses capacités intellectuelles et cognitives pour s’engager dans un traitement donné plutôt qu’un autre, les compétences du clinicien traitant, la disponibilité des ressources de traitement psychologique au secteur privé et au secteur public, les résultats thérapeutiques du patient aux traitements antérieurs et la présence d’un trouble somatique ou psychiatrique comorbide.

Culpepper (2009), qui a étudié les impacts des comorbidités somatiques sur l’adhésion et l’efficacité des traitements psychologiques, recommande que le traitement du TAG vise deux objectifs, soit la gestion des symptômes du TAG et la diminution de la vulnérabilité aux maladies physiques. Il suggère qu’un suivi médical et psychologique est important afin de maintenir un contrôle des symptômes du TAG. Il explique que lorsqu’un client apprend à mieux connaître le TAG et à développer des stratégies pour une meilleure gestion des symptômes, cela amène une meilleure qualité de vie et un impact positif sur le plan fonctionnel. Ainsi, sa santé physique et sa condition médicale s’améliorent par une diminution de la vulnérabilité à des stresseurs physiologiques chroniques. Le système nerveux sympathique et les mécanismes de métabolisation du cortisol sont ainsi mieux régulés pour assurer leurs fonctions de base.
I.6.1. Traitements psychologiques du TAG

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

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


Selon les études de Dugas (2003), Hunot (2007) et Covin (2008), la TCC semble bénéfique tant individuellement qu’en groupe. Plusieurs auteurs affirment que les bienfaits de ce traitement tendent à se maintenir sur une période de six mois à deux ans de suivi (Borkovec, 2002; Dugas, 2003; Fava, 2005; Gould, 2004; Linden, 2005).
Plusieurs recherches ont permis de développer un protocole de TCC basé sur l’intolérance à l’incertitude (modèle de Dugas et coll, 1998). Ces variables sont : l’intolérance à l’incertitude, la gestion des inquiétudes (basées sur des situations réelles ou éventuelles), les croyances métacognitives sur l’utilité de s’inquiéter, la tendance à générer et maintenir des scénarios catastrophiques et le manque de confiance et d’habiletés lors de résolutions de problèmes.


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

1.6.2. Traitements pharmacologiques du TAG

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

Les traitements pharmacologiques sont classifiés comme des traitements de premier, deuxième ou de troisième recours. Dans les données probantes, les agents de premier recours (ou niveau 1) ont un niveau de qualité des données probantes plus élevé (diminution des symptômes indésirables associés au trouble anxieux spécifique, qualité du protocole de recherche, etc.) que les autres niveaux. Pour le TAG, on recommande comme agent de premier recours (premier choix), les ISRS : paroxétine, escitalopram et sertraline; les ISRSN : venlafaxine XR et duloxétine (Annexe 3).
Dans les lignes directrices de l’Association canadienne des troubles anxieux, (Katzman, 2014), on retrouve les études contrôles randomisées qui supportent l’efficacité des molécules pour le traitement pharmacologique du TAG (annexe 3). Comme la dépression accompagne fréquemment le TAG (Wittchen, 2002), l’avantage des antidépresseurs est de pouvoir traiter à la fois les symptômes dépressifs et anxieux (Goodman, 2004; Sramek, 2002).

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

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


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

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

Katzman (2014), dans son guide de pratique clinique pour la gestion des troubles anxieux dont le TAG, rapporte que peu d’études comparent le traitement pharmacologique et le traitement psychologique dans un même essai. Les quelques
études qui comparent directement la pharmacothérapie avec la TCC indiquent qu’elles sont à peu près équivalentes dans leur efficacité (Barlow, 2000; Dannon, 2004; O’Connor, 1999).

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

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

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

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

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

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

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

Un document sur la dissémination des guides de pratique en santé cardiovasculaire, destiné aux médecins, a été développé en 2001 par Dr Tom Koutsavlis et son équipe pour le compte de l’Institut national de santé publique du Québec. Ce document destiné aux médecins présente un modèle qui a été développé suite à une revue de littérature exhaustive visant à mieux comprendre les guides de pratiques, leur
élaboration, leur dissémination et leur application. Il se transpose bien à la présente recherche, car le cadre conceptuel demeure le même, bien qu’il ait été développé pour les troubles cardiovasculaires. Ainsi, nous allons l’utiliser afin de mieux définir et situer l’élaboration des guides de pratiques cliniques.


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

Selon Craske et al (2009), trois aspects sont à considérer dans le processus de dissémination. Dans une étude intitulée « Treatment for anxiety disorders : Efficacy to effectiveness to implementation », l’auteure présente ces trois aspects comme des étapes séquentielles à considérer dans une dissémination, soit : l’efficacité, l’efficience et l’implantation. Une dissémination débute par la prise de connaissance des études empiriques de traitements jugés efficaces pour les troubles anxieux (TBDP) (études d’efficacité). Puis, on parle d’efficience lorsqu’on développe un format de traitement
adapté à la pratique-terrain (tous en tentant de conserver la fidélité des traitements). Enfin, l’implantation est l’étape où un milieu met en place des mécanismes qui encouragent ses praticiens à acquérir des connaissances, à développer et maintenir des compétences. Cette dernière étape est particulièrement importante sur le plan du transfert des connaissances.

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

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


En 1999, Cabana s’est intéressé à la question de l’élimination des obstacles au changement en vue d’augmenter les chances de succès d’une dissémination des guides pratique chez les médecins. Il a d’abord proposé une définition de la notion d’obstacle dans le contexte de la dissémination d’un guide de pratique comme étant, « tout facteur qui limite ou restreint l’adoption intégrale d’un guide de pratique ». Puis, après une revue systématique de 76 articles sur les guides et paramètres de pratique, les politiques cliniques, les recommandations nationales et les énoncés consensuels, il a extrait les
obstacles observés. Il a ensuite classé les obstacles en trois thèmes (connaissance, attitudes, comportement), puis en 7 catégories générales : connaissance (ignorance, méconnaissance); attitudes (désaccord, manque de confiance en soi, peu d’attentes face aux résultats, expériences antérieures non concluantes); comportement (obstacles externes).

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

Comme nous l’avons vu avec Cabana (1999), le processus de la dissémination des TBDP est gêné par divers obstacles. Shafran (2009), lui, s’est intéressé à la dissémination de la thérapie cognitivo-comportementale plus spécifiquement. Bien que la littérature soit peu développée, il a trouvé huit recherches à cet effet (Addis, 2002;
Barlow, 2004 ; Barlow, 1999; Carroll, 2007 ; Chorpita, 2004; Stirman, 2004; Taylor, 2008; Weingardt, 2004). Dans ces études, l’auteur a pu identifier deux types d’obstacles. Le premier concerne les croyances des cliniciens sur le terrain : l’applicabilité limitée des protocoles de traitements issus de la recherche dans la pratique-terrain, la comorbidité moins élevée des patients traités dans les programmes de recherche en comparaison aux patients sur le terrain. Le deuxième concerne les lacunes sur le plan des connaissances en traitement, les modes de transmission et de formation, le manque d’opportunités pour les praticiens de mettre à jour leurs compétences. On remarque que plusieurs obstacles se recoupent dans les observations de Cabana (2001) et Shafran (2009), notamment la perception que les TBDP ne s’appliquent pas aux patients vus en clinique parce que ces derniers ont des comorbidités qui ne seraient pas représentées dans les échantillons de recherche. Il serait intéressant de vérifier si les praticiens dans un service de santé et de services sociaux de 1ère ligne prescrivent véritablement moins de traitement basé sur les données probantes lorsqu’il y a présence de comorbidité somatique et/ou psychologique.

Il existe de plus en plus d’évidences scientifiques qui soutiennent que les résultats des recherches sur l’efficacité des traitements sont généralisables aux situations cliniques (Weisz et al., 2005 ; Wilson, 2007). La croyance selon laquelle il y aurait une distinction importante entre la fréquence des comorbidités des patients en recherche et la comorbidité des patients en clinique (Shafran, 2009) ne serait, en effet, qu’une croyance. Elle s’expliquerait par le fait que plusieurs praticiens doutent que les TBDP soient efficaces auprès des patients en clinique sur le terrain car ils perçoivent que les patients en recherche ont une problématique moins sévère, ont moins de comorbidité en raison des critères d’exclusion. Ainsi, il existe un écart entre les croyances des cliniciens et la
littérature, qui, elle, suggère que la comorbidité ne serait pas un obstacle à la dissémination des TBDP. Une vérification directe des pratiques des cliniciens en fonction de la comorbidité présentée par leurs patients permettrait d’inférer s’ils agissent davantage en fonction de ces croyances ou s’ils suivent les indications de la littérature.

1.9. **La réalité de la pratique-terrain : utilisation réelle des TBDP en 1ère ligne auprès des patients atteints d’un TAG**

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

Plusieurs organisations psychologiques et médicales (*American Psychological Association*; Société Canadienne de Psychologie; Association des Médecins du Québec; *National Institute Mental Health*), intéressées à promouvoir l’application des TBDP sur le terrain, en ont fait une priorité dans leur plan d’action. Parmi les raisons invoquées on retrouve : permettre aux praticiens d’optimiser leurs sentiments d’efficacité et d’efficience, optimiser la satisfaction des patients en regard des soins prodigués, diminuer des listes d’attente en offrant des offres de traitement de groupe et offrir des services de traitement plus rapides et plus accessibles.
En médecine de première ligne, Roberge (2015) a étudié l’utilisation des TBDP auprès des patients souffrant d’un TAG. Cette étude s’est déroulée dans 67 services médicaux de 1ère ligne au Québec, Canada. Ce sont 373 patients répondant aux critères diagnostiques du TAG selon le DSM-IV dans les 12 derniers mois qui ont pris part à cette recherche. Ces patients ont été recrutés parmi 14833 candidats sélectionnés dans les services médicaux comme étant des patients à risque d’anxiété ou dépression. Les résultats démontrent que, pour 36,2% des patients qui ont reçu un diagnostic de TAG, un professionnel de la santé a prescrit un TBDP psychologique et/ou pharmacologique : 24,4% des patients ont reçu un traitement pharmacologique, alors que 19,2% ont reçu un traitement psychologique.

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

2.1. Objectifs principaux

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

2.2. Questions de recherche

Les questions de recherches ciblées sont les suivantes :

1. Quelle est la proportion de patients diagnostiqués avec un TAG pour lesquels des professionnels œuvrant dans les programmes « Guichet adulte santé mentale », « Services courants/UMF » et « Adulte santé mentale » ont prescrit un traitement psychologique et/ou pharmacologique spécifique au TAG basé sur les données probantes ? (annexes 2 et 3)

2. Quelle est la proportion de patients diagnostiqués avec un TAG pour lesquels des professionnels œuvrant dans les programmes « Guichet adulte santé mentale », « Services courants/UMF » et « Adulte santé mentale » ont prescrit un traitement psychologique spécifique au TAG basé sur les données probantes ? (annexe 2)

3. Quelle est la proportion de patients diagnostiqués avec un TAG pour lesquels des médecins des programmes « Groupe de Médecine familiale externe, Cliniques Réseau de Québec, Services courants/UMF » ont prescrit un traitement pharmacologique spécifique au TAG basé sur les données probantes (tel que décrits dans les lignes directrices de l’ACTA (Katzman, 2014) (annexe 3).
4. Y a-t-il une différence sur le plan de la prescription d’un traitement basé sur les données probantes entre les patients diagnostiquées avec un TAG sans comorbidité physique et/ou psychiatrique et ceux avec comorbidité physique et/ou psychiatrique ?

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

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

2.3. Hypothèse principale

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

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

3.1. Milieu de l’étude

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

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

des soins de santé primaires essentiels fondés sur des données probantes, scientifiquement reconnus, universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté, à travers leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent se permettre de maintenir. C'est le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système de santé national qui rapproche le plus possible les soins de santé des lieux de vie et de travail et constitue le premier élément d'un processus de soins de santé continu. Ces soins sont prodigués par une équipe constituée de médecins, d’infirmières et d’intervenants cliniciens. Ce service de santé peut jouer deux rôles auprès des individus, soit prodiguer directement un soin (évaluation diagnostique et/ou traitement) ou référer à un spécialiste dans un autre service à l’intérieur d’un système de santé (OMS, 2015).
Le lieu de notre étude est un service de santé et services sociaux de 1ère ligne. Il diffère donc des services médicaux de 1ère ligne car il n’y a pas de médecins ni de psychologues disponibles pour prodiguer des évaluations diagnostiques et des traitements auprès de nouveaux patients. Les équipes d’intervenants cliniciens (infirmières, travailleurs sociaux) en place ne sont pas autorisés à traiter des troubles mentaux.

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

3.2. Participants

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

Tous les professionnels (travailleurs sociaux, infirmières, psychologues et médecins) susceptibles de recommander un traitement psychologique et/ou pharmacologique auprès de patients ont été contactés par courrier pour obtenir leur consentement afin d’accéder aux dossiers des patients sous leur responsabilité. Le document comprenait une lettre de présentation, un formulaire de consentement (annexe 9) accompagné d’un feuillet d’information (annexe 10) sur le projet de recherche.
Les dossiers de patients atteints d’un TAG étaient retenus lorsque ces patients répondaient aux critères d’inclusion et ne répondaient pas au critère d’exclusion ci-dessous :

➢ Critères d’inclusion : être âgé/e de 18 ans et plus; avoir une inscription de TAG au dossier. Ce diagnostic a été établi selon les pratiques courantes dans le domaine par un professionnel de la santé habilité par la loi, en l’occurrence un médecin, un psychiatre ou un psychologue.

➢ Critère d’exclusion : ne pas présenter un diagnostic de trouble neurocognitif, tel que décrit dans le DSM-5, comme par exemple : la maladie d’Alzheimer, une maladie vasculaire, un traumatisme crânien, etc. (à partir de ce qui est inscrit au dossier par les médecins traitants). Normalement, ce type de patient est suivi au programme de soutien à domicile en regard de problèmes cognitifs. Il s’agit d’un critère d’exclusion pour les programmes de traitement de 1ère ligne en santé mentale adulte, émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

3.3. Mesures

Afin de recueillir les données, deux grilles de collecte de données (annexes 7 et 8) ont été conçues. Le chercheur principal a procédé lui-même à ces collectes. La première collecte pour la sélection des dossiers comprenant un TAG (annexe 7) comprenait les données suivantes : critères d’inclusion et d’exclusion. La seconde collecte comprenait l’identification par un numéro de code et servait à extraire les données démographiques des patients (âge, sexe, statut social, statut d’emploi et scolarité) et les données liées aux
six questions de recherche : présence ou absence de comorbidité psychiatrique, nomination des diagnostics psychiatriques selon DSM IV-TR (identifiés dans l’annexe 4), intitulée « liste des problèmes de santé mentale » tels que reconnus dans la nomenclature émise par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, présence ou absence de comorbidité physique, nomination des diagnostics de maladies physiques (identifiés dans l’annexe 6, intitulée « Problèmes de santé physique persistants », tels que reconnus dans la nomenclature émise par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, prescription de traitement psychologique basé sur les données probantes (identifié dans l’annexe 2), prescription de traitement pharmacologique basé sur les données probantes (identifié dans l’annexe 3). Il est à noter que seuls les TBDP identifiés dans les dossiers, et définis aux annexes 2, 3 et 6, ont été considérés pour la présente étude. Les traitements prescrits et qui ne sont pas identifiés dans les annexes 2, 3 et 6 ont été classés dans la catégorie « autre traitement ». Lorsque nous n’avons trouvé aucune note nous permettant d’identifier un traitement, ces dossiers ont été classés dans la catégorie « aucun traitement inscrit au dossier ». Bien qu’identifiés comme n’ayant reçu aucun traitement, il demeure possible que ces patients aient eu un traitement psychologique et/ou pharmacologique dans un autre service médical de 1ère ligne ou dans un cabinet de consultation psychologique dans le secteur privé.
3.4. Procédure

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

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

3.5. Analyses des données

Dans le cadre de cette recherche, les variables dépendantes sont : la présence de traitements psychologiques basés sur les données probantes (annexe 2) et la présence de traitements pharmacologiques basés sur les données probantes (annexe 3). Pour les
questions de recherche 4, 5 et 6, deux variables indépendantes sont introduites, soit la présense de comorbidité psychiatrique (annexe 4) et la présence de comorbidité physique (annexe 5).

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

Les analyses statistiques pour les questions de recherche 4, 5 et 6 ont été faites par rapports de cotes, en calculant l’intervalle de confiance à 95% selon la méthode Woolf (Woolf, 1955). Les données sous forme de rapports de cotes utilisent les patients sans comorbidité comme groupe de référence. Les rapports de cotes ont été calculés selon la méthode proposée par Altman (1991) à partir de l’outil que l’on retrouve sur le site :

4. Résultats

4.1. Échantillon

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Caractéristiques</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Femmes, n (%)</td>
<td>42 (80,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Âge moyen, moyenne (ÉT)</td>
<td>37,4 (11,18)</td>
</tr>
<tr>
<td>État civil, n (%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Célibataire</td>
<td>21 (40,4)</td>
</tr>
<tr>
<td>En couple</td>
<td>29 (55,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Aucune donnée</td>
<td>2 (3,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Scolarité, n (%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Secondaire</td>
<td>7 (13,5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Collégial / professionnel</td>
<td>10 (19,2)</td>
</tr>
<tr>
<td>Universitaire</td>
<td>27 (51,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Aucune donnée</td>
<td>8 (15,4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Statut d’emploi, n (%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emploi</td>
<td>36 (69,3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sans emploi</td>
<td>15 (28,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Aucune donnée</td>
<td>1 (1,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Comorbidité, n (%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psychiatrique et somatique</td>
<td>15 (28,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychiatrique seule</td>
<td>23 (44,2)</td>
</tr>
<tr>
<td>Somatique seule</td>
<td>1 (1,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychiatrique et/ou somatique</td>
<td>39 (75,0)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sans comorbidité inscrite au dossier</td>
<td>13 (25,0)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Les trois quarts des patients présentent une comorbidité psychiatrique et/ou somatique qui se répartit tel que décrit dans le Tableau 2. Ici on retrouve le trouble obsessionnel-compulsif et l’état de stress post-traumatique dans les troubles anxieux puisque que la classification basée sur le DSM-IV a été utilisée. Nous observons tout particulièrement que 38,5% des patients ont au moins une comorbidité anxieuse et 23% ont un diagnostic de dépression majeure.

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Caractéristiques</th>
<th>Total n (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 trouble anxieux et +</td>
<td>20 (38,5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Trouble panique avec/sans agoraphobie</td>
<td>7 (13,5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Trouble obsessionnel-compulsif</td>
<td>7 (13,5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Trouble de l’anxiété sociale</td>
<td>6 (11,5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Phobie</td>
<td>2 (3,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>État de stress post-traumatique</td>
<td>1 (1,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Dépression</td>
<td>12 (23,1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Trouble déficitaire de l’attention</td>
<td>6 (11,5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Trouble de la personnalité</td>
<td>4 (7,7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Trouble du comportement alimentaire</td>
<td>4 (7,7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Maladie affective bipolaire</td>
<td>1 (1,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Trouble somatoforme</td>
<td>1 (1,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Abus de substance</td>
<td>1 (1,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Patients atteints d’au moins 1 comorbidité psychiatrique</td>
<td>38 (73,1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Aucune comorbidité psychiatrique inscrite au dossier</td>
<td>14 (26,9)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tel que décrit au Tableau 3, 30,8% des patients sont aux prises avec des conditions qui affectent le système digestif, le système endocrinien, le système ostéo-articulaire, le système nerveux et la peau.

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Caractéristiques</th>
<th>n (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Maladies de l’appareil digestif</td>
<td>4 (7,7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Maladies du système ostéo-articulaire</td>
<td>2 (3,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Maladies du système endocrinien</td>
<td>2 (3,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Maladies du système nerveux</td>
<td>2 (3,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Maladies de la peau</td>
<td>2 (3,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Maladies de l’appareil circulatoire</td>
<td>1 (1,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Maladies de l’appareil respiratoire</td>
<td>1 (1,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Tumeurs</td>
<td>1 (1,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Au moins une comorbidité somatique</td>
<td>16 (30,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Aucune comorbidité somatique inscrite au dossier</td>
<td>36 (69,3)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
4.2. Proportion de prescription de TBDP spécifique au TAG

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>TYPES DE TRAITEMENTS PRESCRITS</th>
<th>n (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TBDP* Psychologique et/ou pharmacologique</td>
<td>37 (71,1)</td>
</tr>
<tr>
<td>TBDP Psychologique</td>
<td>18 (34,6)</td>
</tr>
<tr>
<td>TBDP Traitement combiné (psychologique et pharmacologique)</td>
<td>11 (21,15)</td>
</tr>
<tr>
<td>TBDP Pharmacologique</td>
<td>8 (15,4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Autre traitement (psychologique et/ou pharmacologique)</td>
<td>11 (21,15)</td>
</tr>
<tr>
<td>Aucun traitement inscrit au dossier</td>
<td>4 (7,7)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*TBDP : Traitement basé sur les données probantes

4.3. Proportion de prescription de TBDP psychologique spécifique au TAG

Il est intéressant de constater que pour 55,8% des patients, un traitement psychologique basé sur les données probantes a été prescrit (tableau 5). Près de 42% des patients ont reçu une thérapie cognitivo-comportementale de groupe et 11,5% une thérapie cognitivo-comportementale individuelle. Pour près de 10% de l’échantillon, un autre traitement psychologique (non inscrit dans la liste des TBDP identifiés aux annexes.
2 et 6), a été prescrit. Enfin, chez 34,6% des patients, aucun traitement psychologique n’a été inscrit au dossier.

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>TYPE DE TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE PRESCRIT</th>
<th>n (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Au moins 1 TBDP psychologique</td>
<td>29 (55,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>TCC* de groupe (TBDP)</td>
<td>22 (42,3)</td>
</tr>
<tr>
<td>TCC individuelle (TBDP)</td>
<td>6 (11,5)</td>
</tr>
<tr>
<td>MBSR** (TBDP)</td>
<td>1 (1,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Autre traitement psychologique</td>
<td>5 (9,6)</td>
</tr>
<tr>
<td>Aucun traitement psych. inscrit au dossier</td>
<td>18 (34,6)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

TBDP : Traitement basé sur les données probantes  
*Thérapie cognitivo-comportementale  
**Mindfulness-based stress reduction

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

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>TYPE DE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE PRESCRIT</th>
<th>n (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Venlafaxine (TBDP : premier recours)</td>
<td>8 (15,4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Escitalopram (TBDP : premier recours)</td>
<td>6 (11,5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sertraline (TBDP : premier recours)</td>
<td>3 (5,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Paroxétine (TBDP : premier recours)</td>
<td>2 (3,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Tout TBDP : premier recours</td>
<td>19 (36,5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Citalopram (TBDP : second recours)</td>
<td>10 (19,2)</td>
</tr>
<tr>
<td>Autre Inhibiteur de la recapture de la sérotonine</td>
<td>3 (5,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Autre molécule</td>
<td>5 (9,6)</td>
</tr>
<tr>
<td>Aucun traitement inscrit au dossier</td>
<td>15 (28,8)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

La probabilité de recevoir un TBDP ne diffère pas significativement en fonction de la présence ou de l’absence de comorbidité psychiatrique/somatique (1.13, IC 95%, 0.29 – 4.44); en fonction de la présence ou de l’absence de comorbidité psychiatrique (0.98, IC 95%, 0.25 – 3.8); en fonction de la présence ou de l’absence de comorbidité somatique (0.85, IC 95%, 0.24 – 3.07), (tableau 7).
Tableau 7 :  **TBDP (psychologique et/ou pharmacologique) prescrit pour les patients atteints d'un TAG avec comorbidité**
*(catégorie de référence : groupe de patients avec TAG sans comorbidité)*

<table>
<thead>
<tr>
<th>TAG</th>
<th>TBDP</th>
<th>Pas TBDP</th>
<th>RC (IC à 95%)</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Avec Comorbidité Psychiatrique</td>
<td>27/37 (73,0%)</td>
<td>11/15 (73,3%)</td>
<td>0,98 (0,25-3,8)</td>
<td>0,97</td>
</tr>
<tr>
<td>Avec Comorbidité Somatique</td>
<td>11/37 (29,7%)</td>
<td>5/15 (33,3%)</td>
<td>0,85 (0,23-3,06)</td>
<td>0,79</td>
</tr>
<tr>
<td>Avec Comorbidité Psy et/ou somatique</td>
<td>28/37 (75,7%)</td>
<td>11/15 (73,3%)</td>
<td>1,13 (0,29-4,45)</td>
<td>0,86</td>
</tr>
</tbody>
</table>

TBDP : Traitement basé sur les données probantes  
RC : Rapport de cote  
IC : Intervalle de confiance
5. Discussion générale

5.1. Discussion

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

La présente étude s’est déroulée dans un contexte de services de santé et de services sociaux de 1ère ligne, ce qui est différent de ce que l’on retrouve en médecine de première ligne : 77,8% des patients y consultaient pour des soins hospitaliers externes avec des infirmières (soins de plaies, entretien d’une sonde, prélèvements, temps de quick, soins post-chirurgies, vaccination, etc.) et 22,2% pour des services psycho-sociaux (nutrition, services sociaux, psychologie, éducation spécialisée). La prévalence du TAG est de 2,1%, sur le total des dossiers consultés, ce qui concorde avec les études épidémiologiques (1-4%) (Kessler, 2005a; Kessler, 2005b). Néanmoins, on constate une différence importante de prévalence entre notre service de santé et de services sociaux de 1ère ligne (2,1%) et ce qu’on retrouve dans la littérature en médecine de 1ère ligne, soit une prévalence se situant autour de 8% (Lieb, 2005; Wittchen, 2002ab). Cela peut s’expliquer par le fait que notre service de première ligne n’est pas un service médical de
première ligne mais plutôt un service de santé et de services sociaux. La présence de médecins dans les services de médecine de 1ère ligne permet de diagnostiquer certains patients qui ont un TAG. Ainsi, chez les 77,8% de patients qui n’ont pas vu de médecins, il aurait pu y avoir des patients atteints d’un TAG sans que cela n’apparaisse au dossier, ce qui aurait sous-estimé la prévalence observée. Une recherche future dans un contexte de service de santé et de services sociaux de 1ère ligne comme le nôtre mais avec des services de médicaux sans rendez-vous/de 1ère ligne nous permettrait de vérifier si la prévalence est similaire à celle des services médicaux de 1ère ligne (8%) (Lieb, 2005; Wittchen, 2002ab).

Concernant l’échantillon, il comporte 71,1% de patients atteints d’un TAG qui ont une comorbidité psychiatrique. Cela est représentatif de ce que l’on retrouve dans la littérature alors que divers auteurs (De Ruiter, 1989; Wittchen, 1994; Garyfallos, 1999; Provencher, 2006) relèvent que 65 à 73% des patients souffrant d’un TAG présentent au moins un trouble psychiatrique. On peut ainsi penser que l’échantillon utilisé dans cette étude est représentatif des personnes qui ont un TAG et qui consultent pour des soins de santé, du moins en ce qui a trait au taux de comorbidité psychiatrique. Pour ce qui est de la comorbidité somatique, il est difficile de faire une telle comparaison puisque nous avons observé un faible taux de comorbidité somatique lors de la consultation des dossiers à l’étude. Nous expliquons cela en raison de la collecte limitée d’information sur le plan organique auprès des patients de la part des professionnels aux accueils psychosociaux. Il est possible que cela ait affecté la prévalence de la comorbidité somatique dans notre échantillon, qui est beaucoup plus basse (30,8%) que celle retrouvée dans la littérature, en médecine de 1ère ligne, pour les patients avec TAG, par exemple, des
études rapportent que 60 à 94% des patients avec un TAG mentionnent avoir un problème de douleur physique (Romera, 2010; Garcio-Campayo, 2012; Katzman, 2014). D’autre part, le présent mémoire relève que, pour un patient atteint d’un TAG, qu’il y ait présence ou absence d’une comorbidité, un TBDP psychologique et/ou pharmacologique est prescrit dans 71,1% des cas. Cela ne reflète pas les arguments de Shafran (2009) qui évoquait des barrières à la dissémination provenant de huit recherches et émises par les praticiens en service de 1ère ligne (Addis, 2002; Barlow, 2004; Barlow, 1999; Carroll, 2007; Chorpita, 2004; Stirman, 2004; Taylor, 2008; Weingardt, 2004), soit : l’applicabilité limitée dans la pratique clinique des protocoles de traitements issus de la recherche, la sévérité moins élevée des patients traités dans les programmes de recherche et la comorbidité moins élevée chez les patients en recherche en comparaison aux patients dans les services de 1ère ligne. L’hypothèse soulevée par le présent mémoire repose particulièrement sur cette barrière perçue par les praticiens et relevée par Shafran (2009), se définissant par la croyance qu’il y aurait une distinction importante entre la fréquence de la comorbidité des participants en recherche versus les patients vus en clinique. Nous n’avons pas observé de distinction dans la présente recherche et l’effet de cette croyance sur le choix de prescrire ou non un TBDP n’a pas été évalué. Comme nous l’avons vu plus tôt, des données scientifiques contredisent ces barrières perçues et permettent de généraliser les résultats de la recherche à des situations cliniques (Weisz et al., 2005; Wilson, 2007). Les patients sélectionnés dans les protocoles de recherche ne seraient pas moins sévèrement atteints et présentent des comorbidités à une fréquence similaire que dans la pratique-terrain (De Rubeis et al., 2005). Les résultats de la présente
recherche abondent dans le sens de ces évidences scientifiques selon lesquelles la comorbidité ne serait pas une barrière à la dissémination des TBDP.

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

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

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

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

5.2. Les implications cliniques des résultats de l’étude

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

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

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

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

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

**5.3. Limites de l’étude et recherches futures**

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

Une autre limite concerne les disparités dans les différents calculs de la prévalence. Comme nous l’avons constaté, la prévalence du TAG est de 2,1% ou 10,5% selon qu’on la calcule sur l’ensemble des dossiers (3087) ou sur les dossiers qui ne comprennent pas les services externes hospitaliers (611). L’explication est la suivante, lorsque l’on parle de dossiers externes hospitaliers, il n’y a pas de médecins ni de
psychologues à l’accueil (entrée des services où les patients sont évalués pour être orientés dans les services) du milieu où nous avons procédé à l’étude. Or, la présence de médecins ou de psychologues à l’accueil permet d’augmenter les diagnostics de TAG chez les patients car c’est un acte réservé. Les autres intervenants ne sont pas habilités à poser un diagnostic de TAG, ce qui peut affecter la prévalence de ce trouble dans le milieu étudié. Une étude semblable dans un CLSC où l’on retrouve des médecins pour de la clinique « sans rendez-vous » aurait probablement modifié à la hausse la prévalence puisque les médecins peuvent diagnostiquer le TAG.

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

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

Le fait que l’hypothèse n’ait pas été confirmée suggère que les cliniciens prescrivent un TBDP de manière routinière, peu importe la présence de comorbidité. Des
recherches futures, de type qualitative, pourraient documenter comment les cliniciens adaptent leurs traitements lorsqu’il y a comorbidité psychiatrique ou médicale.
Conclusion

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


ANNEXE 1
Processus d'évaluation et d'orientation dans le traitement des troubles anxieux

A. Cerner les symptômes d’anxiété
- Déterminer si l’anxiété cause de la détresse ou une incapacité fonctionnelle
- Évaluer le risque suicidaire

B. Diagnostic différentiel
- Déterminer si l’anxiété est attribuable à un autre trouble physique ou psychiatrique
- Déterminer si l’anxiété est comorbidie à un autre trouble physique ou psychiatrique
- Déterminer si l’anxiété est liée à l’utilisation de médicaments ou de drogues
- Procéder à l’examen physique et à des analyses de laboratoire de référence

C. Identifier le trouble anxieux particulier
- TP, phobie spécifique, PS, TOC, TAG, TSPT

Problèmes médicaux concomitants
- En cas de trouble physique, évaluer les avantages et les risques que comporte la médication prévue pour le trouble anxieux, tout en tenant compte des conséquences du non-traitement de l’anxiété.

Troubles mentaux concomitants
- En cas d’abus de substances, faire preuve de prudence dans la prescription de benzodiazépines
- S’il existe un autre trouble anxieux, envisager des thérapies de premier recours pour les deux troubles
- En cas de trouble de l’humeur, envisager un traitement pharmacologique qui soit efficace pour les deux troubles ; de plus, se référer aux lignes directrices sur la dépression ou le trouble bipolaire

D. Envisager un traitement psychologique ou pharmacologique
- Les préférences et la motivation du patient sont extrêmement importantes pour le choix des modalités de traitement
- Si un traitement psychologique formel n’est pas appliqué, tous les patients doivent recevoir des informations et du soutien pour les encourager à affronter leurs peurs

Traitement psychologique
- Envisager d’abord des traitements qui ont été évalués de façon approfondie
- Si la réponse est inadéquate, adapter le traitement à la personne

Traitement pharmacologique
- Se reporter à la section portant sur le trouble diagnostiqué pour y trouver des choix de médication particuliers
- Envisager des traitements à court terme par benzodiazépines en cas d’anxiété ou d’agitation graves ou d’une incapacité fonctionnelle aiguë

Étape 1 : Agent de premier recours
Optimiser le dosage et la durée
Étape 2 : En cas de réponse inadéquate ou d’effets secondaires, passer à un agent de premier recours de remplacement. En cas de réponse partielle, il peut être préférable d’ajouter un autre agent plutôt que de remplacer complètement l’agent utilisé
Étape 3 : Envisager le renvoi à un spécialiste ou un traitement combiné, ou passer à des agents de deuxième ou troisième recours

Combinaisons possibles
- Traitement psychologique + Traitement pharmacologique
- ISRS, ISRSN + Benzodiazépines (à court terme)
- ISRS, ISRSN + anticonvulsif ou neuroleptique atypique
- Voir les agents d’augmentation dans les diverses sections sur chaque trouble particulier

Combinaisons Contre-indiquées
- ISRS, ISRSN, ATC+ IMAO
- Buspirone +IMAO

E. Suivi
- La réponse peut prendre de 8 à 12 semaines
- La pharmacothérapie peut être nécessaire pendant de 1 à 2 ans, ou même plus longtemps

(Swinson et al., 2006)
ANNEXE 2
Traitements et interventions psychologiques du TAG
Basés sur les données probantes
Selon Katzman (2014)

1. Thérapie cognitivo-comportementale individuelle

2. Thérapie cognitivo-comportementale de groupe

3. Thérapie cognitivo-comportementale administrée via un ordinateur

4. Thérapie de relaxation (efficacité à court terme mais limitée dans le temps)

5. Thérapie d’acceptation et d’engagement (ACT)
   Roemer, 2008.

6. Thérapie méta-cognitive

7. Thérapie cognitivo-comportementale ciblant l’intolérance à l’incertitude

8. Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT)
   Kim, 2009.
ANNEXE 3

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

1. Paroxétine (nom commercial, paxil)
   Bielski, 2005; Baldwin, 2006; Kapczinski, 2003; Rickels, 2003; Pollack, 2001;
   Ball, 2005; Bandelow, 2010; Kim, 2006.

2. Escitalopram (nom commercial, cipralex)
   Davidson, 2004; Goodman, 2005; Bielski, 2005; Baldwin, 2006; Bose, 2008;
   Bystritsky, 2008; Lenze, 2009; Merideth, 2012; Coric, 2010.

3. Sertraline (nom commercial, zoloft)
   Ball, 2005; Allgulander, 2004; Brawman, 2006; Mokhber, 2010.

4. Venlafaxine XR (nom commercial, effexor)
   Mitte, 2005; Bose, 2008; Kapczinski, 2003; Hartford, 2007; Allgulander, 2008;
   Davidson, 1999; Nimatoudis, 2004; Rickels, 2000; Katz, 2002; Kasper, 2009;

5. Duloxétine (nom commercial, cymbalta)
   Rynn, 2008; Koponon, 2004; Wu, 2011; Allgulander, 2007; Hartford, 2007;
   Allgulander, 2008.
ANNEXE 4

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

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

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

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

1. Psychothérapie cognitivo-comportementale individuelle: approche selon laquelle les difficultés psychologiques sont liées à des pensées ou à des comportements inadéquats. Le psychothérapeute utilise différentes techniques et stratégies afin d’aider un client à modifier ses comportements, ses pensées et ses émotions.

2. Psychothérapie cognitivo-comportementale de groupe: idem qu’en individuel.

3. Psychothérapie cognitivo-comportementale par ordinateur: idem sauf que le traitement se fait à l’ordinateur par l’entremise d’un programme informatisé.

4. Psychothérapie cognitivo-comportementale ciblant l’intolérance à l’incertitude: approche identique au #8 mais spécifique à une cible thérapeutique, celle de l’intolérance à l’incertitude.

5. Thérapie basée sur l’acceptation (ACT): La thérapie d’acceptation et d’engagement repose sur le moment présent et l’acceptation de ce qui est éprouvé, pensé et ressenti. Ce n’est qu’en acceptant ce que nous ne pouvons pas changer que nous réussissons à dégager les ressources nécessaires pour agir là où c’est possible afin d’orienter notre vie dans le sens des valeurs qui nous sont chères. Le but premier de la thérapie n’est pas la réduction des symptômes mais l’augmentation de la flexibilité psychologique afin de favoriser l’engagement dans des actions contribuant à la construction d’une existence riche et pleine de sens.

6. Thérapie méta-cognitive: Les objectifs cette thérapie sont d’abord de découvrir ce que les patients connaissent de leurs propres pensées et comment leur esprit fonctionne, puis, d’enseigner au client comment ces croyances erronées conduisent à des réponses inutiles et à des pensées qui servent à prolonger involontairement ou aggraver les symptômes. Enfin, cette approche vise à fournir au client, d’autres moyens de répondre aux pensées afin de permettre une réduction des symptômes.


8. Thérapie cognitive basée sur la Pleine conscience: L’approche basées sur la pleine conscience se distingue de la thérapie cognitivo-comportementale de différentes façons. D’abord, l’accent est mis sur l’acceptation radicale plutôt que sur des stratégies de changement cognitif. Les participants ne sont pas entraînés à modifier le contenu de leurs pensées, mais plutôt à observer ces pensées comme n’étant que des pensées plutôt qu’un reflet de la réalité. On enseigne aux participants à respirer en présence de leurs expériences (émotions, sensations, pensées), à aller vers celles-ci plutôt que de chercher à les modifier ou les corriger. Les participants apprennent à être conscients de la tendance à juger ou à évaluer leurs pensées, émotions et sensations en adoptant une attitude de bienveillance face à ces expériences.
ANNEXE 7

1er COLLECTE DE DONNÉES
Recherche doctorale Jean-Guy Rochefort

<table>
<thead>
<tr>
<th>NO CLIENT</th>
<th>No dossier</th>
</tr>
</thead>
</table>

**CRITÈRES D’INCLUSION**

<table>
<thead>
<tr>
<th>CRITÈRE</th>
<th>Description</th>
<th>Résultat</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AGE (18 ANS ET PLUS)</td>
<td>☐</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIAGNOSTIC TAG AU DOSSIER</td>
<td>☐</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**CRITÈRE D’EXCLUSION**

<table>
<thead>
<tr>
<th>CRITÈRE</th>
<th>Description</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TROUBLE NEUROCOGNITIF IDENTIFIÉ</td>
<td>☐</td>
</tr>
</tbody>
</table>
ANNEXE 8

2e COLLECTE DE DONNÉES
Recherche doctorale Jean-Guy Rochefort

NO CLIENT : ________________________

CARACTÉRISTIQUES DU CLIENT
Âge : _____ Sexe : M ☐ F ☐

Statut social : Marié/conjoint ☐ Célibataire ☐ Monoparental ☐

Statut d’emploi : Emploi ☐ BS ☐ Chômage ☐ Pension ☐ Invalidité ☐ Sans emploi ☐

Scolarité (complétée) Primaire ☐ Secondaire ☐ Cegep ☐ Université ☐

PRÉSENCE DE COMORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE (NOMMER LES DIAGNOSTICS) (ANEXE 5)

OUI ☐ NON ☐

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

OUI ☐ NON ☐

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

PRÉSENCE DE COMORBIDITÉ PHYSIQUE (NOMMER LES DIAGNOSTICS) (ANEXE 6)

OUI ☐ NON ☐

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

OUI ☐ NON ☐

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________
1ère QUESTION DE RECHERCHE

PRESRIPTION : TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE BASÉ SUR DONNÉES PROBANTES

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

2ème QUESTION DE RECHERCHE

PRESRIPTION : TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE BASÉ SUR DONNÉES PROBANTES

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

Collecte effectuée par : ________________________________ psychologue

# Membre de l’Ordre des psychologues du Québec : ___________

Date de la collecte : __________________________

*Cet instrument a été développé par Jean-Guy Rochefort, M.Ps., psychologue et requiert son autorisation pour des fins d’utilisation. 2015
ANNEXE 9

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Projet approuvé par le Comité d’éthique de recherche du CIUSSS-CN (no 2015-2016-20), le … 2016 Initiales _________
Confidentialité et gestion des données

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

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

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

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

Compensation
Aucune compensation monétaire n’est prévue.

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

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

__________________________  __________________
Signature du participant, de la participante Date

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

__________________________  __________________
Signature du chercheur Date

Renseignements supplémentaires

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

Plaintes ou critiques

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

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

Projet approuvé par le Comité d’éthique de recherche du CIUSSS-CN (no 2015-2016-20), le … 2016

Initiales ________
ANNEXE 10

FEUILLET D’INFORMATION

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

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

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

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

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

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

ATTESTATION DU CONSENTEMENT :
Le simple retour du formulaire de consentement sera considéré comme l’expression implicite de votre consentement à participer à ce projet.

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

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

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