



**Université de Montréal**

**Les effets à long terme d'une approche interpersonnelle pour le traitement de la phobie sociale : un suivi de 8 à 15 ans.**

**par Danitka Gibbs**

**Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences**

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph.D.)  
en psychologie - recherche et intervention  
option clinique

décembre 2013

© Danitka Gibbs, 2013

## RÉSUMÉ

La phobie sociale est le plus souvent décrite comme suivant une trajectoire chronique. Afin de modifier ce cours clinique, plusieurs protocoles de traitement ont été développés, leur efficacité ayant été démontrée dans de nombreuses études. Toutefois, est-ce que les gains rapportés se maintiennent des années suivant la fin du traitement? Cette dissertation avait pour objectif d'examiner cette question.

Une recension d'études a d'abord permis d'effectuer une analyse critique des évidences relatives à la durabilité des effets thérapeutiques des traitements contemporains. Cette recension a permis de constater que les études ayant inclus une période de suivi excédant un an sont peu nombreuses. Lorsque de telles études ont été recensées, la réduction de l'anxiété s'est avérée la retombée thérapeutique principalement investiguée. Les évidences demeurent parcellaires concernant la durabilité des gains sur d'autres dimensions de la phobie sociale, en l'occurrence le fonctionnement social, et quant au maintien de la rémission.

Pour combler ces lacunes, la durabilité des gains thérapeutiques, 8 à 15 ans suivant la fin d'un traitement d'approche interpersonnelle (AI), a été évaluée. Cette approche vise la dissolution du pattern global d'auto-protection, en améliorant la participation sociale et en facilitant le développement de modes relationnels plus adaptés. Cinquante-huit individus, satisfaisant initialement les critères de la phobie sociale, ont pris part à cette étude. Ces derniers ont rapporté des gains significatifs, jusqu'à une relance d'un an suivant la fin du traitement. L'évolution de l'anxiété sociale, de la détresse générale et du fonctionnement social, de la relance d'un an à la relance de 8 à 15 ans, a donc été évaluée. La signification statistique et clinique des effets obtenus dans le temps, de même que les différences individuelles, ont été examinées.

Les résultats révèlent que le protocole de traitement AI a produit des effets durables depuis la relance d'un an sur les variables examinées. La plupart des participants en rémission à la relance d'un an l'étaient encore une dizaine d'années plus tard. Les participants ayant rapporté une réduction cliniquement significative de la détresse sociale un an suivant la fin du

traitement ont connu une trajectoire similaire. Une augmentation significative du taux de rémission a également été constatée. Une analyse fonctionnelle a d'ailleurs révélé une amélioration des répertoires de comportements sociaux chez la majorité des participants, suggérant une dynamique de changement reflétant le passage de l'auto-protection à la participation sociale. Par ailleurs, une hypothèse issue de la perspective interpersonnelle de la phobie sociale et de son traitement a été étayée : une convergence des changements relevés sur les dimensions anxieuse et interpersonnelle a été notée. En somme, l'ensemble de ces résultats soutient l'efficacité à long terme du traitement AI.

MOTS CLÉS :

Phobie sociale ; traitement ; suivi à long terme ; approche interpersonnelle appliquée au traitement de la phobie sociale ; fonctionnement social ; rémission ; signification clinique.

## ABSTRACT

Social phobia has typically been described as a chronic problem. To alter this clinical course, several treatment regimens have been devised. Their efficacy has been shown in a number of studies. However, are the reported gains maintained years following treatment? The present study sought to investigate this issue.

A literature review firstly allowed us to conduct a critical analysis of the evidence pertaining to the durability of the therapeutic effects of contemporary treatments. This review showed that studies including follow-ups exceeding one year are scarce. In the few found studies, the alleviation of anxiety has generally been the main parameter examined. In general, evidence regarding the long term maintenance of gains associated with other features, namely social functioning, and remission is scant.

To bridge this gap, the maintenance of therapeutic gains, 8 to 15 years following treatment guided by an interpersonal approach (IA) was assessed in the current study. This approach aims at the dissolution of self-protective patterns of behaviour by improving social participation and facilitating the development of more adaptive relational patterns. Fifty eight individuals who initially met criteria for social phobia took part in the study. They reported significant gains up to one year following treatment. Thus, the evolution of social anxiety, general distress and social functioning from the 1-year follow-up to the 8-to-15-year follow-up were assessed. The statistical and clinical effects obtained over time, as well as the individual differences, were examined.

Results showed that the IA treatment regimen produced durable effects on the features examined, since the one-year follow-up. Most remitted participants at the 1-year follow-up were still in remission about 10 years later. Those who reported clinically significant changes on social distress one year following treatment displayed a similar trajectory. Furthermore, a significant increase in remission rates was observed. In consistency, a functional analysis revealed an improvement in patterns of social behaviour for the majority of participants, suggesting a dynamic change reflecting the transition from self-protection to social

participation. Moreover, a hypothesis drawn from the interpersonal perspective of social phobia and its treatment was supported : A concordance between the changes found on the anxious and the interpersonal features was noted. Taken together, these results lend support to the long term effectiveness of the IA approach.

KEY WORDS :

Social phobia ; treatment ; long term follow-up ; interpersonal approach to the treatment of social phobia ; social functioning ; remission ; clinical significance.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	ii
SUMMARY .....	iv
TABLE DES MATIÈRES .....	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	xii
LISTE DES FIGURES .....	xiv
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS .....	xv
REMERCIEMENTS.....	xvii

## INTRODUCTION

Introduction.....	1
-------------------	---

## PARTIE I

### CONTEXTE GÉNÉRAL ET THÉORIQUE, RECENSION DES ÉCRITS ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

#### Chapitre 1

##### La phobie sociale

La phobie sociale .....	5
“Des ” phobies sociales?.....	6
Un trouble commun?.....	8

#### Chapitre 2

##### La phobie sociale : trajectoire clinique

La phobie sociale et son évolution .....	10
Études prospectives « observationnelles » .....	12
Critères de sélection .....	12
Recension des études : constat général .....	12
Recension des études prospectives relatives aux populations cliniques .....	13
Harvard/Brown Anxiety Disorders Research Program (HARP) .....	13
Programme de recherche HARP: résultats .....	14
Primary Care Anxiety Project (PCAP) .....	16
Programme de recherche PCAP : résultats.....	17
La phobie sociale et son évolution : conclusion .....	18

## CHAPITRE 3

### La phobie sociale : conception reçue

La phobie sociale: conception reçue .....	20
Les approches intrapersonnelles pour le traitement de la phobie sociale : la réduction de l'anxiété .....	21

## CHAPITRE 4

### La phobie sociale: une perspective interpersonnelle

La phobie sociale: une perspective interpersonnelle .....	23
L'approche interpersonnelle appliquée au traitement de la phobie sociale .....	26
Processus d'évaluation .....	27
Auto-observation.....	27
Analyse fonctionnelle .....	28
Le traitement AI : contenu et processus thérapeutique .....	29
Autres approches thérapeutiques .....	33

## CHAPITRE 5

### Traitements psychologiques : efficacité à long terme

Recension des études .....	36
Recension des études : quelques constats.....	37
Efficacité thérapeutique et la rémission: effets à court terme .....	40
Efficacité thérapeutique à court terme et la rémission: discussion .....	42
Efficacité thérapeutique à court terme et la rémission: conclusion.....	44
Efficacité thérapeutique et la rémission : effets à long terme.....	45
Efficacité thérapeutique à long terme et la rémission : discussion .....	47
Efficacité thérapeutique à long terme et la rémission : conclusion .....	48
Efficacité thérapeutique et le fonctionnement social : effets à court terme .....	49
Affirmation de soi .....	51
Problèmes interpersonnels .....	52
Fréquence d'activités sociales .....	53
Activités prosociales. ....	53
Adaptation sociale .....	54
Observations additionnelles .....	55
Efficacité thérapeutique à court terme et le fonctionnement social : discussion .....	56
Efficacité thérapeutique à court terme et le fonctionnement social : conclusion .....	58
Efficacité thérapeutique et le fonctionnement social: effets à long terme .....	59
Efficacité thérapeutique à long terme et le fonctionnement social : conclusion .....	62
Efficacité thérapeutique et la détresse anxieuse: effets à court terme .....	62



Efficacité thérapeutique et la détresse anxieuse: effets à long terme .....	63
Efficacité thérapeutique à long terme et la détresse anxieuse : conclusion .....	66
Efficacité thérapeutique à court et à long terme : conclusion générale .....	67

## CHAPITRE 6

### La pharmacothérapie

Effets sur la rémission et le fonctionnement social: quelques constats .....	68
Durabilité des effets thérapeutiques .....	70
Études de maintien avec placebo .....	70
Études de maintien sans placebo: effets à court terme .....	71
Études de maintien sans placebo: effets à long terme .....	73
Durabilité des effets thérapeutiques : conclusion .....	75

## CHAPITRE 7

### Justification de l'étude proposée et hypothèses de recherche

Justification de l'étude proposée et hypothèses de recherche.....	77
Apports de l'étude proposée .....	78
Questions et hypothèses de recherche.....	82

## PARTIE II

### MÉTHODE, ANALYSES ET RÉSULTATS

## CHAPITRE 8

### Méthode

Études cliniques initiales.....	85
Participants .....	85
Procédure.....	86
Attrition .....	86
Processus d'évaluation et traitement AI .....	87
Relance 8-15 ans .....	87
Participants .....	87
Entrevues cliniques et mesures auto-rapportées.....	90
Entrevue clinique structurée.....	90
Analyse fonctionnelle .....	91
Mesures auto-rapportées .....	95
Traitement des données et analyses statistiques .....	98

## CHAPITRE 9

### Résultats

Analyses préliminaires.....	103
Évaluation de l'équivalence des groupes composant l'échantillon à l'étude .....	103
Équivalence des versions AI .....	103
Équivalence des cohortes provenant des études cliniques initiales.....	104
Évaluation de l'équivalence des participants à l'étude et des non-participants et évaluation des gains obtenus à court terme .....	104
<i>Les participants et les non-participants à la relance 8-15 ans sont-ils équivalents quant à leur profil sociodémographique et clinique au pré-traitement?</i> .....	105
<i>Les participants et les non-participants sont-ils équivalents quant à l'évolution de leurs difficultés sociales à l'issue du processus thérapeutique?</i> .....	110
Effets intragroupes .....	110
Effets intergroupes .....	112
<i>Les participants à l'étude rapportent-ils des gains thérapeutiques significatifs à l'issue du traitement?</i> .....	117
Analyses préliminaires: résumé .....	117
Analyses principales .....	118
Résultats principaux.....	118
Caractéristiques des participants à la relance 8-15 ans .....	118
Vérification des hypothèses principales .....	121
<i>Une durabilité des gains ou leur amélioration depuis la relance un an sera-t-elle rapportée à la relance 8-15 ans?</i> .....	121
Peurs sociales et tendance à éviter.....	122
Psychopathologie générale .....	126
Fonctionnement social: SAS-SR .....	129
Fonctionnement social: Analyse fonctionnelle.....	132
Taille des effets obtenus aux mesures auto-rapportées .....	133
Signification clinique des effets obtenus .....	135
Méthode de Jacobson et Truax (1991).....	135
Méthode de Jacobson et Truax : considérations statistiques .....	136
Statut clinique .....	140
Hypothèse 1: résumé .....	142
<i>Les changements sur les dimensions anxieuse et interpersonnelle convergeront-ils à la relance 8-15 ans?</i> .....	142
Analyses additionnelles .....	145
Participants n'ayant pas reçu de traitements additionnels: évaluation du maintien des gains thérapeutiques .....	145
Participants ayant reçu un traitement additionnel (TA) versus ceux n'ayant pas reçu de traitements additionnels (non TA) .....	147

<i>Les participants TA se distinguent-ils des participants non TA quant à leur profil sociodémographique et clinique initial?</i> .....	147
<i>Les participants TA ont-ils bénéficié du traitement à court terme?</i> .....	152
<i>Les participants TA se distinguent-ils des participants non TA quant à l'évolution de leurs difficultés de la relance un an à la relance 8-15 ans?</i> .....	153
Participants qui répondaient aux critères de la phobie sociale à la relance un an : traitement additionnel reçu.....	154
Participants qui répondent aux critères de la phobie sociale versus ceux en rémission à la relance 8-15 ans .....	155
<i>Les participants PS se distinguent-ils des participants en rémission quant à leur profil sociodémographique et clinique initial?</i> .....	155
Évolution des difficultés à court terme en fonction du statut clinique .....	160
Évolution des difficultés à court terme en fonction du statut clinique : résumé .....	162

### **PARTIE III**

### **DISCUSSION**

#### **CHAPITRE 10**

##### **Discussion**

Discussion.....	164
Appréciation des résultats et autres considérations .....	165
Principaux constats.....	165
Le maintien global des gains thérapeutiques à long terme .....	165
Anxiété sociale et détresse générale .....	166
Fonctionnement social.....	167
Anxiété sociale et fonctionnement social: résultats qui remettent en question les hypothèses .....	169
Changements cliniquement significatifs.....	171
La convergence des dimensions anxieuse et interpersonnelle à la lumière des changements thérapeutiques .....	174
Une explication alternative possible des effets: traitements additionnels reçus .....	177
Implications théoriques et cliniques des résultats: conclusion générale .....	180
Forces de l'étude .....	181
Limites de l'étude .....	183
Recherches futures et implications pratiques.....	188

### **RÉFÉRENCES**

Références.....	195
-----------------	-----

## ANNEXES

ANNEXE A	Critères de la phobie sociale (DSM-IV).....	i
ANNEXE B	L'évolution de la phobie sociale: populations non cliniques .....	iii
ANNEXE C	Caractéristiques distinctives et communes des quatre versions du traitement AI.....	vii
ANNEXE D	Résumé des études recensées : effets thérapeutiques à court terme et la rémission .....	ix
ANNEXE E	Résumé des études recensées : effets thérapeutiques à court terme et le fonctionnement social .....	xv
ANNEXE F	<i>Social Anxiety and Distress (SAD)</i> .....	xxv
ANNEXE G	<i>Fear of Negative Evaluation (FNE)</i> .....	xxviii
ANNEXE H	<i>Fear Questionnaire (FQ)</i> .....	xxxi
ANNEXE I	<i>Symptom Check-List – 90 – Revised (SCL-90-R)</i> .....	xxxiv
ANNEXE J	<i>Social Adjustment Scale - Self Report (SAS-SR)</i> .....	xli
ANNEXE K	Équivalence des versions AI .....	lix
ANNEXE L	Équivalence des cohortes provenant des études cliniques initiales.....	lxv
ANNEXE M	Équivalence des groupes répondant ou non aux critères d'inclusion de la relance 8-15 ans .....	lxxiv
ANNEXE N	Analyse fonctionnelle : données qualitatives .....	lxxix
ANNEXE O	Participants non TA: évaluation du maintien des gains thérapeutiques.....	lxxxv

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Études de suivi long terme et variables examinées..	39
Tableau II	Caractéristiques sociodémographiques des participants à la relance 8-15 ans et des non-participants au pré-traitement et résultats des analyses comparatives	107
Tableau III	Caractéristiques cliniques des participants à la relance 8-15 ans et des non-participants au pré-traitement et résultats des analyses comparatives	108
Tableau IV	Moyennes et écarts-types, au pré-traitement, sur l'anxiété sociale, la psychopathologie générale et le fonctionnement social des participants et des non-participants à la relance 8-15 ans et résultats des analyses comparatives	109
Tableau V	Tailles d'effet, du pré-traitement à la relance un an, pour les participants et les non-participants à la relance 8-15 ans.	112
Tableau VI	Moyennes et écarts-types, au post-traitement et à la relance un an, des participants et des non-participants à la relance 8-15 ans aux échelles d'anxiété sociale et d'évitement et résultats des analyses de covariance	114
Tableau VII	Moyennes et écarts-types, au post-traitement et à la relance un an, des participants et des non-participants à la relance 8-15 ans aux échelles de psychopathologie générale (SCL-90-R) et résultats des analyses de covariance	115
Tableau VIII	Moyennes et écarts-types, au post-traitement et à la relance un an, des participants et des non-participants à la relance 8-15 ans aux échelles de fonctionnement social (SAS-SR) et résultats des analyses de covariance	116
Tableau IX	Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants à l'évaluation de relance 8-15 ans	120
Tableau X	Moyennes, écarts-types et contrastes simples (relance un an versus relance 8-15 ans) aux mesures d'anxiété sociale	125
Tableau XI	Moyennes, écarts-types et contrastes simples (relance un an versus relance 8-15 ans) aux mesures de détresse générale (SCL-90-R)	128
Tableau XII	Moyennes, écarts-types et contrastes simples (relance un an versus relance 8-15 ans) aux mesures de fonctionnement social (SAS-SR)	131

Tableau XIII	Tailles d'effet sur l'anxiété sociale, la détresse générale et le fonctionnement social.....	134
Tableau XIV	Changement cliniquement significatif sur le SAD aux relances un an et 8-15 ans comparativement au pré-traitement selon la méthode de Jacobson et Truax (1991) .....	137
Tableau XV	Taux de participants en fonction de l'évolution du statut clinique, de la relance un an à la relance 8-15 ans .....	140
Tableau XVI	Concordance entre les dimensions interpersonnelle et anxieuse à la relance 8-15 ans .....	144
Tableau XVII	Caractéristiques sociodémographiques au pré-traitement des participants ayant reçu ou non un traitement additionnel et résultats des analyses comparatives .....	149
Tableau XVIII	Caractéristiques cliniques au pré-traitement des participants ayant reçu ou non un traitement additionnel et résultats des analyses comparatives.....	150
Tableau XIX	Moyennes et écarts-types, au cours des périodes d'évaluation, au score global d'anxiété sociale, de détresse générale et de fonctionnement social des participants ayant reçu ou non un traitement additionnel. ....	151
Tableau XX	Caractéristiques sociodémographiques au pré-traitement des participants à la relance 8-15 ans en fonction de leur statut clinique.....	157
Tableau XXI	Caractéristiques cliniques, au pré-traitement, des participants à la relance 8-15 ans en fonction de leur statut clinique .....	158
Tableau XXII	Moyennes et écarts-types au cours des périodes d'évaluation au score global d'anxiété sociale, de détresse générale et de fonctionnement social des participants, en fonction de leur statut clinique à la relance 8-15 ans .....	159
Tableau XXIII	Tailles d'effet et taux de changement cliniquement significatif du pré-traitement à la relance un an chez les participants répondant aux critères de la phobie sociale à la relance 8-15 ans .....	161

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Scores moyens obtenus aux mesures d'anxiété sociale au cours des périodes d'évaluation.....	123
Figure 2	Scores moyens obtenus aux sous-échelles du SAD au cours des périodes d'évaluation.....	124
Figure 3	Scores moyens obtenus à l'échelle de psychopathologie générale au cours des périodes d'évaluation .....	127
Figure 4	Scores moyens obtenus sur le fonctionnement social au cours des périodes d'évaluation.....	130
Figure 5	Nombre et proportion de participants en rémission au cours des périodes d'évaluation.....	141

## LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ADIS-IV	<i>Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV</i>
ADIS-IV-TR	<i>Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV</i> (version révisée de l'ADIS-IV)
AI	Approche interpersonnelle appliquée au traitement de la phobie sociale
AI-D	Approche interpersonnelle avec discussion de groupe
AI-EHS	Approche interpersonnelle avec entraînement aux habiletés sociales
AI-I	Approche interpersonnelle en format individuel
AI-PC	Approche interpersonnelle avec pratique comportementale
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CGI	<i>Clinical Global Impression</i>
CIM	Classification internationale des maladies
CIM-10	Classification internationale des maladies (10 <sup>e</sup> édition)
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
DSM-III	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (3 <sup>e</sup> édition)
DSM-III-R	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (version révisée de la 3 <sup>e</sup> édition)
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (4 <sup>e</sup> édition)
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (version révisée de la 4 <sup>e</sup> édition)
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (5 <sup>e</sup> édition)
FNE	<i>Fear of Negative Evaluation</i>
FQ	<i>Fear Questionnaire</i>
FQ-SP	<i>Fear Questionnaire-Social Phobia</i>
HARP	<i>Harvard/Brown Anxiety Disorders Research Program</i>
IPT	Psychothérapie interpersonnelle
ISRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
LIFE-UP	<i>Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation</i>
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCAP	<i>Primary Care Anxiety Project</i>
PS	Individus ou participants satisfaisant aux critères de la phobie sociale
SAD	<i>Social Avoidance and Distress</i>
SAS-SR	<i>Social Adjustment Scale - Self Report</i>
SCID	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i>
SCL-90-R	<i>Symptom Check-List - 90 - Revised</i>
SDS	<i>Sheehan Disability Scale</i>
TA	Traitement additionnel reçu / Participants ayant reçu un traitement additionnel



*Aux participants de l'étude*

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tous ceux et celles qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce projet de recherche. Sans eux et sans la présence et l'encouragement de plusieurs personnes significatives, mon parcours doctoral n'aurait pas été le même.

En premier lieu, j'aimerais exprimer mes sincères remerciements à mon directeur de recherche, le Dr Ariel Stravynski, pour sa disponibilité et son appui. Le fait d'avoir travaillé sous sa direction a été une expérience d'apprentissage pour laquelle je lui suis profondément reconnaissante. Merci de m'avoir donné cette opportunité. Je remercie également Lise Lachance pour ses judicieux conseils statistiques.

Merci à ma collègue et amie Angela. Merci pour ton aide pendant la réalisation de cette étude et pour tous les autres moments qui ont su rendre cette aventure doctorale des plus agréables. Ce fut un plaisir de travailler à tes côtés. Je veux aussi remercier Bessy et Jean-François F. pour leur précieuse assistance. De plus, je tiens à exprimer ma reconnaissance aux participants de l'étude qui ont été indispensables à ce projet. Je les remercie pour leur temps et pour tout ce qu'ils m'ont appris à travers leurs témoignages.

Mes remerciements s'adressent également à ma famille pour leur soutien inconditionnel. Merci Méli et Gaétan. À mes parents, Odette et André, merci infiniment. Je n'ai pas assez de mots pour vous témoigner toute ma gratitude pour m'avoir inculqué ce désir d'apprendre, et surtout pour ce que vous avez fait pour moi durant mon parcours.

Je tiens à remercier Simon-Pierre. Sa présence et son soutien ont été inestimables. J'aimerais également exprimer un merci tout spécial à des amis et à d'anciens collègues que j'ai eu le bonheur de rencontrer lors de ma « première vie » aux études supérieures. Leur parcours a d'ailleurs su m'inspirer pendant la poursuite de mes études doctorales : j'aimerais d'abord remercier mon amie Olena pour nos longues conversations, sa présence et ses nombreux mots d'encouragement qui me parvenaient toujours au bon moment. Merci pour ton indéfectible amitié. Micheline, Paul, Vicky, Jacques et Anik, merci pour les bons moments

que nous avons partagés lors de nos études et pour les amitiés qui perdurent et que j'apprécie pleinement. Par ailleurs, j'aimerais remercier mon amie Céline pour son soutien, pour nos conversations et nos sorties qui ont contribué à ponctuer mon parcours de salutaires moments de répit.

À ma famille et mes amis, je me considère privilégiée de vous avoir dans ma vie.

## INTRODUCTION

Être en relation avec les autres comporte nombre d'opportunités, mais également sa part de défis qui nous amènent à certains moments à nous préoccuper du regard que les autres posent sur nous et à vivre des peurs sociales. Teintée par notre histoire personnelle et développementale, la façon de composer avec les dangers potentiels relatifs à nos contacts interpersonnels quotidiens peut prendre diverses formes. Elle peut se traduire par une vigilance exacerbée mais passagère, qui se présente ponctuellement en fonction des demandes de la vie sociale, tel que se mobiliser pour faire bonne impression en vue d'une entrevue d'embauche ou d'un rendez-vous galant. En revanche, des préoccupations sociales plus envahissantes peuvent refléter un mode de fonctionnement persistant caractérisé par la réticence sociale et l'appréhension. Dans ce cas, initier une conversation avec une connaissance ou un étranger, parler en groupe, affirmer ses besoins ou courtiser peut s'avérer terrifiant, un défi insurmontable, reflétant une difficulté importante à faire face aux demandes sociales qui se présentent et à assumer les rôles sociaux désirés de façon adéquate. La vie sociale s'en voit considérablement appauvrie. De telles difficultés fonctionnelles caractérisent la phobie sociale (voir Stravynski, 2007; 2013).

Comme il sera plus longuement abordé dans les prochains chapitres, la phobie sociale est typiquement associée à une trajectoire chronique. Lors d'une première consultation, les individus qui répondent à ses critères (individus PS) rapporteront souvent avoir passé plus de 20 ans de leur vie à transiger avec plusieurs situations sociales de façon à se protéger des conséquences redoutées : la critique, l'humiliation, le rejet, en les fuyant ou en les évitant, mais surtout en n'y participant que tentativement, passivement, ou de façon inadéquate, tout en vivant une détresse anxieuse importante (voir Stravynski, 2007; 2013). Face à un tel constat, on peut se demander ce qui aide les individus PS à connaître une trajectoire clinique différente.

Avec l'entrée de la phobie sociale dans le DSM, un nombre important d'études sur son traitement ont été réalisées au cours des trois dernières décennies. Ainsi, nous savons maintenant que les traitements contemporains sont en mesure d'atténuer les difficultés

phobiques des individus PS, leur efficacité étant amplement documentée dans les écrits (Ponniah & Hollon, 2008; Rodebaugh, Holaway, & Heimberg, 2004; Rowa & Antony, 2005; Stravynski, 2007, pp. 289-334). Mais des questions importantes demeurent : est-ce que les effets détectés perdurent des années plus tard? Si la réponse est affirmative, on peut se demander quelle est la nature de ces effets?

Le maintien des gains thérapeutiques de plusieurs mois à un an suivant la fin de protocoles de traitement a fait l'objet d'un nombre considérable d'études. Toutefois, les évidences relatives à la durabilité des effets au-delà de cette période s'avèrent limitées. De plus, guidées par la conception reçue de la phobie sociale, définie comme un *trouble de l'anxiété*, les études de traitement se sont surtout penchées sur la réduction de la détresse anxieuse comme retombée thérapeutique principale. Par conséquent, peu d'entre elles se sont attardées au fonctionnement interpersonnel à la fois comme problème à traiter et comme indicateur d'efficacité thérapeutique. L'évaluation à long terme d'une approche interpersonnelle appliquée au traitement de la phobie sociale (AI; Stravynski, 2007, 2013) participera ainsi à combler ces lacunes.

La présente dissertation est divisée en trois parties. La première partie, intitulée « Contexte général et théorique, recension des écrits et justification de l'étude » est structurée en sept chapitres. Spécifiquement, le chapitre 1 a pour but de faire un bref exposé de l'état des connaissances sur la phobie sociale et de l'évolution du construit. Le chapitre 2 s'attarde plutôt à sa trajectoire clinique : celle-ci est abordée en examinant les évidences recueillies auprès de populations cliniques, par le biais d'études ayant « observé » l'évolution de la phobie sociale dans le temps, sans manipuler les interventions reçues par les individus PS. Les constats soulevés sont ainsi comparés aux évidences concernant le cours clinique de la phobie sociale lorsque le type de traitement reçu est contrôlé. Cette recension d'études, qui examine l'efficacité thérapeutique, à court et à long terme, des traitements psychologiques contemporains, fait l'objet du chapitre 5. Celui-ci est cependant précédé d'un exposé des considérations conceptuelles qui guident ces traitements, pour être en mesure de mieux interpréter leurs effets sur le statut clinique, de même que sur les dimensions fonctionnelles et anxieuses de la phobie sociale. Le chapitre 3 a donc pour but de présenter la conception reçue

de la phobie sociale et de son traitement, alors que le chapitre 4 présente une conception alternative à celle qui prévaut dans les écrits, soit une perspective interpersonnelle appliquée à la phobie sociale, à partir de laquelle le traitement AI a été élaboré (Stravynski, 2007, 2013). Par ailleurs, le chapitre 6 aborde les effets thérapeutiques associés à la pharmacothérapie qui, à l'instar des traitements psychologiques, ont été étayés à court terme. Ce chapitre s'attarde toutefois sur leurs effets à long terme. Finalement, le chapitre 7 présente le rationnel de l'étude, de même que les hypothèses principales.

La deuxième partie de cet ouvrage, intitulée « Méthode, analyses et résultats » décrit, dans le chapitre 8, la méthode et les analyses statistiques employées dans l'étude proposée et présente, dans le chapitre 9, les résultats obtenus en fonction des hypothèses formulées.

Finalement, le chapitre 10 fera l'objet de la partie « Discussion ». Ce dernier est constitué d'une discussion des résultats obtenus, en les comparant aux évidences existantes sur la phobie sociale et son traitement et en interprétant leur signification sur le plan théorique et clinique. Les forces et les limites de l'étude seront également abordées, suivies d'une présentation sur les implications pratiques et les pistes de recherches futures.

PARTIE I  
CONTEXTE GÉNÉRAL ET THÉORIQUE, RECENSION DES ÉCRITS ET  
JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

## CHAPITRE 1

### La phobie sociale

Monsieur B tente autant que possible de ne pas avoir à affronter certaines situations sociales qu'il qualifie de « pénibles ». Il rapporte qu'aussi loin qu'il se souvienne s'être toujours senti inconfortable en présence de gens non familiers, mais que ses difficultés se sont surtout exacerbées lors de ses études secondaires. Il évoque une situation à l'intérieur de laquelle il n'aurait su répondre à une question d'un professeur qu'il décrit comme « autoritaire ». Il se serait alors mis à rougir, ce qui aurait provoqué des taquineries de la part de certains camarades de classe.

Dans les situations de groupe, formelles ou informelles, Monsieur B craindrait d'être le centre de l'attention, de rougir et de perdre l'estime des autres. Bien qu'il soit à l'aise avec quelques amis de longue date, les invitations par les connaissances à participer à des rencontres sociales sont le plus souvent déclinées : face à ses interlocuteurs, il peut alors avoir recours à des justifications élaborées ou choisira plutôt de laisser un message sur une boîte vocale pour éviter la confrontation avec une personne trop insistante. Par conséquent, son réseau social est considérablement réduit. Au cours des heures précédant une rencontre sociale impliquant des gens non familiers, il commence à se poser des questions sur les personnes qui seront présentes et sent l'anxiété graduellement l'envahir. Il choisit de porter des vêtements « légers » pour éviter d'avoir chaud et s'assure d'être accompagné de son épouse. En situation il demeure en retrait et prend rarement l'initiative d'engager une conversation avec quelqu'un - même s'il le désire. Lorsque d'autres personnes l'abordent, il a tendance à poser des questions pour détourner l'attention et ne pas avoir à parler de lui; il trouve ultimement un prétexte pour mettre fin à la conversation.

Au travail, Monsieur B minimise les activités informelles de groupe avec ses collègues en continuant à assumer ses responsabilités professionnelles pendant les pauses ou en évitant de se joindre aux 5 à 7, prétextant des obligations familiales. Alors qu'il convoitait depuis longtemps une promotion qu'on venait de lui offrir, il décide tout de même de la décliner pour ne pas avoir à faire de présentations formelles devant ses pairs; il appréhende d'exposer son malaise, de « perdre ses moyens » et, conséquemment, de susciter des commentaires négatifs à son endroit. En fait, dans les réunions de travail, il veille autant que possible à ne pas attirer l'attention sur lui. Même s'il veut poser une question ou intervenir, il a tendance à ne pas prendre la parole. Lorsqu'il ne peut y échapper, son cœur se met à battre la chamade, les idées se bousculent dans sa tête. Il craint de rougir et n'intervient que très brièvement. Quelques minutes avant la fin de la réunion, il anticipe le fait d'être interpellé de façon impromptue par son patron avant qu'il n'ait le temps de retourner à son bureau. Il connaît alors un désir marqué de s'esquiver...



Des réactions comportementales et anxieuses rappelant celles évoquées dans cet exemple de cas auraient été observées depuis l'Antiquité, tel qu'illustré par les écrits d'Hippocrate (cité dans Servant & Parquet, 1997); c'est en fait « une vieille histoire »<sup>1</sup> :

« En raison de sa timidité, de son caractère suspicieux et timoré, il ne pourra être dévisagé, il aimera vivre dans l'ombre [...]. Il n'osera pas aller en compagnie de peur d'être abusé, ridiculisé, dépassé par ses gestes ou ses paroles, de paraître malade, il pense alors que tout le monde l'observe. » (p. 2).

Le type de manifestations relevées chez cet individu, et dans la description présentée plus haut, ont notamment été qualifiées de « *phobies sociales* » ou « phobies de la société » au début du 20<sup>e</sup> siècle par le psychologue français Pierre Janet (1908, p. 217, italiques originaux) : il les définit comme ayant la particularité de ne pas être vécues lorsque la personne est seule, mais en présence des autres ou en agissant sous leurs regards. Cependant, la phobie sociale n'a été considérée comme un construit distinct qu'environ deux générations plus tard dans l'étude empirique de Marks & Gelder (1966) et a par la suite été incluse dans la troisième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), publiée par l'*American Psychiatric Association* (APA) (DSM-III; APA, 1980). Les travaux de Isaac Marks (voir Marks, 1987) ont jeté les bases des critères de la phobie sociale formulés depuis et dans les éditions qui ont suivi (APA; 1987, 1994, 2000, 2013).

### « Des » phobies sociales?

Les critères employés pour identifier la phobie sociale ont évolué depuis le DSM-III. Dans cette édition (APA, 1980), la phobie sociale renvoyait essentiellement à une peur qualifiée de persistante, reconnue par l'individu PS comme étant irrationnelle, et accompagnée d'un désir dit contraignant d'éviter les situations redoutées. Ces dernières étaient définies comme impliquant la possibilité d'être observé par les autres et de faire quelque chose qui pourrait s'avérer embarrassant ou humiliant. Les situations redoutées étaient plutôt considérées comme circonscrites, telle que la peur de manger en présence des autres, parler en

---

<sup>1</sup> André & Légeron (2003, p.25) ont ainsi qualifié le fait que des réactions phobiques qui rappellent celles associées à la phobie sociale ont été rapportées dans les écrits littéraires, notamment, depuis longtemps.

public ou d'utiliser des toilettes publiques. Cependant, dans la version révisée de cette édition (DSM-III-R; APA, 1987), la phobie sociale pouvait se traduire par des peurs se manifestant dans la plupart des situations sociales. La nature ou l'étendue des situations sociales redoutées qualifiant ce « type généralisé » n'a toutefois pas été précisée; ainsi, des sous-types distincts ont été proposés (voir notamment Hofmann, Heinrichs, & Moscovitch, 2004 qui ont fait état de la question). En l'occurrence, des sous-types ont été étudiés en fonction du nombre de situations sociales craintes et évitées, de leur nature - telles que des situations interpersonnelles (p. ex. initier une conversation avec quelqu'un lors d'une rencontre sociale) ou de performance (p. ex. présenter un rapport dans le cadre d'une réunion) - ou d'une combinaison des deux (p. ex. Stein et al., 2000, Turner, Beidel, & Townsley, 1992, Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer & Liebowitz, 1993). Cependant, des chercheurs ont déjà constaté que :

« [...] there are almost as many operational definitions of social phobia subtypes as there are research groups studying the disorder. Unfortunately, very little is known about the range of social situations to be used in subtyping individuals with social phobia. » (Hofmann & Barlow, 2002, p. 458)

Ainsi, plusieurs abondent dans le sens que les évidences empiriques supportant des types de phobie sociale distincts ne sont pas concluantes (p. ex. Hofmann et al., 2004; Rapee & Spence, 2004; Stein et al., 2010), sans compter le débat qui entoure la distinction entre la phobie sociale et le trouble de la personnalité évitante (voir Reich, 2000). Le trouble de personnalité évitante peut d'ailleurs être identifié de façon cooccurrence à la phobie sociale depuis le DSM-III-R. Qui plus est, le fait que la cooccurrence d'autres troubles psychologiques (p. ex. trouble de dépression majeure, abus d'alcool), typiquement secondaires à la phobie sociale, soit plus souvent la règle que l'exception (Merikangas & Angst, 1995; voir également Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001; Kessler, Stang, Wittchen, Stein, & Walters, 1999) complexifie par le fait même le tableau clinique<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Par ailleurs, le trouble *Taijin Kyofusho* (terme japonais) est présenté dans le DSM-IV-TR, notamment, comme une phobie sociale ayant une spécificité culturelle. Ce trouble est caractérisé par une peur marquée d'embarrasser ou d'offenser les autres à cause de réactions physiologiques (p. ex. rougir) ou d'agissements perçus comme inappropriés (p. ex. fixer quelqu'un d'une façon inappropriée) (voir également Dinnel, Kleinknecht et Tanaka-Matsumi, 2002).

En somme, les critères formulés dans le DSM-III-R sont demeurés essentiellement les mêmes dans la quatrième édition du DSM (DSM-IV; APA, 1994) (voir annexe A) et sa version révisée (DSM-IV-TR; APA, 2000), alors que dans la dernière édition du DSM (DSM-5; APA, 2013) le schème bipartite (c.-à-d. type généralisé ou non) a été abandonné. Si les peurs se limitent au fait de performer en public (p. ex. parler), il est toutefois possible de le spécifier<sup>3</sup>.

### **Un trouble commun?**

Considéré dans les années 1980 comme un trouble ayant suscité peu d'intérêt dans les écrits scientifique (Liebowitz, Gorman, Fyer, & Klein, 1985), le nombre considérable d'études qui ont été menées au cours des années et décennies suivantes indiquent que la phobie sociale représente l'un des troubles psychologiques les plus communs. Par exemple, une étude américaine menée auprès de 9282 répondants adultes a estimé que selon le DSM-IV (APA, 1994) 12.1% des répondants ont satisfait, au cours de leur vie, aux critères de la *phobie sociale* (Kessler et al., 2005). Dans cette étude, ce taux suivait celui du trouble de dépression majeure (16.6%), de l'abus d'alcool (13.2%) et de la phobie spécifique (12.5%). Au Canada, il a notamment été rapporté qu'au cours des douze derniers mois précédent une étude épidémiologique qui a été menée, environ 7% des répondants ont satisfait les critères du DSM-IV (Stein, Torgrud, & Walker, 2000). Un taux similaire a été obtenu lorsque les critères de l'édition précédente du DSM ont été employés (Offord et al., 1996).

Bien que ces données illustrent le fait qu'une proportion significative d'individus est susceptible de vivre des difficultés fonctionnelles significatives associées à des peurs sociales, des disparités importantes ont été relevées quant à ces estimations dans les études épidémiologiques (Furmark, 2002; Stein et al., 2010) et ce, dans un même pays (Furmark,

---

<sup>3</sup> Il faut également mentionner qu'autour de la période entourant la publication du DSM-III, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié ses propres critères de la phobie sociale par le biais de la Classification Internationale des Maladies qui en est maintenant à sa dixième édition (CIM-10; OMS, 1992). Bien que les critères soient similaires à ceux du DSM, contrairement à ce dernier des réactions spécifiques (p. ex. rougir, avoir peur de vomir ou d'uriner) doivent notamment être rapportées pour identifier une phobie sociale.

2002). Ces différences peuvent être notamment expliquées par des variations méthodologiques, telles que la population examinée, le nombre de situations sociales évaluées ou les critères utilisés pour identifier la phobie sociale ainsi que les seuils de signification clinique employés (Furmark et al. 1999; Furmark, 2002; Keller, 2003). Il est également proposé que ces disparités reflètent un problème dans la mesure même de la phobie sociale (p. ex. entrevues structurées guidées par les critères du DSM) et traduisent le manque de validité écologique de ses critères (phobie sociale) et, par le fait même, du construit que ceux-ci tentent de mesurer (Stravynski, 2007, p.138).

Néanmoins, si on présume que la phobie sociale reflète une entité réelle, l'ensemble de ces constats mettent en lumière le fait qu'elle représente un groupe hétérogène d'individus et que les critères des systèmes de classification contemporains (DSM/CIM) peuvent difficilement rendre justice aux diverses présentations clinique qui la caractérise.

En faisant abstraction de ces profils cliniques variés, il convient maintenant de se demander à quoi ressemble la trajectoire de la phobie sociale une fois formée. En d'autres termes, comment cette trajectoire tend à être observée et décrite par les individus PS? Que constatent les chercheurs lorsqu'ils examinent cette trajectoire de façon prospective? Ces questions seront abordées dans le prochain chapitre.

## CHAPITRE 2

### La phobie sociale : trajectoire clinique

#### La phobie sociale et son évolution

La phobie sociale se développe typiquement à l'adolescence (p. ex. Kessler et al., 2005; Bruce et al., 2005), alors que les demandes sociales propres à la période adulte du développement, par exemple acquérir une autonomie financière ou se trouver un partenaire de vie, se présentent de façon plus marquée (Stravynski, 2007, p. 349; voir aussi pp. 88-89). Cependant, lorsque la phobie sociale est complètement formée chez un individu, elle est souvent décrite comme suivant une trajectoire « chronique » (p. ex. Keller, 2003; Wittchen & Fehm, 2003).

La persistance de la phobie sociale se reflète entre autres par sa durée, telle que rapportée, de façon rétrospective, par les patients. En effet, les individus PS rapportent typiquement la présence de peurs sociales marquées depuis, en moyenne, plus de 15 (p. ex. Acarturk, de Graaf, van Straten, ten Have, & Cuijpers, 2008; Davidson et al. 1993; Fehm, Beesdo, Jacobi, & Fiedler, 2008) ou 20 ans (p. ex. Beard et al., 2010; Chartier, Hazen, & Stein, 1998; Ramsawh, Raffa, Orlando Edelen, Rende, & Keller, 2009; Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski, Arbel, Gaudette, & Lachance, 2013). Spécifiquement, Chartier et ses collaborateurs (1998) se sont enquis de la durée de la phobie sociale chez 39 membres<sup>1</sup> de la famille immédiate d'individus PS. Tel qu'évalué par les chercheurs, ils auraient répondu aux critères de la phobie sociale (DSM-IV) au cours de leur vie. Cependant, ces participants avaient pour particularité la caractéristique suivante : selon leurs dires, ils n'avaient jamais reçu de traitement ou n'avaient jamais été évalués pour leur phobie sociale avant leur participation à l'étude (voir Stein et al., 1998). Ceci a donc permis d'investiguer l'évolution de la phobie sociale, sans prise en charge professionnelle.

Les résultats illustrent bien la chronicité de la phobie sociale. À cet effet, la durée

---

<sup>1</sup> Âge moyen = 47.4, écart-type = 11.1 ans.

moyenne des difficultés phobiques rapportées par les participants s'élevait à 29 ans, alors que près de 60% d'entre eux répondaient encore aux critères de la phobie sociale au moment de l'étude. Par ailleurs, les données qualitatives recueillies quant à la trajectoire des difficultés sociales suggèrent une phobie sociale persistante ou, si la rémission était atteinte, une absence de sa récurrence. La rémission réfère dans cette étude au fait de ne plus répondre aux critères du DSM-IV. Toutefois, la nature transversale et rétrospective de ces données ne peut adéquatement rendre compte de la fluctuation de la phobie sociale dans le temps. Ce devis expérimental peut également être soumis à des biais de rappel.

Idéalement, une étude devrait être menée auprès d'individus PS jeunes adultes répondant aux critères de la phobie sociale, qui n'ont jamais reçu de traitement ou qui n'ont jamais été évalués pour leur phobie sociale avant le début du suivi. Pour bien comprendre la trajectoire « naturelle » de la phobie sociale à travers les circonstances de vie particulières à chacun, ces participants ne devraient avoir reçu aucune intervention psychologique ou pharmacologique formelle. De toute évidence, outre les défis pratiques, il s'avèrerait difficile d'examiner de cette façon l'évolution « sans traitement » de la phobie sociale de façon prospective sans contrevenir à des considérations éthiques.

Une recension d'études prospectives de nature « observationnelle » nous permettra toutefois d'examiner cette question. Par « observationnelle » on entend que des individus PS provenant ou non d'un contexte clinique ont été évalués à différentes périodes, sans que les chercheurs n'exercent d'influence sur la trajectoire clinique de la phobie sociale, par exemple en contrôlant le type de traitement reçu. Ces études seront abordées dans la prochaine section. En premier lieu, les critères de sélection de cette recension seront brièvement exposés. En second lieu, les données issues des études retenues seront présentées.

## Études prospectives « observationnelles »

### *Critères de sélection*

Tout d'abord, il faut préciser que les études retenues devaient se pencher sur une population adulte, augmentant ainsi la probabilité que la phobie sociale se soit consolidée lors de l'évaluation initiale. Les critères servant à identifier la phobie sociale devaient reposer sur le DSM. Lors de l'évaluation initiale, les critères nécessaires pour établir la présence d'une phobie sociale présente ou passée devaient avoir été rencontrés. De plus, ces critères ne devaient pas avoir été modifiés par les chercheurs au cours de la période de suivi. Finalement, comme la présente dissertation s'intéresse à l'évolution des difficultés sociales à long terme, nous avons fait le choix de retenir les études dont le suivi excède, en moyenne, un an<sup>2</sup>.

### *Recension des études : constat général*

Les études recensées nous renvoient deux cas de figure: les individus PS qui cherchent un traitement (population clinique) et ceux qui n'en cherchent pas (population non clinique).

À première vue, ces populations semblent se distinguer quant à la stabilité du statut clinique, les individus ne sollicitant pas de traitement ayant tendance à connaître des difficultés sociales moins persistantes. Cependant, peu d'études auprès d'une population adulte non clinique ont été menées à ce jour et les limites relevées contraignent les conclusions qui peuvent être tirées (l'auteur réfère les lecteurs à l'annexe B pour un résumé de ces études et leurs résultats). Par conséquent, les études retenues se concentreront sur une population clinique. Ces dernières sont d'autant plus pertinentes que la population qui nous intéresse dans la présente dissertation a sollicité un traitement.

---

<sup>2</sup> Les termes « relance » ou « suivi » se rapportent à une réévaluation qui a été effectuée après un certain intervalle de temps suite à une évaluation antérieure. Par exemple, une « relance un an » se rapporte à une évaluation qui a été effectuée un an suivant une évaluation initiale. Ces termes seront utilisés de façon interchangeable (p. ex. relance un an, suivi long terme...). Pour les fins de la présente dissertation, un suivi (ou relance) à long terme fait référence à une évaluation effectuée plus d'un an suivant une évaluation initiale, dans le cadre des études prospectives examinées.

Ainsi, la prochaine section portera sur les résultats issus de deux programmes de recherche, soit le *Harvard/Brown Anxiety Disorders Research Program* et le *Primary Care Anxiety Project*.

### *Recension des études prospectives relatives aux populations cliniques*

#### *Harvard/Brown Anxiety Disorders Research Program (HARP)*

Dans un premier temps, des données issues du programme de recherche HARP seront présentées. Cette étude prospective menée aux Etats-Unis a évalué au moins chaque année pendant une période de plus de dix ans une population issue d'un contexte psychiatrique et de soins de première ligne âgée de 18 à 86 ans (moyenne = 40.5 ans). À ma connaissance, ce programme de recherche a effectué le plus long suivi auprès de patients répondant ou ayant déjà répondu aux critères d'au moins un trouble de l'anxiété du DSM-III-R. Seules les données relatives à l'échantillon d'individus PS seront discutées.

Pour apprécier la signification de ces données, il convient de s'attarder, tout d'abord, à la méthodologie employée dans ce programme de recherche (voir Massion, Warshaw, & Keller, 1993, pour des données plus détaillées sur la méthodologie). À ce propos, le DSM-III-R a été employé lors de l'évaluation initiale pour déterminer si les critères d'une phobie sociale présente ou passée étaient rencontrés. Une entrevue structurée ayant généralement été effectuée en personne a été menée. Dans le cadre des évaluations subséquentes, l'instrument LIFE-UP (*Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation*; Keller et al., 1987) a notamment été utilisé pour déterminer la présence des critères de la phobie sociale au moment de l'évaluation et entre les périodes de suivi à l'aide d'une échelle à six points composée d'items descriptifs. Celle-ci permet de catégoriser les participants selon leur statut clinique (voir Yonkers, Dyck, & Keller, 2001, p. 639). Des corrélations intraclasse variant entre 0.75 et 0.86 pour la phobie sociale ont été obtenues avec cette mesure (Warshaw, Keller, & Stout, 1994). Pour être considéré en rémission dans le cadre de ce programme de recherche, un participant devait rapporter uniquement des peurs sociales (p. ex. parler en public) en l'absence des autres critères de la phobie sociale (p. ex. évitement, réactions anxieuses lorsque confronté à la



situation redoutée, détresse marquée, fonctionnement social entravé) pendant au moins huit semaines consécutives.

Cependant, il n'a pas été précisé si la phobie sociale s'avérait le problème principal pour lequel un traitement a été donné, alors que la majorité des individus PS avait au moins un problème cooccurrent. On peut donc présumer que le traitement obtenu n'était pas nécessairement spécifique à la phobie sociale. De plus, la majorité des évaluateurs n'était pas des cliniciens professionnels. Par ailleurs, comme la plupart des études longitudinales, les participants n'ont pas nécessairement pris part à chacune des évaluations, d'où l'emploi de l'analyse de survie comme méthode statistique qui a été privilégiée. Par exemple, les individus ayant pris part à ce programme de recherche ont participé à au moins une (Yonkers et al., 2001) ou deux (Ramsawh et al., 2009) entrevues suivant l'évaluation initiale. Conséquemment, ces données se rapportent à des « probabilités » d'atteindre le statut de rémission, notamment.

*Programme de recherche HARP: résultats.* À la lumière de ces informations, les données qui ont été recueillies dans le cadre de cette recherche sont rapportées. Premièrement, Reich, Goldenberg, Vasile, Goisman, & Keller (1994) rapportent que la probabilité d'atteindre la rémission était de 11% après un suivi de 65 semaines effectué auprès de 140 patients qui répondaient à l'ensemble des critères de la phobie sociale au début de l'étude. Ce taux de rémission rejoint également les taux rapportés par Yonkers et al. (2001)<sup>3</sup> à une relance d'un an, qui s'élèvent à 13% et 14% pour les femmes et les hommes, respectivement (N = 163). Par ailleurs, Reich et ses collaborateurs indiquent que la proportion de participants en rémission et le taux de participants ayant reçu un traitement psychologique ou pharmacologique, étaient équivalents chez les participants ayant une phobie sociale de type « généralisé »<sup>4</sup> ou « spécifique »<sup>5</sup>. Par contre, l'appartenance à ces sous-types de phobie

---

<sup>3</sup> Une portion des participants inclus dans ces analyses ne rencontraient pas tous les critères de la phobie sociale à l'évaluation initiale.

<sup>4</sup> Dans cette étude, une phobie sociale de type généralisé était opérationnalisée comme le fait d'avoir des peurs sociales « dans la plupart des situations sociales ».

<sup>5</sup> Dans cette étude, une phobie sociale spécifique était opérationnalisée comme la peur de parler, manger ou écrire en public ou d'autres peurs qui n'étaient pas vécues dans la plupart des situations sociales.

sociale a été déterminée selon l'évaluation subjective des participants, ce qui remet en question la validité des sous-groupes.

On dénote par la suite une augmentation graduelle de la probabilité d'être en rémission avec le temps. En effet, au suivi de huit ans, cette probabilité était de 38% chez les femmes et 32% chez les hommes (N = 163), cette différence ne s'avérant pas significative (Yonkers et al., 2001). Au suivi de 12 ans, cette probabilité était de 37% pour l'échantillon global (Bruce et al., 2005) (N = 176). Un examen visuel des probabilités de rémission rapportées suggère d'ailleurs que celles-ci ont tendance à augmenter de façon plus marquée pendant les premières années de suivi, et qu'avec le temps, elles tendent à se stabiliser (voir Bruce et al., 2005, figure 1, p. 1182).

L'étude de Bruce et ses collaborateurs (2005) s'est non seulement penchée sur la probabilité d'atteindre la rémission, mais également sur la probabilité de rapporter une récurrence de la phobie sociale une fois la rémission atteinte. La récurrence était définie dans cette étude comme la probabilité de satisfaire à nouveau les critères de la phobie sociale pendant deux semaines consécutives après une période de rémission de huit semaines. Bien que la probabilité d'atteindre la rémission pendant ces douze années de suivi se soit avérée moins élevée pour la phobie sociale comparativement au trouble panique avec ou sans agoraphobie (48% et 82%, respectivement), au trouble de l'anxiété généralisée (58%) et au trouble de dépression majeure (73%), ils rapportent une probabilité plus faible de répondre à nouveau aux critères de la phobie sociale lorsque la rémission est atteinte, soit 39%. La probabilité de récurrence associée aux autres troubles examinés est plus élevée et s'élève à 56%, 58%, 45% et 75% pour le trouble panique sans agoraphobie, avec agoraphobie, le trouble d'anxiété généralisée et le trouble de dépression majeure, respectivement. Ces données suggèrent ainsi que les individus PS tendent à maintenir leurs « gains » cliniques lorsqu'une telle amélioration est rapportée.

L'étude de Ramsawh et ses collaborateurs (2009) se distingue des autres études issues du programme HARP en s'intéressant à l'évolution des difficultés sociales, notamment, sur le plan dimensionnel. En ce sens, cette étude a examiné la fluctuation de la *sévérité* de la phobie

sociale, entre autres, sur une période allant de un à 14 ans (N = 133). Dans cette étude, la sévérité est déterminée selon la nature et le nombre des critères de la phobie sociale rencontrés au cours des quatre semaines précédant chaque évaluation de suivi. Le caractère dimensionnel de cette étude repose donc sur la *présence ou l'absence* des critères de la phobie sociale (basés sur le DSM-III-R) et non sur leur degré de sévérité.

Les résultats montrent que la sévérité de la phobie sociale, notamment, diminue significativement pendant cette période. Par contre, bien que statistiquement significative, cette réduction s'est avérée peu marquée. Tel que relevé par les auteurs, ces données semblent indiquer que même si les participants ne satisfont pas, en moyenne, à tous les critères de la phobie sociale, des difficultés phobiques (p. ex. réponses d'anxiété lorsque confronté aux situations sociales redoutées, détresse marquée) auraient tendance à persister dans le temps.

Par ailleurs, les chercheurs relèvent une limite de l'étude qui mérite d'être soulignée : l'évaluation de la trajectoire clinique des difficultés sociales de *chaque* participant n'a pas été examinée. De telles données auraient permis d'examiner les différences individuelles relatives à l'évolution des difficultés phobiques. Différents patterns d'évolution auraient potentiellement pu être dégagés de ce devis, ce qu'une évaluation qui prend en considération l'ensemble de l'échantillon ne permet pas de faire.

#### *Primary Care Anxiety Project (PCAP)*

Dans le cadre d'un autre programme de recherche, soit le PCAP, l'évolution de la phobie sociale a été évaluée chez une population issue d'un contexte de soins de première ligne uniquement et répondant aux critères d'au moins un trouble de l'anxiété du DSM-IV lors de l'évaluation initiale (Beard, Moitra, Weisberg, & Keller, 2010). Cette étude a donc suivi pendant une période de cinq ans, sur une base au moins annuelle, des individus PS (N = 182) âgés de 18 à 65 ans (moyenne = 39 ans), dont 74% était des femmes. Il est rapporté que 68% des individus PS suivaient une psychothérapie ou prenaient des psychotropes (la grande majorité) au moment de l'étude. Ils ont utilisé la même mesure (LIFE-UP) employée dans le programme de recherche HARP pour déterminer le statut clinique des participants, facilitant,

par conséquent, la comparaison des résultats avec ceux rapportés plus tôt. La récurrence était définie dans cette étude comme la probabilité de rencontrer à nouveau les critères de la phobie sociale pendant quatre semaines consécutives<sup>6</sup> après une période de rémission.

*Programme de recherche PCAP : résultats.* Les résultats indiquent que cinq ans suivant l'évaluation initiale, la probabilité d'atteindre la rémission était de 40% et celle d'observer une récurrence était de 34%. Spécifiquement, les données rapportées révèlent qu'environ le tiers des participants (34%) ont atteint la rémission à un certain moment pendant la période de suivi et que seuls 24% d'entre eux ont satisfait à nouveau les critères de la phobie sociale. Les données suggèrent ainsi que 76% des participants ayant atteint la rémission ont maintenu ce statut clinique pendant la période de suivi. Ces résultats ne sont pas sans rappeler ceux rapportés dans l'étude HARP, quoiqu'ils s'avèrent un peu plus favorables dans cette étude<sup>7</sup>. La population examinée pourrait expliquer cette différence. En effet, la population examinée dans cette étude est susceptible de rencontrer des difficultés psychologiques moins sévères que la population suivie dans l'étude HARP, qui rapporte qu'environ 40% de ses participants ont déjà été hospitalisés dans le passé pour un problème de santé mentale (Yonkers et al., 2001).

Une limite de l'étude est que la grande majorité des participants était des femmes. De plus, tel qu'il a déjà été observé dans le cadre des études HARP, il n'a pas été précisé si la phobie sociale s'avérait le problème principal. Par conséquent, on ne sait pas si les traitements psychologiques ou pharmacologiques reçus étaient liés directement aux difficultés relatives à la phobie sociale. Par contre, le fait que les évaluateurs étaient des étudiants en psychologie et que les entrevues ont été révisées par des étudiants de niveau doctoral, entre autres, s'avère une force de l'étude, bien qu'une évaluation effectuée par des cliniciens professionnels aurait conféré davantage de validité aux résultats.

---

<sup>6</sup> Dans l'étude de Bruce et al. (2005) une période de deux semaines consécutives a été employée comme critère.

<sup>7</sup> Par exemple, des données provenant du programme HARP indiquent que la probabilité de rémission à cinq ans est d'environ 30% (voir Yonkers et al., 2001; Massion et al., 2002).

### *La phobie sociale et son évolution : conclusion*

Dans l'ensemble, ces études révèlent que pour la majorité des individus PS évalués dans un contexte clinique, le fait de répondre à l'ensemble des critères de la phobie sociale ou de continuer à satisfaire à certains d'entre eux tend à persister pendant la durée de la période d'observation. Par contre, une fois la rémission atteinte, les individus PS ont tendance à le demeurer. Ces constats corroborent la chronicité des difficultés sociales que tendent à rapporter, de façon rétrospective, les individus PS. Un examen des différences individuelles quant à l'évolution des difficultés phobiques aurait toutefois permis de dresser un portrait plus détaillé de cette trajectoire clinique.

Étant donné la persistance des difficultés phobiques dans un contexte de prise en charge des participants, il est permis de questionner la nature des traitements qui ont été donnés dans ces études. Comme il n'a pas été précisé pour quelles difficultés psychologiques les traitements ont été administrés, cette chronicité pourrait être attribuable au fait que:

1) un nombre insuffisant de patients ont reçu un traitement ciblant spécifiquement la phobie sociale; la confirmation de cette hypothèse viendrait donc appuyer le fait que la phobie sociale ne se résorbe typiquement pas sans traitement.

2) si des traitements ciblant spécifiquement les difficultés sociales ont été donnés, ces derniers ne se sont pas avérés suffisamment efficaces. Sur ce dernier point, il a été suggéré que les participants ayant pris part au programme de recherche HARP n'ont pas reçu, en nombre suffisant, de traitements psychologiques ou pharmacologiques validés par la recherche ou considérés comme des traitements de premier choix (Vasile, Bruce, Goisman, Pagano, & Keller, 2005; Goisman, Warshaw, & Keller, 1999). D'ailleurs, des données quant au type de traitement psychologique reçu spécifiquement par les individus PS n'ont, à notre connaissance, pas été rapportées dans les études présentées.

De toute évidence, de par leur nature « observationnelle », le schéma de ces études prospectives ne permet pas la manipulation des traitements reçus, comme l'assignation

aléatoire à des traitements déterminés *a priori*. L'effet respectif des traitements reçus sur la perte des critères de la phobie sociale ne peut donc être établi par le biais de ce devis. Par conséquent, il convient d'examiner l'état des connaissances sur l'évolution de la phobie sociale par le biais d'études de traitement contrôlées.

Dans le prochain chapitre, le schème conceptuel qui guide les traitements contemporains sera discuté pour donner un sens aux effets thérapeutiques qui seront par la suite relevés; car les moyens employés pour contrecarrer cette trajectoire chronique dépend de la conception de la phobie sociale qui est adoptée. Ces considérations théoriques et thérapeutiques seront abordées en exposant, en premier lieu, la conception reçue de la phobie sociale et les traitements qui en découlent. En second lieu, une perspective alternative à la compréhension et au traitement de la phobie sociale sera présentée.

## CHAPITRE 3

### La phobie sociale : conception reçue

Guidés par les critères formulés dans les systèmes de classification contemporains (p. ex. DSM-5/CIM-10), la phobie sociale fait référence, dans la plupart des écrits, à une peur marquée de se retrouver dans une ou plusieurs situations à l'intérieur desquelles il existe un risque de s'exposer au regard d'autrui et d'adopter des comportements ou de manifester des réactions anxieuses susceptibles de susciter un jugement négatif de la part des autres. Les réactions phobiques sont typiquement caractérisées dans ces écrits par l'*évitement* de situations sociales ou par une *détresse anxieuse* importante lorsque leur fuite ne s'avère pas une alternative immédiate. De plus, ces réactions phobiques sont vues comme générant une souffrance importante ou des effets délétères dans une ou plusieurs sphères de vie des individus qui répondent à ses critères. Une détresse marquée ou un fonctionnement social entravé par l'anxiété ou l'évitement constitue d'ailleurs le critère de signification clinique du DSM.

La phobie sociale, conçue comme un *trouble de l'anxiété*, caractérise ainsi la conception reçue qui se reflète dans la nomenclature des systèmes de classification et dans la formulation de ses critères. Ainsi considérée, la détresse anxieuse (p. ex. l'état anxieux, les craintes rapportées par le patient) est centrale dans la conceptualisation de la phobie sociale. Ceci reflète un modèle médical qui caractérise, de façon implicite, le contenu du DSM, bien qu'il se dise *athéorique* (Follette & Houts, 1996). Dans cette optique, la phobie sociale, et donc les comportements auxquels on l'associe, est vue comme le produit de cette anxiété, laquelle serait elle-même causée par des mécanismes plus fondamentaux (p. ex. distorsions cognitives, déséquilibre neurochimique).

Il faut souligner que conceptuellement, la façon de concevoir un phénomène dépend du niveau d'analyse auquel on se réfère pour l'examiner et, conséquemment, des constituants du phénomène (ou leur organisation) auxquels on accorde une attention particulière afin de le comprendre : le fait de mettre ainsi de l'avant l'anxiété pour concevoir la phobie sociale reflète un niveau d'analyse « intrapersonnel » puisqu'il situe le problème à l'intérieur de la

personne et met l'accent sur des processus internes (psychologiques, biologiques) - déficients - pour l'expliquer (Stravynski, 2013, chapitre 1).

Conséquemment, bien qu'un fonctionnement social entravé fasse également partie des critères de la phobie sociale, il est conceptualisé comme une *conséquence* de l'anxiété sociale sur la vie des individus PS. Tel que formulé par le critère G du DSM-5 : « The fear, anxiety, or avoidance *causes* [italiques ajoutés] clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning. » (APA, 2013, p. 203). Cette conception intrapersonnelle du fonctionnement social le sépare cependant du phénomène à l'étude (Stravynski, 2007, p. 65) et ne rend pas compte des difficultés ayant trait à « [...] ce que la personne fait quand elle évite ou vit les situations redoutées » (Amado, 2005, p. 2), ou à ce qu'elle ne fait pas (Stravynski, 2013, chapitre 1).

Lorsque le comportement des individus PS est évoqué dans la plupart des écrits, il se rapporte le plus souvent à l'évitement. Cependant, les individus PS ne se coupent pas complètement de la vie sociale, des autres; malgré leurs peurs, ils font face aux situations leur permettant à tout le moins d'assumer leurs obligations quotidiennes. Ainsi, dans ce contexte, l'évitement ne rend pas compte de la façon dont les individus PS s'engagent dans ces situations et y assument leurs rôles. Il s'avère ainsi un indicateur très partiel du comportement social des individus PS.

### **Les approches intrapersonnelles pour le traitement de la phobie sociale : la réduction de l'anxiété**

La conception reçue de la phobie sociale se reflète ainsi dans le type de stratégies employées dans la plupart des traitements psychologiques et pharmacologiques contemporains. Ainsi, ces derniers visent la réduction de l'anxiété (et de la tendance à éviter qui en découle) par le biais des mécanismes hypothétiques qui, selon l'approche utilisée, expliquent les difficultés phobiques (Stravynski, Arbel, Lachance & Todorov, 2000, pp. 173-174; Stravynski, 2013). Par exemple, la phobie sociale vue comme émergeant d'un



dérèglement au niveau des neurotransmetteurs sous-tend l'utilisation de la pharmacothérapie. Bien que des variantes existent dans le cadre des traitements psychologiques, l'exposition et la restructuration cognitive (qui vise à modifier les distorsions cognitives afin d'atténuer la détresse anxieuse), sont typiquement employées à cette fin (Rowa & Antony, 2005). D'ailleurs, il faut mentionner que les études de traitement rendent généralement compte de l'amélioration rapportée sur l'anxiété sociale et la tendance à éviter comme mesure principale d'efficacité (Stravynski & Greenberg, 1998; Stravynski, 2007, p. 29). Ainsi, sur le plan thérapeutique et évaluatif, le fonctionnement social est vu comme une retombée possible du traitement (p. ex. réintégrer un programme d'étude)<sup>1</sup>.

Réunis sous la dénomination « thérapies cognitivo-comportementales », ces traitements psychologiques, validés par la recherche, sont les plus couramment employés (Rowa & Antony, 2005). Leurs modèles théoriques, dont les stratégies thérapeutiques sont issues, sont également bien connus. Ils ne seront donc pas décrits ici mais l'auteur réfère les lecteurs aux ouvrages et articles ci-mentionnés (Clark et al., 2003; Clark & Wells, 1995; Heimberg & Becker, 2002; Rapee & Heimberg, 1997; Rowa & Antony, 2005).

Une perspective alternative à la conception reçue de la phobie sociale est toutefois proposée. Comme elle est moins connue et est utilisée dans la présente dissertation elle sera plus longuement abordée dans le prochain chapitre.

---

<sup>1</sup> D'ailleurs, on retrouve souvent les mesures de fonctionnement social parmi la catégorie de mesures dites *secondaires* dans les études cliniques.

## CHAPITRE 4

### La phobie sociale : une perspective interpersonnelle

Le fait que la perspective intrapersonnelle suggère que la phobie sociale émerge de structures internes « dysfonctionnelles » va à l'encontre des évidences qui font état d'un lien peu constant et convaincant entre la phobie sociale et des processus internes (p. ex. fonctionnement neurobiologique ou cognitif) caractérisant particulièrement les individus PS (p. ex., Dewar & Stravynski, 2001; Stravynski, 2007). En ce sens, il est plutôt constaté que la différence entre l'anxiété sociale rapportée par les individus PS et des individus ne présentant aucun trouble psychologique, en l'occurrence, en est une de degré plutôt que de nature<sup>1,2</sup>. Face à ce constat, une perspective *interpersonnelle* de la phobie sociale est proposée. L'approche interpersonnelle définit la phobie sociale comme suit :

« [...] a fearful and powerless interpersonal pattern (constituted of various sub-patterns), protective against the threat of humiliation (either as public degradation or private personal rejection). The integrated pattern is abnormal in that it seriously compromises the ability of the individual to carry out desired personal goals and to participate fully in the life of the groups and communities to which she or he belongs. » (Stravynski, 2013, chapitre 3).

Cette perspective alternative de la phobie sociale la situe dans son contexte *interpersonnel* (Stravynski, 2007; 2013). En ce sens, la façon habituelle dont les individus PS entrent en relation avec les autres, et la dynamique relationnelle qui découle de ce mode de fonctionnement, sous-tend cette conception. Selon ce cadre conceptuel, l'anxiété est vue comme une dimension émotionnelle de cette dynamique interpersonnelle et non comme la causant (Stravynski, 2013, chapitre 1). Car la perspective interpersonnelle est intégrative; elle conçoit les dimensions anxieuse et interpersonnelle qui caractérisent la phobie sociale comme faisant partie intégrante d'un même phénomène : « [...] the whole organism is in a state of fear, while engaging in social transactions (and responding to them). » (ibid., chapitre 1). Elle

---

<sup>1</sup> Voir Stravynski (2007), pp. 27-66 et pp. 338 – 341 pour une intégration.

<sup>2</sup> L'étude de Beidel, Rao, Scharfstein, Wong, & Alfano (2010) a d'ailleurs montré que les différences comportementales, entre des individus PS et des individus qui ne présentaient aucun trouble psychologique, demeuraient après avoir contrôlé pour la sévérité de l'anxiété.

est également écologique car ces dimensions sont vues comme étant ancrées dans le contexte social et culturel particulier qui les évoquent (ibid., chapitre 1).

Ainsi, le cadre d'analyse interpersonnel préconisé prend en considération le fait que le comportement de l'individu PS est, à la base, « orienté vers l'autre » dans un environnement social donné; par conséquent, la perspective interpersonnelle a pour prémisse que le comportement PS n'a de signification que lorsque le contexte social dans lequel il se manifeste est pris en considération (Stravynski, 2013, chapitre 1).

Un principe cardinal de l'approche interpersonnelle stipule que bien qu'ils puissent sembler désorganisés à première vue, les comportements sociaux des individus PS et l'état physiologique de l'organisme dans son entier ont une fonction : se protéger de l'humiliation ou du rejet. Pour parvenir à cette fin, des manœuvres interpersonnelles dites défensives (voir plus loin) ayant pour fonction l'*auto-protection* sont adoptées dans une variété de situations dont la propension à évoquer ces tactiques est particulière aux circonstances de vie et à l'histoire individuelle de chaque individu (voir Stravynski, 2007, p.15). L'importance du contexte est mise en évidence par cette propension différentielle des situations sociales à évoquer l'auto-protection. En ce sens, il est proposé que les situations qui suscitent davantage l'auto-protection sont celles à l'intérieur desquelles le risque, sur le plan relationnel, de connaître une perte de pouvoir ou de statut, ou de faire face (à son désavantage) à une disparité du pouvoir, est plus important (voir Kemper & Collins, 1990, cité dans Stravynski, 2013, chapitre 1). Par conséquent, selon la perspective interpersonnelle, les situations formelles auxquelles les individus PS peuvent être confrontés dans la sphère impersonnelle de leur vie sociale (p. ex. faire une présentation formelle devant ses collègues au travail) sont celles qui sont le plus susceptible d'évoquer des tactiques défensives. À l'opposé, les interactions informelles de nature personnelle (p. ex. relations amicales, amoureuses) sont moins associées à l'adoption de ces manoeuvres (voir Amado, 2005). Entre les deux s'insèrent les situations de nature personnelle dans lesquelles il existe la possibilité d'assumer un rôle public sous le regard d'autrui (p. ex. cérémonies religieuses).

À travers ces situations, deux sous-patterns défensifs principaux qui caractérisent le mode de fonctionnement des individus PS sont observés. Ces sous-patterns ou tactiques reflètent *ce qu'ils font* ou *ne font pas* dans leur vie quotidienne (Stravynski, 2013, chapitre 1): d'une part, les individus PS ont tendance à chercher activement à se protéger des conséquences redoutées (*acts of commission*). C'est le pattern typique qui caractérise le mode de fonctionnement des individus PS. Pour y arriver, ils vont avoir recours à des manœuvres visant à garder une distance avec les situations problématiques. L'évitement, la fuite, le retrait social ou le fait d'essayer de camoufler des manifestations anxieuses pour ne pas attirer l'attention (p. ex. tremblements) ne sont que des exemples de tactiques auxquelles ils ont recours pour ne pas affronter l'objet de leur peur. Lorsqu'ils ne peuvent y échapper et n'ont d'autres choix que de se mettre en situation, ils vont tenter de se protéger du regard « désapprobateur » des autres en ne défendant pas leur point de vue, en se montrant docile ou en agissant avec déférence, ce qui traduit une tendance à composer avec les situations sociales redoutées avec soumission. En dernier recours, lorsque la soumission ou la mise à distance ne peut être envisagée, des comportements hostiles ou, à l'inverse, une agréabilité excessive peut être observée.

D'autre part, ils ont tendance à agir de façon passive (*acts of omission*) en n'osant profiter ou créer des opportunités pour atteindre les buts sociaux désirés (p. ex. prendre l'initiative d'appeler une connaissance, exprimer une critique, courtiser). Cette réticence sociale traduit ainsi un manque de prise de risques interpersonnels. En situation, cette tactique se traduit par une absence de prise de pouvoir interpersonnel, c'est-à-dire une absence de comportements dominants, qui se reflète, entre autres, par une incapacité à se montrer affirmatif (p. ex. donner un ordre, négocier avec fermeté...), capricieux ou compétitif.

Ces tactiques sont ainsi adoptées selon la situation « le danger » à laquelle la personne est confrontée. Par contre, employées ponctuellement, elles ne constituent pas un problème en soi. C'est leur adoption systématique, formant ainsi un pattern dans la façon de transiger avec les situations redoutées, qui est associée au fonctionnement problématique des individus PS : préoccupés par l'auto-protection, ils participent peu ou de façon inadéquate à la vie sociale. Basé sur la définition et le schème conceptuel proposé par Beattie et Stevenson (1984), le

fonctionnement social renvoie ici à « la façon dont le patient participe à la vie sociale, assume ses rôles et s'intègre à un groupe » (Stravynski, 2007, p. 290, traduction libre). À titre d'exemple, un individu PS peut se montrer typiquement conciliant avec ses employés, au détriment des intérêts de son entreprise, pour éviter une confrontation anticipée. Un autre peut adopter systématiquement une attitude passive et désengagée dans les situations sociales informelles, renforçant ainsi son isolement.

Le cumul des patterns défensifs, adoptés de façon récurrente et à travers les situations sociales chez un individu, forment ainsi un *pattern global*, ayant pour fonction l'auto-protection, qui caractérise la phobie sociale (Stravynski, 2007; Stravynski, 2013). En terme interpersonnel, l'anxiété sociale vécue reflète le fait que l'individu PS redoute une perte de statut ou de pouvoir qu'il se sent *impuissant* à contrer (voir Stravynski, 2007, pp. 350-355). Dans cette optique, l'anxiété est vue comme « [...] émergeant de la relation entre les patterns défensifs et les contextes sociaux redoutés qui les évoquent » (Stravynski, 2013, chapitre 8, traduction libre). L'état dans lequel l'organisme exécute ses transactions sociales est abordé comme une dimension des patterns interpersonnels soutenant une mobilisation pour agir de façon défensive. Des évidences supportant certaines prémisses de l'approche interpersonnelle sont rapportées (p. ex. Amado, 2005; Kyparissis, Stravynski, & Lachance, 2013a; Russel et al., 2011).

### **L'approche interpersonnelle appliquée au traitement de la phobie sociale (AI)<sup>3</sup>**

La dissolution de l'auto-protection comme façon habituelle de transiger avec les situations sociales et d'entrer en relation avec les autres est la visée thérapeutique du traitement AI (Stravynski, 2013, chapitre 8). À cet effet, quels moyens emploie-t-elle pour faciliter l'atteinte de cet objectif?

Tel que présenté dans la section précédente, le pattern global ayant pour fonction l'auto-protection est vu comme étant constitué de sous-patterns défensifs qui l'organisent : par

---

<sup>3</sup> Voir Stravynski (2013, chapitre 7 et chapitre 8); voir également Stravynski (2007) et Stravynski, Arbel, Bounader et al. (2000).

conséquent, ce sont ces derniers qui caractérisent les difficultés fonctionnelles des individus PS. Le fait d'amener les individus PS à graduellement délaisser ces tactiques, par le biais d'une participation sociale plus adaptée aux buts qu'ils désirent atteindre dans les différentes sphères de leur vie sociale, est le processus thérapeutique privilégié par le traitement AI pour contrer l'auto-protection.

L'identification des sous-patterns défensifs – qui composent le pattern interpersonnel phobique global - constitue ainsi la première étape. Le processus d'évaluation permettant de dégager ces tactiques défensives est plus amplement décrit dans la prochaine section.

### *Processus d'évaluation*

« [...] interpersonal assessment, in trying to capture what is unique and contingent about an individual life may be described as idiographic in orientation. It is also inductive, as it seeks to generalize from a multitude of individual occurrences and circumstances, taking into account all their infinite variety. » (Stravynski, 2013, chapitre 7).

Cette approche s'intéresse à l'évaluation des caractéristiques idiosyncrasiques du comportement social des individus PS. Théoriquement, une approche écologique et éthologique est préconisée par les tenants de l'approche interpersonnelle. Cependant, à défaut de pouvoir observer de façon ininterrompue l'individu PS dans son environnement quotidien sur une période étendue dans le temps, ce processus débute typiquement par une auto-observation du patient menée de façon continue pendant une période de temps déterminée.

### *Auto-observation*

Dans un premier temps, il est demandé au patient d'identifier les situations sociales qui évoquent la peur (p. ex. le fait d'intervenir formellement devant ses pairs au travail ou d'interagir avec des personnes non familières). La sévérité de l'anxiété vécue est également évaluée (en utilisant une échelle de 0-10). À cet effet, Stravynski (2013) indique : « [...] from an interpersonal point of view, social anxiety is rooted in fearful social behavior (understood

as an extended pattern) and as such, a most useful index of defensiveness. » (chapitre 7). Les données relatives à la sévérité de l'anxiété ne sont toutefois utilisées que pour les fins de l'analyse fonctionnelle subséquente. Dans ce contexte, l'anxiété est vue comme un indicateur de la présence de patterns défensifs et guide notamment l'auto-observation du patient.

Cet exercice permet par la suite de faire ressortir des répertoires de comportements défensifs adoptés dans ces situations, telles que l'évitement, des réponses de dissimulation ou de soumission, etc. La récurrence de certains comportements sociaux, dans les mêmes circonstances, permet ainsi de faire des inférences quant à la présence de patterns interpersonnels. Une analyse fonctionnelle formelle des comportements sociaux à l'aide des données recueillies est ensuite effectuée.

### *Analyse fonctionnelle*

Cette évaluation est effectuée lorsqu'aucune nouvelle information n'est dégagée de l'auto-observation du patient. Ainsi, l'organisation des comportements phobiques en fonction de circonstances particulières, de même que leur intensité, est examinée. Elle permet de formuler une conceptualisation claire de ce qui évoque les réactions phobiques chez chaque participant. Son objectif est double :

- 1) faire le lien entre les situations et les réponses anxieuses et interpersonnelle qu'elles évoquent
- 2) examiner le rapport étroit qui existe entre la façon dont l'individu PS va organiser ses comportements pour gérer ces situations (p. ex. répondre systématiquement avec soumission) et leur fonction, soit l'auto-protection.

Cette méthode a donc l'avantage d'examiner, dans un premier temps, l'ensemble des réponses idiosyncrasiques – anxieuses et interpersonnelles – qui caractérisent l'individu PS, les situations et circonstances particulières qui font émerger les stratégies défensives et la fonction de ces stratégies. Dans un deuxième temps, elle permet la formulation de cibles

thérapeutiques en fonction des objectifs personnels de chaque patient. Ces cibles servent à guider le contenu du traitement (voir plus loin). C'est la dernière étape de l'analyse fonctionnelle. Elles sont vues comme les stratégies comportementales alternatives aux tactiques défensives et les moyens identifiés pour améliorer le fonctionnement social des patients. Les évaluations de suivi ont donc pour but d'évaluer l'évolution du fonctionnement social des patients, en examinant la dissolution des anciens patterns défensifs par l'adoption des patterns alternatifs de participation sociale.

Le contenu du traitement et le processus de changement sont abordés dans la prochaine section.

### *Le traitement AI : contenu et processus thérapeutique*

« Although traditionally identified as ‘treatment or therapy’, the process – in the broadest sense – is educational. As such, it is formative rather than curative. It resembles learning to meditate, swim, cook or dance, far more than taking antibiotic medication (for bacterial infection) or undergoing surgery (for obstructed blood vessels). Its greatest affinity is with any serious attempt to transform one’s way of life. » (Stravynski, 2013, chapitre 8).

Le traitement AI est décrit comme étant davantage un processus d'apprentissage servant à transformer la façon de s'engager dans la vie sociale plutôt qu'une méthode curative. Il met de l'avant le fonctionnement social comme problème à traiter et non comme une conséquence possible du traitement. En ce sens, il vise la dissolution des patterns d'auto-protection par le développement de nouveaux modes relationnels traduisant une participation sociale plus active. La réduction de l'anxiété n'est pas directement ciblée, mais elle en est son corollaire; elle découle naturellement de ce processus de changement (Stravynski, 2013, chapitre 8).

Spécifiquement, plusieurs principes guident le traitement AI : ce dernier aborde d'emblée les difficultés sociales comme des difficultés à entrer en relation avec les autres et à assumer adéquatement les rôles sociaux. Comme mentionné plus tôt, les cibles thérapeutiques



constituent le contenu du traitement facilitant l'atteinte des objectifs visés; elles sont donc hautement personnalisées. Les situations les plus difficiles se rapportent le plus souvent à des problèmes rencontrés dans la sphère publique (assumer un rôle professionnel, par exemple) et sont priorisées. Les difficultés sociales associées à la sphère intime, généralement moins aiguës, sont par la suite abordées (Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski, 2007; Stravynski, Arbel, Gaudette, & Lachance, 2013; Stravynski, 2013, chapitre 8).

En prenant en considération toutes les sphères de vie sociale de l'individu, le traitement AI, par l'entremise de ces cibles, aide ainsi les patients à abandonner graduellement leurs comportements défensifs (p. ex. se mettre en retrait, répondre d'emblée aux initiatives des autres, se montrer conciliant avec ses employés) en développant un mode de fonctionnement plus engagé et adapté (p. ex. se faire entendre, faire des demandes, assumer un rôle d'autorité) en adéquation avec les demandes sociales et les circonstances de vie particulières des patients. Ainsi, pour faciliter l'adoption de cette nouvelle façon d'entrer en relation avec les autres et la réalisation des objectifs personnels désirés, le patient est encouragé à mettre fin aux comportements de mise à distance avec les situations sociales redoutées (p. ex. fuite, évitement). En situation, ils sont encouragés à s'impliquer régulièrement et activement avec les autres dans toutes les sphères de sa vie sociale. Dans ce contexte le traitement AI a donc pour visée l'émergence d'une prise de pouvoir interpersonnelle et d'un gain d'autonomie face au regard des autres (c.-à-d. moins de dépendance face à l'évaluation des autres), tout en transigeant de façon plus adaptée avec les situations interpersonnelles (Stravynski, 2013, chapitre 8).

Dans le cadre des rencontres, le processus thérapeutique suit une séquence qui contient six étapes (Stravynski, 2013, chapitre 8; Stravynski, Marks, & Yule, 1982):

- *Instructions.* Des instructions spécifiques quant à la façon d'émettre le comportement ciblé, soit le rôle à assumer dans une situation spécifique, sont données. À ce niveau, le comportement est non seulement décrit mais son but et sa fonction sont également explicités.

- *Démonstration.* Pour aider le patient à comprendre comment mettre en pratique le comportement ciblé, une démonstration est faite par le thérapeute ou, si le contexte le permet, par un autre participant. Cette méthode permet avant tout de montrer au patient que plusieurs moyens peuvent être utilisés pour observer les effets attendus.
- *Jeux de rôles.* Des simulations brèves du comportement cible sont effectuées par le patient avec l'aide du thérapeute ou, si possible, d'autres participants. Des instructions précises guident ces simulations.
- *Rétroactions verbales.* La performance du patient est commentée en soulignant les points positifs selon l'atteinte de l'objectif visé; cette étape permet également de suggérer des façons d'améliorer certains aspects de la performance qui peuvent se décliner en trois catégories : verbale (p. ex. contenu du discours), para-verbale (p. ex. rythme du discours) ou non-verbale (p. ex. la posture).

Typiquement, les étapes du jeu de rôle et de la rétroaction verbale sont répétées deux fois pour qu'une amélioration suffisamment importante du comportement cible soit constatée et pour augmenter la probabilité que le patient puisse le mettre en pratique, avec succès, en-dehors des séances.

- *Pratique constante entre les rencontres.* Lorsque la performance du patient pendant la rencontre est réalisée de façon satisfaisante, il est donné comme exercice à effectuer entre les rencontres, dans la vie quotidienne. Cette étape s'avère le levier thérapeutique essentiel au traitement. Ces exercices sont révisés au début de chaque rencontre et les prochains exercices à compléter sont ensuite planifiés.
- *Auto-évaluation.* La révision des exercices mentionnés plus haut se fait sur la base d'une auto-évaluation quotidienne qui consiste à noter la fréquence de

chaque comportement cible et la sévérité de l'anxiété associée. Les données recueillies par le patient sont donc discutées lors de la révision des exercices.

La séquence qui vient d'être décrite est la version la plus élaborée du traitement AI. Il est important de préciser que ce processus est flexible et est appliqué sur mesure, selon les capacités des patients. Il peut donc exiger des moyens plus simples pour augmenter la participation sociale (p. ex. donner des instructions sur la façon d'approcher une situation sociale) ou plus élaborés (p. ex., jeux de rôle). En ce sens, quatre versions de la thérapie AI ont été élaborées (voir annexe C): dans un contexte de groupe, cette thérapie peut, dans un premier temps, amener les patients à améliorer leur participation sociale à l'aide de la séquence de techniques comportementales présentée plus haut (version AI avec entraînement aux habiletés sociales; AI-EHS). Deuxièmement, la thérapie AI peut donner l'opportunité aux patients de pratiquer leurs nouveaux comportements, mais aucun effort n'est déployé par le thérapeute pour améliorer la façon avec laquelle ils sont exécutés (version AI avec pratique comportementale; AI-PC). Troisièmement, les difficultés sociales initialement identifiées peuvent être discutées pendant des séances de groupe, sans pratiques comportementales ou entraînement aux habiletés sociales (version AI avec discussion; AI-D). Finalement, l'application de cette approche, adaptée de Stravynski, Lesage, Marcouiller et Elie (1989), peut se faire dans le cadre de rencontres individuelles et brèves, qui ont pour objectif de superviser l'exécution des tâches comportementales à l'extérieur des séances (version AI adoptant un format individuel; AI-I). Ces versions ont donc pour point commun l'établissement de cibles thérapeutiques individualisées, qui sont abordées comme des solutions comportementales (la participation) aux manœuvres défensives et qui sont données comme des exercices à mettre en pratique entre les rencontres. En somme, malgré leurs éléments distinctifs, ces versions reposent sur les mêmes principes fondamentaux.

La consolidation et la généralisation des gains sont facilitées par l'intégration de cibles thérapeutiques non phobiques, de sorte à cultiver un mode relationnel qui est le plus cohérent possible avec les nouveaux rôles assumés et avec une vie sociale plus riche et gratifiante (Stravynski, 2013, chapitre 8).

De toute évidence, l'issue thérapeutique n'est pas prédéterminée, mais une tendance générale se dégage : lorsque les patients s'engagent de façon plus participative dans leur vie sociale et endossent leurs rôles sociaux de façon plus assumée, ils tendent à maintenir ce nouveau mode de fonctionnement ou cette tendance s'accroît dans le temps. L'augmentation graduelle des taux de rémission dans le temps jusqu'à un an suivant la fin du traitement AI corrobore ce constat (Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013).

### *Autres approches thérapeutiques*

D'autres approches dites « interpersonnelles » ont été développées. Premièrement, le traitement élaboré par Alden et Taylor (2011) a intégré des stratégies interpersonnelles à un programme cognitivo-comportemental standard. Bien que des expériences comportementales impliquant l'adoption de comportements prosociaux soient employées dans la portion interpersonnelle du traitement, ces stratégies comportementales sont utilisées dans le but de modifier des processus cognitifs, reflétant plutôt une vision *intrapersonnelle* de la phobie sociale<sup>4,5</sup>. Pour sa part, la Psychothérapie Interpersonnelle [*Interpersonal Psychotherapy (IPT)*], qui a initialement été développée pour le traitement de la dépression (Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984) a été adaptée au traitement de la phobie sociale et étayée (Lipsitz, Markowitz, Cherry, & Fyer, 1999; Lipsitz et al., 2008). En partie issu de la tradition psychodynamique (voir Hoffart, 2005, p. 127-131), ce traitement aborde les difficultés phobiques en se concentrant sur l'un des quatre problèmes interpersonnels initialement formulés pour le traitement de la dépression<sup>6</sup>. Cependant, la visée de l'IPT est d'améliorer les « symptômes » en abordant un type de problème interpersonnel circonscrit (p.

---

<sup>4</sup> Alden et Taylor (2011) rapportent notamment que « [...] the current regimen used behavioral experiments to evaluate the accuracy of social beliefs and the interpersonal effects of habitual interpersonal patterns. Hence, the emphasis was on modifying beliefs and expectations rather than teaching behavioral skills per se. » (p. 310).

<sup>5</sup> D'ailleurs, en parlant de la phobie sociale, Alden et Taylor (2004) rapportent « It is also an interpersonal disorder, a condition in which *anxiety disrupts* [italiques ajoutés] the individual's relationships with other people. » (p. 857).

<sup>6</sup> Des difficultés se rapportant à l'un des quatre domaines interpersonnels suivants peuvent être ciblées dans le cadre de ce traitement : un deuil, un conflit avec un proche (*role dispute*), un changement de vie important (p. ex. divorce, naissance d'un enfant...) (*role transition*) ou l'isolement social (*interpersonal deficits*).

ex. un conflit avec un proche)<sup>7,8</sup>. L'amélioration du comportement interpersonnel n'est donc pas une fin en soi. De plus, à l'instar d'autres chercheurs (Rowa & Antony, 2005), il est permis de questionner jusqu'à quel point les domaines interpersonnels ciblés peuvent adéquatement aborder les difficultés interpersonnelles idiosyncrasiques des individus PS. Par ailleurs, les stratégies thérapeutiques du traitement IPT s'écarte de l'AI, particulièrement le modèle médical<sup>9</sup> qui caractérise son application.

D'autres approches thérapeutiques appliquées au traitement de la phobie sociale s'écartent également des approches traditionnelles en ne ciblant pas la réduction des « symptômes » dans le cadre du processus thérapeutique. On parle ici des traitements basés sur l'entraînement à la pleine conscience (*mindfulness training*) (voir Kabat-Zinn, 1990) ou la Thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy; ACT*) (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999)<sup>10</sup>. Cependant, la façon dont l'individu PS gère son état interne est abordé dans le cadre de ces approches plutôt que la façon habituelle dont il entre en relation avec les autres et la dynamique interpersonnelle qui en résulte.

En revanche, à l'instar du traitement AI, l'entraînement aux habiletés sociales a également pour visée l'amélioration du fonctionnement social : employé comme une approche thérapeutique en soi il cible la modification des comportements sociaux. Cependant, cette approche découle d'une perspective théorique qui avance que des habiletés sociales déficientes sont inhérentes aux difficultés phobiques des individus PS (voir McFall, 1982). Selon cette perspective, ces déficits seraient responsables des expériences sociales négatives auxquelles les phobiques sociaux sont susceptibles d'être confrontés, ce qui alimenterait leur détresse anxieuse et leurs comportements d'évitement. L'entraînement aux habiletés sociales

---

<sup>7</sup> Lipsitz et al. (2008) rapportent notamment que « IPT seeks to ameliorate symptoms by specifically targeting interpersonal problems. » (p. 543).

<sup>8</sup> Lipsitz et al. (1999) rapportent également que « Interpersonal psychotherapy focuses on improving the patient's current interpersonal functioning as a means toward [italiques ajoutés] symptomatic recovery. » (p. 1814).

<sup>9</sup> Il est précisé que « [...] in the initial phase, the patient is given the "sick role" to alleviate some of the emotional burden of having become impaired. Difficulties from SAD up to the time of the therapy are attributed to an anxiety disorder that the patient has had to cope with [...] » (Lipsitz et al., 2008, p. 544).

<sup>10</sup> Voir Dalrymple & Herbert (2007) pour une étude pilote utilisant cette approche thérapeutique auprès d'une population PS.

aurait alors pour objectif de « réparer » ces structures déficientes en utilisant des stratégies de modification du comportement (p. ex. « modeling », rétroaction verbale, jeux de rôle). Quoique s'intéressant au comportement social, le rationnel sous-jacent à l'application de cette stratégie repose sur des évidences ténues entre la phobie sociale et des habiletés sociales déficientes, les différences relevées étant plutôt des différences de degré (Stravynski, Kyparissis et Amado, 2010). De plus, contrairement au traitement AI, la fonction du comportement, ancré dans le contexte social qui l'évoque, n'est pas prise en considération (ibid., p.176). Par contre, bien que l'AI puisse intégrer des stratégies associées à ce traitement, elles sont employées dans le but de *dissoudre* le pattern global ayant pour fonction l'auto-protection, en améliorant la participation sociale. Stravynski et ses collaborateurs (Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013) ont d'ailleurs trouvé que ces stratégies de modification du comportement ne sont pas essentielles, des retombées thérapeutiques équivalentes ayant été obtenues, qu'elles soient ou non incluses dans le protocole de traitement AI.

À la lumière de ces informations et forts des considérations théoriques qui ont été exposées, il convient maintenant d'examiner l'état des connaissances sur la durabilité à long terme des gains thérapeutiques. Comme cette présente dissertation a pour but d'évaluer un protocole de traitement psychologique, une recension des études ciblant uniquement de tels traitements sera effectuée. L'efficacité à long terme de la pharmacothérapie sera abordée dans une section subséquente.

La recension des études sur l'efficacité à long terme des traitements psychologiques fait donc l'objet du prochain chapitre.

## CHAPITRE 5

### Traitements psychologiques : efficacité à long terme

#### Recension des études

La recension des écrits qui composera les prochaines sections a pour but d'examiner les effets à long terme des traitements psychologiques, soit *plus d'un an* suivant la fin du traitement, sur la trajectoire clinique de la phobie sociale. Comme une conception interpersonnelle de la phobie sociale est adoptée dans la présente dissertation, l'efficacité des traitements sur les dimensions la caractérisant, selon cette perspective, fera l'objet de cette recension. À cet effet, les études rapportant des données non seulement sur l'évolution de la détresse anxieuse, mais également sur l'évolution du fonctionnement social seront ciblées. De plus, l'évolution du statut clinique, soit l'atteinte du statut de rémission (voir plus loin), sera examinée; par le fait même, les évidences relevées pourront également être discutées à la lumière des données rapportées dans les études prospectives.

Toutefois, pour mieux situer ces évidences parmi les écrits, l'effet à court terme de ces traitements - au post-traitement ou lors de relances effectuées jusqu'à un an post-traitement - sera également abordé. Comme leurs effets à court terme sur l'anxiété sociale et la tendance à éviter sont largement étayés, l'examen de ces effets se concentrera surtout sur l'évolution du statut clinique et du fonctionnement social. Ainsi, cette recension des études permettra de combler les lacunes retrouvées dans les recensions qualitatives et quantitatives - méta-analyses - antérieures qui se sont surtout penchées sur les effets thérapeutiques relatifs à la réduction de l'anxiété.

Une recherche effectuée à l'aide du moteur de recherche PsycInfo a été menée. Les mots-clés « social phobia » ou « social anxiety disorder », ont été combinés aux mots-clés « therapy », « treatment », « cognitive behavior therapy », « behavior modification », « behavior therapy », « cognitive restructuring », « cognitive therapy », « exposure therapy », « social skills training » ou « interpersonal psychotherapy ». Ces mots-clés ont également été combinés aux mots-clés « follow-up », « long-term follow-up », « long-term effect », « long-

term outcome » ou « follow-up study » pour identifier les études de suivi long-terme. Pour s'assurer d'inclure toutes les études pertinentes, une recherche manuelle a également été effectuée en parcourant les références des articles retenus et de plusieurs méta-analyses. Seules les études qui répondaient aux critères suivants ont été considérées:

- une population adulte devait être étudiée;
- les participants devaient satisfaire aux critères du DSM;
- l'échantillon ne devait pas être composé d'un groupe hétérogène d'individus répondant aux critères d'un autre trouble psychologique principal;
- les études ayant évalué les effets thérapeutiques à court terme incluaient une ou plusieurs conditions contrôles; quant aux études ayant examiné le maintien des gains à long terme, les effets à court terme devaient avoir été étayés dans le cadre d'une étude contrôlée;
- les études sélectionnées devaient rapporter des données quant aux taux de rémission définie par la perte des critères du DSM, ou des données liées à une mesure du fonctionnement social. Si seuls l'anxiété et/ou l'évitement étaient évalués, des données relatives à une relance de plus d'un an suivant la fin du traitement devaient être rapportées;
- seuls les articles publiés depuis 1980, en anglais ou en français, ont été considérés.

#### *Recension des études : quelques constats*

En appui aux observations relevées dans des études antérieures (Juster & Heimberg, 1995; Rodebaugh, Holaway, & Heimberg, 2004; Stravynski & Greenberg, 1998) les études révèlent que lorsque le maintien des gains thérapeutiques a été examiné, la plupart d'entre elles incluaient une ou des périodes de relance de plusieurs mois à un an suivant la fin du



traitement. Ainsi, les périodes de relance excédant un an se font rares. Seules 10 études de suivi long terme répondant aux critères de sélection ont été identifiées sur les nombreuses études qui ont été recensées (voir tableau I, p. 39). Comme il a été mentionné, les études incluant une période de relance de plus d'un an sont donc considérées dans la présente dissertation comme examinant des effets « à long terme »<sup>1</sup>.

Il faut également préciser que les modalités de traitement qui ont été considérées pour les fins de cette recension sont très variables, incluant, en l'occurrence, des thérapies individuelles ou de groupe administrées de façon standard, soit en face-à-face. Des « auto-traitements » (p. ex. bibliothérapie) administrés ou non par voie électronique (Internet) (p. ex. Botella et al., 2010; Rapee, Abbott, Baillie, & Gaston, 2007), avec ou sans l'assistance d'un thérapeute (p. ex. Berger et al., 2011; Titov, Andrews, & Schwenche, 2008) ont également été évalués dans les études retenues, de même que des traitements par réalité virtuelle (p. ex. Klinger et al., 2005; voir également Bouchard et al. 2011). Par souci d'accessibilité et de dissémination des traitements psychologiques empiriquement validés, notamment, de même que grâce aux avancées technologiques, divers protocoles ont été développés (c.-à-d. auto-traitements par internet; traitement par réalité virtuelle). Cependant, bien que les moyens employés soient différents, les stratégies thérapeutiques transmises sont similaires à celles utilisées dans le cadre des traitements traditionnels, entre autres, l'exposition, les expériences comportementales, les techniques d'entraînement aux habiletés sociales ou la restructuration cognitive. De plus, des études ont rapporté que ces protocoles de traitement peuvent produire des effets à court terme équivalents à ceux associés aux traitements administrés de façon standard chez les individus PS (p. ex. Andrews, Davies, & Titov, 2011; Hedman, Andersson et al., 2011; Klinger et al., 2005). Pour ces raisons, l'effet thérapeutique de ces traitements sera examiné dans cette recension au même titre que les traitements traditionnels.

---

<sup>1</sup> Dans la présente dissertation, les effets à *long terme* réfèrent à une période excédant un an suivant la fin d'un protocole de traitement. Les effets à court terme font donc référence à une évaluation des effets thérapeutiques au post-traitement ou lors de relances ayant été menées moins d'un an suivant la fin d'un traitement.

Tableau I

*Études de suivi long terme et variables examinées.*

Études <sup>a</sup>	Conditions de traitement (n) <sup>b</sup>	Intervalle entre le post-traitement et la relance (moyenne)	Variables		
			Anxiété sociale et/ou tendance à éviter	Fonctionnement social <sup>c</sup>	Statut clinique (DSM)
Carlbring, Bergman Nordgren, Furmark, & Andersson (2009)	- <i>Internet-delivered CBT</i> (45)	30 mois	X		X
Hedman, Furmark et al. (2011)	- <i>Internet-based CBT</i> (CBT) (37) - WL-CBT (34)	5 ans	X		X
Heimberg, Salzman, Holt, & Blendell (1993)	- CBGT (10) - ES (9)	4.5 à 6.25 ans (5 ans)	X		
Mersch, Emmelkamp, & Lips (1991)	- SST (29) - RET (28)	14 mois	X	X	
Mersch (1995)	- EX (10) - <i>Integrated Treatment</i> (RET+SST+EX) (10)	18 mois	X	X	
Mörtberg, Clark, & Bejerot (2011)	- ICT (23) - IGCT (25)	3.8 à 6.25 ans <sup>d</sup> (5 ans)	X		X
Scholing & Emmelkamp (1996a)	- EX (15) - CT suivi de EX (18) - CBT (17)	18 mois	X		
Scholing & Emmelkamp (1996b)	- EX suivi de CT (8) - CT suivi de EX (9) - CBT (9)	18 mois	X		
Willutzki, Teismann, & Schulte (2012)	- ROCBT (2 ans: 35; 10 ans: 16) - CT (2 ans: 16; 10 ans: 11)	2 ans et 10 ans	X		
Wlazlo, Schroeder-Hartwig, Hand, Kaiser, & Munchau (1990)	- PET (29) - GE (32) - IE (17)	1 à 5.5 ans (2.5 ans)	X	X	

Note. CBGT = *Cognitive-Behavioral Group Therapy*; CBT = *Cognitive Behavior Therapy*; CT = *Cognitive Therapy*; ES = *Educational-Supportive Group Psychotherapy*; EX = *Exposure in vivo*; GE = *Exposure in vivo (group condition)*; ICT = *Individual Cognitive Therapy*; IE = *Exposure in vivo (individual condition)*; IGCT = *Intensive Group Cognitive Therapy*; PET = *Personal Effectiveness Training*; RET = *Rational Emotive Therapy*; ROCBT = *Resource-Oriented Cognitive-Behavioral Therapy*; SST = *Social Skills Training*; WL = *Waiting List*.

<sup>a</sup>Seules les études de Mersch et al. (1991) et Wlazlo et al. (1990) incluent un protocole de traitement ciblant l'amélioration du fonctionnement social. <sup>b</sup>Le nombre de participants ayant fourni des données à la relance long terme. <sup>c</sup>La définition du fonctionnement social est basée sur celle de Beattie et Stevenson (1984) (voir chapitre 4). <sup>d</sup>Intervalle calculé depuis le pré-traitement; le suivi a été effectué, en moyenne, 5 ans post-traitement.

Par ailleurs, contrairement à la plupart des études prospectives relevées plus tôt, de longs intervalles séparant les évaluations de suivi caractérisent généralement les études cliniques qui incluent un suivi à long terme. Techniquement, ce schème se rapproche davantage d'un schème transversal, ce qui ne permet pas d'établir une courbe d'évolution à des intervalles réguliers. Ces études mettent néanmoins en lumière l'état des difficultés, plus d'un an suivant la fin d'un traitement. De même, comme bien des études longitudinales, se pose le problème de l'attrition des participants, étant donné le délai entre les périodes d'évaluation. Ainsi, un certain pourcentage des participants ayant pris part aux études initiales est généralement analysé<sup>2</sup>.

Enfin, en suivant un cadre similaire à celui adopté par Stravynski & Greenberg (1998) et Stravynski (2007, p. 299-304), les études recensées seront discutées en fonction de l'objectif thérapeutique principal des traitements évalués, soit la réduction de l'anxiété ou l'amélioration du fonctionnement social (voir chapitres 3 et 4).

Les études recensées traitant de l'efficacité des traitements à atteindre la rémission, seront dans un premier temps examinées, suivies de celles qui ont évalué la durabilité de leurs effets sur le fonctionnement social et la détresse anxieuse. Pour chaque variable examinée, les études ayant évalué les effets thérapeutiques à court terme seront en premier lieu abordées. Tel que mentionné plus tôt, cette entrée en matière nous permettra de mieux situer les études qui se sont penchées sur les effets thérapeutiques à long terme par rapport aux écrits existants.

### **Efficacité thérapeutique et la rémission: effets à court terme**

De prime abord, il faut préciser que diverses définitions opérationnelles de la rémission sont utilisées dans les études cliniques. Par exemple, certaines études évaluent la rémission de façon dimensionnelle, en se basant sur le *degré de réduction de la détresse anxieuse* selon un

---

<sup>2</sup> Certaines études ont adopté des méthodes afin de gérer l'attrition des participants pour tenter de conserver la représentativité de l'échantillon initial (p. ex. analyses « en intention de traiter »). Cependant, pour les fins de cette recension, les données relatives à l'échantillon qui a complété le traitement (*completers*) sont rapportées, ce qui facilitera la comparaison des résultats avec ceux de la présente étude.

point de coupure sur une mesure auto-rapportée (p. ex. Blanco et al., 2010; Tefikow, Teismann, Willutzki, Wiltink, & Leibing, 2013). D'autres études l'ont plutôt opérationnalisé comme une appréciation globale du *degré d'amélioration* (p. ex. Blanco et al., 2010) ou du *degré de sévérité* des difficultés phobiques suite au traitement (p. ex. Koszycki, Bengner, Shlik, & Bradwejn, 2007; Otto et al., 2000) établis selon le jugement clinique d'un évaluateur à l'aide, notamment, du *Clinical Global Impression* (CGI; Guy, 1976; voir aussi Zaider, Heimberg, Fresco, Schneier, & Liebowitz, 2003). Cette façon de concevoir la rémission caractérise particulièrement les études psychopharmacologiques (voir chapitre 6) et mesure les changements d'une façon plutôt « quantitative ». Pour les fins de cette recension, seules les études qui ont évalué la rémission en se basant sur la perte des critères de la phobie sociale, initialement rencontrés selon le DSM, ont été considérées. Ainsi mesurée, la rémission suggère un changement « qualitatif » des difficultés phobiques (Stravynski, 2013, chapitre 8).

Un résumé des 10 études retenues est présenté à l'annexe D. Les résultats révèlent que, du post-traitement aux relances effectuées jusqu'à six mois après la fin des traitements, les taux de rémission associés aux traitements actifs oscillent entre 11% et 86%, inclusivement, selon la thérapie évaluée (Anderson et al., 2013; Berger et al., 2011; Botella et al., 2010; Clark et al., 2006; Hedman, Andersson et al., 2011; Rapee et al., 2007; Rapee, Gaston & Abbott, 2009; Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach, & Clark, 2003; Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013). Lors de relances menées un an après le traitement, les taux varient de 43% à 77%, inclusivement (Botella et al., 2010; Mörtberg, Clark, Sundin, & Åberg Wistedt, 2007; Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013). Lorsqu'une mesure de tendance centrale (médiane) est employée, le taux obtenu est de 41%, toutes périodes d'évaluation confondues.

On dénote qu'un pourcentage négligeable de participants, assignés à une condition liste d'attente, ont connu une amélioration du statut clinique (Clark et al., 2006; Rapee et al., 2007) ou qu'aucun changement du statut clinique n'est relevé dans cette condition contrôle (Botella et al., 2010). Il est également rapporté que des conditions de traitement employant des stratégies cognitives et comportementales sont associées à un taux de rémission significativement plus élevé qu'une condition de traitement dite « non spécifique » (gestion du

stress) (Rapee et al., 2009) ou qu'un suivi psychopharmacologique standard (Mörtberg et al., 2007). De plus, l'efficacité des conditions de traitement à atteindre le statut de rémission s'est avérée équivalente, dans la plupart des études<sup>3</sup>, lorsqu'elles ont été comparées entre elles.

### *Efficacité thérapeutique à court terme et la rémission: discussion*

Les évidences recueillies par le biais de cette recension révèlent que les traitements psychologiques évalués dans les études recensées peuvent générer, à court terme, des taux de rémission appréciables. Ceci est observé jusqu'à des relances d'un an, des taux de plus de 70% ayant été obtenus pour des conditions de traitement ayant pour visée la réduction de l'anxiété (Botella et al., 2010; Mörtberg et al., 2007) ou l'amélioration du fonctionnement social (Stravynski et al., 2013)<sup>4</sup>. Ces données contrastent avec les probabilités estimées d'atteindre la rémission dans les études prospectives observationnelles menées auprès de populations cliniques (Yonker et al., 2001; Reich et al., 1994). Dans ces études, rappelons-nous, la probabilité d'atteindre la rémission était inférieure à 15%, environ un an suivant l'évaluation initiale.

Des études ayant le mérite d'avoir examiné le statut clinique à plus d'une période d'évaluation depuis la fin du traitement nous indiquent qu'à court terme, soit au cours de l'année suivant la fin du traitement, les taux de rémission tendent généralement à se maintenir ou à augmenter dans le temps (Botella et al., 2010; Hedman, Andersson et al., 2011; Rapee et al., 2007); Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013). Toutefois, certaines observations doivent être relevées. Bien que l'étude de Botella et al. (2010) ait obtenu un taux de rémission appréciable au post-traitement et à la relance un an (60% et 55%, respectivement), suite à un protocole d'auto-traitement par Internet, le taux élevé d'abandon (52%) remet en question la généralisation des résultats et l'acceptation de ce traitement chez

---

<sup>3</sup> Deux études évaluant notamment la thérapie cognitive individuelle développée par Clark et ses collaborateurs (p. ex. Clark et al., 2003), ont rapporté que cette thérapie est associée à un taux de rémission significativement supérieur à la condition thérapeutique à laquelle elle a été comparée, dont la thérapie par exposition (Clark et al., 2006; Stangier et al., 2003).

<sup>4</sup> Il est intéressant de constater que ces taux sont associés à des conditions de traitement standard (face-à-face) adoptant un format individuel.

les patients. De plus, les protocoles de traitement évalués dans cette étude sont conçus pour les participants PS qui ont pour peur principale celle de parler en public. Par conséquent, les taux obtenus ne se rapportent qu'à un profil circonscrit de participants. Il convient également de souligner que pour ces conditions de traitement, le processus thérapeutique prenait fin uniquement lorsque le participant était en mesure d'affronter chacune des situations sociales ciblées; ceci a donc pu contribuer aux taux élevés de rémission rapportés, sans compter que l'intensité du traitement pouvait varier d'un participant à l'autre (c.-à-d. d'une rencontre à deux rencontres par semaine). De plus, Rapee et ses collaborateurs (2007) rapportent qu'un protocole d'auto-traitement par bibliothérapie est associé à un taux de rémission équivalent, au post-traitement, à celui d'un traitement de groupe standard et d'un protocole d'auto-traitement accompagné de séances de groupe. Cependant, ce taux a diminué de 20% à 11% et s'est avéré significativement plus faible que ces deux conditions à la relance trois mois, suggérant que les gains obtenus tendent à ne pas se maintenir dans le temps pour cette condition de traitement. Le fait que 6% des participants dans la condition liste d'attente atteignent le statut de rémission soulève également des questions quant au profil clinique de certains participants.

Il faut mentionner qu'une autre étude s'est penchée sur l'évolution du statut clinique, en utilisant plusieurs temps de mesure. Celle-ci avait pour objectif d'évaluer l'apport de la thérapie cognitive à l'exposition (Salaberría & Echeburúa, 1998). Dans le cadre de cette étude, les participants considérés comme ayant répondu au traitement devaient satisfaire à deux critères : ne plus répondre aux critères de la phobie sociale et rapporter une réduction des scores en deçà d'un point de coupure, déterminé *a priori*, sur deux de trois mesures auto-rapportées. Ces mesures incluaient deux échelles d'anxiété sociale et une mesure évaluant le degré d'interférence de la phobie sociale avec plusieurs sphères de la vie sociale; il n'a cependant pas été explicité comment ces points de coupure ont été estimés. L'inclusion d'un indicateur dimensionnel a toutefois pour effet d'obscurcir les taux de rémission réels, bien que ces derniers soient susceptibles d'être sous-estimés.

Par ailleurs, au post-traitement, la plupart des études rapportent des taux inférieurs à 50% (médiane = 32%). Le fait que 86% des participants de l'étude de Clark et ses collaborateurs (2006) soient considérés en rémission à l'issue du traitement, contraste ainsi

avec la plupart des données recueillies. D'ailleurs, un taux similaire n'a pas été obtenu dans l'étude de Stangier et al. (2003) qui a évalué le même protocole de traitement. De plus, comme Berger et al. (2011), qui rapporte des taux de rémission de plus de 50%, ces études (Clark et al., 2006; Stangier et al., 2003) n'ont pas mené d'évaluation de suivi; conséquemment, on ne peut dire jusqu'à quel point ces gains se sont maintenus dans le temps. Le taux de rémission associé à la condition liste d'attente dans l'étude de Clark et al. (2006), peut également mettre en doute la nature des difficultés qui ont été évaluées.

### *Efficacité thérapeutique à court terme et la rémission: conclusion*

En définitive, il convient de souligner les points suivants : les données rapportées indiquent que les traitements visant la réduction de l'anxiété (p. ex. Hedman, Andersson et al., 2011; Mörtberg et al., 2007) ou l'amélioration du fonctionnement social (Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013) sont associés à des taux de rémission comparables à court terme. Généralement, ces taux demeurent stables ou augmentent après la fin du traitement, suggérant, à la lumière de ces données, que les apprentissages faits lors de la thérapie perdurent ou se consolident graduellement. Il faut toutefois demeurer prudent quant aux conclusions qui peuvent être tirées : le statut clinique n'a été évalué qu'à l'issue du traitement ou lors d'une seule évaluation de relance, lorsque des protocoles de traitement visant l'atténuation de la détresse anxieuse ont été évalués dans certaines études. Seuls Botella et ses collaborateurs (2010) ont examiné l'évolution du statut clinique du post-traitement à une relance d'un an; les limites de cette étude, exposées plus haut, restreignent toutefois la portée des résultats rapportés.

À notre connaissance, Stravynski et ses collaborateurs (Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013) sont les seuls à fournir des évidences issues d'études contrôlées, ayant trait à la durabilité à court terme du statut de rémission, suite à un traitement ayant pour visée l'amélioration du fonctionnement social. D'ailleurs, une diminution *significative* de la proportion d'individus satisfaisant aux critères de la phobie sociale est rapportée, de la fin du traitement à la relance d'un an.

## **Efficacité thérapeutique et la rémission : effets à long terme**

Trois études seulement ont examiné le statut clinique plusieurs années suivant la fin d'un traitement, parmi les études retenues. D'abord, Mörtberg et al. (2011) ont ré-évalué des individus PS en moyenne cinq ans suivant la fin du traitement. Ces auteurs ont développé un programme de traitement intensif et bref de groupe, qui s'échelonne sur une période de trois semaines. Ce protocole de traitement incorpore notamment des stratégies thérapeutiques employées dans le programme de traitement individuel d'approche cognitive de Clark et al. (2003). Il comprend également des interventions telles que la psychoéducation et l'entraînement à la relaxation appliquée. Cette thérapie a été comparée à la thérapie individuelle d'approche cognitive et à un traitement offert dans un contexte psychiatrique usuel, comprenant la pharmacothérapie<sup>5</sup> et le soutien psychiatrique. Seuls les participants qui ont été « randomisés »<sup>6</sup> à l'une des deux conditions de traitement psychologique ont été retenus pour participer à l'étude de suivi.

Soixante pourcent des participants ayant pris part à l'évaluation de relance ont pris part à l'entrevue clinique. Parmi eux, 66% sont en rémission. Ce taux est de 65% chez les participants n'ayant pas reçu de traitement additionnel (hors protocole) pendant la période de suivi<sup>7</sup>. La proportion des participants ayant pris part à la relance long terme qui ne satisfaisaient plus aux critères de la phobie sociale à la relance un an n'a pas été rapportée. Toutefois, l'examen des taux de rémission à un an rapportés dans l'étude initiale - environ 70% de l'échantillon ayant reçu un traitement psychologique était considéré en rémission – semble indiquer que ce taux est demeuré relativement stable. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que les participants ayant pris part aux relances un an et cinq ans n'étaient pas nécessairement les mêmes.

---

<sup>5</sup> Dans 83% des cas un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) a été administré.

<sup>6</sup> Assignation aléatoire aux conditions de traitement.

<sup>7</sup> Le taux est de 81% lorsque les participants n'ayant pas reçu de traitements additionnels et ayant uniquement complété un formulaire auto-rapporté évaluant la présence des critères de la phobie sociale sont considérés. Chez les participants ayant reçu un traitement additionnel, ce taux est de 74%.



Deux études de suivi long terme ont rapporté des données quant au statut clinique des participants auxquels un protocole de traitement auto-administré sur internet, incluant l'intervention d'un clinicien par voie électronique, a été offert (Carlbring et al., 2009; Hedman, Furmark et al., 2011)<sup>8</sup>. Les participants avaient également accès à un forum de discussion par le biais duquel ils pouvaient échanger avec d'autres participants. Le protocole de traitement, une variante de l'approche cognitive, a été développé par Andersson et ses collègues (p. ex. Andersson et al., 2006) et est basé sur le modèle théorique de Clark et Wells (1995).

Dans un premier temps, Carlbring et al. (2009) ont effectué une étude de suivi 30 mois suivant la fin du traitement. Lorsque seuls les participants qui ont pris part à l'entrevue clinique téléphonique (N = 38) sont pris en considération, un taux de rémission de 84.2% est obtenu<sup>9</sup>. Selon les données rapportées, une minorité des participants (11.3%) qui ont complété les mesures auto-rapportées (N = 44) ont reçu un traitement additionnel pendant la période de suivi mais des analyses excluant ces participants n'ont pas été effectuées.

L'étude de Hedman, Furmark et al. (2011) a effectué une relance cinq ans post-traitement qui s'insère dans l'étude originale de Furmark et al. (2009). Dans le premier des deux essais cliniques de cette étude, les participants ont été « randomisés » à l'une des deux conditions de traitement, soit l'auto-traitement par internet et la condition bibliothérapie, qui ont elles-mêmes été comparées à une condition liste d'attente. Les participants de la condition liste d'attente ont subséquemment reçu le même protocole d'auto-traitement par internet, excepté quelques différences quant à l'intervention du thérapeute et à l'accès au groupe de discussion (voir Furmark et al., 2009, p.442). Les participants éligibles au suivi long terme

---

<sup>8</sup> Les participants provenant de l'étude de Carlbring et al. (2009) ont initialement été « randomisés » à cette condition de traitement ou à une condition liste d'attente (Carlbring et al., 2007). Les participants PS ayant reçu le traitement ont également reçu un suivi téléphonique hebdomadaire bref (du clinicien). Les participants de la condition liste d'attente ont reçu ce traitement subséquemment (Carlbring, Furmark, Steczko, Ekselius, Andersson 2006). Cependant, il est rapporté que le suivi téléphonique n'a pas augmenté l'efficacité de l'auto-traitement (Carlbring et al., 2009); par conséquent, les données des participants ayant ou non reçu un suivi téléphonique additionnel ont été amalgamées au suivi long terme. Par ailleurs, les participants de l'étude de Carlbring et al. (2009) ont été recrutés dans la communauté, alors que les participants de Hedman, Furmark et al. (2011) sont issus de milieux cliniques.

<sup>9</sup> Les auteurs rapportent un taux de 56% lorsque les individus n'ayant pas participé à l'évaluation de relance sont considérés comme satisfaisant toujours aux critères de la phobie sociale.

(N = 80) sont issus du premier essai clinique et ont tous reçu l'auto-traitement par internet (immédiatement ou suivant une période d'attente). Les participants qui ont été « randomisés » à la condition bibliothérapie ont été exclus.

Des 71 participants au suivi long terme qui ont complété l'entrevue clinique, selon les données rapportées, 38, soit 54% ne répondaient plus aux critères de la phobie sociale cinq ans après la fin du traitement. Les auteurs rapportent un taux de rémission plus conservateur de 48%, étant donné qu'ils ont présupposé que les individus qui ont abandonné l'étude répondaient toujours aux critères de la phobie sociale. Les résultats révèlent que cette proportion est statistiquement plus élevée qu'au pré-traitement. Parmi les 71 participants qui ont pris part à l'entrevue clinique ou qui ont complété les questionnaires, les données indiquent que 34% (N = 24) auraient reçu un traitement psychologique additionnel ou aurait pris des psychotropes (ISRS) à un moment pendant la période de suivi. À l'instar de Carlbring et al. (2009), aucune analyse statistique n'a été menée pour déterminer si des résultats similaires auraient été obtenus chez le groupe n'ayant pas reçu de traitements additionnels.

#### *Efficacité thérapeutique à long terme et la rémission : discussion*

Seuls des protocoles de traitement ayant pour visée thérapeutique l'atténuation de la détresse anxieuse ont fait l'objet des études présentées plus haut. Ces dernières ont l'avantage d'avoir opérationnalisé la rémission comme la perte des critères du DSM (qui suggère un changement qualitatif), et non comme un degré de sévérité des difficultés phobiques ou leur degré d'amélioration. L'ensemble des résultats semblent dégager une tendance à l'effet que ne plus répondre aux critères de la phobie sociale caractérise au moins 50% des participants évalués deux ans et demi à cinq ans, en moyenne, suivant la fin du traitement. Ces études rapportent également un taux d'attrition relativement faible, ce qui augmente la généralisation des résultats aux participants PS qui ont pris part aux études originales. De surcroît, seule une minorité des participants a reçu un traitement additionnel pendant la période de suivi.

Cependant, à l'instar des études court terme, un constat qui émerge des études de relance long terme s'avère le manque de données sur le statut clinique des participants lors

d'évaluations antérieures. Cette lacune a d'ailleurs été relevée par ces auteurs, dans les études originales ou les études de suivi long terme. Par conséquent, on ne peut examiner la façon dont le statut clinique a évolué avec le temps, pour le même échantillon<sup>10</sup>. Dans un même ordre d'idées, étant donné que le *maintien* des gains thérapeutiques nous intéresse plus particulièrement, cette lacune ne nous permet pas d'examiner les différences individuelles quant à l'évolution des difficultés phobiques. Par exemple, il aurait été intéressant de savoir pour quelle proportion de participants la rémission observée un an post-traitement, est encore constatée plusieurs années plus tard ou pour quelle proportion une détérioration du statut clinique est relevée.

### *Efficacité thérapeutique à long terme et la rémission : conclusion*

Les évidences relevées, bien qu'encourageantes, demeurent limitées quant à la durabilité à long terme des acquis relatifs au statut clinique. Cependant, quel sens peut-on donner aux taux de rémission rapportés plus haut? D'un point de vue *intrapersonnel*, soit en se basant sur la conception reçue de la phobie sociale, la rémission est conceptualisée comme une réduction de l'anxiété sociale, et des comportements d'évitement qui en découlent, au point où ces difficultés phobiques n'interfèrent plus avec la vie des individus ou ne génèrent plus de détresse importante. Cependant, d'un point de vue *interpersonnel*, il est permis de penser que le fait de ne plus satisfaire aux critères de la phobie sociale suggère un changement dans la façon d'approcher les situations sociales problématiques susceptible d'aller au-delà d'une réduction de l'évitement. En ce sens, selon cette perspective, ce changement pourrait impliquer l'abandon d'autres types de tactiques défensives et l'adoption de répertoires de comportements favorisant une participation sociale et une dynamique relationnelle plus adaptées dans plusieurs sphères de vie. Il aurait donc été intéressant d'obtenir des données nous permettant de mieux décrire comment cette rémission pourrait se traduire sur le plan fonctionnel.

---

<sup>10</sup> Par exemple, il n'existe des données sur le statut clinique antérieur que pour une partie de l'échantillon de l'étude de Carlbring et al. (2009). Un taux de rémission de 46% a été obtenu deux mois suivant la fin du traitement, dans cette étude non contrôlée (Calbring et al., 2006). Toutefois, on ne peut présupposer que ce taux est représentatif de l'ensemble de l'échantillon ayant pris part au suivi long terme.

Ainsi, l'effet de la thérapie sur le fonctionnement social plusieurs années suivant la fin du traitement mérite d'être examiné. Avant de se pencher sur cette question, il importe d'examiner comment cette dimension a été étudiée dans les études sur les effets thérapeutiques à court terme.

### **Efficacité thérapeutique et le fonctionnement social : effets à court terme**

Lorsque les retombées thérapeutiques sur le fonctionnement social des individus PS sont évaluées dans les études cliniques, elles se rapportent principalement à l'effet des traitements sur les *conséquences* des difficultés phobiques dans la vie des individus PS. Cette conception du fonctionnement social, rappelons-nous, est plutôt associée à une vision intrapersonnelle de la phobie sociale qui est prévalente dans les études sur la phobie sociale et son traitement. Ainsi, ce construit est le plus souvent mesuré à l'aide de questionnaires auto-rapportés examinant le *degré d'interférence* (p. ex. Sheehan, 1983) de l'anxiété sociale et de l'évitement, lorsqu'il est appliqué à la phobie sociale. Les études qui se sont intéressées à l'évolution du fonctionnement social, selon cette perspective, rapportent généralement un fonctionnement social moins altéré à l'issue du traitement (p. ex. Bögels & Voncken, 2008; Borgeat et al., 2009; Cottraux et al., 2000; Koszycki et al., 2007; Ledley et al. 2009; Mörtberg, Karlsson, Fyring, & Sundin, 2006; Rapee et al., 2007; Rapee et al., 2009; Salaberría & Echeburúa, 1998; Titov, Andrews, Schwencke, Drobny, & Einstein, 2008). De plus, des études indiquent que ces gains se maintiennent ou continuent à être observés jusqu'à un an post-traitement (p. ex. Bögels & Voncken, 2008; Borgeat et al., 2009; Cottraux et al., 2000; Titov, Andrews, Johnston, Schwencke, & Choi, 2009; Mörtberg et al., 2006; Salaberría & Echeburúa, 1998).

En d'autres termes, les évidences révélant un fonctionnement social moins entravé, nous informent du fait qu'un changement a été observé par les individu PS dans une ou plusieurs sphères de leur vie, suite à un traitement. Par contre, elles ne nous disent pas *ce qu'ils font davantage* ou *ce qu'ils font mieux* à l'issue du processus thérapeutique lorsqu'ils s'engagent dans les situations sociales redoutées dans la vie quotidienne. Les considérations

conceptuelles évoquées plus tôt contribuent au fait que peu d'intérêt a été accordé à de tels changements dans les écrits.

Conséquemment, cette section a pour but de combler ces lacunes en examinant l'évolution du fonctionnement social à l'issue du traitement, selon la définition adoptée dans la présente dissertation; tel qu'il a déjà été mentionné, celle-ci se base sur la définition et le schème conceptuel proposés par Beattie et Stevenson (1984). Ainsi, comme Stravynski (2007, pp. 289-334), les études ayant utilisé des mesures nous informant sur « la façon dont le patient participe à la vie sociale, assume ses rôles et s'intègre à un groupe » (Stravynski, 2007, p. 290, traduction libre) seront retenues pour les fins de cette recension. Les mesures ciblées dans la présente recension doivent donc être de nature comportementale. Il faut préciser que les considérations théoriques sous-jacentes à l'utilisation de ces mesures n'ont souvent pas été explicitées dans les études recensées. La sélection des études ayant utilisé une mesure considérée comme répondant à cette définition du fonctionnement social est donc basée sur le jugement de l'auteur guidé, sur le plan conceptuel, par une perspective interpersonnelle.

Des études de traitement ayant recueilli des données dans le cadre d'évaluations comportementales effectuées dans un contexte de laboratoire (p. ex. *Behavioral Assessment Test*) ont privilégié la qualité de la performance globale ou l'évaluation des constituants de certains comportements ou aspects de la performance (p. ex. ton de la voix, durée du discours) comme retombées thérapeutiques<sup>11</sup>. Par ailleurs, certaines études ayant effectué de telles évaluations comportementales n'ont mesuré que la sévérité de l'anxiété<sup>12,13</sup>. Ainsi, le degré

---

<sup>11</sup> Voir, par exemple, Botella et al. (2010), Clark et Agras (1991), Clark et al. (2006), Gruber, Moran, Roth et Taylor (2001), Heimberg, Dodge, Hope, Kennedy et Zollo (1990), Herbert, Rheingold, Gaudiano et Myers (2004), Herbert et al. (2005), Hofmann (2004), Hope, Herbert et White (1995), Newman, Hofmann, Trabert, Roth et Taylor (1994).

<sup>12</sup> Voir, par exemple, Butler, Cullington, Munby, Amies et Gelder (1984), Mattick, Peters et Clarke (1989), Mulkens, Bögels, de Jong et Louwers (2001) et Rapee et al. (2009).

<sup>13</sup> Une méta-analyse a d'ailleurs évalué l'efficacité des traitements psychologiques pour la phobie sociale à modifier les comportements d'individus PS (Powers, Sigmarsson, & Emmelkamp, 2008). Les mesures comportementales renvoyaient à des évaluations effectuées lors de situations de performance simulées en laboratoire (p. ex. discours impromptu) et incluaient des mesures telles que la qualité ou la durée du discours. Cette méta-analyse comprend 32 études randomisées et contrôlées. Seules les études ayant pour groupe contrôle une condition liste d'attente (la majorité des études) ou l'administration d'un placebo (pharmacologique ou psychologique) ont été considérées. Une taille d'effet intergroupe de petite à modérée a été obtenue quant à l'effet des traitements sur des dimensions comportementales de l'anxiété sociale, favorisant les traitements actifs.

d'anxiété ou la qualité des « habiletés sociales »<sup>14</sup> ont le plus souvent été évalués dans ce contexte, ce qui ne nous informe pas sur la façon dont les individus PS participent dans les différentes sphères de leur vie sociale, assument leurs rôles sociaux ou entrent en relation avec les autres. Conséquemment, ces données n'ont pas été considérées.

De même, les mesures auto-rapportées qui examinent la tendance à éviter (p. ex. FQ-SP) n'ont pas été incluses puisque cette dimension a été largement évaluée dans les études de traitement. Il faut également rappeler que l'évitement ne s'avère qu'un indicateur partiel du fonctionnement, puisque cette mesure ne se rapporte pas à ce que l'individu PS fait lorsqu'il s'engage dans les différentes sphères de sa vie sociale. Les résultats associés à ces mesures sont tout de même rapportés, s'il y a lieu, dans l'annexe E qui présente un résumé des 20 études retenues. Ces dernières ont été regroupées en fonction du construit examiné.

#### *Affirmation de soi*

En premier lieu, la recension des écrits révèle que lorsque l'efficacité thérapeutique d'un protocole de traitement sur le fonctionnement social a été évaluée, les réponses d'affirmation de soi ont le plus souvent été mesurées<sup>15</sup>. Les résultats indiquent une amélioration significative dans la plupart des études au post-traitement (Bögels, 2006; Klinger et al., 2005; Oosterbaan, van Balkom, Spinhoven, van Oppen, & van Dyck, 2001; Otto et al., 2000; Salaberria & Echeburúa, 1998) ou une amélioration significative depuis le pré-traitement lors de relances allant jusqu'à un an (Bögels, 2006; Mersch, 1995; Oosterbaan, van Balkom, Spinhoven, van Oppen et al., 2001; van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000). Salaberria & Echeburúa (1998) rapportent également une amélioration significative, pendant

---

Par contre, ces mesures « comportementales » incluait également des mesures de détresse subjective (p. ex. degré d'anxiété ou fréquence de pensées négatives pendant la performance). De plus, des mesures telles que la fréquence de réponses d'affirmation de soi dans des situations sociales spécifiques ou la fréquence d'activités sociales ou de contacts sociaux ont plutôt été considérées comme des indicateurs de détresse subjective, au même titre que la sévérité de l'anxiété sociale. Ces observations mettent ainsi en doute la nature de ces construits.

<sup>14</sup> Tel qu'il a été mentionné, les évidences établissant un lien entre la phobie sociale et des habiletés sociales déficientes sont faibles; voir Stravynski, Kyparissis, & Amado (2010, pp. 157-160) pour une critique de ce construit.

<sup>15</sup> Les mesures suivantes ont été utilisées: *Inventory of Interpersonal Situations (IIS; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1999)*, *Scale for Interpersonal Behavior-Frequency (SIB-Frequency; Arrindell & van der Ende, 1985)* et *Rathus Assertiveness Schedule (RAS; Rathus, 1973)*.

les six mois suivant le traitement, qui s'est maintenue jusqu'à un an. Il a été rapporté dans certaines études que les participants au sein des conditions de traitement se sont significativement améliorés sur cette dimension comparativement à un groupe témoin issu d'une condition liste d'attente (Mersch, 1995; Salaberría & Echeburúa, 1998). Toutefois, une étude n'a pas rapporté de différence par rapport à une condition placebo (Oosterbaan, van Balkom, Spinhoven, van Oppen et al., 2001). Des conditions de traitement visant l'amélioration du fonctionnement social ou la réduction de l'anxiété, respectivement, n'ont toutefois généré qu'une amélioration modeste sur cette dimension (Mersch, Emmelkamp, Bögels, & van der Sleen, 1989; van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000).

### *Problèmes interpersonnels*

D'autres études ont utilisé une mesure examinant des problèmes interpersonnels récurrents rapportés par les participants comme problématiques, selon leur auto-évaluation. Cette mesure est notamment basée sur le modèle du Circumplex de Leary (Leary, 1957, cité dans Huber, Henrich, & Klug, 2007, p. 474). Elle est composée d'items énonçant des comportements problématiques (p. ex. difficulté à être affirmatif, être trop contrôlant avec les autres<sup>16</sup>). Les résultats révèlent une amélioration significative suite à la thérapie (Berger, Hohl, & Caspar, 2009; Berger et al., 2011; Borge et al., 2008, Piet, Hougaard, Hecksher, & Rosenberg, 2010). Un maintien des gains jusqu'à 6 mois (Berger et al., 2011) après le traitement est rapporté. Piet et al. (2010) n'ont toutefois pas administré cette mesure lors des évaluations de suivi. Bien que Borge et al. (2008) aient rapporté une taille d'effet de modérée à large du pré-traitement à la relance un an pour des difficultés liées à l'affirmation de soi et à des comportements évitants, respectivement, ils indiquent que la majorité des participants (61%) aurait reçu un traitement additionnel (hors protocole) pendant la période de suivi. Également souligné par les auteurs, les améliorations rapportées pourraient donc être attribuables à ces traitements additionnels. Des analyses statistiques excluant ceux ayant reçu ces traitements additionnels n'ont cependant pas été effectuées. De plus, il n'a pas été précisé si ces participants ont consulté pour la phobie sociale ou d'autres genres de difficultés. Par

---

<sup>16</sup> L'échelle *Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C; Alden, Wiggins, & Pincus, 1990)* ou une version allemande de cette mesure (*IIP-64; Horowitz, Alden, Wiggins, & Pincus, 2000*) a été utilisée dans ces études.

ailleurs, l'étude de Berger et al. (2009) a inclus une condition liste d'attente dans son devis. Les analyses de signification statistique ne révèlent toutefois pas de différence entre le traitement actif et cette condition contrôle. En revanche, la proportion de participants qui rapportent un changement *cliniquement* significatif sur cette mesure (Jacobson & Truax, 1991), par rapport à une population non-clinique, est significativement plus élevée au sein de la condition de traitement. Ces résultats indiquent que près de 60% des participants ayant reçu le traitement actif ont par la suite rapporté des problèmes interpersonnels se situant dans une étendue « normale ».

### *Fréquence d'activités sociales*

Des études se sont plutôt penchées sur l'évolution de la fréquence des contacts sociaux et des activités sociales dans lesquelles les individus PS s'engagent (Butler et al., 1984<sup>17</sup>; Titov, Andrews, & Schwencke, 2008; Titov, Andrews, Choi, Schwencke, & Mahoney, 2008). Les résultats de deux études indiquent une amélioration significative quant à l'augmentation des activités sociales (Butler et al., 1984; Titov, Andrews, & Schwencke, 2008) alors que dans la troisième, un effet est seulement rapporté pour l'une des conditions d'auto-traitement évaluées, cet effet s'avérant de surcroît de faible amplitude (Titov, Andrews, Choi, et al., 2008). Une taille d'effet de petite à modérée est rapportée en ce qui concerne la diminution des activités évitées (Titov, Andrews, Choi, et al., 2008), mais les résultats s'avèrent équivoques lorsque les résultats sont comparés à ceux d'une condition liste d'attente (Titov, Andrews, & Schwencke, 2008; Titov, Andrews, Choi, et al., 2008). Butler et al. (1984) rapportent un maintien des gains lors d'une relance effectuée six mois après la fin du traitement. Cependant, un suivi n'a pas été effectué dans les études de Titov et ses collaborateurs, ce qui ne permet pas d'examiner l'évolution de cette dimension avec le temps. Qui plus est, comparativement à une condition liste d'attente, aucune différence n'est obtenue dans ces études quant à l'augmentation des activités sociales.

---

<sup>17</sup> Butler et al. (1984) nous renvoient à l'étude de Marzillier, Lambert, & Kellett (1976) pour une mesure similaire à celle qu'ils ont employé pour examiner la fréquence des contacts sociaux.



*Activités prosociales.* Alden et Taylor (2011) ont développé une mesure examinant la fréquence de comportements prosociaux « facilitant le développement de relations interpersonnelles » (traduction libre, p. 309). Il s'avère également important de souligner que, contrairement aux études précédentes, cette mesure examine non pas seulement le degré de participation à des activités sociales, mais la prise d'initiative, telle que initier une conversation ou inviter une connaissance à faire une activité<sup>18</sup>, bien que cette dimension (prise d'initiative) n'ait pas été spécifiquement examinée par les auteurs. Suite à un traitement intégrant des stratégies interpersonnelles à une thérapie cognitivo-comportementale standard (voir chapitre 4), une amélioration significative est rapportée quant à la fréquence de ces comportements au post-traitement, de même qu'un maintien des gains thérapeutiques lors d'une relance effectuée six mois plus tard. Aucune amélioration significative n'a été obtenue dans la condition liste d'attente.

### *Adaptation sociale*

Des difficultés d'adaptation sociale examinant, en l'occurrence, les rôles sociaux, les comportements interpersonnels et les tensions relationnelles (p. ex. capacité à assumer un rôle professionnel, fréquence des conflits avec les autres) (Weissman & Bothwell, 1976) ont été examinées en fonction de plusieurs sphères de vie des individus<sup>19</sup>. Les résultats ont révélé une amélioration significative du pré-traitement à une relance de six mois à un an à travers les conditions de traitement (Stravynski et al., 1982; Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013). Aucune amélioration n'était associée aux conditions liste d'attente dans ces études (Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013). Des améliorations sont rapportées dans certaines sphères de vie spécifiques ou quant à l'adaptation sociale globale, selon l'étude examinée. Une autre étude évaluant l'efficacité du traitement IPT (voir chapitre 4) rapporte des données qui favorisent ce traitement à une thérapie de

---

<sup>18</sup>Certains de ces comportements (p. ex. initier une conversation) sont mesurés comme des réponses d'affirmation de soi dans d'autres études.

<sup>19</sup> Les mesures auto-rapportées employées sont le *Social Adjustment Scale* (Weissman & Bothwell, 1976) et une version française de cette mesure.

soutien, au post-traitement, sur cette mesure, bien qu'aux relances 6 mois et un an combinées, aucune différence entre ces deux groupes n'est rapportée (Lipsitz et al. 2008).

### *Observations additionnelles*

Outre les études recensées plus haut, il faut mentionner que le comportement social des individus PS, vu d'une perspective *intrapersonnelle*, a été évalué dans d'autres études de traitement. Ces études sont présentées plus bas, à des fins de comparaison.

Congruent avec le modèle cognitif de la phobie sociale (Clark & Wells, 1995), des comportements qualifiés de « sécurisants » (Salkovskis, 1991) ou « d'évitement subtil » (Cuming et al., 2009) ont été évalués. Selon cette approche théorique, les individus PS emploieraient différents types de stratégies comportementales (manifestes ou voilées) ayant pour fonction de gérer l'anxiété et de prévenir les conséquences redoutées (Salkovskis, 1991; voir également Plasencia, Alden, & Taylor, 2011). Sur le plan thérapeutique, l'une des stratégies employées dans le cadre du protocole de traitement développé par Clark et ses collaborateurs (Clark et al., 2003) consiste ainsi à aider le patient à abandonner les comportements sécurisants lors d'exercices d'exposition planifiée dans le but de l'amener graduellement à infirmer les « croyances » jugées comme problématiques (voir Mörtberg et al., 2007, p. 145). Ainsi, le comportement social des individus PS dans les situations problématiques est vu comme résultant de ces mécanismes cognitifs (voir Clark & Wells, 1995).

Les résultats révèlent une réduction significative des comportements sécurisants suite à un traitement d'approche cognitive (Borge et al., 2008; Mörtberg et al., 2006; Rapee et al., 2009). Ainsi, des comportements tels que parler moins, essayer de contrôler des réactions physiologiques ou éviter de poser des questions, entre autres, se seraient atténués. Mörtberg et al., (2006) rapportent également qu'une version intensive du protocole de traitement est associée à des effets durables sur cette mesure jusqu'à une relance d'un an. La version standard de cette thérapie s'est toutefois avérée supérieure sur cette mesure à la version intensive et à un traitement psychiatrique usuel (médication, soutien du psychiatre) lors d'une

période de relance de même durée (Mörtberg et al., 2007). Il convient de souligner qu'une réduction significative des comportements sécurisants est rapportée dans les études de Borge et al. (2008) et Rapee et al. (2009) pour les autres conditions thérapeutiques auxquelles ce type de traitement d'approche cognitive a été comparé (thérapie interpersonnelle adaptée à un contexte résidentiel, gestion de l'anxiété, traitement cognitivo-comportemental standard), suggérant qu'un changement sur cette dimension n'est pas nécessairement spécifique aux traitements d'approche cognitive. Par contre, ces études n'ont pas mené d'évaluation de suivi sur cette mesure.

### *Efficacité thérapeutique à court terme et le fonctionnement social : discussion*

En se reposant sur ces évidences, des traitements visant la réduction de l'anxiété ou l'amélioration du fonctionnement social peuvent avoir des effets significatifs sur différentes dimensions fonctionnelles. En revanche, malgré le fait que les scores d'anxiété sociale se sont, en général, significativement améliorés à l'issue du traitement ou lors des périodes de relance, certaines études révèlent que ces changements ne sont associés qu'à une amélioration modeste du fonctionnement social (Mersch et al., 1989; Titov, Andrews, Choi, et al., 2008; van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000<sup>20</sup>).

Les mesures standardisées ont été privilégiées dans la plupart des études pour des raisons méthodologiques évidentes (p. ex. fidélité). Par contre, elles ne sont pas en mesure de cibler les difficultés idiosyncrasiques des patients en fonction du contexte particulier qui les évoquent. Par exemple, le fait qu'une augmentation de comportements d'affirmation de soi identifiés *a priori* soit rapportée, on ne sait pas si cette amélioration est significative par rapport aux difficultés propres à chaque patient. Dans un même ordre d'idées, le fait de rapporter une augmentation des contacts sociaux ne nous dit pas si le participant avait, initialement, de la difficulté à prendre des initiatives avec ses amis ou connaissances et si, après la thérapie, il a été en mesure d'appeler plus souvent des amis pour prendre de leur nouvelles ou de leur proposer des activités. Il faut dire que ces mesures conçoivent plutôt le

---

<sup>20</sup> Il faut rappeler que dans l'étude de van Dam-Baggen & Kraaimaat (2000) aucune stratégie comportementale formelle (p. ex. exposition in vivo) n'a été employée dans la condition "thérapie cognitive".

comportement social comme une dimension stable et ne prennent pas en considération sa fonction, selon le contexte qui l'évoque (p. ex. est-ce qu'il traduit une tactique d'auto-protection dans les contextes interpersonnels redoutés?). De plus, les données rapportées ne nous informent pas sur le caractère adapté ou non des difficultés relationnelles rapportées initialement et leur évolution suite au traitement (voir Kyparissis, Stravynski et Lachance, 2013b, qui ont examiné cet aspect); seule l'évolution de la fréquence ou du degré de sévérité est évaluée. Le *Inventory of Interpersonal Problems* (Alden et al., 1990), qui a été utilisé dans certaines études, a toutefois le mérite d'incarner davantage le comportement social, vu d'une perspective interpersonnelle, en examinant plusieurs façons habituelles d'entrer en relation avec les autres.

Lorsque la présence ou l'absence des critères de la phobie sociale et les changements relevés sur les mesures fonctionnelles ont été parallèlement évalués, les résultats rapportés dénotent une certaine convergence dans les changements rapportés sur ces dimensions (p. ex. augmentation des taux de rémission et amélioration significative du fonctionnement social) au post-traitement (Berger et al., 2011; Rapee et al., 2009) ou à la relance (Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013); Stravynski et al., 2013). Les résultats rapportés par Salaberría & Echeburúa (1998) suggèrent une tendance similaire dans le temps. Cependant, ces observations sont limitées à des données se rapportant à la moyenne des groupes. Cette convergence n'a donc pas été examinée pour chaque participant. Il aurait été intéressant de connaître la proportion des participants qui sont en rémission *et* qui rapportent également une réduction significative des comportements interpersonnels considérés comme problématiques, par exemple.

Les lacunes ou résultats moins favorables relevés dans certaines études, telles que l'absence d'une évaluation de relance, l'obtention de traitements additionnels pendant la période de suivi et des résultats équivalents à une condition liste d'attente ou à un placebo, indiquent également que des protocoles de traitement doivent continuer à être évalués pour obtenir des résultats plus concluants.

### *Efficacité thérapeutique à court terme et le fonctionnement social : conclusion*

Globalement, les résultats suggèrent que les traitements évalués peuvent engendrer des améliorations significatives sur diverses dimensions fonctionnelles et, à court terme, être associés à un maintien des gains lorsqu'une relance est effectuée. Toutefois, vues d'une perspective interpersonnelle, les évidences qui se dégagent généralement de ces écrits ne démontrent pas, sur le plan empirique, une *dynamique de changement* se traduisant par une dissolution de comportements défensifs laissant place à une participation sociale quantitativement et qualitativement plus riche (Stravynski, 2013). La plupart de ces études ont examiné un élément ou l'autre de cette dynamique. Par exemple, des études suggèrent une réduction de la fréquence de comportements défensifs (p. ex. ne pas s'affirmer), ceci, sans examiner si la dissolution de ce comportement est associée à une augmentation de comportements prosociaux, tels qu'exprimer son opinion ou faire des demandes. Appuyant indirectement ces observations, Alden et Taylor (2011) proposent que les comportements prosociaux et évitants reflètent des facteurs liés, mais tout de même indépendants qui méritent chacun une attention propre. De même, le fait que la plupart des études ont analysé les changements rapportés en prenant en considération l'ensemble de l'échantillon, ne permet pas de documenter, pour chaque participant, si des comportements défensifs donnés ont laissé la place à des comportements prosociaux pertinents au contexte social qui les a évoqués.

Des données empiriques liées à cette dynamique de changement ont toutefois été rapportées dans l'étude de Stravynski et al. (1982). Dans le cadre de cette étude, et conforme au traitement AI, les cibles thérapeutiques, soit les comportements de participation sociale ciblés en thérapie pour chaque participant, étaient intimement liées à des comportements défensifs initialement relevés; en fait, chacune d'entre elles a été formulée afin de contrecarrer des comportements défensifs donnés. Pendant la thérapie, une augmentation significative de la fréquence des comportements de participation sociale a été rapportée. Par le fait même, une dissolution des répertoires de comportements, ayant pour fonction l'auto-protection, a graduellement été observée.

La trajectoire de l'auto-protection vers la participation chez des individus PS a également été observée dans une étude ethnographique (Amado, 2005). Les résultats obtenus dans cette étude s'avèrent ainsi un appui à la validité écologique des changements fonctionnels rapportés par les patients ayant complété une thérapie AI (Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013).

### **Efficacité thérapeutique et le fonctionnement social: effets à long terme**

Bien entendu, les constats faits sur le plan conceptuel dans la section précédente s'appliquent également aux études incluant des périodes de relance plusieurs années suivant la fin d'un traitement, vu que des mesures de même type ont été utilisées. Néanmoins, jusqu'à quel point les gains rapportés sont maintenus plus d'un an suivant la fin du traitement?

En ce qui a trait à la durabilité des gains thérapeutiques obtenus sur des mesures examinant le comportement social, trois études ont été identifiées. Il est rapporté que ces gains peuvent se maintenir dans le temps, en moyenne jusqu'à une relance de deux ans et demi (Mersch, 1995; Mersch et al., 1991; Wlazlo et al., 1990). En effet, Wlazlo et ses collaborateurs ont évalué la « compétence sociale », au pré-traitement et lors des évaluations de suivi subséquentes, chez des individus PS ayant reçu un traitement par exposition dans un contexte de groupe. Trois sous-échelles ont été sélectionnées pour examiner ce construit : deux mesurent des réponses d'affirmation de soi, soit l'habileté à faire des demandes et l'incapacité à exprimer un refus, et l'autre examine la *peur* des contacts sociaux. Une amélioration significative pendant la période couvrant le pré-traitement et la relance de deux ans et demi, en moyenne, est rapportée pour chacune de ces dimensions. Or, la dernière sous-échelle a étonnamment été décrite comme étant de nature « comportementale », mettant ici en doute le construit qui a réellement été mesuré. Outre cette lacune sur le plan conceptuel, cette condition de traitement incluait pour une large part un entraînement aux habiletés sociales. En lien au constat soulevé plus tôt, on peut se demander à quelle stratégie thérapeutique les effets détectés sont attribuables.

Pour leur part, Mersch (1995) et Mersch et al. (1991) ont utilisé la sous-échelle mesurant la fréquence des réponses d'affirmation de soi de l'instrument *Scale for Interpersonal Behavior* (SIB; Arrindell & van der Ende, 1985), telles que la capacité à exprimer des émotions positives et négatives, à se montrer affirmatif ou à montrer ses faiblesses. Une relance de 14 mois a été effectuée dans l'étude de Mersch et al. (1991). L'échantillon évalué a initialement pris part à une étude vérifiant l'hypothèse selon laquelle l'appariement de stratégies thérapeutiques (c.-à-d. l'entraînement aux habiletés sociales et la thérapie cognitive) à certaines réponses phobiques (c.-à-d. « habiletés sociales déficientes » ou « distorsions cognitives », respectivement) serait plus efficace (Mersch et al., 1989). Cette hypothèse a toutefois été rejetée et aucune différence n'est rapportée entre les deux conditions de traitement. Cependant, les gains rapportés au post-traitement sur le SIB n'étaient significatifs que pour une partie de l'échantillon, ces gains s'avérant de surcroît plutôt modestes (Mersch et al., 1989). Étant donné qu'entre 40% et 50% des participants à l'évaluation de suivi ont rapporté avoir reçu un traitement additionnel depuis la fin du protocole de traitement étayé, les données ont été analysées en excluant ceux ayant reçu un traitement additionnel. Les données suggèrent qu'un maintien des gains, depuis le post-traitement, quant à l'augmentation de la fréquence des réponses d'affirmation de soi, est rapporté chez l'échantillon n'ayant pas reçu de traitement additionnel, toutes conditions de traitement confondues. Il est important de noter que l'échantillon examiné à la relance inclut un groupe de participants qui n'ont pas été considérés dans les analyses post-traitement de l'étude de Mersch et al. (1989). La comparaison des résultats du suivi long terme avec ceux associés à cette étude doit donc se faire avec prudence.

L'étude de Mersch (1995) rapporte une amélioration significative du pré-traitement à la relance trois mois. Les participants ayant reçu une thérapie par exposition ou une thérapie intégrée comprenant des stratégies cognitives, d'entraînement aux habiletés sociales et d'exposition ont rapporté une amélioration équivalente. L'entraînement aux habiletés sociales (deux séances) a toutefois été abordé dans le contexte d'un modèle théorique axé sur la réduction de l'anxiété comme levier thérapeutique. Un maintien des gains est rapporté de la relance trois mois à une relance d'environ 18 mois. Seuls deux participants auraient reçu un traitement additionnel pendant la période de suivi. Bien que les résultats soient favorables, il

convient de réitérer le fait que la validité écologique de la mesure employée est remise en question (Stravynski et al., 2010).

À des fins de comparaison, lorsque le fonctionnement social est vu comme une conséquence de la phobie sociale, des résultats similaires sont rapportés. En ce qui concerne la réduction des effets délétères des difficultés phobiques sur la vie des patients, les gains thérapeutiques peuvent se maintenir jusqu'à cinq ans suivant la fin du traitement (Mörtberg et al., 2011; Wlazlo et al., 1990). En effet, à l'aide d'une échelle visuelle analogue, les participants ont rapporté une réduction significative de l'interférence de leurs difficultés phobiques sur leurs activités quotidiennes entre le début du traitement et une période de relance variant de un an et demi à cinq ans et demi (Wlazlo et al., 1990). Aucune différence n'a été rapportée entre les conditions de traitement. Il est toutefois important de souligner que ces traitements incluaient tous un entraînement aux habiletés sociales, de même que des instructions à s'exposer aux situations sociales. Ceci remet en question la spécificité des traitements comparés dans cette étude (Heimberg & Juster, 1995). Bien qu'ils ne rapportent pas d'analyses statistiques comparant l'évaluation post-traitement à celle effectuée lors de la relance, les auteurs rapportent que la réduction des scores s'est avérée plus marquée pendant le traitement. Cependant, il n'a pas été rapporté si les participants avaient reçu un traitement additionnel suivant la fin du protocole d'intervention.

Mörtberg et al. (2011), rapportent une amélioration significative entre le post-traitement à une relance ayant été menée en moyenne cinq ans plus tard (voir section sur la rémission pour plus de détails sur l'étude). Des résultats équivalents ont été obtenus pour les deux conditions de traitement comparées. Le même profil de résultats (comparativement à l'ensemble de l'échantillon) a également été obtenu lorsque seulement les participants qui n'ont pas reçu de traitement additionnel ont été considérés. Le contenu de la mesure d'interférence utilisée se révèle toutefois peu descriptif. En effet, les données obtenues à l'aide du *Sheehan Disability Scale* (Olfson et al., 1997; Sheehan, 1983) sont restreintes quant à leur capacité à bien cerner la nature des difficultés fonctionnelles (Schneier et al., 1994; Hambrick, Turk, Heimberg, Schneier, & Liebowitz, 2004) lesquelles, selon cette conception, résultent des difficultés phobiques. Bien que son utilisation soit très répandue dans le contexte



de recherche psychologique et pharmacologique, sa validité écologique chez les individus PS a été remise en question (voir Hambrick et al., 2004).

### *Efficacité thérapeutique à long terme et le fonctionnement social : conclusion*

Globalement, les évidences rapportées plus haut, bien que favorables, demeurent limitées. En effet, les acquis sur le plan fonctionnel suite à un traitement psychologique ont tendance à être encore rapportés plus d'un an suivant l'évaluation post-traitement. De même, des effets différentiels significatifs en fonction des approches thérapeutiques qui ont été comparées (réduction de l'anxiété ou amélioration du fonctionnement social) n'ont pas été obtenus (Mersch et al., 1991). Les études qui se sont intéressées à la durabilité des gains relatifs au comportement social ont obtenu des résultats modestes ou des lacunes sur le plan de la validité de la mesure ont été relevées. Ainsi, la signification des changements fonctionnels dans la vie quotidienne des participants n'a pas été démontrée. De surcroît, la dissolution des comportements ayant pour fonction l'auto-protection, laissant la place à des comportements prosociaux n'a, à ce jour, pas été examinée dans un contexte de recherche évaluative plusieurs années suivant la fin d'un traitement psychologique pour la phobie sociale. Des données ayant trait au lien entre la perte des critères de la phobie sociale et cette dynamique de changement restent également à être recueillies.

Dans la prochaine section, l'effet thérapeutique, à court et à long terme, des traitements psychologiques sur la détresse sociale sera abordé.

### **Efficacité thérapeutique et la détresse anxieuse: effets à court terme**

Lorsque l'efficacité des traitements psychologiques a été évaluée dans bon nombre d'études cliniques, l'atténuation de la détresse anxieuse et de la tendance à éviter ont généralement été les facteurs principaux examinés. À cet effet, plusieurs méta-analyses examinant uniquement des études contrôlées ou incluant également des essais cliniques non contrôlés ont rapporté leur efficacité au post-traitement (p. ex. Fedoroff & Taylor, 2001; Fesk & Chambless, 1995; Gould, Buckminster, Pollack, Otto, & Yap, 1997; Taylor, 1996).

L'amplitude des effets thérapeutiques relevée dans plusieurs de ces méta-analyses était de modérée à large (Rodebaugh et al., 2004).

Peu d'études recensées et ayant été menées dans le contexte d'une étude contrôlée ont inclus une période de suivi excédant un an. Les résultats obtenus dans le cadre d'études incluant une relance d'un an sont néanmoins encourageants. Un maintien des gains ou une amélioration est généralement rapportée pendant la période de suivi sur l'anxiété sociale et/ou la tendance à éviter (p. ex. Andersson et al., 2006; Bögels, 2006; Bögels & Voncken, 2008; Borge et al., 2008; Borgeat et al. 2009; Botella et al., 2010; Carlbring et al., 2007; Clark et al. 2006; Cottraux et al. 2000; Furmark et al., 2009; Mörtberg et al., 2006; Mörtberg et al., 2007; Mulkens, Bögels, de Jong, & Louwers (2001); Salaberría & Echeburúa, 1998; Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013; Tillfors et al., 2008). Qui plus est, lorsqu'une méthode de signification clinique situant les améliorations rapportées par rapport aux scores d'une population non-clinique a été employée (Jacobson & Truax, 1991), la proportion de participants rapportant un changement cliniquement significatif était d'environ 50% ou plus, sur la plupart des mesures utilisées (p. ex. Andersson et al., 2006; Borge et al., 2008; Furmark et al., 2009; Tillfors et al., 2008).

### **Efficacité thérapeutique et la détresse anxieuse: effets à long terme**

Les 10 études de suivi long terme recensées ont rapporté des données sur le maintien des gains relatifs à l'anxiété sociale et/ou la tendance à éviter. D'abord, des périodes de relance variant de 14 à 30 mois, en moyenne, ont révélé que les scores à la relance long-terme se sont avérés équivalents ou significativement améliorés comparativement aux scores obtenus à la fin du traitement sur l'anxiété sociale (Carlbring et al., 2009; Mersch et al., 1991; Willutzki et al., 2012) et la tendance à éviter (Scholing & Emmelkamp, 1996a; 1996b; Willutzki et al., 2012). De plus, dans l'étude de Mersch (1995), une amélioration significative du pré-traitement à la relance trois mois sur l'anxiété sociale et l'évitement est obtenue. Un maintien des gains thérapeutiques sur ces variables ou une amélioration significative a été obtenue entre les relances trois mois et 18 mois. Carlbring et al. (2009) notent également une amélioration significative sur la plupart des mesures d'anxiété sociale entre le post-traitement

et la relance effectuée deux ans et demi plus tard. De plus, ils rapportent que des tailles d'effet entre 1.10 et 1.73 ont été obtenues à la relance, comparativement au pré-traitement. De même, Wlazlo et al. (1990) rapportent une amélioration significative du pré-traitement à une relance menée, en moyenne, deux ans et demi suivant la fin du traitement.

Par ailleurs, les études de Scholing & Emmelkamp (1996a, 1996b) avaient pour but de comparer les effets à long-terme de différentes conditions de traitement incluant la thérapie par exposition *in vivo* seule ou en combinaison avec des stratégies cognitives (thérapie cognitive suivie de l'exposition ou intégration de l'exposition et de la thérapie cognitive) chez des individus PS rapportant des peurs circonscrites, telles que les peurs principales de rougir, transpirer ou trembler, ou des peurs généralisées. L'évaluation de suivi a été menée 18 mois suivant la fin des traitements. L'étude de Scholing & Emmelkamp (1996a) a également comparé l'efficacité de la thérapie individuelle et de groupe. Un maintien des gains entre le post-traitement ou la relance trois mois et la relance long-terme a été rapporté à la fois sur l'évitement de situations cibles personnalisées et de situations génériques, toutes conditions de traitement confondues (Scholing & Emmelkamp, 1996a,1996b). Lorsque les données long-terme ont été directement comparées aux scores obtenus avant le début du traitement, une amélioration significative a été rapportée. À la relance long-terme, les différents traitements combinant la thérapie cognitive et l'exposition se sont avérés équivalents sur les mesures d'évitement chez les individus PS ayant des peurs circonscrites (Scholing & Emmelkamp, 1996b). Chez les individus PS ayant des peurs généralisées, il est rapporté que la thérapie d'exposition menée en groupe a généré des scores plus favorables que les traitements individuels et le traitement de groupe intégrant l'exposition et la thérapie cognitive (Scholing & Emmelkamp, 1996a). Cependant, malgré le fait que 26% des participants ont reçu un traitement additionnel entre les deux périodes de relance, des analyses n'ont pas été menées pour déterminer si le groupe n'ayant pas reçu de traitement additionnel obtient des résultats similaires.

Quant à l'étude de Willutzki et ses collaborateurs (2012) ils ont comparé la durabilité des effets thérapeutiques d'un traitement individuel d'approche cognitive suivant le modèle de Clark et Wells (1995) et d'un traitement cognitivo-comportemental intégrant des stratégies

d'activation de ressources issues d'une perspective systémique. Un maintien des gains entre le post-traitement et une relance effectuée deux ans plus tard est rapporté sur des mesures d'anxiété sociale et d'évitement. La magnitude des effets rapportés du pré-traitement à la relance oscille entre 0.83 et 1.55, inclusivement. Les deux conditions de traitement se sont avérées équivalentes à la relance.

Lors de relances effectuées cinq ans suivant la fin du traitement, le même profil de résultats est essentiellement observé. Mörtberg et al. (2011) ont rapporté une amélioration significative entre le post-traitement et la relance sur une mesure composite d'anxiété sociale. Les mêmes résultats ont été obtenus chez le groupe n'ayant pas reçu de traitement additionnel (hors protocole) pendant la période de suivi (c.-à-d. 75% de l'échantillon). Des tailles d'effet de 1.12 à 1.61 sont rapportées du pré-traitement à la relance, selon l'inclusion ou non des participants ayant reçu un traitement additionnel. Du post-traitement à la relance, des tailles d'effet de 0.20 à 0.56 sont rapportées. Aucune différence entre la thérapie cognitive individuelle et la thérapie intensive de groupe n'a été relevée à la relance. Hedman, Furmark et al. (2011) ont rapporté une amélioration significative entre le post-traitement et une relance effectuée un an plus tard, de même qu'un maintien des gains thérapeutiques sur la plupart des mesures entre les relances un an et cinq ans. De plus, des améliorations significatives sont notées pendant cette période. La magnitude des effets rapportés à la relance, comparativement au pré-traitement, oscille entre 0.95 et 1.40, inclusivement. Finalement, Heimberg, Salzman et al. (1993) ont examiné l'efficacité à long terme d'un traitement cognitivo-comportemental de groupe (Heimberg, Becker, Goldfinger, & Vermilyea, 1985; Heimberg et al., 1990). Ce traitement a été comparé à un placebo psychologique (groupe de psychoéducation et de support). Ils ont trouvé que les scores à la relance cinq ans sur l'anxiété sociale et l'évitement étaient encore significativement améliorés comparativement aux scores initiaux sur la plupart des mesures. À l'instar des résultats obtenus par Heimberg et ses collaborateurs, une amélioration significative cinq ans suivant la fin du traitement comparativement aux scores pré-traitement est rapportée (Mörtberg et al., 2011; Hedman, Furmark et al., 2011).

Par ailleurs, dans une étude de suivi ayant été effectuée 10 ans post-traitement, Willutzki et al. (2012) rapportent, en général, un maintien des gains sur l'anxiété sociale et la

tendance à éviter. Une amélioration significative sur certaines mesures d'anxiété sociale est également obtenue. En raison de la taille de l'échantillon à la relance (N = 27) les deux conditions de traitement initialement comparées ont été amalgamées. Des tailles d'effet entre 1.56 et 2.34, inclusivement, ont été obtenues à la relance, comparativement au pré-traitement. De plus, des analyses additionnelles ont été effectuées excluant les participants ayant reçu un traitement additionnel pendant la période de suivi (26% des participants à la relance). Le même profil de résultats a été obtenu, sauf en ce qui a trait à l'amélioration constatée sur une échelle d'anxiété sociale qui ne s'avérait plus significative pendant cette période.

La signification clinique des changements sur l'anxiété sociale et l'évitement, par rapport à une population de référence non-clinique, a été évaluée dans certaines études à l'aide de la méthode de Jacobson & Truax (1991). Des taux oscillant entre 38% et 60%, inclusivement, et variant de 48% à 58% (selon l'inclusion ou non des participants ayant reçu un traitement additionnel) ont été obtenus dans l'étude de Carlbring et al. (2009) et Mörtberg et al. (2011), respectivement.

#### *Efficacité thérapeutique à long terme et la détresse anxieuse : conclusion*

Ces résultats révèlent un maintien des gains thérapeutiques ou une amélioration continue en ce qui concerne l'anxiété sociale et la tendance à éviter dans les études de suivi long-terme. De plus, de grandes tailles d'effet entre le pré-traitement et les évaluations de relance ont notamment été rapportées. Lorsque la signification clinique des changements constatés sur la détresse anxieuse a été évaluée, des taux appréciables ont été obtenus. Cependant, seules deux études ont examiné cette dimension. Par ailleurs, les évidences obtenues jusqu'à présent semblent indiquer que les traitements additionnels reçus n'ont pas influencé l'issue à long-terme, bien que certaines de ces études n'aient pas rapporté de données sur cette question.

### *Efficacité thérapeutique à court et à long terme : conclusion générale*

En somme, comme il est bien documenté dans les écrits, les individus PS ayant reçu un traitement psychologique étayé par la recherche connaissent globalement une amélioration significative de leurs difficultés phobiques. Plus important encore, les études de suivi à long terme ayant été réalisées jusqu'à présent révèlent que ces individus sont susceptibles de maintenir leurs gains thérapeutiques jusqu'à plusieurs années suivant la fin du traitement, notamment quant à la réduction de l'anxiété sociale et de l'évitement. Par contre, non seulement les évidences concernant la durabilité des effets quant à la rémission et à l'amélioration du fonctionnement social sont peu nombreuses, elles sont, de plus, parcellaires.

Comme les traitements psychologiques, l'efficacité de la pharmacothérapie à atténuer les difficultés phobiques est démontrée (p. ex. Gould et al., 1997; Fedoroff & Taylor, 2001). Le prochain chapitre aura pour but d'en discuter.

## CHAPITRE 6

### La pharmacothérapie

Bien que ce type de traitement ne fasse pas l'objet de la présente étude, il devient important d'aborder son efficacité à long terme, étant donné qu'à l'instar des traitements psychologiques son efficacité est démontrée. Vu la perspective biomédicale de la phobie sociale qui sous-tend l'utilisation de la pharmacothérapie, la détresse anxieuse (et la tendance à éviter qui en résulte, selon cette conception) est la dimension principalement investiguée dans les études cliniques.

En effet, en ce qui a trait à la réduction de l'anxiété sociale et de l'évitement, les évidences révèlent une efficacité au moins comparable de la pharmacothérapie à celle des traitements psychologiques, à l'issue du traitement (Canton, Scott, & Glue, 2012). De plus, des méta-analyses ayant sélectionné des études « randomisées » et contrôlées par une condition placebo rapportent que la majorité des psychotropes évalués sur ces dimensions étaient associés à une efficacité supérieure à celle d'une condition placebo (p. ex. Blanco et al., 2003; Hedges, Brown, Shwalb, Godfrey, & Larcher, 2007; Ipser, Kariuki, & Stein, 2008). Des tailles d'effet de modérées à larges ont d'ailleurs été rapportées (Blanco et al., 2003), une amplitude équivalente à celle associée aux traitements psychologiques (p. ex. Gould et al., 1997).

Or, bien que cette forme de traitement cible la réduction de l'anxiété, il est permis de penser que des changements pourraient également s'opérer sur le fonctionnement social. De plus, on peut se demander quelle est sa capacité à engendrer des effets significatifs sur le statut clinique (rémission). La prochaine section abordera ces questions vu que l'effet de ce traitement sur ce plan est peu abordé dans les études psychopharmacologiques.

#### **Effets sur la rémission et le fonctionnement social : quelques constats**

Comme mentionné dans le chapitre précédent, la rémission est le plus souvent opérationnalisée, dans les études psychopharmacologiques, comme un degré d'amélioration

des difficultés phobiques ou une appréciation globale de leur sévérité sur le CGI (Guy, 1976; voir Blanco et al., 2010 et Otto et al., 2000, par exemple). Dans une moindre mesure, les études évaluant l'efficacité d'un psychotrope peuvent utiliser un autre indicateur de rémission, tel que le *degré d'amélioration* selon un point de coupure sur une mesure d'anxiété sociale (p. ex. Stein, Pollack, Bystritsky, Kelsey, & Mangano, 2005). Des données sur la rémission, opérationnalisée comme la perte des critères du DSM (p. ex. DSM-IV; APA, 1994) n'ont, à notre connaissance, pas été rapportées dans les études cliniques contrôlées. Bien qu'un groupe contrôle dans l'étude de Mörtberg et al., (2007) soit composé d'individus PS ayant reçu un traitement psychiatrique « usuel » (c.-à-d. médication et soutien du psychiatre), la médication reçue n'était pas contrôlée. En se basant sur les critères du DSM-IV, un taux de rémission de 48% a toutefois été rapporté pour cette condition lors de la relance un an. Cependant, les auteurs ont indiqué que le taux de rechute n'a pu être évalué.

Lorsque l'effet de la pharmacothérapie sur d'autres dimensions, tel que le fonctionnement social, a été évalué, les données analysées renvoyaient généralement aux conséquences des difficultés sociales sur la vie des individus (degré d'interférence), mesuré par le SDS (p. ex. Hedges et al., 2007; Hansen et al., 2008; Ipser, Kariuki, & Stein, 2008). Des tailles d'effet de petites à modérées, associées aux inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ont été obtenues dans la sphère professionnelle, sociale et familiale (Hedges et al., 2007). De plus, les effets sur le fonctionnement social associés aux ISRS et à d'autres classes de psychotropes (p. ex. inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et norépinéphrine), se sont généralement avérés supérieurs à ceux obtenus auprès d'individus ayant reçu un placebo (p. ex. Hansen et al., 2008; Ipser et al., 2008).

En regard à la nature des changements fonctionnels qui se sont opérés, les données ne nous informent pas sur la façon dont ces derniers se traduisent dans la vie quotidienne. À cet effet, très peu d'études se sont penchées sur l'évolution du fonctionnement social, conceptualisé selon le schème de Beattie et Stevenson (1984), à la fin du traitement. Le peu d'évidences recensées indiquent une amélioration significative sur des difficultés liées à l'affirmation de soi suite à la prise de psychotropes (Oosterbaan, van Balkom, Spinhoven, van Oppen, et al., 2001; Otto et al., 2000). Outre les considérations conceptuelles soulevées plus



tôt en lien aux mesures utilisées, ces résultats s'avèrent peu concluants étant donné le taux d'attrition élevé qui est rapporté (Otto et al., 2000) ou le fait que l'issue rapportée s'avère équivalente à une condition placebo (Oosterbaan, van Balkom, Spinhoven, van Oppen, et al., 2001). Par ailleurs, il ne faut pas perdre de vue que la pharmacothérapie est souvent accompagnée d'un encouragement de la part du médecin traitant à s'exposer aux situations sociales problématiques dans la vie quotidienne (p. ex. Gelertner et al., 1991; Otto et al., 2000). L'exposition étant une stratégie ayant fait ses preuves, il est permis de se questionner quant à la part des effets qui serait attribuable à cette stratégie (Otto et al., 2000), même lorsqu'elle n'est pas administrée de façon standardisée.

À la lumière de ces constatations, l'état des connaissances sur la durabilité des effets associés à la pharmacothérapie sera maintenant abordé.

#### *Durabilité des effets thérapeutiques*

Les études incluant des évaluations de relance ont l'avantage de nous informer quant à la durabilité des effets d'un traitement lorsqu'il n'est plus administré. Il appert que les études cliniques qui se sont penchées sur la durabilité des gains thérapeutiques suite à la discontinuation d'une médication abondent dans le sens que le maintien de la médication est associé à une issue plus favorable que sa discontinuation (Ipser et al., 2008).

#### *Études de maintien avec placebo*

Une méthode employée pour examiner le maintien des gains thérapeutiques dans le cadre d'études examinant la prévention à la rechute, consiste à remplacer, à la fin du protocole de traitement, la dose administrée lors du traitement actif par un placebo. Bien qu'une plus grande détérioration des difficultés soit généralement associée à cette méthode comparativement au maintien du traitement (p. ex. Montgomery, Nil, Dürr-Pal, Loft, & Boulenger, 2005; Stein, Versiani, Hair, & Kumar, 2002; Versiani et al., 1992; Walker et al., 2000), il s'avère difficile de parler d'une période « sans traitement » lorsque l'on se rapporte aux effets non-négligeables sur l'anxiété sociale que peut engendrer la prise d'un placebo

(Oosterbaan, van Balkom, Spinhoven, & van Dyck, 2001). Un pourcentage appréciable de participants - 50% dans l'étude de Montgomery et al. (2005) - est d'ailleurs susceptible de maintenir ses gains thérapeutiques pendant au moins six mois suite à une discontinuation du traitement actif suivie d'un placebo (Schneier, 2011).

### *Études de maintien sans placebo : effets à court terme*

D'autres études incluant une période de relance d'au moins six mois (mais n'excédant pas un an) ont toutefois examiné le maintien des effets thérapeutiques sans substituer la médication par un placebo. Ces études comparaient une pharmacothérapie à un traitement psychologique dans la plupart des cas. Pour chacune des études examinées, les résultats sur l'anxiété sociale et le fonctionnement social (s'il y a lieu) seront abordés.

Par exemple, bien qu'un maintien des gains sur l'anxiété sociale et l'évitement soit rapporté lors d'une relance de six mois suivant la prise d'un bêta-bloquant (atenolol), un taux d'abandon s'élevant à 43% est rapporté (Turner, Beidel, & Jacob, 1994). Les auteurs soulignent d'ailleurs l'importance d'interpréter les résultats obtenus à la relance avec prudence en raison de ce taux d'attrition (p. 356). De plus, les données indiquent qu'à l'issue du traitement, les patients ayant été traités par Atenolol ont rapporté une détérioration significative sur une sous-échelle mesurant l'interférence des difficultés phobiques sur leur vie. Les scores sont toutefois demeurés stables pendant la relance.

Par ailleurs, après la discontinuation d'un inhibiteur de la monoamine oxydase (phenelzine) suivie d'une phase de maintien du traitement pendant six mois, Liebowitz et ses collaborateurs (1999) ont inclus une période sans traitement de six mois. Aucun traitement additionnel n'a été offert pendant cette période. L'interprétation des résultats doit cependant tenir compte de l'attrition des participants et du fait que les individus qui n'ont pas répondu au traitement pendant sa période active, ou qui se sont détériorés pendant la phase de maintien, ont été exclus de la phase sans traitement du protocole. Par conséquent, bien que 60% (6/10) des participants éligibles à la phase sans traitement aient maintenu leurs gains pendant cette période, ils ne représentent que 19% (6/31) des participants qui ont entamé l'étude. Il s'avère

également important de souligner que malgré le fait qu'ils ont rapporté des difficultés moins sévères au début et à l'issue de la phase sans traitement que le groupe ayant reçu une psychothérapie cognitivo-comportementale de groupe (CBGT), une plus grande proportion d'entre eux (30% vs 0% chez le groupe CBGT) a été évaluée comme ayant rechuté lorsqu'aucun traitement n'était administré, bien que cette différence ne soit pas significative.

Clark et ses collaborateurs (2003) ont contrasté l'efficacité d'une thérapie cognitive à deux conditions thérapeutiques au sein desquelles un ISRS (fluoxétine) ou un placebo ont été administrés de façon concomitante à l'auto-exposition graduée. Suite à une période de relance sans traitement de neuf mois (un an depuis le pré-traitement) pendant laquelle il a été demandé aux patients de ne pas solliciter de traitement additionnel (seuls quatre patients ayant reçu de la fluoxétine ont finalement reçu un traitement additionnel), un maintien des gains quant à la réduction de l'anxiété sociale et de la tendance à éviter a été rapporté chez les participants ayant reçu le traitement cognitif ou la fluoxétine<sup>1</sup>. Le fait que le groupe ayant reçu un psychotrope a reçu des instructions formelles à s'exposer aux situations sociales redoutées est susceptible d'avoir facilité le maintien des gains thérapeutiques. Cependant, il aurait été intéressant qu'une condition additionnelle avec fluoxétine sans auto-exposition soit incluse pour vérifier cette hypothèse à la relance.

Finalement, Haug et al. (2003) ont examiné l'efficacité de quatre conditions de traitement, incluant une condition de traitement par ISRS (sertraline) accompagnée d'une prise en charge usuelle. Une relance 28 semaines suivant la fin du traitement actif de 24 semaines a été effectuée. Une amélioration significative sur l'anxiété sociale et l'évitement du pré-traitement à la relance un an est constatée. Un maintien des gains suivant la fin du traitement est noté sur l'anxiété sociale, bien qu'une détérioration (non significative) soit rapportée sur l'évitement. Comparativement à une condition combinant le placebo et la prise en charge usuelle, cette détérioration s'est toutefois avérée significative. En ce qui a trait au degré d'interférence des difficultés phobiques, un maintien ou une détérioration significative est relevée, selon la mesure examinée. L'interprétation de ces résultats est cependant biaisée par

---

<sup>1</sup> Le groupe ayant reçu le placebo a été retiré de l'étude à l'issue du traitement actif et un autre traitement leur a été offert.

le fait qu'un traitement additionnel a été offert (à la discrétion du médecin traitant) à ceux jugés comme ne s'étant pas améliorés « de façon satisfaisante » à la fin du traitement actif. De plus, ils ne rapportent pas de taux de rechute. Il a toutefois été trouvé que 21.6% des individus ayant pris de la sertraline ont reçu un traitement additionnel par ISRS, alors qu'une autre proportion de participants aurait reçu un autre type de traitement (p. ex. traitement par exposition). Des traitements additionnels ont également été donnés dans les autres conditions de traitement.

### *Études de maintien sans placebo : effets à long terme*

Des constats similaires ont été faits quant aux études qui ont inclus une période de relance excédant un an suivant la fin du traitement actif : dans le cadre d'une étude rétrospective menée par Sutherland, Tupler, Colket, & Davidson (1996), des patients qui ont initialement participé à une étude contrôlée comparant l'efficacité d'un benzodiazépine (clonazepam) au placebo (Davidson et al., 1993) ont été sollicités environ deux ans suivant le début de l'étude clinique (la période de suivi oscillait entre 1.4 et 2.6 ans). Le traitement actif de 10 semaines, après sa discontinuation, a été suivi d'une période sans traitement de deux semaines. Un maintien des gains rapportés à l'issue du traitement aurait été généralement obtenu sur l'anxiété sociale, la tendance à éviter et le degré d'interférence pendant la période de suivi, à travers les conditions de traitement à l'étude. À la relance, la condition clonazepam était toutefois associée à un score d'interférence plus faible sur le SDS et sur plusieurs mesures de détresse subjective que la condition placebo, particulièrement sur les mesures administrées par un clinicien. Cependant, les chercheurs ont offert aux patients de continuer à suivre leur traitement ou ont été référés à un autre professionnel de la santé après la période sans traitement de deux semaines. Par conséquent, selon les données rapportées par les auteurs, il est possible de déduire qu'entre 45% et 75% de l'ensemble des participants ont reçu un traitement additionnel pendant la période de suivi.

Dans l'étude de Oosterbaan, van Balkom, Spinhoven, van Oppen, et al., (2001) un suivi prospectif a été effectué jusqu'à 15 mois suivant la fin des traitements comparés, soit une thérapie cognitivo-comportementale et un traitement par moclobémide (inhibiteur réversible

de la monoamine oxydase) ou placebo pendant 15 semaines. Comparativement au pré-traitement, des améliorations significatives sont rapportées dans la condition moclobémide, notamment, sur l'anxiété sociale, la tendance à éviter, le degré d'interférence des difficultés dans la sphère professionnelle et sociale des patients, ainsi que la fréquence de réponses d'affirmation de soi au post-traitement, et à la relance effectuée après une période sans traitement de deux mois. Cependant, la condition moclobémide a généralement produit des résultats équivalents à la condition placebo. Un traitement additionnel (c.-à-d. thérapie cognitivo-comportementale, entraînement aux habiletés sociales, médication ou une combinaison de ces traitements) a toutefois été offert, au besoin, par des résidents en psychiatrie associés à l'étude après la période sans traitement. Il est rapporté que ce fut le cas pour la grande majorité des participants au sein de chacune des conditions expérimentales, dont 82% au sein de ceux ayant reçu un traitement par moclobémide. Soixante-et-onze pourcent d'entre eux auraient par la suite reçu un traitement cognitivo-comportemental, avec un nombre moyen de séances s'élevant à 14 (Oosterbaan, van Balkom, Spinhoven, van Oppen, et al., 2001). D'ailleurs, les auteurs de l'étude soulignent que sur une variable composite examinant plusieurs dimensions des difficultés sociales, les améliorations auraient surtout été observées pendant la période où des traitements additionnels auraient été reçus dans les conditions moclobémide et placebo, comparativement à la condition cognitivo-comportementale dont les améliorations auraient surtout été rapportées avant la période sans traitement de deux mois. Ainsi, les améliorations significatives rapportées chez les conditions de pharmacothérapie à la relance 15 mois doivent être interprétées avec prudence. Qui plus est, dans chacune des conditions de traitement une détérioration significative sur la mesure examinant la fréquence des réponses d'affirmation de soi est rapportée à la relance 15 mois comparativement au pré-traitement, alors qu'une amélioration significative est rapportée sur la sous-échelle examinant la détresse subjective. Ces données rejoignent le constat fait plus tôt à l'effet qu'une diminution de la détresse n'est pas nécessairement associée à une augmentation de comportements interpersonnels prosociaux.

Par ailleurs, l'efficacité de traitements combinant la pharmacothérapie et la psychothérapie a également suscité un certain intérêt dans les écrits sur la phobie sociale et son traitement, bien que davantage d'études doivent être effectuées. Les évidences suggèrent

en général que les traitements combinés ne sont pas associés à des effets significativement plus importants que les monothérapies (voir Canton et al. 2012). Dans le cadre d'une étude incluant un suivi à long-terme, Prasko et al. (2006) ont, notamment, comparé l'efficacité d'un traitement combinant la prise de moclobémide pendant six mois à 14 séances de thérapie individuelle de soutien. Cette étude prospective de nature observationnelle, a examiné pendant deux ans suivant la fin du traitement, les participants ayant complété et répondu au traitement actif. Des évaluations ont été effectuées tous les trois mois pendant la première année et tous les six mois durant la deuxième année. Une réduction significative de l'anxiété sociale est rapportée à l'issue du traitement. Suite à la discontinuation du traitement, une plus grande proportion de patients (79%) auraient rechuté au sein de cette condition. Cette proportion aurait excédé celle associée aux conditions de traitement combinant une thérapie cognitivo-comportementale au placebo (48%) ou au moclobémide (64%). Ces deux conditions se seraient avérées équivalentes. La rechute a été opérationnalisée dans cette étude comme un score de trois ou plus sur l'échelle de sévérité du CGI. Outre le manque de données quant au fonctionnement social, une limite importante de l'étude s'avère le manque de données quant aux traitements additionnels reçus pendant la période de suivi, ce qui contraint l'interprétation des résultats rapportés dans cette étude.

#### *Durabilité des effets thérapeutiques : conclusion*

En somme, malgré le fait que la pharmacothérapie soit associée à un allègement significatif de l'anxiété sociale et de la tendance à éviter à court terme, la durabilité de ses effets plus de six mois ou un an suite à sa discontinuation (et sans traitement additionnel) n'est pas la norme. Lorsque des périodes sans traitement ont été incluses dans les études recensées elles s'avéraient relativement courtes (de deux semaines à six mois). Malgré le maintien des gains rapportés (Turner et al., 1994; Liebowitz et al., 1999), elles étaient généralement associées à une attrition élevée ou à un plus grand nombre de rechutes. De plus, comparativement au pré-traitement, l'issue favorable rapportée suite à la période sans traitement (deux mois) était équivalente à celle d'un placebo (Oosterbaan, van Balkom, Spinhoven, van Oppen, et al., 2001). Dans les études qui incluaient une plus longue période de suivi, un traitement additionnel a été offert à une partie importante des participants à la fin

du traitement ou après une brève période sans traitement (au plus deux mois). Également, un taux important de rechute a été rapporté (Prasko et al., 2006), ou des instructions formelles à s'exposer ont été données (Clark et al., 2003). De plus, malgré les traitements additionnels reçus, une issue moins favorable que le placebo a été rapportée lors d'une relance menée deux ans suivant le début du traitement (Sutherland et al., 1996). Globalement, ces données révèlent la nature « court-termiste » des traitements psychopharmacologiques.

Lorsque le fonctionnement social a été évalué, les données obtenues pendant les suivis à plus long-terme (plus de six mois) demeurent parcellaires et plutôt défavorables (p. ex. Oosterbaan, van Balkom, Spinhoven, van Oppen, et al., 2001) et ce, malgré les traitements additionnels reçus. Le fait que la perte des critères de la phobie sociale n'a pas été évaluée s'avère également une lacune importante de ces études. Ainsi, des évidences concernant le maintien à long terme de gains *qualitatifs* suite à une pharmacothérapie restent à être produites. Il faut toutefois reconnaître que davantage d'études incluant des suivis à long-terme (excédant un an) devraient être effectuées sur des traitements auxquels sont associés des effets plus favorables (p. ex. ISRS).

## CHAPITRE 7

### Justification de l'étude proposée et hypothèses de recherche

L'étude de l'évolution des difficultés cliniques associées à divers troubles psychologiques a intéressé bon nombre de chercheurs depuis plusieurs décennies (p. ex. Eysenck, 1952; Harris, 1938; voir également Agras, Chapin, & Oliveau, 1972; Angst, 1988). Ce domaine de recherche s'avère particulièrement utile lorsqu'il s'insère dans un processus de validation d'un traitement examinant son efficacité à engendrer des améliorations cliniques durables. Forcément, ce n'est qu'à partir des années 1980 que des données ayant trait au maintien des gains thérapeutiques suite à un traitement psychologique de la phobie sociale, telle qu'identifiée par les critères du DSM, ont commencé à être recueillies (p. ex. Stravynski et al., 1982; Stravynski, 1983). À ce sujet, les études qui ont été menées jusqu'à présent indiquent que lorsque l'issue thérapeutique est favorable, les gains thérapeutiques tendent à être encore rapportés par les patients, notamment jusqu'à 10 ans post-traitement (p. ex. Willutzki et al., 2012).

Malgré ces résultats encourageants, les évidences quant à la durabilité des effets plus d'un an suivant la fin d'un traitement psychologique sont limitées, particulièrement en ce qui a trait à l'étude de certaines dimensions de la phobie sociale. Par exemple, à ce jour, les études qui se sont penchées sur l'évolution des comportements interpersonnels suite à un traitement sont rares. Car fidèles à la conception reçue de la phobie sociale, les études recensées ont le plus souvent examiné le fonctionnement social en tant que conséquence des difficultés phobiques. Cependant, cette conception du fonctionnement social, et sa mesure, est limitée en ce qui a trait à sa capacité à nous informer sur les répertoires de comportements sociaux des individus PS dans le cadre de diverses transactions sociales; conséquemment, peu d'études se sont attardées aux retombées thérapeutiques sur ces comportements, particulièrement plusieurs années suivant la fin d'un traitement. De surcroît, l'évolution du statut clinique, et particulièrement le maintien de la rémission dans le temps, ont été peu investigués dans le cadre d'études de traitement.



## Apports de l'étude proposée

La présente étude se propose de combler les lacunes relevées. Ceci dit, le statut clinique s'avèrera le standard adopté dans cette étude pour apprécier l'efficacité à long terme du traitement AI. En effet, selon la perspective interpersonnelle, le fait de se pencher sur le statut clinique et son évolution permet d'étudier la phobie sociale d'une façon holistique, soit de prendre en considération autant sa dimension anxieuse qu'interpersonnelle. Bien plus, le fait de satisfaire ou non aux critères de la phobie sociale suite au traitement suggère la présence ou la dissolution du pattern global d'auto-protection qui, selon cette perspective, caractérise la phobie sociale. L'adoption de ce standard clinique permet ainsi d'évaluer si les individus PS présentent une amélioration *qualitative* de leurs difficultés initiales, soit qui traduit une façon différente – plus adaptée et davantage en phase avec les buts sociaux désirés (Stravynski, 2013) - de s'engager dans la vie sociale et d'entrer en relation avec les autres. Ce standard permet également de pallier aux lacunes de la plupart des études de suivi long terme sur la phobie sociale, lesquelles ont surtout examiné l'évolution des difficultés sociales en termes quantitatifs, soit en s'attardant à la réduction de la détresse anxieuse.

La signification *clinique* des changements rapportés concernant la dimension anxieuse des difficultés sociales sera également examinée. Bien que diverses définitions opérationnelles de la signification clinique des effets thérapeutiques aient été proposées (voir Kazdin, 2003 p.693, tableau 30.1), la méthode de Jacobson et Truax (1991) sera privilégiée, vu qu'elle permet de prendre en considération le degré du changement (c.-à-d. changement allant au-delà de l'erreur de mesure), tout en situant la sévérité des plaintes des patients en fonction de celle d'une population clinique et non clinique. Ce standard élevé permet ainsi de déterminer si les peurs sociales rapportées par les patients 8 à 15 ans suivant la thérapie AI sont susceptibles d'être considérées comme « normales ». D'ailleurs, peu de données existent quant à la signification clinique des changements rapportés plusieurs années suivant la fin d'un traitement de la phobie sociale. Cette étude contribuera donc à recueillir des données additionnelles sur ce plan. Comme Wise (2004) l'a soulevé, les études de signification clinique des effets thérapeutiques contribuent à examiner non pas seulement les changements

rapportés par l'ensemble du groupe, mais à porter une attention particulièrement aux changements à l'intérieur des groupes étudiés (p. 57).

De plus, une évaluation de la présence ou de l'absence des répertoires de comportements défensifs, qui composent le pattern global d'auto-protection, selon la perspective interpersonnelle, sera effectuée. À cette fin, l'analyse fonctionnelle constituera un outil d'évaluation. Elle s'avère un choix méthodologique évident étant donné qu'elle a été utilisée au pré-traitement pour identifier ces comportements défensifs et formuler les cibles thérapeutiques (voir chapitre 4). Les données recueillies avant la thérapie pourront donc être directement comparées à celles obtenues 8 à 15 ans plus tard. Mais plus important encore, l'analyse fonctionnelle s'avère congruente à une approche éthologique de la phobie sociale qui postule que les comportements interpersonnels adoptés par les individus PS ne prennent tout leur sens que lorsque le contexte dans lequel ils se manifestent est pris en considération (Stravynski, 2007, p. 10). L'analyse fonctionnelle permet donc d'examiner le comportement social - et sa fonction - à travers plusieurs situations et sphères de vie de l'individu. Le contexte social comme facteur évoquant l'auto-protection (Stravynski, 2007, pp. 10-13) est d'ailleurs supporté par certains travaux qui ont mis en lumière le rapport étroit entre le comportement interpersonnel, et le contexte qui l'évoque, chez une population satisfaisant aux critères de la phobie sociale. En effet, dans une étude ethnographique, Amado (2005) a observé que les patterns d'auto-protection variaient en intensité selon le degré d'intimité des relations interpersonnelles caractérisant une sphère de vie donnée (p. 65; voir aussi pp. 53-54). De même, Russel et al. (2011) soulignent le caractère *dynamique* des modes de comportements (p. 553, italiques ajoutés) des individus PS. Ces comportements interpersonnels ont été examinés en fonction de la nature « sécurisante » des transactions sociales ou de leur propension à évoquer des préoccupations anxieuses, tels que rapportés par les participants, suite à leurs interactions interpersonnelles quotidiennes.

Ainsi, l'examen du statut clinique, des répertoires de comportements défensifs et de la signification clinique des changements rapportés par les participants, permettra d'apprécier les différences individuelles. Il faut dire que les analyses se rapportant à la moyenne des groupes sont largement utilisées dans les études cliniques, en général, et celles examinant la

durabilité des gains thérapeutiques, en particulier. Elles ne permettent donc pas de saisir la diversité intragroupe susceptible de se présenter (Brown & Barlow, 1995). Par exemple, aucune étude de suivi long terme citée dans le tableau I (p. 39), s'est penchée sur l'efficacité du traitement évalué à produire des changements cliniquement significatifs (p. ex. rémission) durables, en examinant, notamment, le maintien du statut clinique (ou sa fluctuation) au cours de différentes périodes d'évaluation, pour chaque participant. De telles données auraient permis d'obtenir un portrait plus fin de la durabilité des gains.

La relance effectuée un an après la fin du traitement actif s'avèrera la période de référence permettant d'examiner le maintien à long terme des gains thérapeutiques. Cette décision est fondée sur la présomption théorique que les patients auront graduellement mis en pratique les apprentissages faits en thérapie et, par conséquent, seront plus susceptibles de constater un changement à la fois quantitatif (p. ex. augmenter les opportunités de rencontres) et qualitatif (p. ex. entretenir une relation plus satisfaisante avec ses collègues) sur la plan fonctionnel au cours de l'année suivant la fin d'un traitement dont la durée est, somme toute, relativement courte. En effet, les apprentissages faits en thérapie peuvent prendre un certain temps à se consolider et, idéalement, à se traduire par des changements concrets dans la vie quotidienne des patients. En termes interpersonnels, le fait de développer et cultiver un nouveau mode relationnel peut prendre du temps, une fois qu'il a été proposé comme une solution à l'expansion de leur vie sociale. Le fait qu'une augmentation significative de la proportion des participants en rémission a été obtenue du post-traitement à la relance un an (p. ex. Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013) supporte ce présupposé. Il devient donc important que les études recensées incluent une période de suivi assez longue suivant un traitement pour apprécier pleinement le cours des difficultés sociales, ce que la présente étude se propose de faire. Il a d'ailleurs été relevé qu'une relance d'un an ou un suivi effectué plusieurs années après la fin d'un traitement permet d'examiner si des améliorations continuent à être rapportées, d'identifier les cas qui se sont détériorés (par exemple voir Öst, 1996, p.164) ou de constater si des traitements additionnels ont été sollicités par les patients (Juster & Heimberg, 1995). Ces données permettent ainsi d'avoir un portrait plus représentatif de l'effet des traitements. Cette période de suivi permet également d'examiner l'évolution des difficultés sociales en tenant compte de l'effet des séances de rappel qui peuvent être

administrées de quelques mois à un an suivant la fin du traitement actif (p. ex. Mörtberg et al., 2007; Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000).

En somme, la recherche proposée s'insère dans une série d'études (p. ex. Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski, Arbel, Gaudette, & Lachance, 2013; Stravynski, Marks, & Yule, 1982) visant à étayer une approche interpersonnelle ayant pour visée l'amélioration du fonctionnement social. Dans le but d'identifier le levier thérapeutique essentiel à l'amélioration du fonctionnement social, quatre versions de l'approche interpersonnelle (versions AI) ont été élaborées et étayées (Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013) (voir également chapitre 4). Ces différentes versions produisent des effets thérapeutiques comparables. Elles sont également associées à une augmentation graduelle de la proportion de patients qui ne répondent plus aux critères de la phobie sociale, jusqu'à une relance d'un an (p. ex. Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013), suggérant la dissolution des sous-patterns d'auto-protection qui la caractérisent (voir Amado, 2005). De plus, une étude de cas de cinq patients a révélé que parmi les quatre participants ayant complété le traitement, trois étaient en rémission au post-traitement et l'autre, à une relance de six mois. Lors d'une relance menée deux ans suivant la fin du traitement, ces derniers étaient toujours en rémission (Stravynski, Arbel, Lachance et al., 2000). Les versions AI sont également associées à une amélioration significative du fonctionnement interpersonnel dans la plupart des sphères de vie, de même qu'à une réduction significative du niveau de détresse subjective. Par l'entremise des cibles thérapeutiques, le fait d'encourager le patient à délaisser son mode relationnel de protection de soi en adoptant des comportements prosociaux et en endossant ses rôles de façon proactive dans sa vie sociale quotidienne, est, en définitive, l'élément clé de cette approche thérapeutique. Le format de la thérapie (c.-à-d. rencontres individuelles ou en groupe), de même que les autres techniques employées (p. ex. jeux de rôles) ne sont pas des leviers thérapeutiques essentiels pour induire des changements *cliniquement* significatifs (p. ex. la rémission).

À notre connaissance, la présente étude est la première à évaluer la durabilité à long terme, soit de 8 à 15 ans suivant le traitement prodigué (moyenne = 11 ans), des effets thérapeutiques d'une approche visant à rediriger l'effort investi dans l'auto-protection vers

l'adoption de stratégies favorisant la participation sociale. De plus, cette étude évaluative comporte l'un des plus longs suivis effectués dans le domaine de la phobie sociale et son traitement.

### **Questions et hypothèses de recherche**

La présente étude a pour objectif de répondre aux questions de recherche suivantes :

- Les gains thérapeutiques obtenus à l'issue du traitement se sont-ils maintenus à long terme?
- Les améliorations rapportées plusieurs années suivant la fin du traitement sont-elles considérées comme cliniquement significatives?
- Les changements rapportés sur la dimension anxieuse et interpersonnelle de la phobie sociale convergent-ils à la relance 8-15 ans, tel que postulé par l'approche interpersonnelle?

Considérant que peu d'études ont été menées sur le maintien des gains thérapeutiques à long terme, suite à un traitement psychologique pour la phobie sociale, les évidences dont nous disposons demeurent limitées et nous contraignent dans la formulation d'hypothèses rendant compte des résultats rapportés. Il convient également de demeurer circonspect quant à la généralisation des résultats relatifs à la dimension fonctionnelle dû aux considérations conceptuelles soulevées lors de l'analyse des études recensées. À la lumière de ces constatations, les hypothèses formulées se baseront à la fois sur les données empiriques issues des études recensées et les prémisses de base de l'approche interpersonnelle (Stravynski, 2007, 2013). À prime abord, il faut souligner qu'une disparité existe en ce qui concerne le nombre d'années qui se sont écoulées entre la fin des traitements évalués et l'évaluation de relance dans les études recensées. Néanmoins, les données obtenues dans les études de suivi incluant une relance excédant un an (relances variant de 14 mois à 10 ans) s'avèrent plutôt constantes à l'effet que les gains obtenus sur l'anxiété sociale et la tendance à éviter se maintiennent ou s'améliorent dans la période ayant suivi la fin du traitement et/ou que les résultats à la relance sont significativement améliorés comparativement aux difficultés initiales. Puisque les effets à

court terme, associés au traitement AI et aux traitements évalués dans les études recensées, suggèrent que le traitement AI et les autres protocoles s'équivalent sur le plan de l'anxiété sociale et de la tendance à éviter, il est permis de penser que le maintien des gains ou leur amélioration sur ces dimensions sera également observée dans la présente étude. Par conséquent, pour déterminer que les gains thérapeutiques auront, à tout le moins, été maintenus, une observation principale devra être faite pour les fins de cette dissertation: le fonctionnement global des participants à la relance 8-15 ans sera équivalent à celui rapporté à la relance un an ou une amélioration sera rapportée depuis cette période. Cette observation témoignera de la durabilité des acquis. Toutefois, pour parler d'une persistance des *acquis* faits en thérapie, une amélioration significative des difficultés devra, au préalable, être constatée à la fin du traitement comparativement au pré-traitement. Par ailleurs, il faut rappeler que selon la perspective interpersonnelle, l'anxiété découle de la dynamique entre les manœuvres défensives et les situations sociales qui les évoquent (voir chapitre 4); conséquemment, la dissolution de ces tactiques défensives implique une atténuation de la détresse anxieuse. Ainsi, deux hypothèses principales ont été posées :

*Hypothèse 1* : Un maintien des gains thérapeutiques de la relance un an à la relance 8-15 ans ou une amélioration additionnelle sera obtenue. Spécifiquement, une stabilité ou une amélioration des scores d'anxiété sociale, de psychopathologie générale et de fonctionnement social sera rapportée de la relance un an à la relance 8-15 ans. Le même constat sera fait en ce qui concerne le taux de rémission et la proportion de participants rapportant un changement cliniquement significatif sur la dimension anxieuse de la phobie sociale.

*Hypothèse 2* : Conformément au modèle interpersonnel, une convergence globale des changements (ou de l'absence de changements) relatifs aux dimensions anxieuse et interpersonnelle de la phobie sociale sera obtenue chez la majorité des participants. Par exemple, dans le cadre de cette étude, il est attendu qu'un participant présentant un répertoire de comportements sociaux plus participatifs que défensifs rapportera également une atténuation significative de la détresse anxieuse.

PARTIE II  
MÉTHODE, ANALYSES ET RÉSULTATS

## CHAPITRE 8

### Méthode

#### Études cliniques initiales

##### *Participants*

Les participants qui ont pris part à la présente étude ont initialement été suivis dans le cadre du programme de traitement offert au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Ils sont issus de cohortes ayant participé à l'une des deux études cliniques menées entre 1994 et 1999 (voir plus loin). La plupart des individus ayant pris part à ces études ont été recrutés par le biais de médias locaux. D'autres participants ont été référés par des professionnels de la santé mentale (voir Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000 pour une description plus détaillée de la procédure; voir également Stravynski et al., 2013).

Les participants qui, à l'époque, étaient des adultes âgés de 18 à 65 ans satisfaisaient à tous les critères de la phobie sociale du DSM-IV (APA, 1994) au début de l'étude. Cette problématique devait être la raison principale pour laquelle ils ont sollicité un traitement. Le fait de répondre aux critères d'un trouble principal autre que la phobie sociale, d'utiliser un agent pharmacologique sur une base régulière (p. ex. anxiolytique) et/ou de présenter un problème lié à la consommation de substances (p. ex. abus d'alcool) constituaient des facteurs d'exclusion. Leur statut clinique a initialement été établi suite à une brève entrevue téléphonique menée par des assistants de recherche. Alors qu'à cette étape de l'évaluation ils semblaient répondre aux critères de la phobie sociale, en l'absence des critères d'exclusion, ils ont été invités à prendre part à une évaluation clinique indépendante effectuée par l'un des psychiatres associés à l'étude. Cette évaluation avait pour but de confirmer le statut clinique et l'absence des critères d'exclusion. Afin de reconfirmer le statut clinique principal, une entrevue structurée, guidée par le *Anxiety Disorders Interview Schedule* (ADIS-IV; Brown, Di Nardo, & Barlow, 1994), a par la suite été menée par l'un des psychologues cliniciens de l'étude. Cette entrevue a également permis de recueillir des données sur la présence potentielle de troubles cooccurrents.



## *Procédure*

Les études cliniques qui ont initialement été réalisées avaient pour objectif de comparer les effets thérapeutiques de différentes versions de l'approche interpersonnelle pour le traitement de la phobie sociale (AI), ceci dans le but de dégager le levier thérapeutique essentiel à son efficacité. Dans le cadre de ces études contrôlées, les participants ont été assignés aléatoirement à différentes conditions de traitement, soit à l'une de deux ou à l'une de trois versions du traitement AI (voir Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000 pour des données publiées et Stravynski et al., 2013). Un traitement a immédiatement été offert à une partie des participants à la fin du processus d'évaluation, alors que d'autres ont été mis sur une liste d'attente avant d'amorcer le traitement. Le protocole expérimental incluait cette période d'attente afin de contrôler l'effet du passage du temps; elle ne constituait donc pas une condition expérimentale en soi et les données recueillies pendant cette période n'ont pu être directement comparées à celles associées aux conditions de traitement (Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000).

À chaque période d'évaluation, soit au pré- et au post-traitement, de même qu'à des évaluations effectuées trois mois, six mois et un an suivant la fin du traitement, les mêmes questionnaires auto-rapportés ont été administrés (voir plus loin). Outre les entrevues cliniques, décrites plus haut, qui ont été menées au pré-traitement, une entrevue clinique brève a également été conduite par les psychologues cliniciens de l'étude au post-traitement et lors des évaluations subséquentes pour déterminer si les participants répondaient ou non aux critères de la phobie sociale (DSM-IV).

## *Attrition*

En tout, un traitement a été offert à 244 individus. Parmi eux, 70 (29%) ont abandonné ou ont été exclus de l'étude respective à laquelle ils ont pris part (à cause d'idées suicidaires, par exemple) avant de compléter l'évaluation effectuée un an suivant la fin du traitement; il faut également préciser que les participants étaient exclus de l'étude s'ils entamaient parallèlement un autre traitement. Spécifiquement, de ces 70 participants, 15 (21.4%) n'ont

pas entamé le traitement, 31 (44.3%) n'ont pas complété le traitement amorcé, et 24 (34.3%) ont complété le traitement mais n'ont pas fourni de données au post-traitement ou aux évaluations qui ont suivi.

### *Processus d'évaluation et traitement AI*

Pour une description détaillée du processus d'évaluation AI, des principes guidant le traitement AI et des différentes versions qui ont été élaborées, l'auteur réfère le lecteur au chapitre 4. La thérapie comprend 12 séances de thérapie, à raison d'une rencontre par semaine. Une séance de rappel (*booster session*) est également offerte à chaque trois mois pendant les six premiers mois suivant la fin du traitement. Les séances, dans le cadre des versions AI de groupe, sont d'une durée de deux heures; le nombre de participants par groupe oscille entre 5 et 7, inclusivement. Les séances offertes dans le cadre de la version individuelle du traitement sont d'une durée de 20 minutes, soit la même durée allouée à chaque participant dans le cadre des séances de groupe. Les séances ont été menées par des psychologues cliniciens ayant plusieurs années d'expérience et un cothérapeute, qui était un psychologue ou un psychiatre en formation. Pour éviter d'introduire des biais liés aux caractéristiques des psychologues, ces derniers devaient mener les deux ou trois versions du traitement AI qui ont été comparées dans l'étude clinique respective à laquelle ils étaient associés (Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013).

### **Relance 8-15 ans**

#### *Participants*

Seuls les individus qui ont complété le traitement auquel ils ont été assignés (incluant les évaluations pré- et post-traitement) et participé à l'évaluation de relance un an plus tard

étaient éligibles à l'évaluation de relance 8-15 ans<sup>1</sup>. Par conséquent, les participants ayant pris part à cette étude ont été recrutés au sein d'un échantillon de 174 individus.

Pour tenter de contacter tous les participants qui répondaient aux critères d'inclusion susmentionnés, un contact téléphonique<sup>2</sup> a été établi. Des coordonnées ayant au préalable été transmises par les participants (p. ex. coordonnées téléphoniques au domicile, au travail) et l'annuaire téléphonique ont été utilisés. Cette première étape a permis de s'enquérir brièvement de leur intérêt à prendre part à la relance et d'estimer le nombre de participants susceptibles de participer au processus d'évaluation. De plus, elle a permis :

- d'établir un premier contact entre l'évaluatrice principale et les participants potentiels;
- de prendre connaissance, s'il y avait lieu, de nouvelles coordonnées;
- de transmettre des informations sur le but général de l'étude.

Il s'avère important de noter qu'à cette étape du processus de recrutement, les participants potentiels ont été informés que s'ils y consentaient, ils seraient recontactés pour leur transmettre des informations formelles sur l'étude, incluant le formulaire de consentement, et, le cas échéant, pour planifier la première rencontre d'évaluation.

Les participants qui ont été retracés et qui ont consenti à être recontactés ont, de prime abord, reçu verbalement des informations formelles sur l'étude. Les mêmes informations ont

---

<sup>1</sup> Les expressions « relance 8-15 ans » ou « relance un an », entre autres, se rapportent aux réévaluations qui ont été effectuées un an ou 8 à 15 ans suivant la fin du traitement. Les termes « relance » et « suivi » seront utilisés de façon interchangeable (p. ex. relance 8-15 ans, suivi long terme...).

<sup>2</sup> Comme une proportion appréciable de participants a initialement pu être retracée par l'entremise de cette méthode, cette dernière a été privilégiée pour des raisons pratiques. Des analyses comparant les participants à l'étude et ceux n'ayant pas été retracés révèlent toutefois que ces deux groupes sont équivalents quant à leur profil clinique au pré-traitement et quant à l'évolution de leur statut clinique et de leurs difficultés anxieuses et fonctionnelles du post-traitement à la relance un an. Ces groupes se distinguent seulement sur le plan de certaines caractéristiques sociodémographiques. En effet, les individus n'ayant pas été retracés sont proportionnellement plus nombreux à être des femmes (72%). De plus, au début du traitement, ils étaient proportionnellement plus nombreux à être séparés, divorcés ou veufs et à ne pas être en emploi ou aux études.

été transmises par courriel, s'ils avaient accès à un ordinateur personnel. Pour participer à l'étude, les participants devaient consentir, d'une part, à compléter des questionnaires auto-rapportés (incluant le formulaire de consentement) en personne, soit au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, ou par voie postale. D'autre part, ils devaient consentir à participer à une entrevue téléphonique ayant pour objectif d'évaluer leur statut clinique. Ils ont également été invités à prendre part à une entrevue clinique, en face-à-face, pour une évaluation par analyse fonctionnelle. Toutefois, prendre part à cette étape du processus d'évaluation n'était pas obligatoire pour être inclus dans l'étude. Cette décision a été prise dans le but de faciliter le recrutement.

L'entrevue téléphonique a été effectuée à un moment qui convenait le mieux aux participants le jour, le soir ou la fin de semaine. Quant à l'entrevue clinique en face-à-face (analyse fonctionnelle), elle a également été menée à l'endroit qui convenait le mieux aux participants, soit au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, à l'Université de Montréal ou à leur domicile.

Des 174 participants potentiels, 106 ont été retracés. De ce nombre, 58 ont accepté de prendre part à l'étude et 48 ont soit décliné leur participation (la majorité d'entre eux), se sont retirés de l'étude avant d'entamer l'évaluation ou n'ont pas retourné les appels. Parmi ceux qui ont initialement exprimé un intérêt à prendre part à l'étude, six d'entre eux n'ont pu être rejoints par la suite. Des 58 participants qui ont pris part à l'étude, trois d'entre eux ont complété l'entrevue téléphonique, mais se sont retirés de l'étude avant d'avoir complété les questionnaires : deux de ces participants n'ont pu être rejoints suite à l'entrevue téléphonique et un participant a rapporté ne plus être intéressé à les compléter. Ainsi, parmi les participants qui ont fourni des données à la relance 8-15 ans, 46 (79%) ont complété l'ensemble du processus d'évaluation, 9 (16%) ont complété l'entrevue téléphonique et les questionnaires et 3 (5%) ont uniquement complété l'entrevue téléphonique. En moyenne, les participants ont été évalués 11 ans et cinq mois après la fin du processus thérapeutique (étendue = 8 ans, 3 mois à 14 ans, 9 mois).

### *Entrevues cliniques et mesures auto-rapportées*

Les entrevues cliniques effectuées au pré-traitement (entrevue structurée permettant d'établir le statut clinique, évaluation clinique par analyse fonctionnelle) ont à nouveau été menées à la relance 8-15 ans. En plus du questionnaire sociodémographique que les participants ont complété avant d'entamer le traitement, les mesures auto-rapportées complétées par les participants lors des évaluations antérieures ont été réadministrées à cette relance (voir plus loin); les données fournies par ces instruments de mesure nous ont ainsi permis d'examiner l'évolution des scores dans le temps.

De plus, des questions additionnelles portant sur l'évaluation subjective des participants quant à l'évolution de leurs difficultés initiales<sup>3</sup>, de même que sur les traitements reçus depuis la fin du protocole de traitement AI, ont été intégrées au questionnaire sociodémographique. Des questionnaires additionnels ont été administrés à des fins exploratoires, mais ils ne seront pas présentés et discutés dans le cadre de la présente dissertation.

*Entrevue clinique structurée.* Une version française du *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV* (ADIS-IV; Brown, Di Nardo, & Barlow, 1994), administrée au téléphone<sup>4</sup>, a été utilisée pour évaluer la présence des critères du DSM-IV (APA, 1994) des troubles anxieux et d'autres troubles psychopathologiques. Pour les fins de l'étude, la présence des critères de la phobie sociale et de la plupart des troubles de l'anxiété, des troubles de l'humeur et de l'abus/dépendance à l'alcool ou à d'autres substances a été évaluée. La décision de nous restreindre à ces troubles psychologiques a été prise pour deux raisons : premièrement, ces troubles se présentent souvent de façon cooccurrence à la phobie sociale (p. ex. Merikangas & Angst, 1995). Deuxièmement, cette décision a été prise pour des raisons

---

<sup>3</sup> Ces questions n'ont pas été intégrées au questionnaire sociodémographique pour les 12 premiers participants ayant pris part à l'étude; ces derniers ont fait part de leur évaluation subjective lors de l'entrevue clinique servant à l'analyse fonctionnelle.

<sup>4</sup> Cette méthode a été employée pour faciliter le recrutement, étant donné que certains participants n'étaient pas en mesure de se déplacer. Crippa et ses collaborateurs (2008) notent d'ailleurs une prévalence similaire de la phobie sociale, qu'elle soit évaluée au téléphone ou en personne à l'aide d'une entrevue structurée (SCID); Voir également Lynneham et Rapee (2005) qui abondent dans le même sens.

pratiques, soit afin de réduire la durée de l'entrevue téléphonique. Par ailleurs, comme le but principal de l'entrevue téléphonique était d'évaluer l'évolution des difficultés relatives à la phobie sociale, l'ensemble de cette section a été administrée à tous les participants. Pour chaque participant, des situations sociales additionnelles ont également été examinées afin de prendre en considération les difficultés idiosyncrasiques initialement rapportées comme problématiques. Ceci a d'ailleurs permis de s'assurer que les mêmes situations qui ont été ciblées dans le cadre des évaluations antérieures ont été examinées. Quant à l'état de stress post-traumatique, les critères ont été évalués à l'aide du *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997). Il faut préciser que l'ADIS-IV a été associé à une fidélité interjuges satisfaisante ( $k = .77$ ) pour un trouble principal ou additionnel de la phobie sociale (Brown, Di Nardo, Lehman & Campbell, 2001).

Deux assistantes de recherche de niveau maîtrise et doctoral, de même que l'évaluatrice principale (D.G.), ont reçu une formation dans l'administration de l'ADIS et du SCID. La plupart des évaluations ont été effectuées par l'évaluatrice principale. Les assistantes de recherche ont également mené certaines entrevues. L'entrevue a été conduite au téléphone et enregistrée (enregistrement audio); celle-ci durait, en moyenne, entre 50 minutes et une heure et demie. En raison de problèmes techniques, quatre entrevues téléphoniques n'ont pu être enregistrées. De plus, un participant n'a pas consenti à ce que son entrevue soit enregistrée. Pour réduire la possibilité qu'un biais puisse être introduit par l'évaluatrice principale, une partie des entrevues ayant trait à l'évaluation de la phobie sociale a été sélectionnée au hasard<sup>5</sup>, écoutée et cotée de façon indépendante par l'une des assistantes de recherche pour établir un accord interjuges. En somme, 26% de l'ensemble des entrevues (29% lorsque seules les entrevues enregistrées et disponibles aux accords interjuges sont prises en considération) ont été soumises à cette procédure.

*Analyse fonctionnelle.* Une entrevue clinique, menée en personne avec chaque participant, a permis d'évaluer 1) si les réponses anxieuses et les comportements sociaux

---

<sup>5</sup> Deux participants ont demandé à ce que leurs données soient uniquement traitées par l'évaluatrice principale; puisque l'entrevue de l'un de ces participants a été enregistrée, elle n'a pas été considérée lors de la sélection au hasard des entrevues.

défensifs observés par les participants au pré-traitement, en fonction des situations et circonstances particulières qui les évoquaient, sont encore observés par ces derniers 8 à 15 ans plus tard ou 2) si les comportements défensifs ont laissé la place à une amélioration quantitative et/ou qualitative de la participation sociale. Une auto-observation continue, pendant une période de temps circonscrite, n'a pas été complétée par les participants à la relance 8-15 ans pour cueillir les données servant à l'analyse fonctionnelle des comportements sociaux (voir chapitre 4); l'investissement en temps que cela aurait exigé des participants aurait pu nuire au processus de recrutement. Toutefois, une évaluation exhaustive des comportements sociaux des participants qui couvrait l'ensemble des sphères de leur vie sociale a été effectuée dans le cadre d'une entrevue clinique (protocole adapté de Roy, 2000). Celle-ci a été menée par l'évaluatrice principale. Ainsi, les répertoires de comportements sociaux ayant pour fonction l'auto-protection (p. ex., demeurer en retrait dans les situations sociales, poser des questions pour détourner l'attention sur soi, éviter de parler formellement devant ses collègues) ou les répertoires de comportements de participation sociale (p. ex., prendre l'initiative de proposer des activités à des connaissances, se joindre à un groupe lors d'une rencontre sociale, s'affirmer) ont pu être dégagés des informations fournies par les participants. Cette évaluation exhaustive a, le cas échéant, permis d'identifier la présence de nouveaux répertoires de comportements problématiques lors de l'évaluation de relance, qui étaient absents au pré-traitement. Par « répertoires de comportements » (défensifs ou de participation sociale) on entend ici une variété de comportements, adoptés de façon récurrente dans des circonstances sociales similaires et ayant la même fonction. Par exemple, des répertoires de comportements défensifs peuvent se traduire par le fait de se mettre généralement en retrait en situation de groupe, de ne pas initier de conversation avec des connaissances ou des collègues ou d'exprimer de points de vue divergents, d'être passif sur le plan interpersonnel (p. ex. ne pas initier, proposer), de camoufler des réactions physiologiques, tels que des tremblements et la transpiration, pour se protéger des taquineries ou du rejet anticipé (voir également chapitre 4).

Les comportements défensifs, rapportés par les participants à la relance 8-15 ans, ont donc pu être comparés à ceux décrits au pré-traitement; en effet, les données obtenues avant le début du traitement étaient consignées sous forme de rapport clinique dans le dossier des

participants, dont ces derniers ont préalablement autorisé la consultation. Il faut préciser que les comportements défensifs ont été, au préalable, dégagés des rapports cliniques par l'évaluatrice principale et, par la suite, associés aux cibles thérapeutiques initialement formulées. Cela a permis d'évaluer la trajectoire de l'auto-protection vers la participation sociale, pour un comportement donné, du pré-traitement à la relance 8-15 ans. Les difficultés fonctionnelles initialement rapportées constituaient ainsi le niveau de base, qui a servi de point de référence pour en apprécier leur évolution. L'évaluation des répertoires de comportements défensifs au pré-traitement, il faut le rappeler, était de nature inductive. Par conséquent, les comportements qui ont été dégagés de cette évaluation étaient idiosyncrasiques et non issus d'une liste de comportements ou de catégories de comportements préétablies par les chercheurs.

De plus, les comportements de participation sociale rapportés à la relance 8-15 ans ont été évalués en fonction des cibles thérapeutiques initialement formulées : ces cibles comportementales sont vues comme une image miroir des stratégies défensives adoptées par le participant, soit comme une solution à ces comportements défensifs, et visent la dissolution de l'auto-protection. L'adoption, à la relance 8-15 ans, des comportements de participation sociale associés à ces cibles, implique donc la dissolution des tactiques défensives initiales.

En somme, l'évaluation effectuée a prise en considération à la fois les comportements défensifs initialement rapportés lors de l'entrevue initiale et l'adoption des comportements de participation sociale ciblés en thérapie. Spécifiquement, un jugement clinique a été posé par l'évaluatrice principale quant à l'amélioration des répertoires de comportements sociaux. Pour les fins de la présente étude, lorsqu'un participant indiquait, à la relance 8-15 ans, adopter de façon récurrente (ou plus souvent qu'autrement) les comportements de participation sociale associés à une cible thérapeutique donnée, une amélioration était notée. Conséquemment, les répertoires de comportements défensifs, initialement adoptés, étaient considérés comme absents ou « dissolus ». Lorsque les comportements de participation sociale ciblés étaient absents ou lorsqu'un participant adoptait plutôt des comportements défensifs similaires à ceux initialement consignés au dossier, aucune amélioration n'était notée. Ainsi, ces répertoires de comportements étaient plutôt considérés comme « non dissolus ».



La proportion de cibles présentant une amélioration a été calculée; chaque participant a donc été associé à l'une des quatre catégories d'amélioration suivantes : « aucune à légère » (0% – 25%), « légère à modérée » (26% - 49%), « modérée à importante » (50% - 74%) et « importante à très importante » (75% - 100%). Par exemple, si une amélioration est rapportée pour trois des cinq cibles thérapeutiques formulées initialement pour un participant (60%), ce dernier était considéré comme présentant une amélioration de “modérée à importante”.

Au cours de la cueillette de données, il est devenu évident que les changements dans les circonstances de vie des participants depuis la dernière période d'évaluation, ont fait en sorte que certaines cibles thérapeutiques ne correspondaient plus au type de situations ou au contexte dans lequel les participants évoluaient à la relance 8-15 ans. Pour cette raison, il a été établi qu'au moins 75% des cibles thérapeutiques qui ont initialement été formulées devaient encore s'appliquer lors de la relance. Ainsi, les données obtenues dans le cadre de l'évaluation pouvaient être considérées comme des indicateurs adéquats de l'évolution des difficultés initiales.

Les entrevues ont été effectuées par l'évaluatrice principale et enregistrées (enregistrement audio). Leur durée oscillait entre une heure et deux heures. Le verbatim des entrevues a ensuite été transcrit par l'auteure. Pour minimiser les biais potentiels, une partie des entrevues a été sélectionnée au hasard<sup>6</sup>, écoutée et cotée de façon indépendante par une assistante de recherche de niveau doctoral afin d'établir un accord interjuges. L'assistante avait également accès au verbatim des entrevues sélectionnées au hasard. En somme, 24% des entrevues (26% lorsque seules les entrevues considérées pour les analyses et disponibles aux accords interjuges sont prises en considération) ont été soumises à cette procédure.

---

<sup>6</sup> Deux participants ont demandé à ce que leurs données soient uniquement traitées par l'évaluatrice principale; puisque les données liées à l'entrevue de l'un de ces participants ont été incluses dans les analyses, cette entrevue n'a pas été considérée lors de la sélection au hasard des entrevues.

*Mesures auto-rapportées*<sup>7</sup>. Une adaptation française de l'échelle *Social Avoidance and Distress* (SAD; Watson & Friend, 1969) est utilisée pour mesurer l'anxiété sociale et la tendance à éviter dans diverses situations sociales (voir annexe F). L'échelle est constituée de 28 items, auxquels il est possible d'y répondre par « vrai » ou « faux ». Un score total oscillant entre 0 et 28, inclusivement, peut être obtenu. Deux sous-échelles peuvent être dérivées de cet instrument, lesquelles génèrent un score distinct de détresse sociale ou d'évitement. Des exemples d'items sont : « Je suis habituellement nerveux(se) avec les gens à moins de bien les connaître » (détresse sociale) et « J'invente souvent des excuses afin d'éviter des engagements sociaux » (évitement). L'étendue des scores de ces sous-échelles varie entre 0 et 14. Plus les scores sont élevés, plus ils suggèrent une détresse subjective élevée. Cette échelle possède de bonnes propriétés psychométriques : un coefficient de fidélité test-retest satisfaisant (variant de .68 à .79) et une cohérence interne de .94 sont rapportés pour la version originale de l'instrument (Oei, Kenna, & Evans, 1991; Watson & Friend, 1969). La validation d'une version francophone de l'échelle, effectuée auprès d'une population clinique satisfaisant aux critères de la phobie sociale (DSM-IV), a également obtenu une cohérence interne de .91 et une structure factorielle satisfaisantes (Douilliez, Baeyens, & Philippot, 2008). Il est également rapporté que le SAD distingue les individus PS d'un échantillon d'individus répondant aux critères de divers troubles anxieux (p. ex. trouble panique avec agoraphobie, trouble d'anxiété généralisée, phobie spécifique) et d'une population non clinique (Douilliez et al., 2008). En effet, il a été trouvé que le SAD a un excellent pouvoir discriminant dans l'identification des individus PS et d'une population non clinique (Kyparissis, Gibbs, Stravynski, & Lachance, en préparation). Dans la présente étude, un alpha de Cronbach de .95 est obtenu pour le score total du SAD. Des cohérences internes de .93 et .88 sont obtenus pour les sous-échelles examinant la détresse sociale et l'évitement, respectivement.

Une adaptation française de l'échelle *Fear of Negative Evaluation* (FNE; Watson & Friend, 1969) a été utilisée pour mesurer la peur subjective de l'évaluation négative d'autrui (voir annexe G). Des exemples d'items sont : « J'ai souvent peur de paraître ridicule ou de me

---

<sup>7</sup> Il a été démontré que les échelles utilisées dans cette étude sont sensibles aux changements suivant la thérapie (p. ex. Heimberg et al., 1990; Hope et al., 1995; Salaberría & Echeburúa, 1998; Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013).

montrer stupide», « Je crains que les gens me critiquent » et « Je ne m'en fais pas nécessairement si je ne plais pas à quelqu'un ». L'échelle est constituée de 30 items auxquels il est possible d'y répondre par « vrai » ou « faux ». L'étendue des scores varie ainsi entre 0 et 30, inclusivement. Plus les scores sont élevés, plus une détresse subjective élevée est suggérée. La version originale du FNE est associée à un coefficient de fidélité test-retest variant de .78 à .94 et à une cohérence interne variant de .94 à .96 (Watson & Friend, 1969). Une version francophone de l'échelle, validée auprès d'une population clinique d'individus PS, possède une cohérence interne satisfaisante, soit .92; il en est de même pour la structure factorielle de l'échelle (Douilliez et al., 2008). De plus, il a été trouvé que le FNE distingue les individus PS d'un échantillon hétérogène d'individus répondant aux critères de divers troubles anxieux et d'une population non clinique (Douilliez et al., 2008). Dans la présente étude, un alpha de Cronbach de .92 est également obtenu.

Une adaptation française de l'échelle *Fear Questionnaire* (FQ; Marks & Mathews, 1979) a été administrée (voir annexe H). Cet instrument a été développé pour mesurer la sévérité des manifestations phobiques. Cette mesure inclut également une échelle de détresse subjective. La version originale du FQ est constituée de 24 items, mesurant, notamment le degré d'évitement de situations spécifiques. Trois sous-échelles peuvent être dérivées de cette mesure, soit l'échelle d'agoraphobie, de phobie du sang et des blessures, et de phobie sociale. La sous-échelle « phobie sociale » (FQ-SP), composée de 5 items, est la seule mesure qui est utilisée dans cette étude. Le degré d'évitement lié à des situations, telles que boire ou manger avec d'autres personnes ou parler en public est évalué. Il est possible d'attribuer un score entre 0 et 8 pour chaque item d'évitement, le score maximal s'élevant à 40. Plus le score est élevé, plus l'évitement est sévère. Cox, Swinson et Shaw (1991) rapportent une validité discriminante satisfaisante pour l'échelle originale (FQ); une cohérence interne de .74 pour la sous-échelle FQ-SP a également été obtenue auprès d'individus PS satisfaisant les critères du DSM-III-R. De plus, une étude de validation d'une version francophone de l'échelle rapporte une fidélité test-retest de .61; une analyse factorielle a également produit les mêmes facteurs que ceux de l'échelle originale (Cottraux, Bouvard, & Messy, 1987). Un alpha de Cronbach de .80 a été obtenu pour la sous-échelle « phobie sociale » dans la présente étude.

Une adaptation française de l'échelle *Symptom Check-List - 90 - Revised* (SCL-90-R; Derogatis, Lipman, & Covi, 1973) a été administrée aux participants (voir annexe I). Cet instrument donne un aperçu de la symptomatologie psychiatrique générale sur neuf échelles de psychopathologie et de détresse psychologique. Outre l'échelle globale, seules les sous-échelles examinant la somatisation, l'inquiétude obsessionnelle, la sensibilité interpersonnelle, la dépression, l'anxiété et l'anxiété phobique ont été utilisées dans cette étude. Les répondants doivent indiquer jusqu'à quel point ils ont été incommodés par des problèmes tels que des maux de tête, des pensées désagréables, un sentiment d'infériorité, des pensées suicidaires, des tremblements, la peur de sortir seul, etc. Cette mesure est composée de 90 items, dont les scores d'intensité varient de 0 (« pas du tout ») à 4 (« excessivement »). Le score global peut ainsi varier de 0 à 360, un score élevé suggérant une détresse générale élevée. La version originale de l'échelle est associée à une cohérence interne oscillant entre .77 et .90 (Derogatis, 1977). Une étude de validation d'une version francophone de l'échelle rapporte des indices de cohérence interne variant de .90 à .92, inclusivement, pour les sous-échelles; une cohérence interne de .96 est obtenue pour l'échelle globale (Fortin & Coutu-Wakulczyk, 1985). Une fidélité test-retest satisfaisante, qui varie de .71 à .83, est également rapportée. Dans la présente étude, un alpha de Cronbach de .97 est obtenu sur l'échelle globale (Indice global de sévérité), alors qu'il oscille entre .71 et .93 aux sous-échelles employées pour les fins de l'étude.

Une adaptation française du *Social Adjustment Scale-Self Report* (SAS-SR; Weissman & Bothwell, 1976) a été administrée aux participants (voir annexe J). Le SAS-SR mesure notamment les relations et comportements interpersonnels, de même que la capacité à assumer divers rôles sociaux (McDowell, 2006; Weissman & Bothwell, 1976). L'échelle originale est composée de 54 items dont peuvent être dérivés plusieurs scores de fonctionnement social en fonction des différentes sphères de vie de l'individu, en l'occurrence la sphère professionnelle, amicale, maritale et familiale. Le fonctionnement lors des temps libres est également évalué. Chaque item génère un score de fonctionnement entre 1 et 5. Plus les scores sont élevés, plus ils suggèrent des difficultés fonctionnelles sévères. Outre l'échelle de fonctionnement global, seules les sous-échelles examinant le fonctionnement social dans la sphère professionnelle et amicale, de même que lors des temps libre sont utilisées dans la présente étude. Weissman,

Prusoff, Thompson, Harding, & Myers (1978) rapportent une fidélité test-retest de .80 et une cohérence interne de .74 pour l'échelle originale. Une version française de l'échelle rapporte une cohérence interne oscillant entre .39 et .75 (Waintraud, Guelfi, Lancrenon, & Rouillon, 1995). Il est également noté que cette échelle est sensible aux changements suite à un traitement (Weissman et al., 1978). Nous avons obtenu une cohérence interne oscillant entre .40 et .90 selon la sous-échelle examinée. Un alpha de Cronbach de .87 est obtenu pour l'échelle globale.

### **Traitement des données et analyses statistiques**

L'inspection des données recueillies à la relance 8-15 ans a révélé des données manquantes à certains items des mesures auto-rapportées. En l'occurrence, les données d'un participant (1.8% de l'échantillon) relatives à l'une des variables de l'étude (FNE) n'ont pas été considérées car plus d'une réponse a été inscrite pour 47% des items. Lorsque les analyses ont été effectuées suite à l'emploi d'une méthode d'imputation<sup>8</sup> consistant à substituer la donnée manquante par la dernière donnée obtenue pour ce participant (donnée obtenue à la relance un an), des résultats similaires ont été obtenus. Les résultats initiaux, excluant ce participant, seront tout de même rapportés, étant donné que cette méthode d'imputation est fondée sur la prémisse que les difficultés du participant en question sont demeurées stables depuis la dernière évaluation; cependant, on ne peut présumer de cette stabilité. Malgré les autres données manquantes qui ont été relevées, les analyses ont néanmoins été effectuées étant donné que la proportion de celles-ci est inférieure à 5% (Tabachnick & Fidell, 2007).

L'évaluation du maintien des gains thérapeutiques, sur le plan dimensionnel (anxiété sociale, détresse générale, fonctionnement social), a été effectuée à l'aide d'analyses de variance univariées (ANOVAs) et multivariées (MANOVAs) à mesures répétées. L'exploration de la normalité des distributions a révélé que certaines variables étaient associées à des valeurs d'asymétrie (*Skewness*) et d'aplatissement (*Kurtosis*) des distributions excédant  $\pm 3.29$ , après les avoir divisées par leur erreur standard (Tabachnick & Fidell, 2007).

---

<sup>8</sup> *Last observation carried forward (LOCF)*

Les données qui n'étaient pas normalement distribuées dans le cadre des analyses univariées effectuées ont donc été assujetties à des analyses non-paramétriques (test de Mann-Whitney, analyse de variance de Friedman). Pour la majorité des analyses effectuées les analyses non-paramétriques ont produit des résultats similaires aux analyses paramétriques; ainsi, les résultats ayant trait aux analyses paramétriques ont été rapportés, à moins qu'il n'en soit spécifié autrement. Une correction de Greenhouse-Geisser a été employée pour interpréter les résultats des ANOVAs à mesures répétées lorsque le postulat de base de sphéricité, évalué à l'aide du test de Mauchly, n'était pas rencontré. Puisque les variables d'anxiété sociale ont produit des corrélations au moins modérées et sont conceptuellement reliées, des analyses multivariées ont été effectuées pour protéger contre l'erreur de type 1. Le test de Pillai a été utilisé pour interpréter les résultats multivariés. Une correction de Bonferroni a également été appliquée pour ajuster le seuil de signification statistique lors des comparaisons multiples (Tabachnick & Fidell, 2007).

Outre la *signification statistique* des effets obtenus, la présente étude s'intéresse également à évaluer *l'amplitude* des effets, de même que leur *signification clinique*. Pour apprécier l'amplitude des changements rapportés, des tailles d'effets utilisant les écarts-types combinés ont été calculés selon la statistique (*d*) de Cohen (Cohen, 1988). Ainsi, des valeurs oscillant entre 0.20 et 0.49, 0.50 et 0.79 et s'élevant à 0.80 ou plus représentent une petite, modérée et grande taille d'effet, respectivement. La formule suivante a été utilisée:  $M_1 - M_2 / \sqrt{[(\acute{E}.-T_1^2 + \acute{E}.-T_2^2)/2]}$ , où  $M_1$  et  $\acute{E}.-T_1$  représentent la moyenne et l'écart-type des scores au pré-traitement, ou à la relance un an, et  $M_2$  et  $\acute{E}.-T_2$  représentent la moyenne et l'écart-type des scores à la relance 8-15 ans. L'indice de Cohen pour calculer la taille d'effet lors des analyses principales a été privilégié étant donné que ces analyses ne comportent qu'une seule variable indépendante (facteur temps) et que cet indice est appliqué à la comparaison entre deux moyennes, associées à deux temps de mesure. L'emploi de cet indice facilitera également la comparaison des effets avec ceux rapportés dans les études sur la phobie sociale et son traitement.

La signification clinique des résultats sera déterminée de deux façons. En premier lieu, elle sera évaluée en situation les résultats obtenus sur le SAD, pour chaque participant, par

rapport à une population clinique et non clinique. Pour ce faire, la méthode de Jacobson et Truax (1991) sera employée. Il est rapporté que cette méthode statistique est la plus fréquemment utilisée dans le cadre d'études de traitement s'intéressant à la signification clinique des effets thérapeutiques (Ogles, Lunnen, & Bonesteel, 2001). Le fait que cette méthode soit associée à des estimations plus modérées du taux de participants rapportant un changement cliniquement significatif, par rapport aux autres méthodes auxquelles elle a été comparée (Bauer, Lambert, & Nielsen, 2004), a également motivé son utilisation.

Selon cette méthode, deux critères doivent être satisfaits simultanément pour confirmer le caractère clinique des changements : premièrement, le critère *C* a été utilisé dans la présente étude pour établir un seuil critique et déterminer jusqu'à quel point le score du participant à la relance 8-15 ans est plus susceptible de se retrouver dans l'étendue des scores d'une population non clinique que clinique. En termes statistiques, ce critère estime la valeur se situant à mi-chemin entre la moyenne d'un échantillon clinique et celle d'un échantillon non clinique, établissant par le fait même un point de coupure sur une échelle de mesure donnée. Un score équivalent ou se retrouvant en deçà du point de coupure (dans la direction non clinique) suggère, sur le plan théorique, un fonctionnement qui s'apparente à celui d'une population « normale ». Deuxièmement, un index déterminant si le degré de changement excède l'erreur de mesure (*Reliable Change Index - RCI*) est calculé. Il permet ainsi d'établir si le changement est « fiable » et peut être vu comme « réel ». L'échantillon non clinique de référence (N = 111), duquel les points de coupure ont été calculés, provient de l'étude de Munoz et Stravynski (2010); ces individus ne satisfaisaient les critères d'aucun trouble du DSM-IV (APA, 1994). L'échantillon clinique (N = 239) duquel les participants de la présente thèse sont issus, est composé d'individus ayant sollicité un traitement pour la phobie sociale et pris part à l'un des projets de recherche menés dans le cadre du programme de traitement offert au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Les individus provenant de ces deux groupes ont été recrutés dans la grande région de Montréal et étaient équivalents sur plusieurs variables sociodémographiques (Kyparissis, Gibbs, et al., 2013, en préparation). L'échelle SAD a été utilisée comme mesure principale afin d'évaluer la signification clinique des changements rapportés sur la dimension anxieuse. Le score total de même que le score obtenu aux deux sous-échelles ont été utilisés. Cette

échelle a été sélectionnée puisqu'elle prend en considération à la fois la détresse sociale et la tendance à éviter; elle présente également des propriétés psychométriques très satisfaisantes (voir section précédente). Le RCI est calculé en divisant la différence entre le score rapporté pré-traitement et celui obtenu à la relance 8-15 ans, à l'erreur standard de la différence (Jacobson and Truax, 1991). Tel que recommandé par Martinovich, Saunders, et Howard (1996), un indice de cohérence interne a été utilisé pour calculer le RCI. L'alpha de Cronbach a été calculé pour l'échelle globale et les sous-échelles du SAD en utilisant les données de l'échantillon à l'étude, tel que recommandé par Evans, Margison, & Barkham (1998).

En deuxième lieu, la signification clinique des changements sera déterminée par l'atteinte du statut de rémission. Le statut clinique des participants a donc été évalué à l'aide d'une entrevue structurée (voir section précédente). L'évolution des taux de rémission et de la proportion des participants rapportant un changement cliniquement significatif sur la dimension anxieuse, de la relance un an à la relance 8-15 ans, a été évaluée à l'aide d'un test Q de Cochran et de tests McNemar. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS 11.0.

La convergence des changements sur les dimensions anxieuse et interpersonnelle a été opérationnalisée comme suit pour chaque participant : en premier lieu, les participants qui ne répondent plus aux critères de la phobie sociale doivent 1) présenter une amélioration au moins modérée sur la dimension interpersonnelle (c.-à-d. 50% et plus de changements suite à l'analyse fonctionnelle) ou, s'ils rapportent un changement de « léger à modéré », ils doivent se retrouver dans l'étendue « modérée » (définie comme un changement de 38% à 49%, soit excédant le point milieu de cette catégorie)<sup>9</sup>. De plus, sur la dimension anxieuse, les participants en rémission doivent également 2) rapporter un changement cliniquement significatif sur le score global du SAD. Si un changement cliniquement significatif n'est obtenu que sur l'une ou l'autre des sous-échelles, le score global doit au moins indiquer un changement « fiable ». En deuxième lieu, les participants répondant toujours aux critères de la phobie sociale doivent 1) présenter un changement sur la dimension interpersonnelle se

---

<sup>9</sup> Ce dernier critère a été établi pour départager les cas se situant dans cette catégorie mitoyenne.



retrouvant dans la catégorie « aucun à léger ». S'ils rapportent un changement de « léger à modéré », ils doivent se retrouver dans l'étendue « léger » (définie comme un changement de 26% à 37%). De plus, sur la dimension anxieuse, 2) ils ne doivent pas rapporter de changement cliniquement significatif sur le score global du SAD ou ses sous-échelles.

## CHAPITRE 9

### Résultats

#### Analyses préliminaires

##### *Évaluation de l'équivalence des groupes composant l'échantillon à l'étude*

Les participants, rappelons-nous, ont pris part à l'une de deux études cliniques qui ont initialement été menées (voir Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000 pour des données publiées; voir également Stravynski et al., 2013). Chacune de ces études avait pour but de comparer des versions de l'approche interpersonnelle pour le traitement de la phobie sociale (AI) dans le but de dégager le levier thérapeutique essentiel à l'efficacité de cette approche. Compte tenu de la taille de l'échantillon à la relance 8-15 ans, des analyses statistiques n'ont pas été effectuées en fonction des versions AI. Les groupes ayant reçu les différentes versions ont donc été amalgamés. Par le fait même, des participants issus des deux études cliniques initiales composaient cet échantillon.

Pour vérifier l'équivalence des groupes qui ont été amalgamés, des analyses statistiques ont été effectuées. Les sections qui suivent présentent un résumé des résultats obtenus.

##### *Équivalence des versions AI*

Chacune des études cliniques initiales a révélé l'équivalence des versions AI qu'elle a comparées. Cependant, pour les fins de la présente recherche, les données issues de ces études (n = 174) ont été amalgamées pour vérifier l'équivalence de l'efficacité thérapeutique des versions AI sur des indicateurs additionnels de signification statistique et clinique (Gibbs, Kyparissis, Lachance & Stravynski, 2011). Le lecteur est dirigé à l'annexe K pour l'intégralité des résultats de cette dernière étude.

Les résultats ont confirmé qu'elles s'équivalent quant à l'amélioration de l'anxiété sociale et de la tendance à éviter, de la détresse générale et du fonctionnement social chez les participants ayant complété le traitement. D'ailleurs, à la relance un an, la proportion de participants rapportant un changement cliniquement significatif<sup>1</sup> sur la dimension anxieuse n'est pas significativement différente. De surcroît, elles s'équivalent quant au taux de participants en rémission. Ces résultats corroborent les observations antérieures (Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013). Les quelques différences statistiques obtenues s'avèrent peu significatives sur le plan théorique et clinique.

#### *Équivalence des cohortes provenant des études cliniques initiales*

Par ailleurs, comme les participants ayant pris part à la relance 8-15 ans n'ont pas participé à la même étude clinique, une partie de l'échantillon a, en moyenne, été évaluée 12 ans suivant la fin du traitement (étude 1) alors que cette durée est de 10 ans, en moyenne, chez les autres participants (étude 2). Globalement, ces groupes ne se distinguent pas en fonction de leur participation à l'une de ces études sur leur profil sociodémographique et clinique, sur la sévérité de leurs difficultés anxieuses et fonctionnelles, de même que sur le degré de leur détresse générale au pré-traitement. De plus, l'évolution de leurs difficultés à court et à long terme connaît une trajectoire similaire (voir annexe L).

Ainsi, ces constats soutiennent le fait que d'amalgamer ces différents échantillons n'est pas susceptible de biaiser l'interprétation des résultats. De plus, en les amalgamant, la puissance statistique s'en voit augmentée.

#### *Évaluation de l'équivalence des participants à l'étude et des non-participants et évaluation des gains obtenus à court terme*

Dans un premier temps, les analyses présentées dans cette section chercheront à établir si les participants ayant pris part à la relance 8-15 ans et l'échantillon qui n'y a pas participé

---

<sup>1</sup> La méthode de Jacobson et Truax (1991) a été employée.

sont équivalents. Étant donné qu'une proportion restreinte des participants aux études initiales ont pris part à cette relance<sup>2</sup>, il est essentiel que les « participants »<sup>3</sup> et les « non-participants »<sup>4</sup> soient similaires quant à leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques au pré-traitement et quant à l'évolution de leurs difficultés à l'issue du processus thérapeutique. De cette façon, les résultats pourront être généralisés à l'ensemble des participants ayant initialement complété le traitement.

Dans un deuxième temps, ces analyses auront pour objectif de reconduire les analyses intragroupes auprès des participants ayant pris part à la relance 8-15 ans pour vérifier un présupposé essentiel aux analyses principales, soit que des gains ont effectivement été rapportés suite au traitement dans cet échantillon.

*1. Les participants et les non-participants à la relance 8-15 ans sont-ils équivalents quant à leur profil sociodémographique et clinique au pré-traitement?*

Dans le but de vérifier si les participants et les non-participants se distinguaient avant le début du traitement, des tests *t* pour échantillons indépendants et des tests chi-carré ont été effectués sur des données sociodémographiques (âge, sexe, état civil, niveau de scolarité, occupation) et cliniques (âge d'apparition et durée de la phobie sociale, nature des difficultés sociales). Ces groupes ont également été comparés sur la sévérité de l'anxiété sociale et de la tendance à éviter (SAD, FNE, FQ-SP), de la psychopathologie générale (SCL-90-R)<sup>5</sup> et des difficultés ayant trait au fonctionnement social (SAS-SR)<sup>6</sup>. Pour ce faire, des tests *t* pour échantillons indépendants ont été effectués sur le SCL-90-R et le SAS-SR. Une analyse de

---

<sup>2</sup> Parmi les 174 participants ayant complété l'évaluation post-traitement et la relance un an, 58 d'entre eux (33%) ont pris part à l'entrevue servant à évaluer leur statut clinique (DSM-IV) à la relance 8-15 ans et 55 d'entre eux (32%) ont, en plus, complété les questionnaires auto-rapportés.

<sup>3</sup> Dans le cadre de ces analyses, seuls les individus qui ont complété l'entrevue clinique et les questionnaires auto-rapportés, soit 95% des individus ayant fourni des données à la relance 8-15 ans, ont été inclus dans le groupe « participants ».

<sup>4</sup> Dans le cadre de ces analyses, le groupe « non-participants » inclut les individus qui n'ont pas été retracés, qui ont décliné leur participation à l'évaluation de relance ou qui ont abandonné au cours de celle-ci.

<sup>5</sup> Le terme « détresse générale » sera également employé pour faire référence à cette variable.

<sup>6</sup> Le terme « difficultés fonctionnelles » sera également employé pour faire référence à cette variable.

variance multivariée (MANOVA) a été effectuée sur les scores d'anxiété sociale<sup>7</sup>, suivie d'analyses de variance univariées (ANOVAs). Par ailleurs, des tests chi-carré ont été effectués pour vérifier l'équivalence des groupes quant à leur participation aux études cliniques initiales et aux versions AI auxquelles ils ont été assignés.

Les résultats révèlent que les participants et les non-participants étaient équivalents quant à leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques au pré-traitement (voir tableau II, p. 107 et tableau III, p. 108). Plus important encore, la sévérité de l'anxiété sociale et de la détresse générale, de même que le degré de difficultés fonctionnelles étaient équivalents chez ces groupes (voir tableau IV, p. 109). Par ailleurs, la proportion de participants et de non-participants qui ont pris part à l'une des deux études cliniques initiales et reçu l'une des quatre versions AI n'était pas significativement différente au sein des deux groupes,  $\chi^2(1) = 0.00, p = .952$ , Phi ( $\Phi$ ) = -.01 et  $\chi^2(3) = 0.84, p = .840$ , V de Cramer = .07, respectivement.

Il faut se rappeler que les individus, qui n'ont pas complété le traitement, l'évaluation post-traitement et/ou celle menée un an suivant la fin du traitement, ont été exclus de l'étude. On peut donc se demander si les participants à la relance 8-15 ans et les individus qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion sont équivalents sur ces mêmes variables. Les résultats révèlent peu de différences entre ces groupes. Toutefois, les individus qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion étaient proportionnellement plus nombreux à présenter un fonctionnement social inadéquat. Ces individus ont également rapporté des difficultés fonctionnelles plus sévères dans la sphère amicale (voir annexe M).

---

<sup>7</sup> Dans le cadre des analyses préliminaires, principales et exploratoires, les analyses multivariées ont produit des résultats similaires lorsque le score global à l'échelle SAD ou les scores aux sous-échelles examinant la détresse sociale et l'évitement ont été inclus dans les analyses, à moins qu'il n'en soit spécifié autrement.

Tableau II

*Caractéristiques sociodémographiques des participants à la relance 8-15 ans et des non-participants au pré-traitement et résultats des analyses comparatives.*

Variables, <i>n</i> (%)	Participants <sup>a</sup>		Non-participants <sup>b</sup>		Statistique (dl) <i>p</i>	Taille d'effet
Âge						
Moyenne (Écart-Type)	38.05 (8.37)		39.11 (8.85)		$t(172) = -0.74$	$r = .06$
Étendue	19-51		20-63		.458	
Sexe						
Femme	28	(50.9)	75	(63.0)	$\chi^2(1) = 2.29$	$\Phi = -.12$
Homme	27	(49.1)	44	(37.0)	.131	
État civil						
Marié/Union libre	33	(60.0)	59	(49.6)	$\chi^2(2) = 3.03$	$V = .13$
Séparé/Divorcé/Veuf	3	(5.5)	16	(13.4)	.219	
Célibataire	19	(34.5)	44	(37.0)		
Niveau de scolarité						
Études secondaires/ études partielles non universitaires <sup>c</sup>	18	(32.7)	31	(26.1)	$\chi^2(2) = 0.94$	$V = .07$
Diplôme non universitaire/études partielles universitaires	9	(16.4)	19	(16.0)	.626	
Diplôme universitaire	28	(50.9)	69	(58.0)		
Occupation						
En emploi/Étudiant <sup>d</sup>	51	(92.7)	97	(81.5)	$\chi^2(1) = 3.72$	$\Phi = -.15$
Chômage/Ne travaille pas	4	(7.3)	22	(18.5)	.054	

*Note.* Le masculin est employé pour alléger le texte. dl = degré de liberté.  $\Phi$  = coefficient de contingence Phi.  $V$  = coefficient de contingence  $V$  de Cramer.

<sup>a</sup> $n = 55$ . <sup>b</sup> $n = 119$ . <sup>c</sup>Les individus qui ont complété ou non leurs études secondaires ont été amalgamés parce que les occurrences attendues étaient inférieures à 5. <sup>d</sup>Les individus qui étaient aux études la majeure partie du temps ou qui étaient en emploi ont été amalgamés parce que les occurrences attendues étaient inférieures à 5.

Tableau III

*Caractéristiques cliniques des participants à la relance 8-15 ans et des non-participants au pré-traitement et résultats des analyses comparatives.*

Variables	Participants <sup>a</sup>		Non-participants <sup>b</sup>		Statistique (dl) <i>p</i>	Taille d'effet
Âge d'apparition de la phobie sociale <sup>c</sup>						
<i>M (É.-T.)</i>	15.78	(11.06)	14.93	(9.27)	$t(170) = 0.53$ .599	$r = .04$
Durée de la phobie sociale <sup>c</sup>						
<i>M (É.-T.)</i>	25.05	(11.86)	25.75	(12.21)	$t(170) = -0.35$ .725	$r = .03$
Difficultés sociales, <i>n</i> (%) <sup>d,e</sup>						
Peurs non généralisées <sup>f</sup>	15	(27.3)	24	(20.9)	$\chi^2(1) = 0.86$ .353	$\Phi = -.07$
Peurs généralisées <sup>g</sup>	40	(72.7)	91	(79.1)		
Fonctionnement social inadéquat <sup>h</sup>	11	(20.0)	32	(27.8)	$\chi^2(1) = 1.21$ .272	$\Phi = -.08$

*Note.* *M* = moyenne. *É.-T.* = écart-type. dl = degré de liberté.  $\Phi$  = coefficient de contingence Phi. <sup>a</sup>*n* = 55. <sup>b</sup>*n* = 119. <sup>c</sup>*n* = 117 pour les non-participants. <sup>d</sup>*n* = 115 pour les non-participants. <sup>e</sup>Conformément aux critères du DSM-IV, les participants ont été catégorisés selon la nature généralisée ou non généralisée de leurs peurs sociales. La définition des types de difficultés sociales est tirée et adaptée de celle des « sous-types de phobie sociale » employée par Amado (2005, p.60). <sup>f</sup>Cette catégorie inclut la peur de ne pas assumer adéquatement un rôle devant une ou plusieurs personnes (p. ex. parler devant un groupe) et la peur de manifestations somatiques (trembler, rougir, transpirer) ou de paniquer, vomir ou uriner dans les toilettes publiques par peur d'attirer l'attention. <sup>g</sup>Cette catégorie réfère à des difficultés à interagir dans plusieurs sphères relationnelles (p. ex. amis, collègues) et face à différents types d'échange interpersonnel (p. ex. s'affirmer, se dévoiler); elle peut également inclure des peurs liées au fait de performer devant une personne ou un groupe (p. ex. parler en public) ou se rapporter à un fonctionnement social inadéquat dans la plupart ou l'ensemble des sphères de vie sociale. <sup>h</sup>Cette catégorie se rapporte à des difficultés reflétant un fonctionnement relationnel quantitativement et qualitativement inadéquat; ces individus pourraient répondre aux critères du trouble de la personnalité évitante.

Tableau IV

*Moyennes et écarts-types au pré-traitement sur l'anxiété sociale, la psychopathologie générale et le fonctionnement social des participants et des non-participants à la relance 8-15 ans et résultats des analyses comparatives.*

Variables	Participants <sup>a</sup>		Non-participants <sup>b</sup>		Statistique (dl)	<i>p</i>	Taille d'effet
	<i>M</i>	<i>É.-T.</i>	<i>M</i>	<i>É.-T.</i>			
Anxiété sociale et évitement <sup>c</sup>					<i>F</i> (1, 172)		$\eta_p^2$
SAD							
Détresse	11.56	3.21	12.34	2.27	3.38	.068	.02
Évitement	8.75	3.20	8.72	3.14	0.00	.965	.00
Total	20.31	5.96	21.07	4.80	0.80	.372	.01
FNE	24.35	4.76	25.52	3.72	3.13	.079	.02
FQ-SP	21.82	7.88	22.48	6.47	0.34	.560	.00
Psychopathologie générale (SCL-90-R)					<i>t</i> (172)		<i>r</i>
Somatisation	0.73	0.55	0.60	0.54	-1.46	.146	.11
Obsession-compulsion	1.04	0.67	1.05	0.68	0.17	.870	.01
Sensibilité interpersonnelle	1.39	0.94	1.38	0.79	-0.04	.969	.00
Dépression	1.20	0.80	1.11	0.72	-0.71	.481	.05
Anxiété	1.01	0.84	0.90	0.73	-0.86	.391	.07
Anxiété phobique	0.55	0.57	0.58	0.58	0.35	.729	.03
Total	0.90	0.57	0.87	0.53	-0.36	.719	.03
Fonctionnement social (SAS-SR) <sup>d,e</sup>							<i>r</i>
Travail	1.85	0.43	1.80	0.48	<i>t</i> (146) = -0.64	.523	.05
Amis	2.04	0.60	2.06	0.57	<i>t</i> (172) = 0.13	.900	.01
Temps libres	2.35	0.69	2.38	0.70	<i>t</i> (172) = 0.25	.807	.02
Total	1.48	0.31	1.43	0.34	<i>t</i> (172) = -0.91	.365	.07

*Note.* *M* = moyenne. *É.-T.* = écart-type. dl = degré de liberté. SAD = *Social Avoidance and Distress*; FNE = *Fear of Negative Evaluation*; FQ-SP = *Fear Questionnaire - Social Phobia*; SCL-90-R = *Symptom Check-List - 90 - Revised*; SAS-SR = *Social Adjustment Scale - Self Report*. <sup>a</sup>*n* = 55. <sup>b</sup>*n* = 119. <sup>c</sup>L'analyse multivariée a généré un résultat non-significatif, *V* = 0.02, *F*(3, 170) = 1.08, *p* = .358,  $\eta_p^2$  = .02. <sup>d</sup>Le nombre de « participants » varie de 48 à 55, selon la sous-échelle examinée. <sup>e</sup>Le nombre de « non-participants » varie de 100 à 119, selon la sous-échelle examinée.



2. *Les participants et les non-participants sont-ils équivalents quant à l'évolution de leurs difficultés sociales à l'issue du processus thérapeutique?*

*Effets intragroupes.* De prime abord, pour répondre à cette question, l'évolution de l'anxiété sociale, de la détresse générale et des difficultés fonctionnelles des participants et des non-participants, jusqu'à un an suivant la fin du traitement, a été examinée. Une analyse de variance multivariée (MANOVA) a été effectuée sur les mesures d'anxiété sociale, suivie d'analyses de variance univariées (ANOVAs). Trois temps de mesure, soit le pré-traitement, le post-traitement et la relance un an ont été inclus. Des contrastes répétés ont été effectués suite aux analyses univariées pour examiner les retombées thérapeutiques à l'issue du traitement (post-traitement) et leur durabilité à court terme (du post-traitement à la relance un an). Des ANOVAs à mesures répétées, suivies de contrastes répétés, ont par la suite été effectuées sur les mesures de psychopathologie générale et de fonctionnement social en utilisant les mêmes périodes d'évaluation.

Les MANOVAs à mesures répétées révèlent un changement significatif dans le temps sur l'anxiété sociale pour les deux groupes [Participants :  $V = 0.77$ ,  $F(6, 49) = 26.90$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .77$ ; Non-participants :  $V = 0.74$ ,  $F(6, 113) = 52.16$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .74$ ]. Les résultats univariés indiquent que cet effet a été obtenu sur chaque mesure d'anxiété sociale, alors que les contrastes répétés révèlent une amélioration significative du pré- au post-traitement ( $ps < .001$  pour l'effet temps principal et les contrastes). Les contrastes révèlent également qu'une amélioration significative du post-traitement à la relance un an a été obtenue sur toutes les mesures d'anxiété sociale chez les non-participants [SAD-Total,  $p = .039$ ; FNE,  $p = .024$ ; FQ-SP,  $p = .005$ ]. Les résultats non significatifs obtenus chez les participants à cette période indiquent un maintien de leurs gains thérapeutiques, bien qu'une inspection visuelle des données brutes suggère qu'en général, les scores d'anxiété sociale du post-traitement à la relance un an ont également tendance à s'améliorer chez cet échantillon<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> D'ailleurs, les contrastes effectués aux sous-échelles SAD indiquent que chez les deux groupes, une atténuation significative de la détresse sociale est obtenue du post-traitement à la relance un an, alors qu'un maintien des gains est rapporté sur l'évitement social pendant cette période.

Des changements significatifs à travers les périodes d'évaluation sont également obtenus sur le score de psychopathologie générale [Participants :  $F(1.50, 80.77) = 35.24, p < .001, \eta_p^2 = .40$ ; Non-participants :  $F(1.64, 189.70) = 69.24, p < .001, \eta_p^2 = .37$ ]. Les contrastes répétés révèlent une amélioration significative du pré- au post-traitement ( $p < .001$ ) et aucune différence significative entre le post-traitement et la relance un an, révélant ainsi un maintien des acquis.

Quant au fonctionnement social global, les ANOVAs à mesures répétées ont révélé un changement significatif du pré-traitement à la relance un an pour les deux groupes [Participants :  $F(2, 108) = 16.51, p < .001$ ; Non-participants :  $F(1.83, 211.94) = 35.91, p < .001$ ]. Les contrastes répétés indiquent une amélioration significative entre le pré- et le post-traitement ( $p < .001$ ) et un maintien des gains entre le post-traitement et la relance un an.

Les analyses correspondantes menées sur les sous-échelles de psychopathologie générale et de fonctionnement social ont généralement produit des résultats similaires aux scores globaux chez les deux groupes (SAS-SR :  $p < .001 - p < .01$ ; SCL-90-R :  $ps \leq .001$ , pour l'effet temps principal et les contrastes répétés).

Pour les participants et les non-participants, des tailles d'effet modérées et de grande amplitude sont obtenues sur l'anxiété sociale, la détresse générale et le fonctionnement social à la relance un an (voir tableau V, p. 112).

Tableau V

*Tailles d'effet, du pré-traitement à la relance un an, pour les participants et les non-participants à la relance 8-15 ans.*

Mesures	<i>d</i> de Cohen <sup>a</sup>	
	Participants	Non-participants
SAD	1.58	1.63
FNE	1.38	1.41
FQ-SP	1.33	1.55
SCL-90-R	0.87	0.84
SAS-SR	0.75	0.58

<sup>a</sup> Cohen (1988). SAD = *Social Avoidance and Distress*; FNE = *Fear of Negative Evaluation*; FQ-SP = *Fear Questionnaire - Social Phobia*; SCL-90-R = *Symptom Check-List - 90 - Revised*; SAS-SR = *Social Adjustment Scale - Self Report*.

*Effets intergroupes.* En deuxième lieu, les analyses intergroupes voulaient examiner si le traitement a eu un effet différentiel chez ces échantillons. Par conséquent, les participants et les non-participants ont été comparés sur la sévérité des difficultés au post-traitement et à la relance un an. Une analyse de covariance multivariée (MANCOVA) à mesures répétées, suivie d'analyses de covariance univariées (ANCOVAs), a été effectuée sur les mesures d'anxiété sociale. Deux temps de mesure ont été inclus, soit le post-traitement et la relance un an, avec les scores au pré-traitement utilisés comme covariables. Une ANCOVA à mesures répétées a également été effectuée sur les scores de psychopathologie générale et de fonctionnement social, en incluant les mêmes temps de mesure. Par ailleurs, pour évaluer l'équivalence des groupes quant au statut clinique à la relance un an, un test chi-carré a été effectué.

Aucun effet significatif d'interaction ou de groupe du post-traitement à la relance un an sur les mesures d'anxiété sociale, de psychopathologie générale et de fonctionnement social n'a été obtenu (voir tableaux VI, VII et VIII, pp. 114-116). À la relance un an, la proportion de participants qui rapportent un changement cliniquement significatif sur le score global du

SAD est équivalente chez les deux groupes,  $\chi^2(1) = 1.18, p = .278, \Phi = .09$ . Les taux sont de 65% (31/48) chez les participants et de 55% (62/112) chez les non-participants. De plus, des taux de rémission de 51% (28/55) et de 57% (68/119) chez les participants et les non-participants, respectivement, sont obtenus. La proportion de participants en rémission à la relance un an était équivalente au sein des deux groupes,  $\chi^2(1) = 0.59, p = .442, \Phi = .06$ .

Tableau VI

Moyennes et écarts-types, au post-traitement et à la relance un an, des participants et des non-participants à la relance 8-15 ans aux échelles d'anxiété sociale et d'évitement et résultats des analyses de covariance.

Variables	Participants <sup>a</sup>		Non-participants <sup>b</sup>		Groupe	F (dl) p			
	M	É.-T.	M	É.-T.		$\eta_p^2$	Interaction	$\eta_p^2$	
SAD									
Détresse									
Post-traitement	7.65	4.13	7.96	4.25	0.14	.00	0.68	.00	
Relance 1 an	6.49	4.88	7.14	4.97	(1,168)		(1,168)		
					.708		.410		
Évitement									
Post-traitement	3.15	2.98	3.87	2.96	4.07	.02	0.54	.00	
Relance 1 an	3.18	3.41	3.70	3.11	(1,168)		(1,168)		
					.045		.464		
Total									
Post-traitement	10.80	5.95	11.82	6.38	0.89	.01	0.01	.00	
Relance 1 an	9.67	7.46	10.84	7.45	(1,169)		(1,169)		
					.348		.936		
FNE									
Post-traitement	17.09	6.81	17.68	7.87	0.04	.00	0.06	.00	
Relance 1 an	15.82	7.33	16.33	8.40	(1,169)		(1,169)		
					.852		.815		
FQ-SP									
Post-traitement	13.04	5.11	13.49	6.41	0.08	.00	1.53	.01	
Relance 1 an	12.53	6.01	12.17	6.81	(1,169)		(1,169)		
					.773		.218		

Note. Les moyennes brutes sont rapportées. M = moyenne. É.-T. = écart-type. dl = degré de liberté. SAD = *Social Avoidance and Distress*; FNE = *Fear of Negative Evaluation*; FQ-SP = *Fear Questionnaire - Social Phobia*. L'analyse multivariée a généré des résultats non significatifs quant à l'effet groupe,  $V = 0.02$ ,  $F(3,167) = 0.93$ ,  $p = .429$ ,  $\eta_p^2 = .02$ , et à l'effet d'interaction,  $V = 0.01$ ,  $F(3, 167) = 0.65$ ,  $p = .582$ ,  $\eta_p^2 = .01$ .

<sup>a</sup> $n = 55$ . <sup>b</sup> $n = 119$ .

Tableau VII

*Moyennes et écarts-types, au post-traitement et à la relance un an, des participants et des non-participants à la relance 8-15 ans aux échelles de psychopathologie générale (SCL-90-R) et résultats des analyses de covariance.*

Variables	Participants <sup>a</sup>		Non-participants <sup>b</sup>		F(1,169)			
	M	É.-T.	M	É.-T.	Groupe	$\eta_p^2$	Interaction	$\eta_p^2$
Somatisation								
Post-traitement	0.48	0.42	0.38	0.38	0.42	.00	0.71	.00
Relance 1 an	0.45	0.36	0.39	0.39	.519		.402	
Obsession-compulsion								
Post-traitement	0.65	0.52	0.69	0.60	0.07	.00	0.04	.00
Relance 1 an	0.62	0.50	0.64	0.56	.794		.838	
Sensibilité interpersonnelle								
Post-traitement	0.60	0.50	0.70	0.57	0.68	.00	1.27	.01
Relance 1 an	0.65	0.56	0.66	0.58	.411		.261	
Dépression								
Post-traitement	0.59	0.59	0.65	0.59	1.08	.01	0.01	.00
Relance 1 an	0.64	0.55	0.68	0.60	.301		.937	
Anxiété								
Post-traitement	0.47	0.43	0.46	0.45	0.04	.00	0.25	.00
Relance 1 an	0.46	0.39	0.43	0.48	.841		.619	
Anxiété phobique								
Post-traitement	0.19	0.29	0.18	0.23	1.69	.01	1.57	.01
Relance 1 an	0.25	0.40	0.19	0.30	.196		.212	
Total								
Post-traitement	0.47	0.37	0.49	0.38	0.08	.00	0.21	.00
Relance 1 an	0.49	0.34	0.48	0.38	.773		.650	

*Note.* Les moyennes brutes sont rapportées. M = moyenne. É.-T. = écart-type. dl = degré de liberté. SCL-90-R = *Symptom Check-List - 90 - Revised*.

<sup>a</sup>n = 55. <sup>b</sup>n = 117.

Tableau VIII

*Moyennes et écarts-types, au post-traitement et à la relance un an, des participants et des non-participants à la relance 8-15 ans aux échelles de fonctionnement social (SAS-SR) et résultats des analyses de covariance.*

Variables	Participants <sup>a</sup>		Non-participants <sup>b</sup>		Groupe	F (dl)		
	M	É.-T.	M	É.-T.		$\eta_p^2$	p	$\eta_p^2$
<b>Travail</b>								
Post-traitement	1.54	0.33	1.58	0.39	0.86	.01	0.05	.00
Relance 1 an	1.54	0.37	1.56	0.40	(1,127)		(1,127)	
					.357		.822	
<b>Amis</b>								
Post-traitement	1.77	0.49	1.75	0.55	0.13	.00	0.02	.00
Relance 1 an	1.84	0.46	1.82	0.55	(1,169)		(1,169)	
					.724		.887	
<b>Temps libres</b>								
Post-traitement	1.98	0.59	1.95	0.56	0.56	.00	0.18	.00
Relance 1 an	1.97	0.63	1.90	0.58	(1,169)		(1,169)	
					.454		.675	
<b>Total</b>								
Post-traitement	1.28	0.34	1.25	0.30	0.06	.00	0.08	.00
Relance 1 an	1.27	0.25	1.24	0.32	(1,169)		(1,169)	
					.813		.776	

*Note.* Les moyennes brutes sont rapportées. M = moyenne. É.-T. = écart-type. dl = degré de liberté. SAS-SR = *Social Adjustment Scale - Self Report*.

<sup>a</sup>Le nombre de « participants » varie de 44 à 55, selon la sous-échelle examinée.

<sup>b</sup>Le nombre de « non-participants » varie de 86 à 117, selon la sous-échelle examinée.

*3. Les participants à l'étude rapportent-ils des gains thérapeutiques significatifs à l'issue du traitement?*

De toute évidence, les analyses intragroupes qui ont été présentées dans la section précédente ont permis de répondre à cette question. Des gains significatifs à l'issue du traitement ont été rapportés et maintenus à court terme (jusqu'à un an suivant la fin du traitement) sur l'ensemble des variables examinées chez les participants qui ont pris part à la relance 8-15 ans.

*Analyses préliminaires : résumé*

En somme, il est possible d'affirmer que les participants à la relance 8-15 ans et ceux qui n'ont pas pris part à l'étude étaient équivalents avant d'entamer le traitement. En ce qui a trait à l'évolution de leurs difficultés, ils ont connu une atténuation équivalente de leurs peurs sociales, de la détresse générale et des difficultés fonctionnelles à l'issue du traitement. Les résultats confirment également que, pour les deux groupes, les améliorations significatives obtenues pendant le traitement se sont maintenues ou une amélioration continue a été rapportée jusqu'à un an post-traitement. D'ailleurs, ces groupes ne se distinguaient pas à la relance un an sur l'ensemble des mesures à l'étude (p. ex. taux de changement cliniquement significatif sur le SAD) et, plus important encore, quant à la proportion d'entre eux qui était en rémission.

Malgré le taux d'attrition à la relance 8-15 ans, on peut affirmer avec confiance que les participants à l'étude sont représentatifs de l'ensemble des participants ayant pris part aux études initiales et complété le traitement<sup>9</sup>.

Les résultats ont également révélé qu'un présupposé essentiel a été respecté, soit que des gains thérapeutiques statistiquement et même cliniquement significatifs (rémission) ayant trait à l'anxiété sociale, à la psychopathologie générale et au fonctionnement social ont

---

<sup>9</sup> Des analyses intragroupe menées avec l'échantillon initial global ( $n = 174$ ) ont effectivement généré un profil de résultats similaire.



effectivement été obtenus à l'issue du traitement chez les participants à l'étude; ces gains ont été maintenus jusqu'à la relance un an.

Des analyses examinant le maintien de ces gains à long terme ont donc pu être menées. Ces dernières seront présentées dans la prochaine section.

## **Analyses principales**

Les analyses préliminaires et les constats faits lors d'études cliniques antérieures (Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013) indiquent que les acquis associés au traitement AI persistent jusqu'à un an suivant la fin du traitement. Cependant, qu'en est-il du maintien des gains depuis cette période de relance? L'objectif des analyses principales est double :

1) elles permettront de vérifier l'hypothèse selon laquelle les gains thérapeutiques rapportés à la relance un an seront, une dizaine d'années plus tard, au moins maintenus.

2) elles chercheront à étayer la perspective interpersonnelle en examinant la convergence des changements rapportés sur la dimension anxieuse et interpersonnelle de la phobie sociale pour chaque participant.

## **Résultats principaux**

### *Caractéristiques des participants à la relance 8-15 ans*

Le tableau IX (p. 120) présente les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants, de même que les données recueillies quant aux traitements additionnels reçus pendant la période de relance.

Initialement, cet échantillon présentait les peurs sociales suivantes : performer en public (87%), interagir dans des situations informelles (71%), rougir (44%), trembler (18%),

transpirer (9%), utiliser les toilettes publiques (4%) et vomir (2%). Deux pourcent des participants ont rapporté une anxiété sociale associée à la peur d'une dysmorphie corporelle (2%). De plus, vingt pourcent des participants présentaient un fonctionnement social inadéquat dans la plupart des sphères de leur vie. Pour les autres données sociodémographiques et cliniques des participants recueillies au pré-traitement, l'auteur réfère le lecteur au tableau II (p. 107).

Tableau IX

*Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants à l'évaluation de relance 8-15 ans, n (%).*

Âge		
Moyenne (Écart-Type)	49.35	(8.86)
Étendue	28-65	
État civil		
Marié/Union libre	37	(67.3)
Séparé/Divorcé/Veuf	8	(14.5)
Célibataire	10	(18.2)
Niveau de scolarité le plus élevé		
< 11 ans	1	(1.8)
Diplôme d'études secondaires	8	(14.5)
Diplôme non universitaire/études partielles universitaires	11	(20.0)
Diplôme universitaire	35	(63.6)
Occupation		
En emploi	49	(89.1)
Chômage/Ne travaille pas	3	(5.5)
À la retraite	3	(5.5)
Troubles psychologiques autres que la phobie sociale (DSM-IV) évalués lors de l'entrevue téléphonique <sup>a</sup>		
Aucun	45	(81.8)
Trouble panique avec agoraphobie et phobie spécifique	1	(1.8)
Trouble panique avec agoraphobie	1	(1.8)
Agoraphobie sans histoire de trouble panique	1	(1.8)
Phobie spécifique	2	(3.6)
Dépression majeure	1	(1.8)
Dépendance à une substance	2	(3.6)
Trouble de l'anxiété généralisée et trouble dysthymique	1	(1.8)
Trouble de l'anxiété généralisée	1	(1.8)
Nombre de mois du post-traitement à la relance 8-15 ans		
Moyenne (Écart-Type)	136.38	(19.77)
Étendue	99-177	
Traitement additionnel reçu pendant la période de suivi		
Oui	<b>25</b>	<b>(45.5)</b>
Traitement psychologique uniquement	9	(16.4)
Médication uniquement	3	(5.5)
Groupe de support uniquement	2	(3.6)
Plusieurs types de traitement reçus	11	(20.0)
Non	<b>30</b>	<b>(54.5)</b>

*Note.*  $N = 55$ . Les participants qui ont abandonné l'étude avant d'avoir complété les questionnaires auto-rapportés ( $n = 3$ ) ne satisfaisaient pas aux critères d'autres troubles psychologiques.

## *Vérification des hypothèses principales*

### *1. Une durabilité des gains ou leur amélioration depuis la relance un an sera-t-elle rapportée à la relance 8-15 ans?*

La première hypothèse stipule qu'un maintien des gains ou une amélioration sera rapportée depuis la relance un an. Pour vérifier cette hypothèse, les scores aux mesures d'anxiété sociale ont été assujettis à une MANOVA à mesures répétées, suivie d'analyses univariées. Quatre périodes d'évaluation ont été incluses, soit le pré-traitement, le post-traitement, et les relances un an et 8-15 ans. Des ANOVAs à mesures répétées ont été effectuées sur les scores de détresse générale et de fonctionnement social, en incluant les mêmes temps de mesure. Ces analyses ont ainsi permis de dégager une courbe de l'évolution de l'anxiété sociale, de la détresse générale et des difficultés fonctionnelles, qui sera illustrée à l'aide de figures. Les contrastes simples ont été privilégiés, avec la relance un an comme période de comparaison, pour déterminer si des gains ont été maintenus depuis<sup>10</sup>.

La durabilité des gains thérapeutiques a également été examinée par le biais de l'évaluation de la signification clinique (p. ex. rémission) des effets obtenus, d'une part, et de l'analyse fonctionnelle des répertoires de comportements sociaux, d'autre part. Ces analyses ont permis, par le fait même, d'examiner les différences individuelles quant à l'évolution des difficultés phobiques.

La prochaine section présentera les résultats obtenus, notamment en fonction des variables examinées. Par conséquent, les dimensions anxieuse et interpersonnelle, qui caractérisent la phobie sociale selon l'approche interpersonnelle (Stravynski, 2007; 2013), seront considérées séparément. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que selon la prémisse sous-jacente à cette perspective, ces dimensions ne sont pas considérées comme étant

---

<sup>10</sup> Les comparaisons « post-traitement versus relance 8-15 ans » et « relance un an versus relance 8-15 ans » ont donné les mêmes résultats, à moins qu'il n'en soit spécifié autrement.

indépendantes l'une de l'autre, mais comme faisant partie intégrante d'un pattern global ayant pour fonction l'auto-protection.

### *Peurs sociales et tendance à éviter*

L'analyse multivariée a révélé un effet temps significatif sur les mesures d'anxiété sociale,  $V = .78$ ,  $F(9, 45) = 17.78$ ,  $p < .001$ . Les analyses univariées qui ont suivi ont indiqué un changement significatif sur chaque mesure d'anxiété sociale [SAD :  $F(3, 159) = 56.40$ ,  $p < .001$ ; FNE :  $F(3, 159) = 41.17$ ,  $p < .001$ ; FQSP :  $F(2.70, 142.82) = 38.73$ ,  $p < .001$ ]. Les figures 1 et 2 (pp. 123-124) illustrent l'évolution des peurs sociales dans le temps.

Des contrastes simples (voir tableau X, p. 125) indiquent qu'un maintien des gains est rapporté depuis la relance un an sur le score global du SAD et la sous-échelle examinant la détresse anxieuse, de même que sur le FQ-SP. Une augmentation des scores, suggérant une exacerbation de l'anxiété sur le FNE et la sous-échelle du SAD examinant l'évitement, a également été obtenue depuis la relance un an<sup>11</sup>. Comparativement au pré-traitement, une amélioration significative est toujours rapportée sur ces mesures [FNE :  $F(1, 53) = 48.28$ ,  $p < .001$ ; SAD-Évitement :  $F(1, 53) = 82.64$ ,  $p < .001$ ].

---

<sup>11</sup> Une augmentation significative des scores n'est pas rapportée sur le FNE depuis le post-traitement.

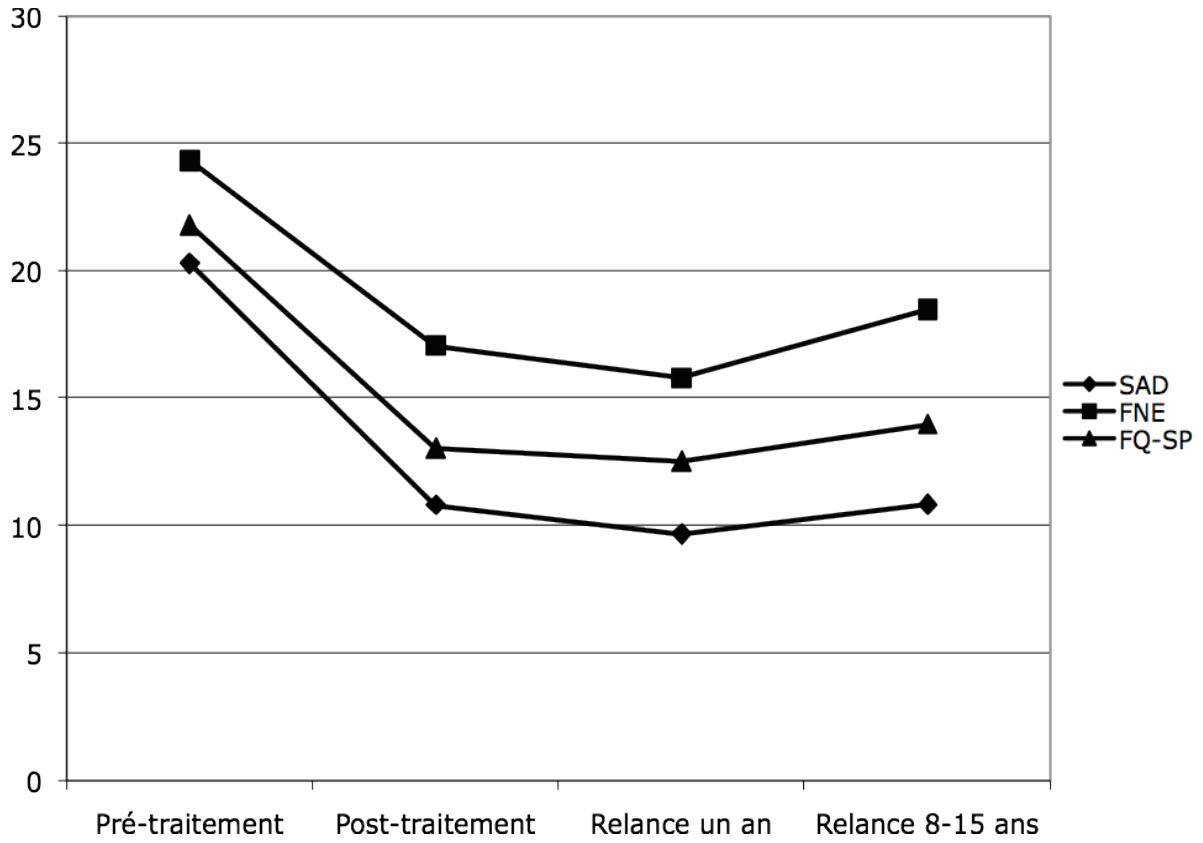


Figure 1. Scores moyens obtenus aux mesures d'anxiété sociale au cours des périodes d'évaluation.

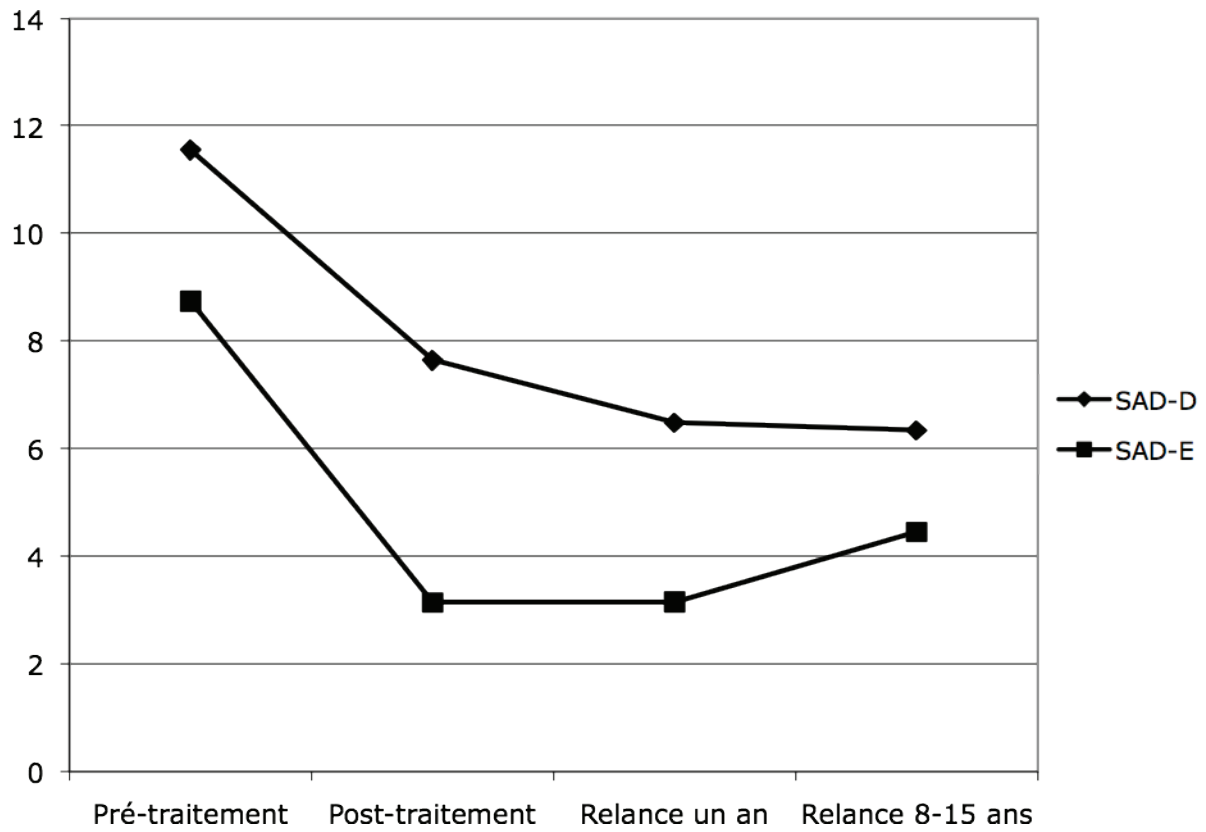


Figure 2. Scores moyens obtenus aux sous-échelles du SAD au cours des périodes d'évaluation. SAD = *Social Anxiety and Distress*. SAD-D = SAD-Détresse. SAD-E = SAD-Évitement.

Tableau X

*Moyennes, écarts-types et contrastes simples (relance un an versus relance 8-15 ans) aux mesures d'anxiété sociale.*

Variables	<i>M</i>	<i>É.-T.</i>	<i>F</i> (1, 53)	<i>p</i>
<b>SAD</b>				
Détresse				
Pré-traitement	11.57	3.24	0.00	.950
Post-traitement	7.63	4.17		
Relance un an	6.50	4.92		
Relance 8-15 ans	6.46	5.14		
Évitement				
Pré-traitement	8.81	3.19	7.16	.010
Post-traitement	3.19	3.00		
Relance un an	3.24	3.41		
Relance 8-15 ans	4.52	3.94		
Total				
Pré-traitement	20.39	5.98	1.76	.190
Post-traitement	10.81	6.00		
Relance un an	9.74	7.52		
Relance 8-15 ans	10.98	8.55		
<b>FNE</b>				
Pré-traitement	24.44	4.75	11.30	.001
Post-traitement	17.19	6.84		
Relance un an	15.74	7.38		
Relance 8-15 ans	18.50	7.44		
<b>FQ-SP</b>				
Pré-traitement	21.89	7.94	2.52	.118
Post-traitement	13.06	5.16		
Relance un an	12.61	6.03		
Relance 8-15 ans	14.13	7.99		

*Note.* *N* = 54 (un participant n'a pas été inclus dans ces analyses à cause de données manquantes sur le FNE). *M* = moyenne. *É.-T.* = écart-type. SAD = *Social Avoidance and Distress*; FNE = *Fear of Negative Evaluation*; FQ-SP = *Fear Questionnaire - Social Phobia*.



### *Psychopathologie générale*

Un changement significatif au cours des périodes d'évaluation est obtenu sur le score global,  $F(2.34, 126.48) = 20.59, p < .001$  (voir figure 3, p. 127). Les résultats ayant trait aux dimensions de la détresse générale révèlent également un changement significatif dans le temps [Somatisation :  $F(2.51, 135.45) = 8.12, p < .001$ ; Obsession-compulsion:  $F(2.45, 132.44) = 11.30, p < .001$ ; Sensibilité interpersonnelle:  $F(2.41, 129.85) = 29.73, p < .001$ ; Dépression:  $F(2.61, 140.77) = 14.20, p < .001$ ; Anxiété :  $F(2.12, 114.64) = 19.28, p < .001$ ; Anxiété phobique:  $F(2.35, 126.71) = 14.38, p < .001$ ]. Les contrastes simples indiquent un maintien des gains à la relance 8-15 ans, depuis la relance un an (voir tableau XI, p. 128).

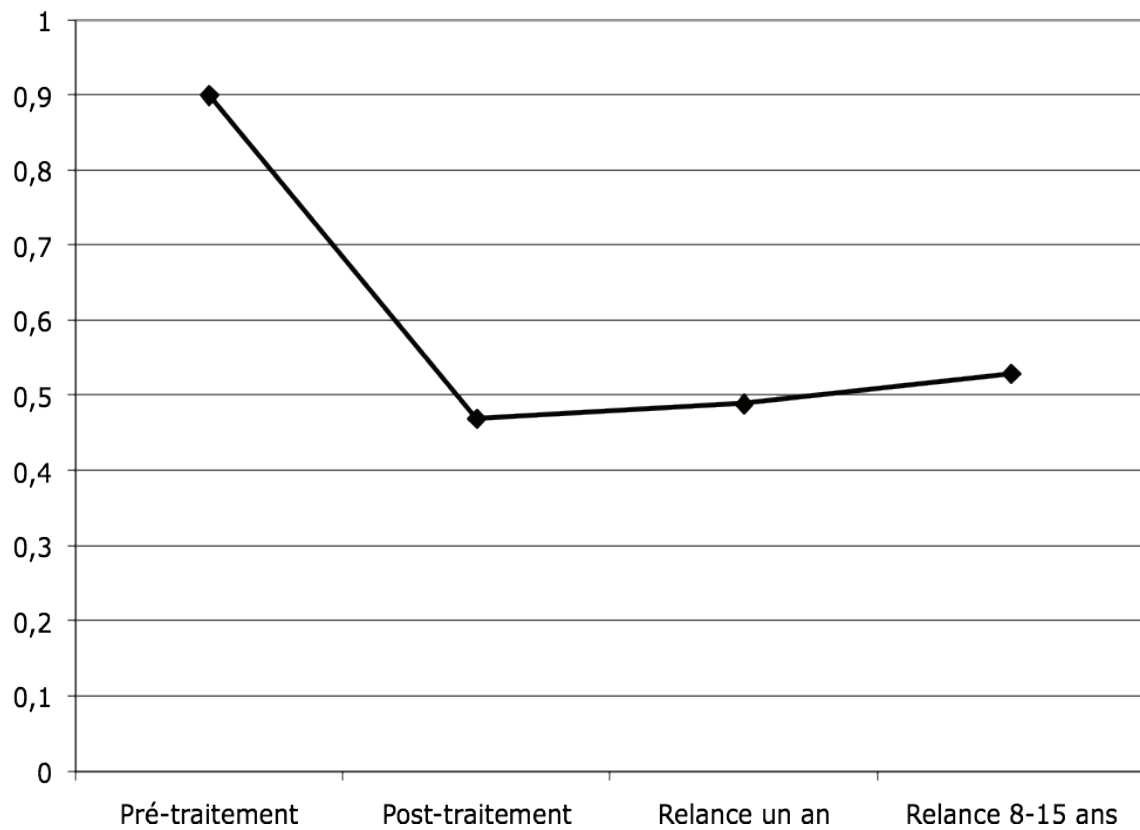


Figure 3. Scores moyens obtenus à l'échelle de psychopathologie générale au cours des périodes d'évaluation.

Tableau XI

*Moyennes, écarts-types et contrastes simples (relance un an versus relance 8-15 ans) aux mesures de détresse générale (SCL-90-R).*

Variables	<i>M</i>	<i>É.-T.</i>	<i>F</i> (1, 54)	<i>p</i>
<b>Somatisation</b>				
Pré-traitement	0.73	0.55	0.65	.425
Post-traitement	0.48	0.42		
Relance un an	0.45	0.36		
Relance 8-15 ans	0.49	0.40		
<b>Obsession-compulsion</b>				
Pré-traitement	1.04	0.67	2.16	.147
Post-traitement	0.65	0.53		
Relance un an	0.62	0.50		
Relance 8-15 ans	0.75	0.70		
<b>Sensibilité interpersonnelle</b>				
Pré-traitement	1.39	0.94	0.77	.383
Post-traitement	0.60	0.50		
Relance un an	0.65	0.56		
Relance 8-15 ans	0.73	0.78		
<b>Dépression</b>				
Pré-traitement	1.20	0.80	1.63	.207
Post-traitement	0.59	0.59		
Relance un an	0.64	0.55		
Relance 8-15 ans	0.77	0.74		
<b>Anxiété</b>				
Pré-traitement	1.01	0.84	0.01	.906
Post-traitement	0.47	0.43		
Relance un an	0.46	0.39		
Relance 8-15 ans	0.45	0.52		
<b>Anxiété phobique</b>				
Pré-traitement	0.55	0.57	0.01	.938
Post-traitement	0.19	0.29		
Relance un an	0.25	0.40		
Relance 8-15 ans	0.25	0.41		
<b>Total</b>				
Pré-traitement	0.90	0.57	0.61	.440
Post-traitement	0.47	0.37		
Relance un an	0.49	0.34		
Relance 8-15 ans	0.53	0.46		

*Note.* *N* = 55. *M* = moyenne. *É.-T.* = écart-type. SCL-90-R = *Symptom Checklist - 90 - Revised*.

### *Fonctionnement social : SAS-SR*

L'évolution du degré des difficultés fonctionnelles, telles que rapportées par les participants sur le SAS-SR, a été examinée. Les résultats révèlent un changement significatif de la sévérité des difficultés fonctionnelles globales au cours des périodes d'évaluation,  $F(2.57, 138.70) = 9.37, p < .001$  (voir figure 4, p. 130). Quant aux sous-échelles, un changement significatif est rapporté dans la sphère professionnelle,  $F(2.52, 93.35) = 5.66, p = .002$ , amicale,  $F(2.60, 140.15) = 5.09, p = .004$ , et lors des temps libres,  $F(2.35, 126.74) = 11.64, p < .001$ .

Des contrastes simples indiquent un maintien des gains à la relance 8-15 ans comparativement à la relance un an sur le fonctionnement social global (voir tableau XII, p. 131). Quant aux sphères de fonctionnement, les acquis obtenus dans la sphère professionnelle et lors des temps libres sont également maintenus à long terme, alors que la sphère amicale est associée à une augmentation des scores depuis la relance un an<sup>12</sup>. Comparativement au fonctionnement initial, une différence significative n'est plus rapportée dans cette sphère de vie,  $F(1, 54) = 0.18, ns$ .

---

<sup>12</sup> Une inspection des données indique également que comparativement à la relance un an, 44% (24/55) des participants ont rapporté que le nombre d'amis avec qui ils ont eu un contact social (contact téléphonique ou rencontres sociales) au cours du dernier mois a diminué (c.-à-d. la catégorie représentant le nombre de contacts sociaux a changé pour ces derniers).

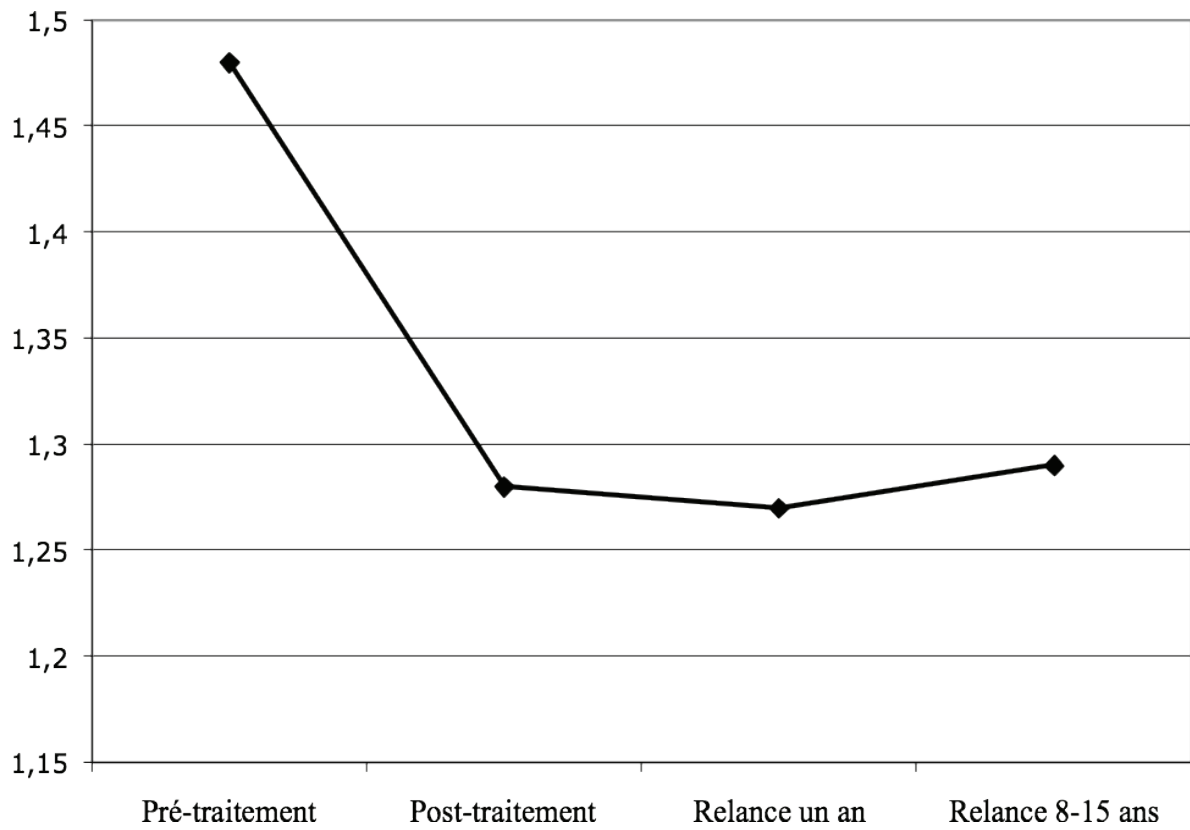


Figure 4. Scores moyens obtenus sur le fonctionnement social au cours des périodes d'évaluation.

Tableau XII

*Moyennes, écarts-types et contrastes simples (relance un an versus relance 8-15 ans) aux mesures de fonctionnement social (SAS-SR).*

Variables	<i>M</i>	<i>É.-T.</i>	N	Effet temps	<i>p</i>
<b>Travail</b>					
Pré-traitement	1.87	0.46	38	$F(1, 37) = 0.00$	.978
Post-traitement	1.57	0.34			
Relance un an	1.59	0.36			
Relance 8-15 ans	1.59	0.47			
<b>Amis</b>					
Pré-traitement	2.04	0.60	55	$F(1, 54) = 4.61$	.036
Post-traitement	1.77	0.49			
Relance un an	1.84	0.46			
Relance 8-15 ans	2.01	0.69			
<b>Temps libres</b>					
Pré-traitement	2.35	0.69	55	$F(1, 54) = 1.75$	.191
Post-traitement	1.98	0.59			
Relance un an	1.97	0.63			
Relance 8-15 ans	1.87	0.52			
<b>Total</b>					
Pré-traitement	1.48	0.31	55	$F(1, 54) = 0.17$	.685
Post-traitement	1.28	0.34			
Relance un an	1.27	0.25			
Relance 8-15 ans	1.29	0.34			

*Note.* *M* = moyenne. *É.-T.* = écart-type. SAS-SR = *Social Adjustment Scale - Self Report*.

### *Fonctionnement social : Analyse fonctionnelle*

Afin d'obtenir des données quant à l'efficacité à long terme du traitement AI sur les répertoires de comportements sociaux pour chaque participant, une analyse fonctionnelle a été menée (voir chapitre 8). Pour les participants qui ont pris part à cette évaluation, un examen idiosyncrasique de l'évolution de leurs répertoires de comportements d'auto-protection et de participation sociale, comparativement au fonctionnement initial, a été effectué.

Des 46 participants qui ont pris part à l'entrevue clinique, trois d'entre eux n'ont pas été considérés dans ces analyses, étant donné qu'ils n'étaient pas exposés, au moment de l'évaluation de relance, à la majorité des situations sociales qui s'avéraient problématiques lors de l'évaluation initiale. Par exemple, un participant dont la majorité des difficultés se présentaient dans un contexte professionnel n'était plus sur le marché du travail depuis plusieurs années, à cause de circonstances non liées à la phobie sociale. Les données recueillies par un quatrième participant n'ont également pas été considérées dans ces analyses dû à un manque d'informations relatives à certaines cibles. Parmi les participants qui ont pris part à la relance 8-15 ans, neuf ont décliné leur participation à l'entrevue clinique. Les données obtenues ont été soumises à une corrélation intraclasse, qui a produit un coefficient très satisfaisant de .97.

En premier lieu, lorsque l'ensemble de l'échantillon est pris en considération, le taux d'amélioration obtenu est de 61%, indiquant une amélioration de « modérée à importante » des répertoires de comportements adoptés dans les situations problématiques. En deuxième lieu, parmi les quarante-deux participants qui ont pris part à cette entrevue clinique, et dont les données ont été considérées pour cette analyse, 28.6% (12/42) ont rapporté une amélioration considérée comme « importante à très importante », 35.7% (15/42) une amélioration « modérée à importante », 31.0% (13/42) une amélioration « légère à modérée » et 4.8% (2/42) une amélioration « légère ou aucune amélioration ». La majorité de ces participants, soit 64% d'entre eux, ont ainsi présenté une amélioration sur au moins la moitié des cibles thérapeutiques formulées au pré-traitement.

Les changements rapportés (quantitatifs et/ou qualitatifs) se traduisent, par exemple, par des comportements suggérant une plus grande prise de risques sur le plan interpersonnel (p. ex. initier un échange, s'affirmer), une participation plus active et engagée dans les situations sociales ou la capacité d'assumer des rôles sociaux plus adéquatement. L'auteur réfère le lecteur à l'annexe N pour une présentation plus exhaustive des données qualitatives obtenues.

#### *Taille des effets obtenus aux mesures auto-rapportées*

Les tailles d'effet sont présentées dans le tableau XIII (p. 134). Les résultats ne révèlent aucun effet ou des effets de petite amplitude de la relance un an à la relance 8-15 ans. Des effets modérés ou de grande amplitude sont rapportés à la relance 8-15 ans, comparativement au pré-traitement, sur la plupart des mesures.



Tableau XIII

*Tailles d'effet sur l'anxiété sociale, la détresse générale et le fonctionnement social.*

Variables	<i>d</i> de Cohen <sup>a</sup>	
	Relance 1 an vs Relance 8-15 ans	Pré-traitement vs Relance 8-15 ans
Anxiété sociale		
SAD		
Détresse	0.01	1.19
Évitement	-0.35	1.20
Total	-0.15	1.28
FNE	-0.37	0.95
FQ-SP	-0.21	0.97
Psychopathologie générale (SCL-90-R)		
Somatisation	-0.11	0.50
Obsession-compulsion	-0.21	0.42
Sensibilité interpersonnelle	-0.12	0.76
Dépression	-0.20	0.56
Anxiété	0.02	0.80
Anxiété phobique	0.00	0.60
Total	-0.10	0.71
Fonctionnement social (SAS-SR)		
Travail	0.00	0.60
Amis	-0.29	0.05
Temps libres	0.17	0.79
Total	-0.07	0.58

*Note.* SAD = *Social Avoidance and Distress*; FNE = *Fear of Negative Evaluation*; FQ-SP = *Fear Questionnaire - Social Phobia*; SCL-90-R = *Symptom Check-List - 90 - Revised*; SAS-SR = *Social Adjustment Scale - Self Report*.

<sup>a</sup>Cohen (1988).

### *Signification clinique des effets obtenus*

Tel qu'il a déjà été mentionné, deux méthodes ont été employées pour examiner la signification clinique des effets rapportés : la méthode de Jacobson et Truax (1991) (voir chapitre 8) et l'évaluation du statut clinique. Cette section a pour but de présenter les résultats ayant trait à ces analyses.

*Méthode de Jacobson et Truax (1991).* La signification clinique des effets rapportés sur la dimension anxieuse de la phobie sociale (SAD), à la relance 8-15 ans, a été calculée. Cette méthode, rappelons-nous, permet d'identifier les participants qui rapportent un changement « fiable » après avoir complété un traitement *et* dont la sévérité de l'anxiété sociale est plus susceptible de se situer dans l'étendue de celle d'une population ne répondant à aucun trouble psychologique.

De prime abord, pour s'assurer que les participants à l'étude se distinguaient de la population non clinique de référence au pré-traitement, un test *t* indépendant a été effectué sur le score total du SAD. Les résultats ont démontré que les participants à la relance 8-15 ans ont rapporté, en moyenne, une anxiété sociale plus sévère que l'échantillon non clinique ( $M = 7.05$ ;  $\acute{E}.-T. = 7.03$ ),  $t(125.05) = -12.69$ ,  $p < .001$ ,  $r = 0.75$ . Cette différence représente un effet très large. La sévérité de l'anxiété sociale des participants à la relance était également similaire à celle de la population clinique de référence ( $M = 20.77$ ;  $\acute{E}.-T. = 5.59$ ).

La proportion de participants dont les scores étaient plus susceptibles de se retrouver dans l'étendue non clinique que clinique a été calculée. Un point de coupure de 14.69 au score total de l'échelle SAD, de même qu'un point de coupure de 8.73 et de 5.89 aux sous-échelles évaluant la détresse sociale et l'évitement, respectivement, ont été obtenus. De plus, l'index RCI a estimé qu'une amélioration de six points à l'échelle globale ou une amélioration de quatre points aux sous-échelles, indique un changement fiable, soit qui n'est pas attribuable à l'erreur de mesure. Il est important de noter que les proportions calculées sont uniquement basées sur les participants qui se situaient dans l'étendue clinique sur le SAD avant le

traitement (N = 48 pour l'échelle globale et les sous-échelles). Le tableau XIV (p. 137) présente les résultats.

En somme, de 8 à 15 ans suivant la fin du traitement, la proportion de participants qui a rapporté un changement considéré comme cliniquement significatif (comparativement à leurs difficultés initiales) variait de 50% à 54%, inclusivement, en fonction des échelles du SAD examinées. Premièrement, lorsque l'ensemble des participants est pris en considération, un test McNemar indique que la proportion de participants rapportant une amélioration cliniquement significative à la relance un an est équivalente à celle obtenue à la relance 8-15 ans, sur le score global du SAD. Spécifiquement, des proportions équivalentes sont rapportées sur l'échelle SAD-Détresse. En revanche, cette proportion est significativement plus faible à la relance 8-15 ans, comparativement à la relance un an, sur l'échelle SAD-Évitement ( $p = .022$ ). Deuxièmement, parmi les participants dont l'amélioration était considérée comme cliniquement significative, à la relance un an, sur le score total du SAD, 74.2% (23/31) d'entre eux ont rapporté une telle amélioration à la relance 8-15 ans. Sur la sous-échelle SAD-Détresse, cette proportion s'est élevée à 80.0% (20/25). Malgré la diminution observée sur la sous-échelle évaluant l'évitement, 66.7% (22/33) des participants rapportaient un changement cliniquement significatif aux relances un an et 8-15 ans.

*Méthode de Jacobson et Truax (1991) : considérations statistiques.* Il s'avère important de noter que les résultats ayant trait à la signification clinique des changements ont été obtenus dans un contexte de non-normalité des distributions et de non-homogénéité des variances entre les groupes, ce qui est susceptible d'affecter la validité des résultats (Martinovich, Saunders, & Howard, 1996), particulièrement en ce qui a trait à l'estimation du point de coupure. L'emploi d'une méthode de transformation des données n'est pas nécessairement une solution optimale pour corriger ce problème et peut rendre difficile l'interprétation des résultats (Tabachnick & Fidell, 2007), d'autant plus que la distribution des données des populations cliniques et non-cliniques dans la présente étude suit une courbe différente (asymétrie à droite et à gauche, respectivement).

Tableau XIV

*Changement cliniquement significatif sur le SAD aux relances 1 an et 8-15 ans, comparativement au pré-traitement, selon la méthode de Jacobson et Truax (1991).*

	Changement cliniquement significatif		Changement fiable		Aucun changement		Détérioration	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
SAD								
Détresse								
Relance un an	25	(52.1)	4	(8.3)	19	(39.6)		
Relance 8-15 ans	25	(52.1)	2	(4.2)	21	(43.8)		
Évitement								
Relance un an	33	(68.8)	4	(8.3)	11	(22.9)		
Relance 8-15 ans	24	(50.0)	4	(8.3)	20	(41.7)		
Total								
Relance un an	31	(64.6)	9	(18.8)	8	(16.7)		
Relance 8-15 ans	26	(54.2)	5	(10.4)	16	(33.3)	1	(2.1)

*Note.* N = 48 pour l'échelle globale et les sous-échelles.

Dans le but d'obtenir un support additionnel à la signification clinique des résultats, les données obtenues par le biais d'autres méthodes de réponse au traitement seront comparées à celles produites par la méthode de Jacobson et Truax (1991). Par conséquent, bien qu'elles n'examinent pas la signification clinique des changements rapportés, tel qu'opérationnalisé par Jacobson et Truax, ces méthodes pourront participer à la validité des résultats par la convergence des données qu'elles produiront avec ces derniers.

En premier lieu, un critère basé sur le *degré de changement* des scores de chaque participant (dans la direction fonctionnelle) a été employé pour déterminer quel participant est considéré comme ayant répondu de façon satisfaisante au traitement. Emmelkamp, Van Oppen, & Van Balkom (2002) emploient un critère d'amélioration d'au moins 33% des scores<sup>1</sup>. Selon ce critère, de 8 à 15 ans suivant la fin du traitement la proportion de participants qui ont rapporté une amélioration des scores d'au moins 33% comparativement à leurs scores au pré-traitement était de 60% pour le score global du SAD. Ce taux était de 62% et 53% sur les sous-échelles évaluant l'évitement et la détresse, respectivement. Ces proportions excèdent quelque peu les proportions obtenues à l'aide de la méthode de Jacobson et Truax (1991). Plus important encore, soulignons-le, les participants qui étaient considérés comme rapportant un changement cliniquement significatif à la relance 8-15 ans selon la méthode de Jacobson et Truax sur le score global du SAD rapportent tous un taux d'amélioration d'au moins 33%. Le même constat est observé lorsque chaque sous-échelle est prise en considération.

D'autres chercheurs ont utilisé un critère de 50% d'amélioration des scores (dans la direction fonctionnelle) comme indicateur d'une amélioration « cliniquement significative » (p. ex. Smits et al., 2006; Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000). La proportion de participants qui ont rapporté une amélioration des scores d'au moins 50% (comparativement à leurs scores au pré-traitement) était de 51% pour le score global du SAD à la relance 8-15 ans. Ce taux était de 56% et 40% sur les sous-échelles évaluant l'évitement et la détresse, respectivement. Mis à part le taux associé à la sous-échelle examinant la détresse sociale qui

---

<sup>1</sup> Ce critère est de 33.33% pour être plus précis. Équation employée :  $\frac{\text{score au pré-traitement} - \text{score à la relance 8-15 ans}}{\text{score au pré-traitement}}$

s'avère un peu plus faible, ces proportions sont similaires à celles obtenues à l'aide de la méthode de Jacobson et Truax (1991). Bien plus, les participants ayant rapporté un changement cliniquement significatif selon cette méthode, 92% d'entre eux rapportent une amélioration d'au moins 50% sur le score global; ces proportions sont de 100% et 76% sur les sous-échelles examinant la tendance à éviter et la détresse anxieuse, respectivement.

Par ailleurs, les participants ayant maintenu un changement cliniquement significatif depuis la relance un an sur le score global du SAD ont également maintenu un taux de changement des scores d'au moins 33% depuis. Ce profil de résultats a également été obtenu sur chacune des sous-échelles. Lorsque le critère de 50% est employé, 87% d'entre eux ont maintenu ce taux de changement à la fois à la relance un an et 8-15 ans sur le score global du SAD. Sur les sous-échelles évaluant le degré d'évitement et de la détresse anxieuse, ces taux sont de 100% et 55%, respectivement.

En deuxième lieu, le point de coupure obtenu sur le score global du SAD, soit 14.69<sup>2</sup>, est similaire à celui généré par une analyse ROC (*Receiver Operating Characteristic*; voir DeLong, DeLong, & Clarke-Pearson, 1988) dont la validité des résultats ne dépend pas de la courbe de distribution des données. L'analyse ROC permet donc d'identifier un point de coupure « optimal » sur une mesure auto-rapportée permettant d'évaluer sa capacité à distinguer, sur un facteur donné, des individus ayant un statut « positif » ou « négatif ». Dans le cas qui nous concerne, on parle du fait de répondre ou non aux critères de la phobie sociale. En se basant sur les mêmes populations cliniques et non cliniques de référence que dans la présente dissertation, le point de coupure ayant été obtenu par le biais de cette méthode est de 14.5 (Kyparissis, Gibbs, Stravynski & Lachance, en préparation), suggérant que les individus obtenant un score inférieur à ce point de coupure sur le score global du SAD sont davantage susceptibles de ne pas répondre aux critères de la phobie sociale. Dans la présente étude, 85% des participants qui ont rapporté un changement cliniquement significatif à la relance 8-15 ans (dont un score de 14 ou moins) étaient effectivement en rémission. La convergence des

---

<sup>2</sup> D'ailleurs, ce point de coupure est similaire à celui employé dans une étude antérieure, soit un score en-deçà de 15, comme l'un des indicateurs du « succès thérapeutique » (Salaberría & Echeburúa, 1998). Cependant, le choix de ce point de coupure n'a pas été justifié dans cette dernière étude.

résultats relevés vient donc appuyer les données obtenues par le biais de la méthode de Jacobson et Truax (1991).

### *Statut clinique*

L'évaluation du statut clinique a permis de déterminer la proportion de participants qui ne rencontraient pas les critères de la phobie sociale (DSM-IV) (APA, 1994) à la relance 8-15 ans. Les accords interjuges effectués ont produit un pourcentage brut d'accord de 93%, révélant un accord très satisfaisant ( $\kappa = .81$ ).

Dans un premier temps, sur les 58 participants qui ont complété l'entrevue téléphonique servant à évaluer le statut clinique, 45 d'entre eux (78%) étaient en rémission. Toujours en considérant l'ensemble des participants, un test Q de Cochran révèle que la proportion de participants en rémission a fluctué de façon significative à travers les périodes d'évaluation,  $Q = 84.56$ ,  $df = 3$ ,  $p < .001$  (voir figure 5, p. 141). Les tests McNemar indiquent que la proportion de participants en rémission à la relance 8-15 ans était significativement plus élevée qu'à la relance un an ( $p = .001$ ). Dans un deuxième temps, parmi les participants qui étaient en rémission à la relance un an ( $N = 30$ ), le même statut clinique a été attribué à 27 (90%) d'entre eux, de 8 à 15 ans plus tard (voir tableau XV, p. 140). Ces données révèlent un maintien des gains ou une amélioration continue pour la plupart d'entre eux.

Tableau XV

*Taux de participants en fonction de l'évolution du statut clinique, de la relance un an à la relance 8-15 ans*

Statut clinique en fonction de la période d'évaluation					
Relance un an		Relance 8-15 ans		n	%
R	→	R		27	47
PS	→	R		18	31
PS	→	PS		10	17
R	→	PS		3	5

*Note.*  $N = 58$ . R = en rémission. PS = répond aux critères de la phobie sociale (DSM-IV).

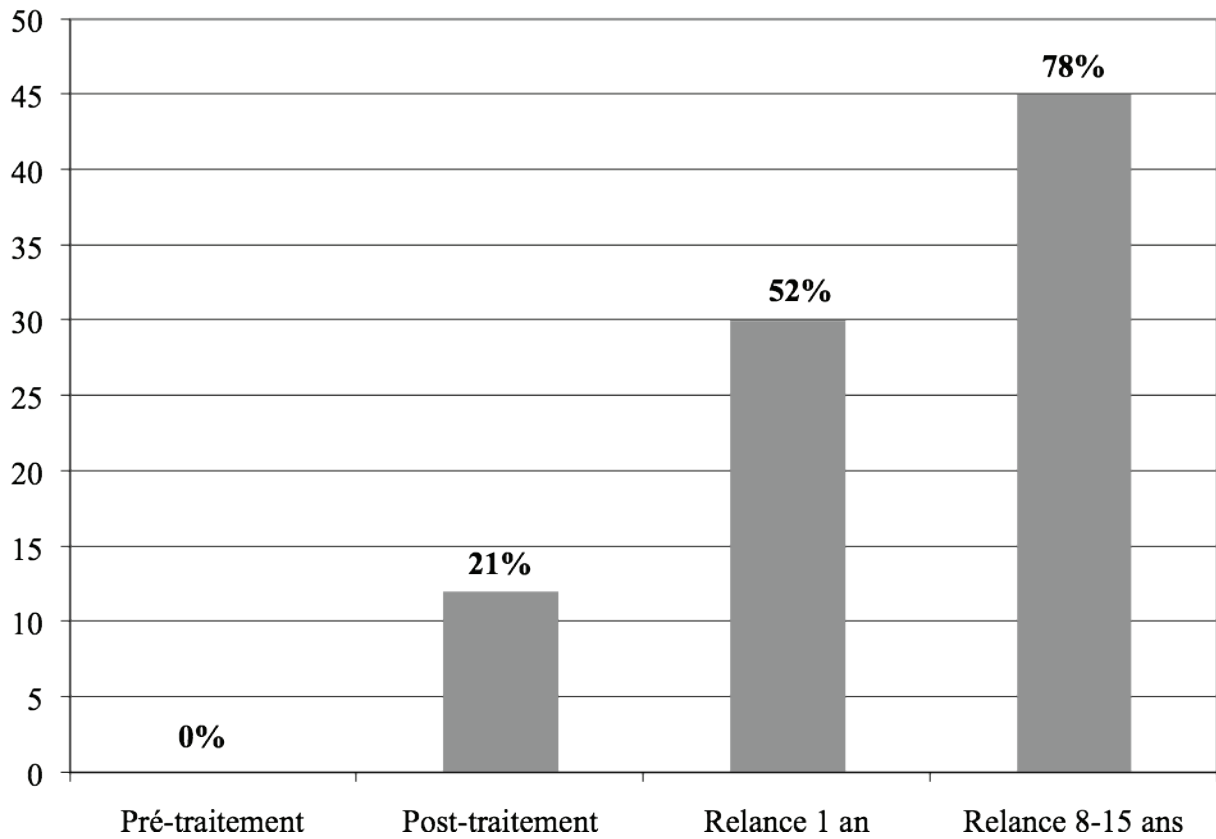


Figure 5. Le nombre et la proportion (en gras) de participants en rémission au cours des périodes d'évaluation; N = 58.



### *Hypothèse 1 : Résumé*

Bien que les résultats obtenus sur certaines échelles aillent à l'encontre de l'hypothèse formulée, une durabilité des gains rapportés à la relance un an sur la plupart des mesures examinant l'anxiété sociale, la psychopathologie générale ou le fonctionnement social est relevée. De surcroît, une amélioration au moins modérée des répertoires de comportements sociaux caractérise la majorité des participants 8 à 15 ans suivant la fin du traitement.

Globalement, un maintien du taux de participants rapportant un changement cliniquement significatif sur l'anxiété sociale est obtenu de la relance un an à la relance 8-15 ans. De plus, ceux qui étaient en rémission à la relance un an ont, pour la plupart, conservé ce statut clinique à long terme. Qui plus est, une plus grande proportion de participants est considérée en rémission à la relance 8-15 ans comparativement à la relance un an, révélant une amélioration continue pendant la période de suivi. Par conséquent, la première hypothèse est confirmée.

*2. Les changements sur les dimensions anxieuse et interpersonnelle convergeront-ils à la relance 8-15 ans?*

Selon une prémisse de l'approche interpersonnelle, il a été proposé, comme deuxième hypothèse, que les changements rapportés sur les dimensions anxieuse et interpersonnelle convergeront. Spécifiquement, les données relatives au degré d'amélioration des répertoires de comportements sociaux, de même qu'à la signification clinique des changements rapportés sur la dimension anxieuse, ont été colligées pour chaque participant. Comme l'évaluation des répertoires de comportements sociaux à la relance 8-15 ans s'est uniquement basée sur les difficultés fonctionnelles initiales, l'analyse de convergence a uniquement porté sur l'évolution des difficultés ayant trait à ces deux temps de mesure.

Les résultats de l'ensemble des participants pour lesquels des données ont été recueillies sur ces mesures (N = 37)<sup>3</sup> indiquent qu'une tendance générale se dégage : la majorité d'entre eux, soit 54%, présentent des résultats convergents. Ces résultats confirment l'hypothèse 2 et sont présentés au tableau XVI (pp. 144-145).

Un peu plus de la moitié des participants en rémission, soit 52% (15/29) d'entre eux ont démontré des scores convergents (participants 1 à 15). Les autres participants en rémission ont révélé un profil de changement moins convergent. Par exemple, plusieurs ont rapporté une amélioration « modérée à importante » associée à leur répertoire de comportements sociaux, mais n'ont pas rapporté de changements cliniquement significatifs quant à la réduction de l'anxiété sociale. Les données indiquent également que pour 63% (5/8) des participants qui répondent aux critères de la phobie sociale (participants 30 à 34), les données obtenues sur les dimensions caractérisant la phobie sociale convergent. Pour la plupart d'entre eux, peu d'amélioration quant à leur tendance à approcher les situations sociales de façon défensive a été rapporté. De plus, ils n'ont pas rapporté de changements cliniquement significatifs sur la dimension anxieuse. Les changements rapportés par les autres participants (participants 35-37) révèlent des résultats moins convergents, particulièrement en ce qui a trait à l'anxiété sociale. En effet, ces participants ont tous rapporté des changements cliniquement significatifs sur le SAD à la relance 8-15 ans, alors que l'adoption systématique de comportements défensifs demeure généralement présente dans plusieurs sphères de leur vie sociale.

---

<sup>3</sup>Seuls les participants qui se situaient dans l'étendue clinique sur le SAD avant le début du traitement, et dont les données issues de l'analyse fonctionnelle ont été considérées, sont inclus dans ces analyses (n = 37). Les autres cas seront plus amplement discutés dans le chapitre suivant.

Tableau XVI

*Concordance entre les dimensions interpersonnelle et anxieuse à la relance 8-15<sup>a</sup>.*

Participants	Statut clinique	Changement interpersonnel	Type de changement sur la dimension anxieuse (SAD) <sup>b</sup>		
			Score global	Évitement	Détresse
1	R	important à très important	+	+	+
2	R	important à très important	+	+	+
3	R	important à très important	+	+	+
4	R	important à très important	+	+	+
5	R	important à très important	+	+	+
6	R	important à très important	+	+	+
7	R	important à très important	+	+	+
8	R	important à très important	+	-	+
9	R	important à très important	+	+	-
10	R	modéré à important	+	+	+
11	R	modéré à important	+	+	+
12	R	modéré à important	+	+	+
13	R	modéré à important	+	+	/
14	R	modéré à important	/	+	-
15	R	léger à modéré	+	+	+
16	R	important à très important	/	/	-
17	R	modéré à important	/	-	/
18	R	modéré à important	-	-	-
19	R	modéré à important	-	-	-
20	R	modéré à important	-	-	-
21	R	modéré à important	-	-	-
22	R	modéré à important	-	-	-
23	R	modéré à important	-	-	-
24	R	modéré à important	†	-	†
25	R	léger à modéré	/	/	-
26	R	léger à modéré	-	/	-
27	R	léger à modéré	-	-	-
28	R	léger à modéré	-	-	-
29	R	aucun à léger	-	-	-
30	PS	aucun à léger	-	-	-

*Note.* R = en rémission; PS = répond aux critères de la phobie sociale; + = changement cliniquement significatif; / = changement fiable; - = pas de changement; † = détérioration. SAD = *Social Avoidance and Distress*.

<sup>a</sup>Les participants dans l'étendue non-clinique au SAD au pré-traitement ne sont pas inclus.

<sup>b</sup>Jacobson et Truax (1991).

*Concordance entre les dimensions interpersonnelle et anxieuse à la relance 8-15<sup>a</sup> (suite).*

Participants	Statut clinique	Changement interpersonnel	Type de changement sur la dimension anxieuse (SAD) <sup>b</sup>		
			Score global	Évitement	Détresse
31	PS	aucun à léger	–	–	–
32	PS	léger à modéré	–	–	–
33	PS	léger à modéré	–	–	–
34	PS	léger à modéré	–	–	–
35	PS	modéré à important	+	–	+
36	PS	aucun à léger	+	+	+
37	PS	aucun à léger	+	+	+

*Note.* R = en rémission; PS = répond aux critères de la phobie sociale; + = changement cliniquement significatif; / = changement fiable; – = pas de changement; † = détérioration. SAD = *Social Avoidance and Distress*.

<sup>a</sup>Les participants dans l'étendue non-clinique au SAD au pré-traitement ne sont pas inclus.

<sup>b</sup>Jacobson et Truax (1991).

### **Analyses additionnelles**

*Participants n'ayant pas reçu de traitements additionnels : évaluation du maintien des gains thérapeutiques.*

Parmi les participants qui ont pris part à la relance, 25 d'entre eux (45%) ont reçu un traitement additionnel formel (participants TA) en-dehors du protocole de traitement AI (voir tableau IX, p. 120). Les traitements additionnels reçus appartenaient à l'une des trois catégories suivantes, soit les traitements psychologiques, la pharmacothérapie ou les groupes de soutien. L'obtention de ces traitements n'était pas mutuellement exclusive et la plupart des participants qui ont reçu de tels traitements ont rapporté avoir reçu plus d'une forme d'aide.

Ces données soulèvent donc la possibilité que ces traitements aient pu avoir un effet sur les résultats à long terme. L'obtention de ces traitements pourrait donc constituer une variable confondante importante. De toute évidence, puisque l'obtention de ces traitements, incluant leur nature et leur durée, n'a pas été contrôlée, il n'a pas été possible d'évaluer

directement leurs effets. Ces effets ne peuvent qu'être évalués indirectement, en réexaminant notamment la signification statistique et clinique des effets thérapeutiques obtenus auprès des participants n'ayant reçu aucun traitement additionnel (participants non TA). Si les retombées thérapeutiques se révèlent globalement moins favorables que lorsque les participants qui ont reçu un traitement additionnel sont inclus, il sera alors possible de supposer que ces traitements aient pu contribuer aux résultats obtenus.

Les mêmes analyses intragroupes ont donc été effectuées en excluant les participants ayant reçu un traitement additionnel. En résumé, un profil de résultats similaire est obtenu auprès des participants non TA (voir annexe O). Les résultats principaux révèlent que:

- des gains thérapeutiques sont rapportés à court terme et maintenus à la relance 8-15 ans sur le score global d'anxiété sociale, de détresse générale et de fonctionnement social. Une amélioration significative est toutefois rapportée depuis la relance un an quant au fonctionnement social lors des temps libres; comme l'échantillon global, une amélioration au moins modérée sur les comportements sociaux est rapportée. De plus, la plupart des participants ayant connu un changement cliniquement significatif à la relance un an (atténuation cliniquement significative de l'anxiété sociale, rémission) ont continué à rapporter un tel changement à la relance 8-15 ans;
- le taux de rémission à la relance 8-15 ans est significativement plus élevé qu'à la relance un an, alors que la proportion de participants rapportant une réduction cliniquement significatif sur l'anxiété sociale demeure stable dans le temps;
- une convergence des changements sur les dimensions anxieuse et interpersonnelle de la phobie sociale est également observée chez la majorité des participants (70%).

*Participants ayant reçu un traitement additionnel (TA) versus ceux n'ayant pas reçu de traitements additionnels (non TA)*

Les analyses précédentes démontrent que globalement, le profil de résultats obtenu dans le cadre des analyses principales, en l'occurrence quant à la durabilité des acquis thérapeutiques à long terme, ne fluctue pas en fonction de l'inclusion ou de l'exclusion des participants TA. Cependant, le fait qu'une proportion non négligeable des participants ont sollicité un traitement additionnel soulève des questions quant à leur présentation clinique au pré-traitement et à l'évolution de leurs difficultés pendant le processus thérapeutique. Cette section aura donc pour but de répondre aux questions suivantes :

1. Les participants TA se distinguent-ils des participants qui n'ont pas reçu de traitement additionnel (participants non TA) quant à leur profil sociodémographique et clinique initial?
2. Les participants TA ont-ils bénéficié du traitement à court terme?
3. Les participants TA se distinguent-ils des participants non TA quant à l'évolution de leurs difficultés de la relance un an à la relance 8-15 ans?

*Les participants TA se distinguent-ils des participants non TA quant à leur profil sociodémographique et clinique initial?*

Des tests *t* pour échantillons indépendants et des tests chi-carré ou exact de Fisher ont été effectués sur les données sociodémographiques et cliniques, de même que sur les scores de psychopathologie générale (SCL-90-R) et de fonctionnement social (SAS-SR) obtenus au pré-traitement. Une MANOVA a été effectuée sur les scores d'anxiété sociale (SAD, FNE, FQ-SP) (voir Tableaux XVII, XVIII et XIX, pp. 149-151).

Les résultats révèlent que les participants TA se distinguent des participants non TA quant à la nature de leurs difficultés sociales initiales. En ce sens, davantage de participants TA présentaient un fonctionnement social inadéquat. Ils n'étaient toutefois pas caractérisés par une anxiété sociale plus sévère,  $V = .13$ ,  $F(3, 51) = 2.51$ , *ns*. De plus, ils n'ont pas

rapporté de difficultés fonctionnelles globales plus sévères,  $t(53) = -0.41$ , *ns*, ni dans des sphères spécifiques de leur vie sociale, telles qu'évaluées par le SAS-SR. Les participants TA ont toutefois rapporté une détresse générale plus importante,  $t(41.60) = -2.05$ ,  $p = .047$ , notamment quant à la somatisation,  $t(40.80) = -3.16$ ,  $p = .003$  et à l'anxiété générale,  $t(53) = -2.08$ ,  $p = .043$ . Par ailleurs, ces groupes ne se distinguent pas en fonction de l'étude clinique à laquelle ils ont participé,  $\chi^2(1) = 2.01$ , *ns*, ni quant à la version AI reçue,  $\chi^2(2) = 1.48$ , *ns*<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Les groupes ayant reçu 1) la version AI avec une discussion en groupe des cibles thérapeutiques et une supervision des tâches à domicile et 2) la version AI avec une supervision individuelle des tâches à domicile ont été amalgamés pour augmenter les occurrences attendues (*Expected Count*).

Tableau XVII

*Caractéristiques sociodémographiques au pré-traitement des participants ayant reçu ou non un traitement additionnel et résultats des analyses comparatives.*

Variables, n (%)	Participants TA <sup>a</sup>		Participants non TA <sup>b</sup>		Statistique (dl)
Âge <sup>c</sup>					
Moyenne (Écart-Type)	35.96 (8.82)		39.80 (7.70)		$t(53) = 1.72$
Étendue	19-51		20-50		
Sexe					
Femme	12	(48.0)	16	(53.3)	$\chi^2(1) = 0.16$
Homme	13	(52.0)	14	(46.7)	
État civil <sup>c</sup>					
Marié/Union libre					
Oui	15	(60.0)	18	(60.0)	$\chi^2(1) = 0.00$
Non	10	(40.0)	12	(40.0)	
Niveau de scolarité					
Diplôme universitaire <sup>d</sup>					
Oui	11	(44.0)	17	(56.7)	$\chi^2(1) = 0.88$
Non	14	(56.0)	13	(43.3)	
Occupation					
En emploi ou aux études					
Oui	22	(88.0)	29	(96.7)	$ns^e$
Non	3	(12.0)	1	(3.3)	

*Note.* Le masculin est employé pour alléger le texte. dl = degré de liberté.  $ns$  = non significatif. <sup>a</sup> $n = 25$ . <sup>b</sup> $n = 30$ . <sup>c</sup>Les participants séparés, divorcés, veufs ou célibataires ont été amalgamés parce que les occurrences attendues étaient inférieures à 5. <sup>d</sup>Les participants qui ont complété ou non leurs études secondaires, des études non universitaires ou qui ont fait des études partielles à l'université ont été amalgamés parce que les occurrences attendues étaient inférieures à 5. <sup>e</sup>Un test exact de Fisher a été effectué.

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



Tableau XVIII

*Caractéristiques cliniques au pré-traitement des participants ayant reçu ou non un traitement additionnel et résultats des analyses comparatives.*

Variables	Participants TA <sup>a</sup>		Participants non TA <sup>b</sup>		Statistique (dl)
Âge d'apparition de la phobie sociale <i>M (É.-T.)</i>	15.28	(10.41)	16.20	(11.72)	<i>t</i> (53) = 0.31
Durée de la phobie sociale <i>M (É.-T.)</i>	23.96	(11.57)	25.97	(12.22)	<i>t</i> (53) = 0.62
Difficultés sociales, <i>n</i> (%) <sup>c</sup>					
Peurs non généralisées <sup>d</sup>	6	(24.0)	9	(30.0)	$\chi^2(1) = 0.25$
Peurs généralisées <sup>e</sup>	19	(76.0)	21	(70.0)	
Fonctionnement social inadéquat <sup>f</sup>	8	(32.0)	3	(10.0)	$\chi^2(1) = 4.13^*$

*Note.* *M* = moyenne. *É.-T.* = écart-type. dl = degré de liberté.

<sup>a</sup>*n* = 25. <sup>b</sup>*n* = 30. <sup>c</sup>Conformément aux critères du DSM-IV, les participants ont été catégorisés selon la nature généralisée ou non généralisée de leurs peurs sociales. La définition des types de difficultés sociales est tirée et adaptée de celle des « sous-types de phobie sociale » employée par Amado (2005, p.60). <sup>d</sup>Cette catégorie inclut la peur de ne pas assumer adéquatement un rôle devant une ou plusieurs personnes (p. ex. parler devant un groupe) et la peur de manifestations somatiques (trembler, rougir, transpirer) ou de paniquer, vomir ou uriner dans les toilettes publiques par peur d'attirer l'attention. <sup>e</sup>Cette catégorie réfère à des difficultés à interagir dans plusieurs sphères relationnelles (p. ex. amis, collègues) et face à différents types d'échange interpersonnel (p. ex. s'affirmer, se dévoiler); elle peut également inclure des peurs liées au fait de performer devant une personne ou un groupe (p. ex. parler en public) ou se rapporter à un fonctionnement social inadéquat dans la plupart ou l'ensemble des sphères de vie sociale. <sup>f</sup>Cette catégorie se rapporte à des difficultés reflétant un fonctionnement relationnel quantitativement et qualitativement inadéquat; ces individus pourraient répondre aux critères du trouble de la personnalité évitante.

\* *p* < .05. \*\* *p* < .01. \*\*\* *p* < .001.

Tableau XIX

Moyennes et écarts-types au cours des périodes d'évaluation au score global d'anxiété sociale, de détresse générale et de fonctionnement social des participants ayant reçu ou non un traitement additionnel.

Variables	Participants TA <sup>a</sup>			Participants non TA <sup>b</sup>		
	Pré-traitement	Relance 1 an	Relance 8-15 ans	Pré-traitement	Relance 1 an	Relance 8-15 ans
	<i>M (É.-T.)</i>			<i>M (É.-T.)</i>		
Anxiété sociale et évitement <sup>c</sup>						
SAD	19.48 (6.99)	11.32 (8.45)	12.08 (8.55)	21.17 (4.95)	8.38 (6.44)	10.03 (8.59)
FNE	25.36 (4.60)	17.28 (6.90)	20.88 (6.95)	23.66 (4.81)	14.41 (7.63)	16.45 (7.35)
FQ-SP	23.32 (8.72)	14.20 (6.98)	16.12 (8.83)	20.66 (7.12)	11.24 (4.79)	12.41 (6.88)
Psychopathologie générale (SCL-90-R)	1.07 (0.66)	0.53 (0.33)	0.61 (0.51)	0.75 (0.46)	0.45 (0.36)	0.47 (0.40)
Fonctionnement social (SAS-SR)	1.50 (0.32)	1.26 (0.26)	1.30 (0.35)	1.46 (0.32)	1.29 (0.24)	1.28 (0.33)

Note. *M* = moyenne. *É.-T.* = écart-type. TA = participants qui ont reçu un traitement additionnel. Non TA = participants qui n'ont pas reçu de traitement additionnel. SAD = *Social Avoidance and Distress*; FNE = *Fear of Negative Evaluation*; FQ-SP = *Fear Questionnaire - Social Phobia*; SCL-90-R = *Symptom Check-List - 90 - Revised*; SAS-SR = *Social Adjustment Scale - Self Report*.

<sup>a</sup>*n* = 25. <sup>b</sup>*n* = 30. <sup>c</sup>*n* = 29 pour les participants non TA.

*Les participants TA ont-ils bénéficié du traitement à court terme?*

De prime abord, il faut préciser que les données recueillies quant aux traitements additionnels reçus indiquent que tous les participants TA ont sollicité un traitement additionnel après la relance un an, qui a été menée six mois suivant la dernière séance de rappel<sup>1</sup>. Il faut noter que ces traitements ont été sollicités à des périodes variables, soit dans l'année ayant suivi la relance un an ou des années plus tard. Ainsi, il convient d'examiner l'étendue des retombées thérapeutiques sur les difficultés anxieuses, la détresse générale et le fonctionnement social à la relance un an chez les participants TA, en ayant pour période de référence les difficultés rapportées au pré-traitement.

Pour examiner cette question, une MANOVA à mesures répétées, suivie d'ANOVAs à mesures répétées, a été menée sur les scores d'anxiété sociale. Les périodes d'évaluation suivantes, soit le pré-traitement et la relance un an, ont été incluses dans les analyses. Des tests *t* dépendants ont également été menés sur les scores de psychopathologie générale et de fonctionnement social.

L'analyse multivariée a produit un résultat significatif,  $V = .69$ ,  $F(3, 22) = 16.24$ ,  $p < .001$ . Les résultats univariés révèlent une réduction significative de l'anxiété sociale et de la tendance à éviter à la relance un an ( $p < .001$ ). D'ailleurs, 45% (9/20) des participants TA se trouvant dans une étendue clinique quant à la sévérité de l'anxiété sociale sur le SAD au pré-traitement, se situaient plutôt dans l'étendue non clinique, à la relance un an. Les taux étaient de 38% et de 57%, respectivement, lorsque seule l'échelle SAD-Détresse ou l'échelle SAD-Évitement est considérée.

Une amélioration significative sur le score global de psychopathologie générale,  $t(24) = 5.17$ ,  $p < .001$ , de même que sur ses différentes dimensions, dont la sensibilité interpersonnelle, l'anxiété et l'anxiété phobique ( $ps < .001$ ), est également obtenue. Un constat similaire est fait quant au score global de fonctionnement social,  $t(24) = 3.45$ ,  $p = .002$ .

---

<sup>1</sup> Deux participants ont rapporté avoir, en plus, sollicité un traitement additionnel avant la relance un an.

Une amélioration significative est également rapportée dans la plupart des sphères de fonctionnement ( $p < .05$ ), sauf dans la sphère amicale.

Par ailleurs, 36% (9/25) des participants TA étaient en rémission à la relance un an. Un test McNemar révèle que cette augmentation est significative ( $p < .001$ ).

*Les participants TA se distinguent-ils des participants non TA quant à l'évolution de leurs difficultés de la relance un an à la relance 8-15 ans?*

Pour comparer l'évolution des difficultés des participants TA et non TA<sup>2</sup>, une MANCOVA à mesures répétées a été effectuée sur les scores d'anxiété sociale en incluant les temps de mesure suivants, soit la relance un an et la relance 8-15 ans. Les scores au pré-traitement ont été inclus comme covariables. Des ANCOVAs à mesures répétées ont également été menées sur les scores de détresse générale et de fonctionnement social, en incluant les mêmes temps de mesure.

L'analyse multivariée ne révèle pas d'effet significatif d'interaction ou de groupe sur l'anxiété sociale pendant cette période [Effet d'interaction :  $V = .03$ ,  $F(3, 47) = 0.45$ , *ns*; Effet groupe :  $V = .10$ ,  $F(3, 47) = 1.78$ , *ns*]. De plus, aucun effet significatif d'interaction ou de groupe n'est obtenu sur le score global de psychopathologie générale [Effet d'interaction :  $F(1, 52) = 0.48$ , *ns*; Effet groupe :  $F(1, 52) = 0.01$ , *ns*] et de fonctionnement social [Effet d'interaction :  $F(1, 52) = 0.33$ , *ns*; Effet groupe :  $F(1, 52) = 0.08$ , *ns*]. Le même profil de résultats est obtenu lorsque les sous-échelles de ces mesures sont prises en considération. En somme, ces résultats non significatifs indiquent que les participants TA ne se distinguent pas des participants non TA aux relances un an et 8-15 ans quant à la sévérité de leurs difficultés ayant trait à l'anxiété sociale, à la détresse générale et au fonctionnement social.

---

<sup>2</sup> Le nombre de participants non TA est 29 et non 30 car il y a une donnée manquante sur le FNE à la relance 8-15 ans dans cet échantillon.

La proportion de participants TA ayant rapporté un changement cliniquement significatif sur l'anxiété sociale à la relance un an était toutefois plus faible sur le score global du SAD (45% pour les participants TA vs 79% pour les participants non TA),  $\chi^2(1) = 5.75, p = .017$ . Des résultats similaires sont obtenus à la relance 8-15 ans (35% pour les participants TA vs 68% pour les participants non TA),  $\chi^2(1) = 5.07, p = .024^3$ .

Lorsque le statut clinique est considéré, les participants TA étaient proportionnellement plus nombreux à la relance un an à satisfaire aux critères de la phobie sociale (64%) que les participants non TA (37%),  $\chi^2(1) = 4.08, p = .043$ . Cette différence n'a pas été obtenue à la relance 8-15 ans : les taux de rémission sont équivalents,  $\chi^2(1) = 2.79, p = .095$ , bien qu'ils favorisent les participants non TA (Participants non TA : 87%; Participants TA : 68%).

*Participants qui répondaient aux critères de la phobie sociale à la relance un an (participants PS) : traitement additionnel reçu.* Comme les participants TA connaissent une augmentation du taux de rémission de la relance un an (36%) à la relance 8-15 ans (68%), c'est à se demander si le fait d'avoir reçu un traitement additionnel a pu contribuer à cette augmentation. Il faut le rappeler, cette hypothèse ne peut être vérifiée directement, étant donné que les effets des traitements additionnels reçus n'ont pas été évalués au moment où ils ont été sollicités.

On sait toutefois que la majorité des participants TA répondaient aux critères de la phobie sociale à la relance un an. Une façon indirecte d'aborder cette question est donc d'examiner si les participants PS à la relance un an qui ont reçu un traitement additionnel ont connu des retombées thérapeutiques plus favorables sur leur statut clinique à la relance 8-15 ans comparativement aux participants PS qui n'ont pas reçu de tels traitements.

En premier lieu, pour corroborer le constat précédent, les données recueillies indiquent que parmi les 27 participants qui répondaient aux critères de la phobie sociale à la relance un

---

<sup>3</sup> Des résultats similaires sont rapportés sur les sous-échelles du SAD à la relance 8-15 ans.

an (participants PS) et qui ont fourni des données quant aux traitements additionnels reçus, 59% (16/27) d'entre eux ont sollicité un autre traitement par la suite<sup>4</sup>.

Les données révèlent toutefois que 63% des participants PS ayant reçu un traitement additionnel étaient en rémission à la relance 8-15 ans, comparativement à 73% des participants PS qui n'ont pas reçu de tels traitements. Cette différence ne se révèle pas significative.

*Participants qui répondent aux critères de la phobie sociale versus ceux en rémission à la relance 8-15 ans*

Une autre série d'analyses exploratoires avait pour objectif principal d'examiner 1) si les participants qui répondent aux critères de la phobie sociale à la relance 8-15 ans (participants PS) avaient un profil sociodémographique ou clinique distinct des participants en rémission avant d'entamer le traitement et 2) si malgré leur statut clinique à la relance 8-15 ans, les participants PS ont tout de même bénéficié du traitement à court terme. L'évolution à court terme des difficultés des participants en rémission sera également examinée.

*Les participants PS se distinguent-ils des participants en rémission quant à leur profil sociodémographique et clinique initial?*

Compte tenu de la taille de l'échantillon des participants PS, des analyses statistiques comparatives n'ont pas été menées. Les données descriptives obtenues au pré-traitement sont toutefois présentées aux Tableaux XX, XXI et XXII (pp. 157-159)<sup>5</sup>. Ces données suggèrent que les participants PS et ceux en rémission à la relance 8-15 ans présentaient un profil équivalent, en l'occurrence en ce qui a trait aux difficultés anxieuses et fonctionnelles rapportées initialement par les participants.

---

<sup>4</sup> Des données sur les traitements additionnels reçus n'ont pas été obtenues pour l'un des participants qui répondaient aux critères de la phobie sociale à la relance un an; il n'a donc pas été inclus dans les analyses.

<sup>5</sup> Tous les participants ayant pris part à l'entrevue téléphonique ayant pour but d'évaluer le statut clinique ont été considérés.

Par ailleurs, ces groupes étaient équivalents quant aux taux de participants ayant pris part à l'une des deux études cliniques (62% des participants au sein de ces deux groupes ont pris part à l'étude 1)<sup>6</sup>. De même, l'intervalle moyen entre la fin du traitement et l'évaluation de relance était équivalent chez les participants PS (c.-à-d. 11 ans, 6 mois) et ceux en rémission (c.-à-d. 11 ans, 4 mois).

---

<sup>6</sup> La proportion de participants PS ayant reçu l'une des quatre versions AI (voir chapitre 4) est la suivante : AI-EHS (39%), AI-PC (46%), AI-D (15%) et AI-I (0%); ces proportions sont de 42%, 31%, 16% et 11% pour les participants en rémission, respectivement.

Tableau XX

*Caractéristiques sociodémographiques au pré-traitement des participants à la relance 8-15 ans en fonction de leur statut clinique.*

Variables	Participants PS <sup>a</sup>		Participants en rémission <sup>b</sup>	
Âge <sup>c</sup>				
<i>M (É.-T.)</i>	37.62 (9.67)		38.38 (7.93)	
Étendue	19-50		20-51	
Sexe, <i>n</i> (%)				
Femme	4	(30.8)	25	(55.6)
Homme	9	(69.2)	20	(44.4)
État civil, <i>n</i> (%)				
Marié/Union libre	7	(53.8)	28	(62.2)
Séparé/Divorcé/Veuf	1	(7.7)	2	(4.4)
Célibataire	5	(38.5)	15	(33.3)
Niveau de scolarité <sup>d</sup> , <i>n</i> (%)				
< 11 ans	-	-	4	(8.9)
Études secondaires/ études partielles non universitaires	6	(46.2)	9	(20.0)
Diplôme non universitaire/études partielles universitaires	2	(15.4)	7	(15.6)
Diplôme universitaire	5	(38.5)	25	(55.6)
Occupation, <i>n</i> (%)				
En emploi	9	(69.2)	35	(77.8)
Étudiant	2	(15.4)	6	(13.3)
Chômage/Ne travaille pas	2	(15.4)	4	(8.9)

*Note.* Le masculin est employé pour alléger le texte. *M* = moyenne. *É.-T.* = écart-type. dl = degré de liberté. PS = Participants qui répondent aux critères de la phobie sociale (DSM-IV) à la relance 8-15 ans.

<sup>a</sup>*n* = 13. <sup>b</sup>*n* = 45.



Tableau XXI

*Caractéristiques cliniques, au pré-traitement, des participants à la relance 8-15 ans en fonction de leur statut clinique.*

Variables	Participants PS <sup>a</sup>		Participants en rémission <sup>b</sup>	
Âge d'apparition de la phobie sociale <i>M (É.-T.)</i>	16.92	(13.50)	15.89	(10.81)
Durée de la phobie sociale <i>M (É.-T.)</i>	26.85	(12.81)	24.89	(11.82)
Difficultés sociales, <i>n (%)</i> <sup>c</sup>				
Peurs non généralisées <sup>d</sup>	4	(30.8)	12	(26.7)
Peurs généralisées <sup>e</sup>	9	(69.2)	33	(73.3)
Fonctionnement social inadéquat <sup>f</sup>	5	(38.5)	6	(13.3)

*Note.* *M* = moyenne. *É.-T.* = écart-type. *dl* = degré de liberté. PS = Participants qui répondent aux critères de la phobie sociale (DSM-IV) à la relance 8-15 ans.

<sup>a</sup>*n* = 13. <sup>b</sup>*n* = 45. <sup>c</sup>Conformément aux critères du DSM-IV, les participants ont été catégorisés selon la nature généralisée ou non généralisée de leurs peurs sociales. La définition des types de difficultés sociales est tirée et adaptée de celle des « sous-types de phobie sociale » employée par Amado (2005, p.60). <sup>d</sup>Cette catégorie inclut la peur de ne pas assumer adéquatement un rôle devant une ou plusieurs personnes (p. ex. parler devant un groupe) et la peur de manifestations somatiques (trembler, rougir, transpirer) ou de paniquer, vomir ou uriner dans les toilettes publiques par peur d'attirer l'attention. <sup>e</sup>Cette catégorie réfère à des difficultés à interagir dans plusieurs sphères relationnelles (p. ex. amis, collègues) et face à différents types d'échange interpersonnel (p. ex. s'affirmer, se dévoiler); elle peut également inclure des peurs liées au fait de performer devant une personne ou un groupe (p. ex. parler en public) ou se rapporter à un fonctionnement social inadéquat dans la plupart ou l'ensemble des sphères de vie sociale. <sup>f</sup>Cette catégorie se rapporte à des difficultés reflétant un fonctionnement relationnel quantitativement et qualitativement inadéquat; ces individus pourraient répondre aux critères du trouble de la personnalité évitante.

Tableau XXII

Moyennes et écarts-types au cours des périodes d'évaluation au score global d'anxiété sociale, de détresse générale et de fonctionnement social des participants en fonction de leur statut clinique à la relance 8-15 ans.

Variables	Participants PS <sup>a</sup>			Participants en rémission <sup>b</sup>		
	Pré-traitement	Post-traitement	Relance 1 an	Pré-traitement	Post-traitement	Relance 1 an
	<i>M (É.-T.)</i>			<i>M (É.-T.)</i>		
Anxiété sociale et évitement						
SAD	19.54 (7.07)	13.00 (5.83)	13.00 (7.38)	20.84 (5.57)	10.53 (6.14)	9.11 (7.49)
FNE	25.15 (4.18)	20.31 (5.02)	19.15 (6.08)	24.38 (4.90)	16.60 (7.05)	15.44 (7.61)
FQ-SP	21.85 (10.20)	13.69 (6.52)	15.08 (8.03)	22.11 (7.06)	13.02 (4.82)	12.00 (5.21)
Psychopathologie générale (SCL-90-R)	1.07 (0.65)	0.67 (0.37)	0.63 (0.30)	0.87 (0.55)	0.44 (0.36)	0.47 (0.37)
Fonctionnement social (SAS-SR)	1.57 (0.22)	1.44 (0.51)	1.34 (0.31)	1.45 (0.32)	1.24 (0.26)	1.26 (0.23)

Note. *M* = moyenne. *É.-T.* = écart-type. PS = Participants qui répondent aux critères de la phobie sociale (DSM-IV) à la relance 8-15 ans. SAD = *Social Avoidance and Distress*; FNE = *Fear of Negative Evaluation*; FQ-SP = *Fear Questionnaire - Social Phobia*; SCL-90-R = *Symptom Check-List - 90 - Revised*; SAS-SR = *Social Adjustment Scale - Self Report*.

<sup>a</sup>*n* = 13. <sup>b</sup>*n* = 45.

### *Évolution des difficultés à court terme en fonction du statut clinique*

D'abord, lorsque l'évolution des difficultés à la relance un an, comparativement au pré-traitement, est examinée, les analyses intragroupes menées sur les scores d'anxiété sociale, de psychopathologie générale et de fonctionnement social chez les participants en rémission à la relance 8-15 ans révèlent un profil de résultats similaire à celui de l'échantillon global. Spécifiquement, une amélioration significative à la relance un an comparativement au pré-traitement est rapportée pour les scores d'anxiété sociale ( $ps < .001$  pour les effets principaux et les analyses post-hoc). Des tailles d'effets ( $d$ ) oscillant entre 1.40 et 1.78, inclusivement, sont obtenues. De plus, 68% d'entre eux (parmi 40 participants en rémission qui se retrouvaient dans l'étendue clinique au pré-traitement) montrent un changement cliniquement significatif sur le score global du SAD à la relance un an.

Une amélioration significative est également obtenue sur le score global de psychopathologie générale ( $d = 0.85$ ) et de fonctionnement social ( $d = 0.68$ ) ( $ps < .001$ ). Quant aux sous-échelles de fonctionnement social, une amélioration significative à la relance un an est rapportée dans la sphère professionnelle et de loisir ( $ps < .001 - ps < .05$ ), de même qu'aux différentes dimensions de la psychopathologie générale ( $ps < .001 - ps < .01$ ). Par ailleurs, 60% d'entre eux étaient en rémission à la relance un an.

Les participants qui répondent toujours aux critères de la phobie sociale ont-ils connu une trajectoire clinique différente à court terme?

Une MANOVA à mesures répétées a été effectuée sur les mesures d'anxiété sociale, en utilisant deux temps de mesure, soit le pré-traitement et la relance un an. Des tests  $t$  dépendants ont été menés sur les scores de psychopathologie générale et de fonctionnement social. Les tailles d'effet et le taux de changement cliniquement significatif obtenu sur le SAD sont présentés au tableau XXIII, p. 161.

L'analyse multivariée s'est avérée significative,  $V = 0.65$ ,  $F(3, 10) = 6.23$ ,  $p = .012$ . Spécifiquement, une amélioration significative à la relance un an comparativement au pré-

traitement est rapportée pour chaque mesure d'anxiété sociale ( $ps < .010$ ). Les participants PS rapportent également une atténuation significative de la détresse générale,  $t(12) = 2.84$ ,  $p = .015$ , de même que de la plupart de ses dimensions, soit la sensibilité interpersonnelle,  $t(12) = 3.58$ ,  $p = .004$ , la dépression,  $t(12) = 2.36$ ,  $p = .036$ , l'anxiété,  $t(12) = 2.44$ ,  $p = .031$ , et l'anxiété phobique,  $t(12) = 3.05$ ,  $p = .010$ . En ce qui a trait au fonctionnement social, aucun changement significatif n'est rapporté, bien qu'une taille d'effet de grande amplitude soit obtenue.

Par ailleurs, 23% (3/13) d'entre eux étaient en rémission à la relance un an. Un test McNemar révèle toutefois que cette augmentation du taux de rémission depuis le pré-traitement n'est pas significative ( $p = .250$ ).

Tableau XXIII

*Tailles d'effet et taux de changement cliniquement significatif du pré-traitement à la relance un an chez les participants répondant aux critères de la phobie sociale à la relance 8-15 ans.*

Mesures	$d$ de Cohen <sup>a</sup>	Taux de changement cliniquement significatif <sup>b</sup>
SAD	0.90	45% <sup>c</sup>
FNE	1.15	-
FQ-SP	0.74	-
SCL-90-R	0.87	-
SAS-SR	0.86	-

<sup>a</sup>Cohen (1988). <sup>b</sup>Jacobson & Truax (1991). <sup>c</sup>Taux basé sur un total de 11 participants PS qui se retrouvaient dans l'étendue clinique au pré-traitement.

### *Évolution des difficultés à court terme en fonction du statut clinique : résumé*

À l'instar des participants en rémission à la relance 8-15 ans, une réduction significative de l'anxiété sociale et de la tendance à éviter, du pré-traitement à la relance un an, est rapportée chez les participants qui satisfont aux critères de la phobie sociale à cette période. Une grande amplitude ou une amplitude modérée des effets sur ces dimensions est obtenue chez les participants PS alors que des effets de grande taille sont notés sur l'ensemble des mesures d'anxiété sociale chez les participants en rémission. La taille de l'effet obtenu sur le fonctionnement global favorise toutefois les participants PS, bien que les changements fonctionnels rapportés n'atteignent pas le seuil de signification statistique, contrairement aux participants en rémission. Cependant, ces groupes se distinguent surtout quant à la proportion des participants en rémission à la relance un an. En ce sens, la majorité des participants en rémission à la relance 8-15 ans présentaient ce statut clinique à la relance un an, alors que moins du quart des participants PS à la relance 8-15 ans était en rémission à cette période.

PARTIE III  
DISCUSSION

## CHAPITRE 10

### Discussion

« Determination of the major outcomes of treatment, as well as the final test of predictions about its future course, is possible only after the enduring effects of treatment have consolidated and have met the tests of time and the exigencies of ordinary life circumstances. Patients who leave treatment uncertain and discontented with its results may realize benefits many months or even years after therapy has ended. Other patients who seem markedly improved clinically at the time of termination, or who verbalize changed attitudes and new hopes, occasionally relapse after the supporting contact with the therapist fades. In many instances, of course, apparent benefits are maintained, but regardless of immediate impressions, systematic follow-up years later provides the only scientific way of testing the permanence of changes attributable to treatment. » (Sargent, 1960, p. 495).

Cette étude avait pour objectif principal d'évaluer l'efficacité à long terme d'une approche interpersonnelle appliquée au traitement de la phobie sociale (AI; Stravynski, 2013, 2007). Pour ce faire, une évaluation a été effectuée 8 à 15 ans suivant la fin du protocole de traitement. En adoptant une conception interpersonnelle de la phobie sociale, la durabilité des acquis relatifs à la réduction de l'anxiété sociale et à l'amélioration du fonctionnement social, de la relance un an à la relance 8-15 ans, a été examinée. De plus, l'évaluation de la signification clinique des gains thérapeutiques, en l'occurrence la rémission, a permis d'investiguer le maintien à long terme de changements susceptibles de faire une différence dans la vie des participants.

Sur le plan théorique, cette étude se voulait également un test de la perspective interpersonnelle en évaluant, pour chaque participant, la convergence des changements obtenus sur la dimension anxieuse et interpersonnelle de la phobie sociale.

## **Appréciation des résultats et autres considérations**

Les prochaines sections feront d'abord un retour sur les principaux constats, et l'analyse d'une explication alternative possible à ces observations, en examinant les résultats obtenus. Ces derniers seront vus à la lumière des études recensées, tout en abordant leur signification théorique et clinique. Dans les sections subséquentes, les considérations méthodologiques seront discutées en relevant les forces et les lacunes de l'étude. Finalement, les implications pratiques et pistes de recherches futures seront présentées.

### *Principaux constats*

Deux hypothèses principales ont été examinées. En ce qui a trait à la première hypothèse de l'étude, il était attendu que les participants présentent un maintien ou une amélioration continue des gains thérapeutiques à la relance 8-15 ans, comparativement à la relance un an. Cette hypothèse a été confirmée. Par ailleurs, la convergence des changements obtenus à la relance 8-15 ans, à la fois sur la dimension anxieuse et interpersonnelle de la phobie sociale, soutient une prémisse importante de la perspective interpersonnelle : les liens étroits entre les stratégies interpersonnelles d'auto-protection et l'état anxieux. Les répertoires de comportements défensifs laisseront graduellement la place à une façon plus participative de s'engager dans la vie sociale suite au traitement, alors qu'une atténuation de l'anxiété découlera naturellement de cette dynamique de changement. La deuxième hypothèse de l'étude a donc été confirmée. Voyons en détail en quoi consistent ces deux constats à partir des résultats principaux obtenus. On peut également se demander comment ces résultats se comparent aux effets d'autres approches thérapeutiques et ce qu'est leur signification sur le plan théorique et clinique. Dans les prochaines sections ces questions seront élucidées.

### *Le maintien global des gains thérapeutiques à long terme*

Les résultats obtenus révèlent que le traitement AI est associé à des effets durables. Un maintien des acquis thérapeutiques est rapporté sur la plupart des mesures évaluant l'anxiété



sociale, le fonctionnement social et la détresse générale. De surcroît, un maintien ou une amélioration continue des changements cliniquement significatifs a été obtenu<sup>1</sup>.

Les données qualitatives recueillies dans la présente étude suggèrent d'ailleurs que la réticence sociale décrite avant d'entamer le traitement s'est globalement atténuée chez les participants à la relance 8-15 ans et ce, dans plusieurs sphères de la vie sociale. Les changements interpersonnels rapportés par les participants reflètent une vie davantage tournée vers les autres et caractérisée par la prise de risque interpersonnelle que sur la recherche de « sécurité » dans le repli sur soi (Stravynski, 2013, chapitre 8). Les rôles sociaux désirés sont maintenant mieux assumés, soit avec confiance, flexibilité ou davantage d'habileté et de plaisir. En corollaire, l'état anxieux, vu comme émergeant des tactiques défensives d'auto-protection évoquées par les contextes sociaux redoutés, s'est généralement atténué. Chez des participants ayant exprimé à la relance 8-15 ans un malaise persistant lorsque mis en situation, les rôles attendus sont tout de même assumés, sans désorganisation (p. ex. perte de concentration par rapport à la tâche à accomplir, manque de cohérence quant au message à livrer). Car si des manifestations anxieuses se présentent (p. ex. tremblement, transpiration), elles sont le plus souvent ignorées, reflétant, comme relevé à l'annexe N, davantage d'indépendance face au regard des autres. D'ailleurs, ces observations ne sont pas sans rappeler certains constats faits par Amado (2005) dans le cadre de son étude ethnographique. Maintenant, examinons de plus près les évidences obtenues en fonction des variables mentionnées plus haut.

*Anxiété sociale et détresse générale.* Les résultats obtenus corroborent les observations rapportées dans les études de suivi long terme auprès de populations PS, particulièrement quant au maintien des gains sur l'anxiété sociale et la détresse générale: Willutzki et ses collaborateurs (2012), qui ont réalisé une étude dont l'intervalle entre la fin du traitement et la relance long terme (10 ans) est similaire à celui de la présente étude, ont constaté un maintien des gains thérapeutiques aux relances deux ans et dix ans sur l'anxiété sociale et la détresse

---

<sup>1</sup>Ces résultats, il faut le rappeler, ont été obtenus dans un contexte où une amélioration significative des difficultés initialement rapportées a été démontrée jusqu'à un an post-traitement. Par conséquent, il est légitime de parler de *gains* thérapeutiques et de leur durabilité.

générale, de même qu'une amélioration significative sur certaines mesures d'anxiété sociale à la relance 10 ans. D'autres études incluant des périodes de relance plus courtes, soit de 14 mois à cinq ans suivant la fin du traitement, notent également une durabilité des effets (Carlbring et al., 2009; Mersch et al., 1991; Mersch, 1995; Mörtberg et al., 2011; Scholing & Emmelkamp, 1996a; 1996b) ou leur amélioration continue (Carlbring et al., 2009; Mersch et al., 1991; Mersch, 1995; Mörtberg et al., 2011; Wlazlo et al., 1990) sur l'anxiété sociale et des indicateurs de détresse générale, tels que la détresse globale, la dépression et les plaintes somatiques, selon les mesures examinées. Ces données nous indiquent également que les approches visant la réduction de l'anxiété et l'amélioration du fonctionnement social produisent des effets équivalents sur ces dimensions à long terme.

Les résultats obtenus sur l'anxiété sociale et sur des dimensions de la psychopathologie générale, telles que la dépression et l'anxiété, abondent également dans le même sens que les observations de Hedman, Furmark et al. (2011). Ces chercheurs ont généralement rapporté un maintien des gains entre les relances un an et cinq ans, bien qu'une amélioration continue a été obtenue sur une mesure d'anxiété sociale. Cette étude de suivi long terme s'avère la seule à être recensée auprès d'adultes PS qui inclut également une relance d'un an comme période de comparaison. Cependant, une étude ayant été menée auprès d'une population adolescente a produit des résultats similaires sur l'anxiété sociale. Des effets durables de un an à cinq ans suivant la fin de trois protocoles de traitement de la phobie sociale ont été obtenus (García-López et al., 2006).

*Fonctionnement social.* Tel qu'il a déjà été mentionné dans le chapitre 5, l'intégration de nos données relatives au fonctionnement social à celles retrouvées dans les études examinées est limitée en raison des considérations conceptuelles. En ce sens, le fonctionnement social vu comme une conséquence de l'anxiété, soit le degré d'interférence des difficultés anxieuses sur la vie des individus PS, est le construit qui est typiquement évalué. Ceci contraste avec la conception adoptée dans la présente dissertation. Les résultats concernant les mesures d'interférence ont tout de même été considérés et discutés à des fins de comparaison. Ainsi, des études de suivi long terme rapportent un maintien des gains ou une amélioration continue sur cette dimension (Mörtberg et al., 2007; Wlazlo et al., 1990). Par

contre, ces données ne nous informent pas sur le comportement social des individus PS, en d'autres mots, sur la façon dont les participants PS entrent en relation avec les autres et assument leur rôle. Ces données sont donc peu satisfaisantes.

Des effets durables ou une amélioration continue, par rapport à des comportements sociaux traduisant une capacité à s'affirmer face aux autres, sont notés dans d'autres études évaluant des protocoles de traitement visant la réduction de l'anxiété ou l'amélioration du fonctionnement social (Mersch et al., 1991; Mersch, 1995; Wlazlo et al., 1990). Ces évidences concernant l'amélioration du comportement social des participants demeurent toutefois parcellaires. Selon une perspective interpersonnelle, une dynamique de changement reflétant le passage de l'auto-protection à la participation sociale dans plusieurs sphères de la vie sociale n'est pas démontrée, contrairement aux résultats rapportés dans la présente étude qui témoignent de cette dynamique. De toute évidence, la méthode employée dans les études qui viennent d'être citées – l'utilisation d'une mesure auto-rapportée examinant une seule dimension du comportement social - ne se prête pas à la cueillette de telles données; conséquemment, on ne sait pas jusqu'à quel point les protocoles de traitement qu'elles ont évalués entraînent effectivement une amélioration quantitative et qualitative significative de la participation sociale des individus PS. Il faut préciser que les traitements évalués dans ces études incluent tous un entraînement aux habiletés sociales. La perspective qui sous-tend l'entraînement aux habiletés sociales, rappelons-nous, est *intrapersonnelle* : elle conçoit le comportement social des individus PS comme « déficient », donc les méthodes employées ont pour objectif de « réparer » ce déficit. Ainsi, contrairement au traitement AI, ces protocoles n'adoptent pas une perspective fonctionnelle du comportement social. En ce sens, le recours à des stratégies défensives, ayant pour fonction l'auto-protection, et la façon dont elles créent une dynamique relationnelle non adaptée, ne sont pas abordée dans le cadre de ces traitements.

De plus, comme les relances menées dans ces études oscillent entre 14 mois et deux ans et demi en moyenne (Mersch et al. 1991; Mersch, 1995; Wlazlo et al., 1990), on ne sait pas si les effets rapportés sur cette dimension du fonctionnement social, soit l'affirmation de soi, seraient encore relevés par les participants au-delà de cette période. En revanche, le fait que la plupart des participants de la présente étude connaissent, 8 à 15 ans plus tard, une

amélioration sur plus de 50% des répertoires de comportements ciblés en thérapie, appuie l'efficacité du traitement AI plusieurs années suivant la fin du traitement. Ces changements comportementaux, qui traduisent une participation sociale accrue, peuvent être vus comme des indicateurs d'un mode relationnel moins défensif et passif que celui ayant initialement caractérisé le fonctionnement des participants. Ainsi, ces changements semblent révéler que cette *nouvelle* façon d'entrer en relation avec les autres persiste à la relance 8-15 ans.

*Anxiété sociale et fonctionnement social : résultats qui remettent en question les hypothèses.* Dans la présente étude, une augmentation des scores par rapport à la relance un an a été constatée sur certaines variables (FNE, SAD-Évitement, sphère amicale du SAS-SR). Les résultats obtenus sur ces échelles vont ainsi à l'encontre de l'hypothèse formulée. Il convient donc de se demander quelle est leur signification.

Selon une perspective intrapersonnelle, une augmentation des scores reflète une retombée thérapeutique défavorable. En adoptant cette perspective, l'augmentation relevée auprès des participants de l'étude suggère une détérioration des difficultés anxieuses et du fonctionnement dans la sphère amicale. Cependant, nous pouvons affirmer que cette détérioration n'est que relative. En effet, lorsqu'on compare les scores de l'ensemble des participants de l'étude avec ceux d'un échantillon d'une population « normale », il est possible de constater que la sévérité de l'anxiété sociale, rapportée par les participants demeure à l'intérieur d'un écart-type de cette population<sup>2</sup>. Ces données révèlent que cette détresse anxieuse se retrouve dans une étendue « normale ». La « détérioration » qui est suggérée par cette augmentation des scores, dans cette optique, n'est donc pas absolue.

En revanche, d'un point de vue interpersonnel, ce « rebond » d'anxiété peut avoir une signification différente. Il ne faut pas perdre de vue que selon cette perspective, la relation dynamique entre le comportement social et le contexte donne lieu à des fluctuations de l'anxiété. Car cette dernière émerge de cette dynamique. Ainsi, une augmentation de l'anxiété sociale peut signifier une plus grande prise de risques sur le plan interpersonnel, laquelle peut

---

<sup>2</sup> Les moyennes et écarts-types provenant de cet échantillon sont les suivants : FNE :  $M = 13.56$  ( $\acute{E}.T. = 8.32$ ); SAD-Évitement :  $M = 3.05$  ( $\acute{E}.T. = 3.22$ ). Ces données sont issues de l'étude de Munoz et Stravynski (2010).

exacerber, de façon collatérale, des vulnérabilités anxieuses (préoccupations anxieuses, manifestations physiologiques).

Le même cadre d'interprétation peut également être appliqué à la dimension fonctionnelle. Selon une perspective intrapersonnelle, l'augmentation des scores, constatée dans la sphère amicale du fonctionnement social, pourrait révéler une détérioration des relations amicales déjà établies, en l'occurrence une augmentation des tensions (liée à des comportements d'évitement, par exemple). En revanche, une explication alternative, issue de la perspective interpersonnelle, veut qu'une exacerbation de ces difficultés fonctionnelles soit le résultat de comportements d'affirmation de soi plus fréquents - défendre plus souvent son point de vue, établir ses limites ou être plus exigeant - générant, par le fait même, des tensions au sein de certaines relations interpersonnelles. Un tel constat a été fait dans le cadre d'études de cas présentées par Stravynski, Arbel, Lachance, & Todorov (2000, p. 173). D'ailleurs, lorsqu'on se réfère au traitement AI, les participants apprennent, entre autres, à se faire entendre davantage, à défendre leurs intérêts ou à développer plus d'indépendance face au regard des autres. Le fait que cette augmentation des scores s'est produite dans le contexte d'un maintien des gains du fonctionnement social global appuie d'autant plus cette hypothèse, bien que l'instrument de mesure employé ne nous permette pas de tirer des conclusions définitives sur ce plan.

Il faut mentionner qu'une réduction des contacts sociaux a d'ailleurs été relevée lors de l'analyse des données fonctionnelles en lien avec cette sphère de vie (voir chapitre 9). D'abord, plusieurs facteurs pourraient expliquer cette diminution qui ne traduit pas nécessairement un mode de fonctionnement problématique. Ceci pourrait s'expliquer par un changement dans les circonstances de vie, comme avoir des responsabilités professionnelles plus accaparantes, avoir des enfants... Il est également possible qu'après avoir complété le protocole de traitement AI, il ait été plus exigeant pour certains participants de continuer à s'engager activement dans cette sphère de vie, en cultivant davantage les liens sociaux qu'ils ont déjà établis ou en développant de nouvelles relations sociales, par exemple. Car le fait d'augmenter les activités sociales ou d'entretenir des liens avec d'autres personnes requiert de prendre des initiatives, voire des risques sur le plan interpersonnel de façon régulière (p. ex.

se retrouver avec des personnes peu familières, maintenir une conversation avec une personne du sexe opposé, se dévoiler, essayer un refus, être ignoré, etc.). Il est donc possible que certains participants n'aient pas su persister dans cette voie ou continuer à saisir les opportunités qui se sont présentées. Par contre, en adoptant une perspective interpersonnelle, cette réduction des contacts peut être attribuable à une plus grande prise de pouvoir interpersonnelle et davantage d'autonomie. Par exemple, des participants PS ont pu mettre fin à certaines fréquentations qu'ils toléraient uniquement par crainte de la désapprobation ou ont su établir davantage leurs limites en réduisant la fréquence de contacts imposés par leur entourage.

Tel que rapporté dans l'annexe N, il est important de souligner que des comportements défensifs résiduels chez certains participants, complémentaires à des patterns interpersonnels dominants (p. ex. demeurer silencieux lorsque critiqué, s'esquiver lorsqu'approché; voir Stravynski, 2013, chapitre 1) ont pu être relevés par le biais de données anecdotiques recueillies. Cette impuissance, caractérisée par des difficultés à agir avec réciprocité (p. ex. exprimer son désaccord face à une critique, participer activement à un échange suite à l'initiative d'un interlocuteur), semble persister des années plus tard dans le cadre de certaines dynamiques interpersonnelles après avoir complété un protocole de traitement AI. Ceci a même été observé chez des participants qui ont présenté une amélioration « très importante » des répertoires de comportements sociaux suite à l'analyse fonctionnelle effectuée. Ceci pourrait indiquer que des apprentissages faits sur ce plan n'ont pas été suffisamment consolidés chez certains participants ou bien que ces difficultés n'ont pas été suffisamment ciblées au cours du traitement. Par ailleurs, ces observations peuvent signifier que certains gains obtenus à court terme sur le plan fonctionnel se révèlent nettement plus difficiles à maintenir que d'autres. Il va sans dire que cette question mérite d'être plus amplement investiguée dans des recherches futures.

*Changements cliniquement significatifs.* Cette étude a également démontré que la proportion de participants en rémission augmente graduellement dans le temps; une fois la rémission atteinte, une proportion importante des participants conservent ce statut clinique. Ce sont les constats les plus importants. Ils indiquent une amélioration qualitative des

difficultés phobiques et leur durabilité. En d'autres termes, le maintien de la rémission constaté dans la présente étude, penche en faveur qu'une dynamique de changements, reflétant le passage de l'auto-protection à la participation sociale, a continué à s'opérer ou a perduré avec le temps. D'ailleurs, bien qu'une comparaison des stratégies défensives et des comportements de participation sociale relevés aux relances un an et 8-15 ans n'ait pas été effectuée dans le cadre de l'analyse fonctionnelle, il est possible d'inférer que le profil global d'évolution du statut clinique pendant cette période (maintien de la rémission ou amélioration du statut clinique) témoigne également de l'évolution des répertoires de comportements sociaux.

Le maintien du statut clinique rapporté dans cette étude ne peut être directement comparé avec les observations des études de suivi long terme retenues. En effet, lorsqu'elles ont évalué le statut clinique, elles n'ont pas examiné son évolution depuis une période de relance antérieure. Les données rapportées dans les études de Mörtberg et ses collaborateurs (2007, 2011) suggèrent cependant une diminution négligeable des taux de rémission d'une relance effectuée un an post-traitement à une relance cinq ans. Cependant, il faut garder en tête que ces évaluations de relance n'ont pas été menées dans le cadre de la même étude; par conséquent, les mêmes participants n'ont pas nécessairement été évalués.

À défaut de ne pouvoir intégrer les résultats obtenus à ceux des études recensées, deux études de suivi long terme, ne répondant pas aux critères d'inclusion de la recension des écrits effectuée, permettent toutefois une comparaison avec les données obtenues (Fava et al., 2001; Hunt & Andrews, 1998). Ces dernières ont examiné l'évolution à long terme du statut clinique suite à un traitement. L'étude de Fava et al. (2001) adopte un devis prospectif. L'analyse de survie a été utilisée comme méthode statistique afin d'estimer la probabilité de maintenir un statut de rémission de 2 à 12 ans suivant la fin d'un traitement par exposition. Forcément, seuls les individus en rémission à l'issue du traitement ont été considérés dans ces analyses. Ils rapportent, notamment, une probabilité de 85% de maintenir la rémission après un suivi de 10 ans; ce constat, bien qu'il repose sur des probabilités, abonde dans le même sens que les observations faites dans la présente étude. Cependant, contrairement à notre étude, les mêmes participants n'ont pas été évalués à toutes les périodes d'évaluation. De plus, bien que

l'exposition a fait ses preuves (p. ex. Gould et al., 1997), il est reconnu que cette stratégie thérapeutique a plusieurs variantes (Clark et al., 2006). Or, le protocole sur lequel s'est basé le traitement (voir Fava et al., 1989) n'a, à notre connaissance, pas fait l'objet d'une étude contrôlée. Par ailleurs, 18% des participants ont entamé un nouveau traitement (pharmacothérapie) pendant le protocole de recherche. Pour leur part, Hunt et Andrews (1998) se sont penchés sur un échantillon d'individus ne répondant pas uniquement aux critères de la phobie sociale comme trouble principal. Cette étude a toutefois l'avantage de rapporter des données ayant trait à l'évolution du statut de rémission pour chaque participant. Ainsi, parmi les 26 individus PS qui ont complété un traitement cognitivo-comportemental dans une clinique externe, la majorité d'entre eux (54%) satisfaisait toujours aux critères de la phobie sociale entre 12 et 32 mois post-traitement. Les retombées thérapeutiques à long terme ne sont donc pas aussi favorables que dans la présente étude. Cependant, parmi les 10 participants en rémission à la fin du protocole, huit d'entre eux ont maintenu leur statut clinique.

En faisant abstraction de l'évolution du statut clinique, il est possible de comparer le taux obtenu dans la présente étude avec celui obtenu dans les autres études de suivi long terme recensées. Or, on dénote une variation des taux de rémission en fonction de la méthode utilisée pour les calculer (p. ex. calcul basé sur les participants « en intention de traiter », sur les participants ayant complété l'entrevue clinique uniquement ou sur l'ensemble des participants potentiels retracés). Dans le but de faciliter la comparaison des données rapportées, seule la proportion des participants en rémission de l'échantillon ayant pris part à une entrevue clinique lors d'une évaluation de relance à long terme est prise en considération. En somme, ce taux varie de 54% à 84%. Il est donc possible d'affirmer que le taux de rémission obtenu à la relance 8-15 ans dans la présente étude se situe dans la même étendue que celui obtenu dans d'autres études de suivi ayant mené une relance de 30 mois à cinq ans (p. ex. Carlbring & al., 2009; Hedman, Furmark et al., 2011; Mörtberg et al., 2011), bien qu'il soit nettement plus favorable que le taux obtenu dans l'étude de Hedman, Furmark et al.



(2011)<sup>3</sup>. Par ailleurs, le fait que la majorité des participants de la présente étude rapporte une détresse anxieuse, dont la sévérité est plus susceptible d'être similaire à celle d'une population non-clinique que clinique, corrobore généralement les constats faits dans d'autres études de suivi (Carlbring et al., 2009; Mörtberg et al., 2011). Toutefois, ces études n'ont pas évalué le maintien des changements cliniquement significatifs sur la détresse anxieuse avec le temps, ce qui ne permet pas d'établir de comparaison avec ces dernières sur ce plan.

Certes, les taux de changements cliniquement significatifs rapportés dans les autres études de relance (rémission, signification clinique des changements associés à l'anxiété sociale selon la méthode de Jacobson et Truax, 1991) sont également notables. Par contre, il faut le rappeler, l'approche interpersonnelle guide le traitement dans la présente étude, ce qui est susceptible d'avoir un effet distinct sur la nature de ses retombées cliniques. Le traitement AI, rappelons-nous, vise l'effritement des modes interpersonnels défensifs par le biais d'une participation sociale plus adaptée, traduisant une prise de pouvoir interpersonnel. Par conséquent la rémission, dans le contexte d'un traitement AI, a une signification particulière : il est probable que la rémission traduise davantage une dissolution des patterns défensifs et une augmentation d'une prise de pouvoir dans la façon de transiger avec les situations interpersonnelles. Une étude récente a d'ailleurs obtenu des évidences sur ce plan (Kyparissis et al., 2013b). Bien que les taux de rémission associés au traitement AI soient comparables à ceux des protocoles visant la réduction de l'anxiété (p. ex. Mörtberg et al., 2007), de tels changements restent à être démontrés dans les autres études.

#### *La convergence des dimensions anxieuse et interpersonnelle à la lumière des changements thérapeutiques*

Cette étude avait pour but d'examiner, selon la perspective interpersonnelle, le lien étroit entre les manœuvres défensives, ancrées dans le contexte qui évoque l'auto-protection, et l'état anxieux. Les résultats témoignent de ce lien : la convergence des changements sur la

---

<sup>3</sup> Hedman, Furmark et al. (2011) ne rapportent que le taux des participants en « intention de traiter » (48%). L'auteur de la présente dissertation a obtenu un taux de 54% en ne prenant en considération que ceux qui ont complété l'évaluation de relance.

dimension anxieuse et interpersonnelle a été obtenue pour plus de la moitié des participants, malgré le standard élevé (rémission, changements cliniquement significatifs sur la dimension anxieuse) qui a été adopté dans la présente étude.

L'examen de cette convergence a fait ressortir que pour une proportion non négligeable de participants, les changements relevés sur la dimension anxieuse se sont avérés moins en phase avec le statut clinique et les changements fonctionnels. Ce constat est toutefois cohérent avec le modèle interpersonnel qui soutient que de par les histoires individuelles, les circonstances de vie particulières dans lesquelles les individus PS évoluent et les capacités de chacun d'eux, les différences individuelles, dans le contexte d'une convergence globale, sont tout de même importantes (Stravynski, 2013).

Plusieurs facteurs conceptuels et méthodologiques peuvent également expliquer la disparité obtenue dans certains cas. Premièrement, un changement significatif sur le plan clinique a été opérationnalisé selon la méthode de Jacobson et Truax (1991) comme une réduction des scores considérée comme fiable ou « réelle » (c.-à-d. un changement allant au-delà de l'erreur de mesure) *et* une sévérité des scores plus susceptible de se retrouver dans une étendue non clinique que clinique. Cela signifie qu'un changement dont l'amplitude était considérée significative, mais qui reflétait un niveau de détresse anxieuse plus susceptible de se retrouver dans une étendue clinique, n'a pas été considéré comme convergeant avec les changements observés sur la dimension interpersonnelle et le statut clinique. Le fait d'avoir pour standard un degré d'anxiété sociale équivalent à celui d'une population ne présentant aucun trouble psychopathologique, pourrait être considéré comme un critère trop sévère pour certains participants, même 8 à 15 ans plus tard, ceci, compte tenu des difficultés initiales rapportées par ces derniers. Or, il est permis de penser qu'un changement « réel », bien que se situant dans une étendue clinique, peut tout de même refléter un changement significatif dans la vie de l'individu sur le plan fonctionnel (Kazdin, 2003).

Deuxièmement, les difficultés résiduelles, relatives au fonctionnement interpersonnel, peuvent expliquer une stabilité des scores sur la dimension anxieuse pour certains participants. Il ne faut pas oublier que selon la conception interpersonnelle, l'anxiété est issue des

comportements d'auto-protection et sensible aux contextes qui les évoquent (Stravynski, 2013, chapitre 1). Dans cette optique, nonobstant une amélioration du fonctionnement global, certaines situations menaçantes continuent à évoquer des tactiques défensives qui peuvent entretenir une mobilisation anxieuse chez ces participants.

Troisièmement, la disparité relevée peut être expliquée par un problème de validité de la mesure utilisée. En effet, les items du SAD ciblent davantage des situations sociales génériques impliquant un échange potentiel avec une ou plusieurs personnes (p. ex. être en présence de personnes non familières, avoir l'opportunité de se joindre à un groupe ou de parler à une personne du sexe opposé), mais ne rend pas compte des situations dans lesquelles la personne est appelée à accomplir une tâche devant des gens, en l'occurrence parler en public dans un contexte formel. Conséquemment, certains participants répondant aux critères de la phobie sociale à la relance 8-15 ans ont rapporté un changement cliniquement significatif sur le SAD, alors qu'ils décrivaient, au cours de l'évaluation clinique, des peurs sociales envahissantes ou une mise à distance avec ce type de situation de performance. Ainsi, ils éprouvaient une détresse significative ou des difficultés à assumer adéquatement leurs rôles, le plus souvent dans un contexte professionnel. D'ailleurs, un examen visuel des scores n'indique pas d'amélioration à la relance 8-15 ans, comparativement au pré-traitement, sur un item du FQ-SP évaluant notamment la tendance à éviter de s'adresser à un auditoire chez ces participants. Dans un même ordre d'idées, des individus en rémission ont rapporté moins d'évitement des situations sociales initialement jugées comme problématiques dans le cadre de l'analyse fonctionnelle, mais ont continué à rapporter un degré élevé d'évitement sur le SAD. Il est donc permis de penser que les changements idiosyncrasiques sur le plan de la tendance à éviter n'ont pu être décelés par le SAD dans certains cas. À des fins illustratives, bien qu'un maintien des peurs sociales et de l'évitement soit noté sur cette mesure, un participant explique assumer ses rôles sociaux et affronter régulièrement des situations interpersonnelles malgré l'inconfort qu'il peut ressentir. Il rapporte d'ailleurs des interactions positives la plupart du temps et dit maintenant arriver à ressentir du plaisir dans ces situations. Cette observation soutient également les résultats de Scholing et Emmelkamp (1996b), lesquels rapportent une amélioration plus importante des comportements évitants sur une mesure idiosyncrasique que sur une mesure générique. Par ailleurs, le fait que certains participants se

situaient dans la norme non clinique au pré-traitement sur le SAD peut être expliqué par ces limites sur le plan de la validité. Ce problème de mesure met donc en évidence le fait qu'un instrument auto-rapporté comme le SAD semble refléter une conceptualisation des peurs sociales et de la tendance à éviter comme étant des dimensions plutôt stables et indépendantes du contexte (Stravynski, 2007, p. 133). Dans cette optique, ces difficultés phobiques, ne sont pas intimement liées aux situations évocatrices propres à chaque participant.

Comme il a été mentionné plus haut, le manque de convergence observé dans certains cas peut également indiquer qu'une plus grande prise de risques interpersonnels peut exacerber des vulnérabilités anxieuses, bien qu'elles ne soient plus liées à une désorganisation du fonctionnement, en situation. Ce « rebond » d'anxiété pourrait expliquer un manque *apparent* de convergence chez certains participants, particulièrement chez ceux qui rapportent un changement « fiable » sur la tendance à éviter. Cela pourrait également expliquer le fait que leurs scores ne se retrouvent pas dans une étendue « normale ».

#### *Une explication alternative possible des effets : traitements additionnels reçus*

Une partie des participants a sollicité un traitement additionnel suite à la dernière période de relance. Ces traitements additionnels pourraient ainsi s'avérer une variable confondante; les résultats obtenus, soit le maintien des gains thérapeutiques à long terme, pourrait donc leur être attribuables. Cependant, les résultats ne vont pas dans cette voie. L'ensemble des observations indiquant une durabilité des acquis attribuables au traitement AI sont d'autant plus éloquentes qu'un profil de résultats similaire et même plus favorable est obtenu avec le groupe de participants n'ayant pas reçu de traitements additionnels en-dehors du protocole de traitement. D'autres études ont produit des résultats similaires, révélant également un maintien des gains (ou des améliorations significatives) chez les participants n'ayant pas reçu de traitements additionnels (Mörtberg et al. 2011; Willutzki et al. 2012).

Il demeure toutefois difficile de se prononcer quant à l'effet potentiel de ces traitements sur le maintien des gains à long terme étant donné que, d'une part, les traitements additionnels reçus n'ont pas été contrôlés et, d'autre part, ceux-ci renvoient à différentes

formes d'aide dont la durée et possiblement l'intensité varient grandement<sup>4</sup>. Nous avons toutefois pu constater que les participants qui ont reçu un traitement additionnel n'étaient proportionnellement pas plus nombreux à être en rémission à la relance 8-15 ans que ceux n'ayant pas reçu de traitements additionnels. D'ailleurs ils étaient proportionnellement moins nombreux à avoir ce statut clinique, bien que cette différence ne soit pas significative. De même, ils étaient significativement moins nombreux à rapporter un changement cliniquement significatif sur l'anxiété sociale. Outre cette différence, le fait que les participants TA n'ont pas rapporté une sévérité de l'anxiété sociale ou des difficultés fonctionnelles significativement plus importantes à long terme que les participants non TA, rejoint les constats de Mersch et al. (1991) qui ont examiné l'évolution différentielle de ces groupes lors d'une relance de 14 mois.

Alors qu'on pouvait s'attendre à ce que davantage de participants PS à la relance un an, ayant reçu un traitement additionnel, soient en rémission à la relance 8-15 ans, comparativement aux participants PS n'ayant pas reçu de tels traitements, les pourcentages relevés n'abondent pas dans ce sens. En d'autres termes, le fait de recevoir un traitement additionnel n'a pas eu d'effet différentiel sur l'atteinte du statut de rémission à long terme chez les participants qui répondaient aux critères de la phobie sociale à la relance un an. L'ensemble de ces données semble révéler que l'effet additionnel de ces traitements sur le fonctionnement global à long terme est limité, malgré la proportion relativement élevée de participants qui a reçu un traitement additionnel après avoir complété le protocole de traitement AI.

Les traitements additionnels reçus soulèvent également des questions importantes : est-ce à dire que les participants TA n'ont pas bénéficié du traitement? Que signifie la recherche de traitements additionnels par rapport à l'efficacité du traitement AI?

Les données révèlent que les participants TA ont effectivement bénéficié du traitement à court terme sur les dimensions anxieuse et fonctionnelle (telles qu'évaluée par le SAS-SR).

---

<sup>4</sup> La plupart des participants ayant reçu un traitement additionnel ont toutefois rapporté que la durée des traitements variait de quelques mois à deux ans.

Toutefois, malgré cette amélioration, seule une minorité était en rémission à cette période d'évaluation, comparativement aux participants non TA. Ce constat soutient le fait que d'obtenir un traitement additionnel s'avère un indicateur de sévérité des difficultés *cliniques* résiduelles, à tout le moins dans la présente étude. Pour leur part, Mersch et ses collaborateurs (1991) ont relevé que les participants TA ont connu une amélioration significativement moins importante des difficultés anxieuses et fonctionnelles pendant le traitement comparativement à un échantillon non TA; cependant, le statut clinique n'a pas été évalué dans cette étude.

Il faut également rappeler que les participants PS ayant sollicité un traitement additionnel (après la relance un an) étaient proportionnellement plus nombreux à présenter un fonctionnement social inadéquat avant d'entamer le traitement. Il est donc permis de penser que ces individus, lorsque leur statut clinique PS persiste à la fin du traitement, pourraient bénéficier d'un encadrement plus long. En effet, il semble que le traitement leur a permis d'entamer un processus de changement qui ne s'est pas consolidé et ce, malgré les séances de rappel. La durée du traitement AI pourrait donc s'avérer trop courte pour générer des changements plus durables chez cette population. À l'instar des observations de Scholing et Emmelkamp (1996b), des données anecdotiques indiquent d'ailleurs que plusieurs participants auraient aimé que la thérapie soit plus longue et que la fréquence des séances diminue de façon plus graduelle. Plus important encore, il se pourrait également que le temps alloué à ces participants lors des séances (environ 20 minutes) ne soit pas suffisant pour entraîner cette consolidation.

De même, une minorité seulement de participants qui répond aux critères de la phobie sociale à la relance 8-15 ans était en rémission à la relance un an, malgré une amélioration significative de leur détresse anxieuse pendant le processus thérapeutique. D'ailleurs, contrairement aux participants en rémission à la relance 8-15 ans, l'augmentation du taux de rémission à la relance un an n'était pas statistiquement significative. Par conséquent, il serait utile d'examiner plus rigoureusement comment le traitement AI pourrait être bonifié pour mieux répondre aux besoins des patients qui présentent des difficultés cliniques persistantes à la fin du protocole (voir plus loin).

### *Implications théoriques et cliniques des résultats : conclusion générale*

La durabilité des effets obtenus est d'autant plus impressionnante que le protocole actif du traitement AI de 12 semaines s'avère être relativement court. Ces résultats indiquent que le fait de cibler la dissolution des patterns défensifs ayant pour fonction l'auto-protection, en facilitant le développement de nouveaux modes relationnels (Stravynski, 2013, chapitre 8), entraîne des améliorations durables.

Plus important encore, les évidences obtenues révèlent que les gains se maintiennent et continuent à être observés des années plus tard, même lorsque la réduction de l'anxiété n'est pas ciblée dans le cadre du processus thérapeutique. Le fait d'apprendre à mieux participer et à participer davantage à la vie sociale, malgré la détresse anxieuse, est donc associée à des effets qui perdurent; ce constat parle en faveur de la perspective interpersonnelle de la phobie sociale. Comme l'ont soulevé Stravynski, Arbel, Bounader et al. (2000) :

« It may well be that the social phobic pattern of behaviour unravels best under the pressure of participating better in social encounters and that, therapeutically, it is of greater use to the patients to be guided to seek to change their behaviour pragmatically and directly in concrete situations. Concerns with the correction of putative underlying *causes* within the person may be of little help in therapy ». (p. 197, italiques originaux).

De même, ce traitement aborde davantage le processus thérapeutique comme en étant un d'apprentissage, plutôt qu'un processus « curatif » (Stravynski, 2013, chapitre 8); les patients sont encouragés à participer activement et de façon continue dans toutes les sphères de leur vie sociale, qu'elles soient liées ou non à des difficultés phobiques, et à mettre en pratique les apprentissages faits lors des rencontres, dans leur vie quotidienne. Cette approche est donc susceptible de faciliter la consolidation des gains et de générer des changements durables.

D'ailleurs, l'évaluation de l'équivalence des groupes, ayant été amalgamés pour constituer l'échantillon à l'étude, a fait émerger un constat important : le levier thérapeutique essentiel du traitement AI réside dans la pratique constante des comportements cibles, entre les

rencontres, dans la vie quotidienne. En effet, bien que les versions AI se différencient par les moyens employés pour atteindre les objectifs visés, elles ont pour point commun cet élément thérapeutique. L'équivalence de leur efficacité, sur le plan statistique et clinique, souligne ainsi l'importance de cette stratégie et corrobore les conclusions des études antérieures (Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013).

### **Forces de l'étude**

La présente étude comporte plusieurs apports importants sur les plans théorique et clinique qui méritent d'être soulignés. D'abord, elle a pour la première fois évalué la durabilité à long terme de gains thérapeutiques associée à un traitement d'approche interpersonnelle (Stravynski, 2007; 2013). Cette contribution est d'autant plus importante qu'elle évalue une approche découlant d'une conception alternative à la perspective intrapersonnelle de la phobie sociale et de son traitement, laquelle (perspective intrapersonnelle) reflète la conception reçue dans les écrits. L'adoption d'une perspective interpersonnelle a donc pour la première fois permis d'examiner l'évolution de difficultés fonctionnelles reflétant le passage de l'auto-protection vers la participation sociale dans le cadre d'une étude de suivi menée plusieurs années suivant la fin d'un traitement. Ces évidences ont été obtenues non seulement par le biais d'analyses prenant en considération l'ensemble de l'échantillon, mais également en examinant les différences individuelles; cette démarche a donc permis de cueillir des données plus fines sur le maintien des gains. Plus important encore, le fait d'avoir adopté la rémission comme standard clinique dans l'évaluation de la durabilité des effets, et non de s'être limité à la réduction de la sévérité de la détresse anxieuse, témoigne d'une autre force importante de l'étude. Cette étude a des retombées à la fois sur le plan théorique et clinique, le lien étroit entre les deux ayant été démontré.

Par ailleurs, il a été soulevé qu'une étude de suivi se doit d'avoir une période suffisamment longue entre la fin du traitement et l'évaluation de relance pour évaluer adéquatement les retombées thérapeutiques à long terme. Alors qu'il a déjà été suggéré qu'il est souhaitable que cette période soit la plus longue possible (Juster & Heimberg, 1995, p.



838), plusieurs chercheurs s'entendent pour dire qu'une relance d'au moins un an s'avère préférable dans ce contexte (p. ex. Juster et Heimberg, 1995; Öst, 1996). Dans le cadre de la présente dissertation, l'évaluation de relance réalisée 8 à 15 ans suivant la fin du traitement AI satisfait de loin à ce critère. En effet, cette étude s'avère l'une des études de suivi les plus longues dans les écrits sur la phobie sociale, contribuant ainsi à enrichir les connaissances quant à la capacité des acquis thérapeutiques à se maintenir à long terme.

D'autres éléments caractérisant une étude de suivi adéquate ont été relevés, notamment l'inclusion d'une évaluation de relance aussi exhaustive que celle généralement menée lors de l'évaluation à court terme des effets du traitement (Juster & Heimberg, 1995). Cette étude a donc l'avantage d'avoir inclus des modalités d'évaluation variées, telles que des mesures auto-rapportées, une entrevue semi-structurée et une évaluation par analyse fonctionnelle, qui ont fait partie intégrante du processus d'évaluation antérieur, en l'occurrence au pré-traitement. De surcroît, le fait d'avoir effectué une analyse fonctionnelle des difficultés interpersonnelles à la relance long terme est considérée comme une procédure novatrice; à notre connaissance, des données empiriques sur l'évolution à long terme des comportements interpersonnels *idiosyncrasiques* d'individus PS, évalués plusieurs années suivant la fin d'un traitement, étaient inexistantes jusqu'à ce jour. Du même coup, cette analyse a permis d'obtenir des données écologiquement plus valides que celles typiquement recueillies par le biais de mesures auto-rapportées étant donné l'importance qu'elle accorde aux contextes particuliers qui évoquent les difficultés fonctionnelles. Outre cette contribution sur le plan clinique, ce processus d'évaluation a également permis d'apporter une contribution théorique additionnelle en examinant, pour chaque participant, l'évolution et la convergence des dimensions à la fois anxieuses et interpersonnelles de la phobie sociale, permettant ainsi d'étayer la perspective interpersonnelle dans le contexte d'une étude de suivi long terme.

Finalement, l'importance d'obtenir des données sur les traitements additionnels reçus pendant la période de relance a souvent été soulevée (p. ex. Juster et Heimberg, 1995; Öst, 1996), notamment pour examiner la contribution potentielle de ces traitements additionnels sur le fonctionnement à long terme. De telles données ont en effet été recueillies dans la présente étude, ce qui a permis de constater que même les participants n'ayant pas reçu de traitements

additionnels ont rapporté un maintien des gains. Ainsi, ces observations confèrent une confiance additionnelle aux résultats appuyant l'effet durable de l'approche AI.

### **Limites de l'étude**

Bien que la taille de l'échantillon à l'étude soit appréciable, le fait que seulement le tiers des participants ayant complété les études initiales ait pris part à la relance long terme s'avère sans contredire une limite notable de l'étude. Il est indiqué qu'une étude de suivi porte sur une proportion satisfaisante de l'échantillon initial (p. ex. Juster & Heimberg, 1995; Öst, 1996) pour augmenter la probabilité que l'échantillon étudié soit représentatif de la population initiale et ainsi favoriser la généralisation des résultats (Öst, 1996). En situation d'attrition, ce qui se révèle inévitable dans le cadre d'une étude de suivi long terme, une analyse comparant les participants et les non-participants doit à tout le moins être effectuée pour s'assurer de l'équivalence (ou exposer les différences) des groupes sur les dimensions évaluées (Öst, 1996; Heimberg, Salzman et al., 1993). Lorsque les données des participants à l'étude et des non-participants ont été comparées dans la présente dissertation, les résultats se sont toutefois avérés convaincants. Seules des différences triviales ont été obtenues quant au fonctionnement initial et à l'évolution des difficultés à court terme. De surcroît, le fait que ces deux groupes ne se distinguaient pas de façon significative quant à la proportion d'entre eux qui était considérée en rémission à la relance un an remet ainsi en question la signification clinique des différences statistiques obtenues. Devant de telles évidences, il est difficile d'affirmer qu'à cause de la taille de l'échantillon, les participants ayant pris part à la relance long terme ne sont pas représentatifs de l'échantillon initial, contrairement à d'autres études de suivi long terme ayant inclus une relance oscillant entre 18 mois et, en moyenne, cinq ans, inclusivement (Heimberg, Salzman et al., 1993; Scholing & Emmelkamp, 1996a). Il faut tout de même garder à l'esprit que dans la présente étude, ces deux groupes n'ont pas été comparés sur certaines variables (p. ex. troubles cooccurrents, traitements additionnels reçus).

Certes, il aurait été idéal qu'une proportion plus importante de l'échantillon initial prenne part à l'étude de relance pour avoir des données plus précises du nombre de participants qui rapportent avoir bénéficié du traitement AI à long terme. Cependant, les non-

participants étaient proportionnellement aussi nombreux sinon plus (particulièrement ceux qui n'ont pas été retracés) à être en rémission à la relance un an que les participants à la relance 8-15 ans. Bien que ce ne soit qu'une spéculation, il est permis de penser qu'au moins 50% des individus qui n'ont pas pris part à la relance long terme sont susceptibles d'avoir maintenu ces gains cliniques 8 à 15 ans plus tard, compte tenu des faibles taux de récurrence de la phobie sociale relevés dans les études et dans la présente dissertation. Le taux de rémission pourrait ainsi avoisiner et possiblement aller au-delà des 60% chez les 174 participants ayant initialement complété le traitement AI.

Par ailleurs, il faut souligner que l'évaluation effectuée à la relance 8-15 ans est analogue à une photo prise à une période circonscrite de la vie des participants. Dans une large mesure, les données qui découlent de cette évaluation font abstraction du long intervalle – en moyenne une dizaine d'années - qui la sépare de la relance un an. Par conséquent, bien que les termes *durabilité* ou *maintien* des gains thérapeutiques soient employés dans la présente dissertation, il serait présomptueux de prétendre qu'aucun participant n'a connu de fluctuation du statut clinique ou de difficultés liées à la dimension anxieuse et interpersonnelle, dans cet intervalle de temps. Par exemple, un individu PS pourrait connaître une récurrence des difficultés, entraînant une désorganisation dans sa vie, suivie d'une autre période de répit. En examinant le statut clinique des participants aux différentes évaluations auxquelles ils ont pris part jusqu'à la relance un an, on a pu constater une telle fluctuation chez certains individus, bien que ces données suggèrent qu'ils demeurent largement minoritaires. En ce sens, il est possible qu'un participant qui était en rémission aux relances un an et 8-15 ans ait connu, entre les deux évaluations, une période marquée par une exacerbation significative des difficultés alors que d'autres ont connu davantage de stabilité.

Une fluctuation des difficultés peut être liée à un changement dans les circonstances de vie d'un individu, ce qui n'a pas été systématiquement examiné dans le cadre de cette étude. Comme il est avancé par la perspective interpersonnelle qu'un rapport étroit existe entre le contexte et les patterns d'auto-protection qui caractérisent la phobie sociale, l'absence des situations évocatrices ou une diminution marquée de la fréquence d'exposition à celles-ci (pour des raisons autres que l'évitement) aura évidemment une incidence sur la manifestation

des tactiques défensives et la détresse anxieuse qui les accompagnent. Certains rapports anecdotiques recueillis dans le cadre des entrevues cliniques le suggèrent d'ailleurs.

Rappelons-nous également que cette étude n'a pas contrôlé les effets du passage du temps ou les effets « non spécifiques » liés à la prise en charge sur l'évolution des difficultés à long terme. L'utilisation d'un groupe contrôle ne recevant pas de traitement pendant l'ensemble de l'essai clinique et de la période de suivi aurait évidemment contrevenu aux principes éthiques. Il a toutefois été démontré que les participants ayant aléatoirement été assignés à une condition liste d'attente avant d'entamer le traitement ne se sont pas améliorés de façon significative comparativement aux groupes qui ont complété un traitement AI (Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000; Stravynski et al., 2013), ce qui supporte l'efficacité thérapeutique du traitement AI à court terme et suggère, par le fait même, qu'il soit peu probable que l'amélioration rapportée à long terme soit « spontanée » lorsque l'ensemble des participants est pris en considération. Par ailleurs, la chronicité de la phobie sociale rapportée dans le cadre d'études rétrospectives et prospectives chez les populations cliniques (voir chapitre 2) contraste également avec les résultats obtenus dans cette étude, ce qui met également en évidence l'efficacité du traitement AI à produire des effets significatifs et durables.

En revanche, le traitement AI n'a pas été directement comparé à un autre traitement validé par la recherche, en l'occurrence la thérapie par exposition, ou d'autres protocoles de traitement pour la phobie sociale (voir, entre autres, Clark et al., 2003; Heimberg & Becker, 2002; Lipsitz et al., 2008). Ainsi, la spécificité des retombées thérapeutiques à court et à long terme associées au traitement AI reste à être démontrée en ce qui concerne l'évolution du pattern global d'auto-protection dans le temps et des sous-patterns défensifs qui le caractérisent.

Le fait que 45% des participants ont reçu un traitement additionnel est une autre limite de l'étude. Bien que le profil des résultats obtenus dans cette étude demeure le même, que les individus ayant reçu un traitement additionnel soient ou non inclus dans les analyses, il n'en demeure pas moins qu'il n'est pas possible de savoir quels effets ces traitements ont eu sur les

difficultés sociales à court terme (c.-à-d. dans les mois ayant suivi le début de ces traitements). Nonobstant le fait que ces traitements semblent avoir eu des effets limités sur le fonctionnement à long terme, il n'est pas possible de savoir jusqu'à quel point ils ont contribué au *maintien* des gains thérapeutiques à long terme; ces traitements ont pu avoir participé à la consolidation des acquis rapportés (Scholing & Emmelkamp, 1996b).

Cette étude présente d'autres limites sur le plan méthodologique qui se doivent d'être notées. Dans un premier temps, la validité du SAD a déjà été soulevée dans ce chapitre. Tel qu'il a déjà été discuté, cette mesure auto-rapportée, comme les autres mesures d'anxiété sociale, examine de façon générique les peurs sociales et la tendance à éviter. Elle se révèle donc limitée quant à sa capacité à rendre compte, selon une conception interpersonnelle, des changements idiosyncrasiques relatifs à ces dimensions. Par ailleurs, les populations de référence, utilisées lors de l'évaluation de la signification clinique des changements rapportés sur cette mesure, avaient en moyenne une dizaine d'années de moins que l'échantillon ayant pris part à cette étude. En effet, la moitié de l'échantillon était âgé de plus de 50 ans. Par conséquent, des normes plus représentatives auraient permis de mieux rendre compte de la façon dont les participants de l'étude se comparent à une population susceptible de répondre à des demandes sociales similaires.

Par ailleurs, il est légitime de questionner la nature des difficultés fonctionnelles qui ont été examinées à l'aide du SAS-SR dans cette étude. En effet, il est étonnant que le degré initial des difficultés fonctionnelles des participants PS soit moins sévère que le fonctionnement social d'autres populations « normales »<sup>5</sup>. Les difficultés fonctionnelles examinées au pré-traitement dans cet échantillon sont d'ailleurs moins sévères que celles d'autres échantillons de phobiques sociaux évalués à l'aide de cette mesure (p. ex. Van Ameringen, Mancini, & Oakman, 1999; Mancini & Van Ameringen, 1996; Turner, Beidel, & Townsley, 1992). De plus, la faible cohérence interne obtenue sur des sous-échelles du SAS-SR à l'évaluation de relance exige également d'être prudent dans l'interprétation des résultats ayant traités à ces mesures. Il faut également souligner que la validité écologique du SAS-SR

---

<sup>5</sup> Moyennes et écarts-types :  $M = 1.69$ ,  $É.T. = 0.36$  dans Munoz et Stravynski (2010);  $M = 1.59$ ,  $É.T. = 0.33$  dans Weissman et al. (1978).

auprès des phobiques sociaux n'a, à notre connaissance, pas été évaluée. Ces questions de validité mettent donc en évidence la nécessité de développer des mesures plus adaptées aux construits interpersonnels qu'on tente de mesurer.

En ce qui a trait à l'analyse fonctionnelle, l'appariement des répertoires de comportements défensifs consignés dans le rapport clinique avec les cibles thérapeutiques formulées, a été effectué *a posteriori* par la chercheuse principale, étant donné que ce lien n'a pas été explicitement documenté. Bien que des mesures aient été prises dans des situations de doute (p. ex. consultation avec le directeur de recherche), il demeure que cet exercice a pu introduire certains biais. De plus, le calcul des taux d'amélioration du fonctionnement interpersonnel s'est fondé sur l'ensemble des cibles thérapeutiques formulées. Par conséquent, ce calcul ne discrimine pas entre les changements associés à des comportements défensifs moins envahissants (p. ex. accepter un compliment), des changements associés à des difficultés fonctionnelles ayant des répercussions plus importantes sur la capacité des participants PS à bien assumer leurs rôles (p. ex. participer activement lors des réunions d'équipe au travail). Les changements associés aux difficultés plus envahissantes n'avaient donc pas plus de poids dans le calcul de cette amélioration. Par contre, il faut se rappeler que des cibles thérapeutiques ont été ainsi formulées de façon à promouvoir la généralisation d'un mode de fonctionnement plus adapté (Stravynski 2013, chapitre 8). Certes, des cibles ne sont pas liées à des difficultés de nature « phobique », mais elles participent à la dissolution de la fonction défensive des patterns interpersonnels et à l'établissement d'une vie sociale plus « florissante » (Stravynski, 2013, chapitre 8).

La chercheuse principale, rappelons-le, a mené la plupart des entrevues cliniques (entrevues semi-structurées et entrevues cliniques pour les fins de l'analyse fonctionnelle). Malgré le fait que cette procédure a contribué à assurer une certaine standardisation du protocole d'évaluation, cette procédure peut constituer une autre limite de l'étude. Des accords interjuges très satisfaisants ont toutefois été obtenus pour minimiser les biais potentiels. Par contre, l'évaluation des juges s'est fondée dans la présente dissertation sur l'écoute des entrevues (et leur verbatim dans le cadre des analyses fonctionnelles) menées par la chercheuse principale. Pour obtenir une évaluation réellement *indépendante*, il aurait été

préférable que ces juges mènent parallèlement leurs propres entrevues, ce qui ne les aurait pas contraints aux données déjà recueillies et aurait contribué à augmenter la validité des jugements cliniques qu'ils auraient formulés. Cependant, les ressources à notre disposition ne permettait pas une telle procédure qui aurait d'ailleurs pu affecter négativement le processus de recrutement à cause de l'investissement en temps qu'elle aurait exigé des participants. Notons que des efforts ont été déployés par la chercheuse principale pour ne pas prendre connaissance du statut clinique qui a été attribué aux participants à la relance un an avant de mener les entrevues.

### **Recherches futures et implications pratiques**

Il serait important de répéter cette étude en examinant une proportion plus significative de participants ayant initialement pris part à une étude de traitement AI. Cela permettrait sans aucun doute d'augmenter la confiance dans la généralisation des résultats obtenus. Pour ce faire, il serait nécessaire d'employer des moyens pour favoriser la collaboration des participants à ce type d'étude. Des chercheurs évoquent notamment l'importance d'être créatif dans le processus de recrutement et de cueillette de données lors des études de suivi long terme (Juster et Heimberg, 1995; Kendall, Safford, Flannery-Schroeder, & Webb, 2004). Juster et Heimberg (1995) suggèrent ainsi que l'intérêt des participants à prendre part à l'étude est susceptible d'être conservé en augmentant la fréquence des contacts avec ces derniers pendant la période de suivi (p. 839). Par contre, il faudrait faire un choix judicieux dans l'établissement de ce type de contacts afin d'éviter d'introduire des éléments thérapeutiques, même non spécifiques, qui pourraient biaiser les résultats des évaluations de relance. À titre d'exemple, l'envoi de lettres de façon périodique pour rappeler la période à laquelle la (les) prochaine(s) évaluation(s) de suivi aura (auront) lieu pourrait maintenir l'engagement des participants dans le processus d'évaluation.

Par ailleurs, prévoir plus d'une évaluation de relance à l'intérieur d'une période de suivi donnée, de même que des intervalles plus courts entre les périodes d'évaluation (Ramsawh et al., 2009) serait particulièrement indiqué dans le cadre d'études futures. Par le fait même, un contact plus régulier et moins étendu dans le temps avec les participants serait

facilité par ce devis. Par exemple, une évaluation effectuée chaque année saurait mieux définir la courbe d'évolution des difficultés de façon prospective. L'emploi d'un protocole d'évaluation (voir Hunt & Andrews, 1995; Keller et al., 1987) facilitant l'évaluation de la présence ou l'absence des critères de la phobie sociale pendant les semaines ou les mois séparant deux périodes d'évaluation pourrait être très utile dans ce contexte.

L'évolution des difficultés sur le plan interpersonnel doit continuer à être investiguée étant donné le peu d'évidences qui existent à ce jour. Il faut d'ailleurs souligner que des données empiriques permettant de formuler une conception claire de la nature des comportements (et de leur fonction) caractérisant spécifiquement les individus PS dans leur vie quotidienne sont presque inexistantes (Stravynski, 2007, pp. 133-135; voir aussi p.137). Une initiative dans ce sens, qui a notamment révélé un mode relationnel défensif caractérisé par des sous-patterns d'auto-protection distincts chez les phobiques sociaux, a déjà été entreprise (Amado, 2005).

Les sous-patterns interpersonnels traduisant une façon habituelle de transiger avec les situations interpersonnelles, entre autres, la soumission, les comportements dominants, la docilité, la dépendance ou la modestie (voir Kyparissis et al., 2013b), n'ont toutefois pas été évalués dans la présente étude qui s'est plutôt penchée sur l'évaluation de comportements circonscrits et récurrents, reflétant le passage de l'auto-protection (p. ex. rester en retrait en situations de groupe) à une vie sociale plus engagée (p. ex. intervenir et s'affirmer). Ainsi, l'évolution à long terme des sous-patterns défensifs, et des comportements interpersonnels qui les composent, pourrait être examinée par le biais d'une méthodologie plus robuste dans les études de suivi futures, lesquelles devraient mettre l'accent sur les changements qui s'opèrent sur le plan défensif et participatif. Par exemple, l'utilisation d'une technique d'observation de type évènementiel (*Event-contingent recording*; Wheeler & Reis, 1991) similaire à celle employée par Russel et ses collaborateurs (2011) serait indiquée (voir Moskowitz, 1994). Cette procédure permettrait de recueillir, sur plusieurs jours et de façon plus standardisée, des données fonctionnelles suite aux interactions interpersonnelles quotidiennes évoquant de façon récurrente l'auto-protection. Elle permettrait également de conserver la validité écologique des données comportementales recueillies et de prendre en considération leur caractère



idiosyncrasique comparativement à l'utilisation d'une mesure auto-rapportée. Elle a également l'avantage de minimiser les biais de rappel (Reis & Gable, 2000). En somme, l'emploi d'une telle technique avant et après avoir complété un protocole de traitement, de même que lors d'évaluations de relance, s'avèrerait fort utile dans le cadre d'étude de traitement. Il serait également indiqué de l'utiliser de façon conjointe à une analyse fonctionnelle des difficultés pour mieux identifier les sphères de vie et les contextes particuliers qui évoquent les réactions défensives. À l'instar de l'étude d'Amado (2005) l'utilisation d'autres sources d'information, comme les proches, pourrait également valider ou clarifier les données obtenues.

Force est d'admettre qu'une procédure incorporant les idées proposées exigerait la mobilisation de ressources considérables, d'autant plus que la flexibilité des évaluateurs est souhaitable lors du processus de recrutement et d'évaluation (Kendall et al., 2004). Par exemple, dans la présente étude, la disponibilité de la chercheuse principale pour effectuer un nombre considérable d'appels téléphoniques et mener les entrevues cliniques à une période convenant aux participants (en soirée ou la fin de semaine, déplacement à leur domicile dans certains cas) a sans aucun doute contribué au recrutement de nombreux participants. Une telle étude permettrait toutefois d'approfondir notre compréhension de l'évolution des difficultés sociales, notamment après avoir complété un traitement AI.

Le fait de continuer à mettre en place des études ayant pour but d'examiner l'évolution des difficultés sociales à long terme permettrait d'approfondir nos connaissances quant aux différences individuelles. Ceci aiderait potentiellement à identifier des facteurs susceptibles de faciliter le maintien des acquis ou, à l'inverse, de contribuer à la recrudescence des difficultés (Scholing & Emmelkamp, 1996b). Certains facteurs ou leur combinaison facilitent-ils une prise de risques interpersonnels continue et une participation active au sein des différentes sphères de la vie sociale après la thérapie? D'autres facteurs ont-ils plutôt tendance à entraver la consolidation des acquis ou à renforcer le recours aux tactiques défensives? Des données anecdotiques suggèrent la contribution de tels facteurs dans l'exacerbation ou l'atténuation des réticences sociales depuis la dernière évaluation de relance, tel que perçu par les participants. Par exemple, à part le fait de continuer à volontairement aller au-devant de situations initialement problématique, des participants ont rapporté que le fait d'avoir

maintenant des enfants les encourageait, particulièrement en leur présence, à s'engager davantage dans leur vie sociale et à participer plus activement lors de rencontres sociales. Un participant a notamment évoqué la crainte « d'induire » des peurs sociales à ses enfants s'il agissait de façon défensive dans les situations interpersonnelles en leur présence. D'autres participants ont évoqué des événements de vie difficiles, tels que le décès d'un proche ou une séparation, comme des facilitateurs de changement qui les auraient amenés à s'engager dans des activités de façon à sortir de leur isolement et à élargir leur réseau social. En revanche, des participants ont rapporté que la survenue d'un autre trouble psychologique (p. ex. trouble de l'humeur) aurait exacerbé l'émergence d'anciens patterns de réticence sociale (p. ex. retrait social). Un autre participant a rapporté que des changements dans ses responsabilités professionnelles l'ont amené à faire face à des situations problématiques qu'il ne rencontrait pas auparavant et qui sont maintenant associées à des peurs envahissantes. En somme, en se référant au modèle interpersonnel (Stravynski, 2013, chapitre 8), il se pourrait que certains facteurs affectent plutôt les causes « proximales » de la phobie sociale, soit les situations évoquant les tactiques défensives. En ce sens, des circonstances de vie pourraient augmenter la fréquence d'exposition à de telles situations ou les faire émerger. D'autres facteurs pourraient plutôt être associés aux causes « formelles » de la phobie social - la façon habituelle de transiger avec les situations évocatrices - en encourageant ou non un engagement actif dans un ou plusieurs domaines de la vie sociale des participants. Finalement, des circonstances de vie pourrait amener un individu PS à ne plus avoir à faire face aux situations évocatrices (p. ex. fin des études), donc à ne plus avoir à se mobiliser de façon récurrente dans le but ultime de se protéger du regard des autres et de leur désapprobation (cause « ultime » de la phobie sociale). Par conséquent, dans ce contexte, cet individu ne répondrait plus aux critères de la phobie sociale. Les cas de « rémission spontanée », rapportés notamment dans l'étude rétrospective de Chartier et al. (1998), pourraient être expliqués par le fait que certains individus auraient cessé d'être exposés aux situations évocatrices à cause d'un changement dans leur vie. Néanmoins, de tels cas méritent d'être plus rigoureusement investigués dans des recherches futures, plus particulièrement la nature et la sévérité des difficultés rapportées par ces individus.

Il serait donc intéressant de documenter de façon plus exhaustive ces interactions potentielles. Fait intéressant, plusieurs rapports anecdotiques qui viennent d'être relevés corroborent des constats faits dans l'étude qualitative de Chartier et ses collaborateurs (1998) qui ont examiné de façon rétrospective le rôle qu'ont joué certains facteurs dans la trajectoire de la phobie sociale, du point de vue de participants PS issus d'une population non clinique. Pour des fins heuristiques, une telle étude qualitative mériterait d'être reproduite, mais en adoptant un schème prospectif. À l'exemple des travaux de Cain, Pincus et Grosse Holtforth (2010), il aurait également été intéressant d'examiner comment des participants PS, présentant des sous-types interpersonnels distincts dans la façon habituelle d'entrer en relation avec les autres, répondent à la thérapie AI. Plus important encore, il serait intéressant d'examiner comment leurs peurs sociales et leur fonctionnement interpersonnel évoluent - maintien des gains ou recrudescence des difficultés - au cours des années suivant la fin du traitement, en fonction de leur appartenance à leur sous-type interpersonnel respectif. Il est toutefois indiqué de mener des études qui sont statistiquement puissantes pour comparer directement la courbe d'évolution de différents cas de figure (p. ex. des participants ayant maintenu un statut de rémission versus ceux qui ont connu une recrudescence des difficultés) et mettre en lumière des facteurs potentiels ayant pu favoriser ou non certaines trajectoires cliniques. Des études plus poussées pourraient également être menées pour approfondir nos connaissances quant aux processus de changement. De même, des recherches futures sur le processus qui semble favoriser la généralisation des gains, tel que postulé par l'approche interpersonnelle (p. ex. incorporer des cibles « non phobiques » pour consolider les apprentissages et promouvoir une vie davantage en expansion; Stravynski, 2013, chapitre 8) devraient être menées. Elles permettraient également d'examiner comment ce processus est susceptible de favoriser la durabilité des gains à long terme.

La production de nouvelles connaissances sur ce plan pourrait permettre de dégager des cas de figure potentiellement distincts reflétant différents types de courbes d'évolution des difficultés; elle aiderait également à bonifier les méthodes existantes afin de favoriser le maintien et la consolidation des gains selon le profil présenté. De plus, elle faciliterait le développement de nouvelles stratégies de gestion des difficultés à long terme de type « prévention à la rechute » (p. ex. Marlatt & Gordon, 1985). Ces stratégies pourraient bien

entendu inclure des consultations téléphoniques, des séances de rappel au besoin, de même que des exercices plus formels complétés par les patients et révisés par le clinicien pendant une période circonscrite suivant la fin du traitement (p. ex. Öst, 1989). Elles pourraient également comprendre des séances additionnelles intensives pendant une période circonscrite suivant la fin du traitement (p. ex. Hiss, Foa, & Kozak, 1994) ou prendre la forme de groupes de soutien ou de programmes de pairs aidants (p. ex. Perreault et al., 2009). Ce type de programme pourrait potentiellement faciliter l'établissement de nouvelles dynamiques interpersonnelles en lien avec les cibles thérapeutiques déjà formulées, en particulier dans le cadre du traitement AI, et favoriser la consolidation des acquis à plus long terme. Ces programmes pourraient devenir des alternatives ou des compléments à des séances de psychothérapie, notamment pour les participants qui, à la fin du protocole AI, démontreraient encore des patterns interpersonnels défensifs significatifs malgré l'acquisition de gains thérapeutiques, et qui présenteraient des difficultés à mettre en pratique certains apprentissages de façon autonome. De même, d'autres études de suivi quantitatives et qualitatives pourraient mettre en lumière les processus qui contribuent à la persistance des difficultés chez les participants qui n'ont pas suffisamment bénéficié des traitements existants à court terme et les améliorer pour mieux répondre à leurs besoins particuliers.

En somme, le traitement AI a l'avantage de concevoir la phobie sociale d'un point de vue interpersonnel. Par conséquent, il s'intéresse aux patterns interpersonnels défensifs qui la caractérisent en amenant graduellement le patient à développer un nouveau mode relationnel pour les contrer. Le patient est ainsi encouragé à modifier sa façon habituelle d'entrer en relation avec les autres et de composer avec les situations problématiques de façon à ce qu'elle soit mieux « adaptée » aux contextes qui évoquent les patterns défensifs et surtout « plus en phase avec les buts sociaux désirés » (Stravynski, 2013, chapitre 8). Ces visées thérapeutiques distinguent le traitement AI des traitements contemporains. L'évaluation du traitement AI doit toutefois continuer à faire l'objet d'études contrôlées avec assignation aléatoire (p. ex. utilisation de conditions témoins incluant d'autres protocoles validés par la recherche, emploi d'un manuel de traitement pour assurer la standardisation du protocole thérapeutique, utilisation de mesures plus robustes sur le plan conceptuel, évaluation de l'intégrité du traitement, évaluation du traitement auprès d'équipes de recherche indépendantes). Par

exemple, bien qu'il ait été démontré que les différentes versions de l'approche AI sont équivalentes en terme d'efficacité, les améliorations rapportées tendent à favoriser, à court terme, la version individuelle. Il serait dès lors intéressant de mener une étude intégrant les propositions de recherches futures soulevées plus haut qui aurait pour but de comparer les différentes versions dans le but d'examiner si la version individuelle est associée à une courbe d'évolution du fonctionnement social qui se distingue à long terme.

En définitive, la mise sur pied d'autres études ayant pour but d'étayer le traitement AI permettrait de recueillir des preuves additionnelles quant à son efficacité et mieux comprendre l'apport distinctif de cette forme de traitement sur l'amélioration du fonctionnement social et, particulièrement, sur la durabilité des gains thérapeutiques qu'il peut engendrer des années plus tard.

## RÉFÉRENCES

- Acarturk, C., de Graaf, R., van Straten, A., ten Have, M., & Cuijpers, P. (2008). Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*, 273-279.
- Agras, S. W., Chapin, H. N., & Oliveau, D. C. (1972). The natural history of phobia. *Archives of General Psychiatry*, *26*, 315-317.
- Alden, L. E., & Taylor, C. L. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, *24*, 857-882.
- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2011). Relational treatment strategies increase social approach behaviors in patients with generalized social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*, 309-318.
- Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the inventory of interpersonal problems. *Journal of Personality Assessment*, *55*, 521-536.
- Amado, D. (2005). *Existe-t-il un pattern de comportements spécifique aux phobiques sociaux? Une étude ethnographique.* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>e</sup> éd.). Washington, DC : Auteur.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>e</sup> éd. rév.). Washington, DC : Auteur.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>e</sup> éd.). Washington, DC : Auteur.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>e</sup> éd. rév.). Washington, DC : Auteur.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). Washington, DC : Auteur.
- Anderson, P. L., Price, M., Edwards, S. M., Obasaju, M. A., Schmertz, S. K., Zimand, E., & Calamaras, M. R. (2013). Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder : A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*, 751-760.
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthar, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., ... Ekselius, L. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group

- exposure for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 677-686.
- André, C., & Légeron, P. (2003). *La peur des autres: Trac, timidité et phobie sociale*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Andrews, G., Davies, M., & Titov, N. (2011). Effectiveness randomized controlled trial of face to face versus internet cognitive behaviour therapy for social phobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 337-340.
- Angst, J. (1988). Clinical course of affective disorders. Dans T. Helgason & R. J. Daly (Éds.), *Depressive illness : Prediction of course and outcome* (pp. 1-48). New York, NY: Springer-Verlag Publishing.
- Arrindell, W. A., & van der Ende, J. (1985). Cross-sample invariance of the structure of self-reported distress and difficulty in assertiveness. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 7, 205-243.
- Bauer, S., Lambert, M. J., & Nielsen, S. L. (2004). Clinical significance methods: A comparison of statistical techniques. *Journal of Personality Assessment*, 82, 60-70.
- Beard, C., Moitra, E., Weisberg, R. B., & Keller, M. B. (2010). Characteristics and predictors of social phobia course in a longitudinal study of primary-care patients. *Depression and Anxiety*, 27, 839-845.
- Beattie, M. & Stevenson, J. (1984). Measures of social functioning in psychiatric outcome research. *Evaluation Review*, 8, 631-644.
- Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Fehm, L., Höfler, M., Lieb, R., Hofmann, S. G., & Wittchen, H.-U. (2012). The natural course of social anxiety disorder among adolescents and young adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126, 411-425.
- Beidel, D. C., Rao, P. A., Scharfstein, L., Wong, N., & Alfano, C. A. (2010). Social skills and social phobia : An investigation of DSM-IV subtypes. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 992-1001.
- Berger, T., Caspar, F., Richardson, R., Kneubühler, B., Sutter, D., & Andersson, G. (2011). Internet-based treatment of social phobia: A randomized controlled trial comparing unguided with two types of guided self-help. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 158-169.
- Berger, T., Hohl, E., & Caspar, F. (2009). Internet-based treatment for social phobia : A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1021-1035.
- Blanco, C., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Fresco, D. M., Chen, H., Turk, C. L...Liebowitz, M. R. (2010). A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioural group

- therapy, and their combination for social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67, 286-295.
- Blanco, C., Schneier, F. R., Schmidt, A., Blanco-Jerez, C.-R., Marshall, R., Sánchez-Lacay, A., & Liebowitz, M. R. (2003). Pharmacological treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 18, 29-40.
- Bögels, S. M. (2006). Task concentration training versus applied relaxation, in combination with cognitive therapy, for social phobia patients with fear of blushing, trembling, and sweating. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1199-1210.
- Bögels, S. M., & Voncken, M. (2008). Social skills training versus cognitive therapy for social anxiety disorder characterized by fear of blushing, trembling, or sweating. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 138-150.
- Borge, F.-M., Hoffart, A., Sexton, H., Clark, D. M., Markowitz, J. C., & McManus, F. (2008). Residential cognitive therapy versus residential interpersonal therapy for social phobia: A randomized clinical trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 991-1010.
- Borgeat, F., Stankovic, M., Khazaal, Y., Rouget, B. W., Baumann, M.-C., Riquier, F., ... Bondolfi, G. (2009). Does the form or the amount of exposure make a difference in the cognitive-behavioral therapy treatment of social phobia? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 507-513.
- Botella, C., Gallego, M. J., Garcia-Palacios, A., Guillen, V., Baños, R. M., Quero, S., Alcañiz, M. (2010). An internet-based self-help treatment for fear of public speaking: A controlled trial. *Cyberpsychology, Behavior, and Social networking*, 13, 407-421.
- Bouchard, S., Dumoulin, S., Robillard, G., Guitard, T., Klinger, E., Forget, H., & Roucaut, F. X. (2011). A randomized control trial for the use of in virtuo exposure in the treatment of social phobia: Final results. *Journal of CyberTherapy and Rehabilitation*, 4, 197-199.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 754-765.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. Albany : Graywind Publications.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders : Implications for classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49-58.



- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., ...Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, *162*, 1179-1187.
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P., & Gelder, M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*, 642-650.
- Cain, N. M., Pincus, A. L., & Grosse Holtforth, M. (2010). Interpersonal subtypes in social phobia : Diagnostic and treatment implications. *Journal of Personality Assessment*, *92*, 514-527.
- Canton, J., Scott, K. M., & Glue, P. (2012). Optimal treatment of social phobia: Systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *8*, 203-215.
- Carlbring, P., Furmark, T., Steczko, J., Ekselius, L., & Andersson, G. (2006). An open study of internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via email for social phobia. *Clinical Psychologist*, *10*, 30-38.
- Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L., & Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia: Randomised trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *British Journal of Psychiatry*, *190*, 123-128.
- Carlbring, P., Bergman Nordgren, L., Furmark, T., & Andersson, G. (2009). Long-term outcome of internet-delivered cognitive-behavioural therapy for social phobia: A 30-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 848-850.
- Chartier, M. J., Hazen, A. L., & Stein, M. B. (1998). Lifetime patterns of social phobia: A retrospective study of the course of social phobia in a nonclinical population. *Depression and Anxiety*, *7*, 113-121.
- Clark, D. B., & Agras, W. S. (1991). The assessment and treatment of performance anxiety in musicians. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 598-605.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., ... Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 568-578.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., ... Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 1058-1067.

- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. Dans R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Éds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York, NY: Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>e</sup> éd.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cottraux, J., Bouvard, M., & Messy, P. (1987). Validation et analyse factorielle d'une échelle de phobies: La version française du questionnaire des peurs de Marks et Mathews. *L'Encéphale*, *13*, 23-29.
- Cottraux, J., Note, I., Albuissou, E., Yao, S. N., Note, B., Mollard, E., ... Coudert, A. J. (2000). Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *69*, 137-146.
- Cox, B. J., Swinson, R. P., & Shaw, B. F. (1991). Value of the Fear Questionnaire in differentiating agoraphobia and social phobia. *The British Journal of Psychiatry*, *159*, 842-845.
- Cox, B. J., Turnbull, D. L., Robinson, J. A., Grant, B. F., & Stein, M. B. (2011). The effect of avoidant personality disorder on the persistence of generalized social anxiety disorder in the general population: Results from a longitudinal, nationally representative mental health survey. *Depression and Anxiety*, *28*, 250-255.
- Crippa, J. A. S., de Lima Osório, F., Del-Ben, C. M., Filho, A. S., da Silva Freitas, M. C., & Loureiro, S. R. (2008). Comparability between telephone and face-to-face structured clinical interview for DSM-IV in assessing social anxiety disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, *44*, 241-247.
- Cuming, S., Rapee, R. M., Kemp, N., Abbott, M. J., Peters, L., & Gaston, J. E. (2009). A self-report measure of subtle avoidance and safety behaviors relevant to social anxiety: development and psychometric properties. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 879-883.
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, *31*, 543-568.
- Davidson, J. R. T., Potts, N., Richichi, E., Krishnan, R., Ford, S.M., Smith, R., & Wilson, W. H. (1993). Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *13*, 423-428.
- DeLong, E. R., DeLong, D. M., & Clarke-Pearson, D. L. (1988). Comparing the areas under two or more correlated receiver operating characteristic curves: a nonparametric approach. *Biometrics*, *44*, 837-845.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90: Administration, scoring, and procedures manual for the revised version*. Baltimore, MD: Clinical Psychometrics Research.

- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90-R. An outpatient psychiatric rating scale : A preliminary report. *Psychopharmacological bulletin*, 9, 13-28.
- Dewar, K.M. & Stravynski, A. (2001). The quest for biological correlates of social phobia : An interim assessment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 244-251.
- Dinnel, D. L., Kleinknecht, R. A., & Tanaka-Matsumi, J. (2002). A cross-cultural comparison of social phobia symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 75-84.
- Douilliez, C., Baeyens, C., & Philippot, P. (2008). Validation d'une version francophone de l'Échelle de Peur de l'Évaluation Négative (FNE) et de l'Échelle d'Évitement et de Détresse Sociale (SAD). *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 13, 1-11.
- Emmelkamp, P. M. G., van Oppen, P., & van Balkom, A. J. L. M. (2002). Cognitive changes in patients with obsessive compulsive rituals treated with exposure in vivo and response prevention. Dans R. O. Frost, & G. Steketee (Éds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions : Theory, assessment, and treatment* (pp. 391-401). Oxford : Elsevier.
- Evans, C., Margison, F., & Barkham, M. (1998). The contribution of reliable and clinically significant change methods to evidence-based mental health. *Evidence-Based Mental Health*, 1, 70-72.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fava, G. A., Grandi, S., & Canestrari, R. (1989). Treatment of social phobia by homework exposure. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 52, 209-213.
- Fava, G. A., Grandi, S., Rafanelli, C., Ruini, C., Conti, S., & Belluardo, P. (2001). Long-term outcome of social phobia treated by exposure. *Psychological Medicine*, 31, 899-905.
- Fedoroff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 311-324.
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F., & Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: Prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 257-265.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia : A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Follette, W. C., & Houts, A. C. (1996). Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development : A case study of the DSM. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1120-1132.
- Fortin, F. B., & Coutu-Wakulczyk, G. (1985). *Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale : Le SCL-90-R*. Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105*, 84-93.
- Furmark, T., Carlbring, P., Hedman, E., Sonnenstein, A., Clevberger, P., Bohman, B., ... Andersson, G. (2009). Guided and unguided self-help for social anxiety disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 195*, 440-447.
- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P.-O., Marteinsdottir, I., Gefvert, O., & Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population: Prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34*, 416-424.
- García-López, L.-J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A. M., Turner, S., & Rosa, A. I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5-year follow-up assessment. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 175-191.
- Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimboic, P., Amkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E., & Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia : A controlled study. *Archives of General Psychiatry, 48*, 938-945.
- Gibbs, D., Kyparissis, A., Lachance, L. & Stravynski, A. (2011, juin). *The differential effects of four versions of an interpersonal approach to the treatment of social phobia: statistical and clinical significance*. Affiche présentée au congrès annuel de la Société canadienne de psychologie (SCP), Toronto, Ontario.
- Goisman, R. M., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (1999). Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991-1996. *The American Journal of Psychiatry, 156*, 1819-1821.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W., & Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*, 291-306.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W.,... Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry, 61*, 807-816.

- Gruber, K., Moran, P. J., Roth, W. T., & Taylor, C. B. (2001). Computer-assisted cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Behavior Therapy, 32*, 155-165.
- Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment for Psychopharmacology, Revised Edition*. Rockville, MD: NIMH Publication.
- Hambrick, J. P., Turk, C. L., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2004). Psychometric properties of disability measures among patients with social anxiety disorder. *Anxiety Disorders, 18*, 825-839.
- Hansen, R. A., Gaynes, B. N., Gartlehner, G., Moore, C. G., Tiwari, R., & Lohr, K. N. (2008). Efficacy and tolerability of second-generation antidepressants in social anxiety disorder. *International Clinical Psychopharmacology, 23*, 170-179.
- Harris, A. (1938). The prognosis of anxiety states. *The British Medical Journal, 2*, 649-654.
- Haug, T. T., Blomhoff, S., Hellstrøm, K., Holme, I., Humble, M., Madsbu, H. P., & Wold, J. E. (2003). Exposure therapy and sertraline in social phobia: 1-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 182*, 312-318.
- Hays, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hedges, D. W., Brown, B. L., Shwalb, D. A., Godfrey, K., & Larcher, A. M. (2007). The efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in adult social anxiety disorder: A meta-analysis of double-blind, placebo-controlled trials. *Journal of Psychopharmacology, 21*, 102-111.
- Hedman, E., Andersson, G., Ljótsson, B., Andersson, E., Rück, C., Mörtberg, E., & Lindefors, N. (2011). Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioural group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled non-inferiority trial. *PLoS ONE 6*: e18001.
- Hedman, E., Furmark, T., Carlbring, P., Ljótsson, B., Rück, C., Lindefors, N., & Andersson, G. (2011). A 5-year follow-up of internet-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder. *Journal of Medical Internet Research, 13*: e39
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York, NY: Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Becker, R. E., Goldfinger, K., & Vermilyea, J. A. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments. *The Journal of Nervous and Mental disease, 173*, 236-245.

- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., & Zollo, L. J. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 1-23.
- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L., & Liebowitz, M. R. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 7*, 249-269.
- Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Cognitive-behavioral treatment : Literature review. Dans R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Éds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 261-309). New York: Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt, C. S., & Blendell, K. A. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia : Effectiveness at five-year followup. *Cognitive Therapy and Research, 17*, 597-598.
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Myers, V. H., Dalrymple, K., & Nolan, E. M. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy, 36*, 125-138.
- Herbert, J. D., Rheingold, A. A., Gaudiano, B. A., & Myers, V. H. (2004). Standard versus extended cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: A randomized-controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 32*, 131-147.
- Hiss, H., Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1994). Relapse prevention program for treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 801-808.
- Hoffart, A. (2005). Interpersonal therapy for social phobia: Theoretical model and review of the evidence. Dans M. E. Abelian (Éd.), *Focus on psychotherapy research* (pp. 121-137). New York, NY: Nova Science Publishers.
- Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 392-399.
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2002). Social phobia (Social anxiety disorder). Dans Barlow, D. H. (Éd., 2<sup>e</sup> éd.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 454-476). New York, NY: The Guilford Press.
- Hofmann, S.G., Heinrichs, N., & Moscovitch, D.A. (2004). The nature and expression of social phobia : Toward a new classification. *Clinical psychology review, 24*, 769-797.
- Hope, D. A., Herbert, J. D., & White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 399-417.

- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2000). *Inventory of interpersonal problems manual*. Odessa, FL: The Psychological Corporation.
- Huber, D., Henrich, G., & Klug, G. (2007). The Inventory of Interpersonal Problems (IIP): Sensitivity to change. *Psychotherapy Research, 17*, 474-481.
- Hunt, C., & Andrews, G. (1995). Comorbidity in the anxiety disorders : the use of a life-chart approach. *Journal of psychiatric research, 29*, 467-480.
- Hunt, C., & Andrews, G. (1998). Long-term outcome of panic disorder and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 395-406.
- Ipser, J. C., Kariuki, C. M., & Stein, D. J. (2008). Pharmacotherapy for social anxiety disorder : A systematic review. *Expert Review of Neurotherapeutics, 8*, 235-257.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance : A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- Janet, P. (1908). *Les obsessions et les psychasthénies* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Félix Alcan Éditeur.
- Juster, H. R., & Heimberg, R. G. (1995). Social phobia : Longitudinal course and long-term outcome of cognitive-behavioral treatment. *The Psychiatric Clinics of North America, 18*, 821-842.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY: Delacorte.
- Kazdin, A. E. (2003). Clinical significance : Measuring whether interventions make a difference. Dans A. E. Kazdin (Éd.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (3<sup>e</sup> éd., pp. 691-710). Washington, DC : American Psychological Association.
- Keller, M. B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder : A clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108* (Suppl. 417), 85-94.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Friedman, B., Nielsen, E., Endicott, J., McDonald-Scott, P., Andreasen, N. C. (1987). The Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation : A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry, 44*, 540-548.
- Kemper, T. D., & Collins, R. (1990). Dimensions of microinteraction. *American Journal of Sociology, 96*, 32-68.
- Kendall, P. C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E., & Webb, A. (2004). Child anxiety treatment : Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 276-287.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 593-602.
- Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H.-U., Stein, M., & Walters, E. E. (1999). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, *29*, 555-567.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York, NY : Basic Books.
- Klinger, E., Bouchard, S., Légeron, P., Roy, S., Lauer, F., Chemin, I., & Nugues, P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for social phobia : A preliminary controlled study. *CyberPsychology & Behavior*, *8*, 76-88.
- Koszycki, D., Benger, M., Shlik, J., & Bradwejn, J. (2007). Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 2518-2526.
- Kyparissis, A., Gibbs, D., Stravynski, A., & Lachance, L. What is the cut-off point between socially phobic and normal social anxiety on the Social Avoidance and Distress (SAD) scale? (en préparation).
- Kyparissis, A., Stravynski, A., & Lachance, L. (2013a). Is social phobia characterized by a distinct interpersonal pattern? A comparison between socially phobic, single sexually dysfunctional, and normal individuals (soumis).
- Kyparissis, A., Stravynski, A., & Lachance, L. (2013b). Does an interpersonal approach to treatment improve the dysfunctional interpersonal pattern in social phobia? A one-year follow-up (soumis).
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York, NY : Ronald Press.
- Ledley, D. R., Heimberg, R. G., Hope, D. A., Hayes, S. A., Zaider, T. I., Dyke, M. V., ... Fresco, D. M. (2009). Efficacy of a manualized and workbook-driven individual treatment for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, *40*, 414-424.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J., & Klein, D. F. (1985). Social phobia : Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of general psychiatry*, *42*, 729-736.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., Holt, C. S., ... Klein, D. F. (1999). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long term outcome. *Depression and Anxiety*, *10*, 89-98.



- Lipsitz, J. D., Gur, M., Vermes, D., Petkova, E., Cheng, J., Miller, N., ... Fyer, A. J. (2008). A randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. *Depression and Anxiety, 25*, 542-553.
- Lipsitz, J. D., Markowitz, J. C., Cherry, S., & Fyer, A. J. (1999). Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1814-1816.
- Lyneham, H. J., & Rapee, R. M. (2005). Agreement between telephone and in-person delivery of a structured interview for anxiety disorders in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 274-282.
- Mancini, C., & Van Ameringen, M. (1996). Paroxetine in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry, 57*, 519-522.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias and rituals: Panic, anxiety, and their disorders*. New York: Oxford University Press.
- Marks, I. M., & Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry, 123*, 218-221.
- Marks, I. M., & Mathews, A. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behavior Research and Therapy, 17*, 263-267.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention*. New York: Guilford.
- Marzillier, J. S., Lambert, C., & Kellett, J. (1976). A controlled evaluation of systematic desensitization and social skills training for socially inadequate psychiatric patients. *Behaviour Research and Therapy, 14*, 225-238.
- Martinovich, Z., Saunders, S., & Howard, K. (1996). Some comments on "assessing clinical significance". *Psychotherapy Research, 6*, 124-132.
- Massion, A. O., Dyck, I. R., Shea, M. T., Phillips, K. A., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (2002). Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 59*, 434-440.
- Massion, A. O., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry, 150*, 600-607.
- Mattick, R. P., Peters, L., & Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy, 20*, 3-23.
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (3<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Oxford University Press, Inc.

- McFall, R.M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral assessment*, 4, 1-33.
- Merikangas, K. R., & Angst, J. (1995). Comorbidity and social phobia: Evidence from clinical, epidemiologic, and genetic studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244, 297-303.
- Mersch, P. P. A. (1995). The treatment of social phobia: The differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure in vivo, rational emotive therapy and social skills training. *Behavior Research and Therapy*, 33, 259-269.
- Mersch, P. P. A., Emmelkamp, P. M. G., Bögels, S. M., & van der Sleen, J. (1989). Social phobia: Individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behavior Research and Therapy*, 27, 421-434.
- Mersch, P. P. A., Emmelkamp, P. M. G., & Lips, C. (1991). Social phobia: Individual response patterns and the long-term effects of behavioral and cognitive interventions. A follow-up study. *Behavior Research and Therapy*, 29, 357-362.
- Montgomery, S. A., Nil, R., Dürr-Pal, N., Loft, H., & Boulenger, J.-P. (2005). A 24-week randomized, double-blind, placebo-controlled study of escitalopram for the prevention of generalized social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1270-1278.
- Mörtberg, E., Clark, D. M., Bejerot, S. (2011). Intensive group cognitive therapy and individual cognitive therapy for social phobia: Sustained improvement at 5-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 994-1000.
- Mörtberg, E., Clark, D. M., Sundin, Ö, & Åberg Wistedt, A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 142-154.
- Mörtberg, E., Karlsson, A., Fyring, C., & Sundin, Ö. (2006). Intensive cognitive-behavioral group treatment (CBGT) of social phobia: A randomized controlled study. *Anxiety Disorders*, 20, 646-660.
- Moskowitz, D. S. (1994). Cross-situational generality and the interpersonal circumplex. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 921-933.
- Mulkens, S., Bögels, S. M., de Jong, P. J., & Louwers, J. (2001). Fear of blushing: Effects of task concentration training versus exposure in vivo on fear and physiology. *Anxiety Disorders*, 15, 413-432.
- Munoz, V., & Stravynski, A. (2010). Social phobia and sexual problems: A comparison of social phobic, sexually dysfunctional and normal individuals. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 53-66.

- Newman, M. G., Hofmann, S. G., Trabert, W., Roth, W. T., & Taylor, C. B. (1994). Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes? *Behavior Therapy, 25*, 503-517.
- Oei, T., Kenna, D., & Evans, L. (1991). The reliability, validity and utility of the SAD and FNE scales for anxiety disorder patients. *Personality and Individual Differences, 12*, 111-116.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., Campbell, D. C., Goering, P., Lin, E., Wong, M., & Racine, Y. A. (1996). One-year prevalence of psychiatric disorders in Ontarians 15 to 64 years of age. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*, 559-563.
- Ogles, B. M., Lunnen, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical Psychology Review, 21*, 421-446.
- Olfson, M., Fireman, B., Weissman, M. M., Leon, A. C., Sheehan, D. V., Kathol, R. G. ...Farber, L. (1997). Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *American Journal of Psychiatry, 154*, 1734-1740.
- Oosterbaan, D. B., van Balkom, A., J., L. M., Spinhoven, P., & van Dyck, R. (2001). The placebo response in social phobia. *Journal of Psychopharmacology, 15*, 199-203.
- Oosterbaan, D. B., van Balkom, A. J. L. M., Spinhoven, P., van Oppen, P., & van Dyck, R. (2001). Cognitive therapy versus moclobemide in social phobia: A controlled study. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 8*, 263-273.
- Organisation Mondiale de la Santé (1992). *Classification internationale des maladies*. (10<sup>e</sup> éd.) (Chapitre V : Troubles Mentaux et Troubles du comportement). Genève : auteur.
- Öst, L.-G. (1989). A maintenance program for behavioral treatment of anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 123-130.
- Öst, L.-G. (1996). Long-term effects of behavior therapy for specific phobia. In M.R. Mavissakalian, & R.F. Prien, *Long-term treatments of anxiety disorders*, (pp. 121-170). Washington, DC : American Psychiatric Press, Inc.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington, J. J., McArdle, E. T., & Rosenbaum, J. F. (2000). A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 345-358.
- Perreault, M., Chartier-Otis, M., Bélanger, C., Marchand, A., Zacchia, C., & Bouchard, S. Trouble panique avec agoraphobie et trouble d'anxiété sociale: recours aux pairs-aidants et accès au traitement. *Santé Mentale au Québec, 34*, 187-198.

- Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M. S., & Rosenberg, N. K. (2010). A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology, 51*, 403-410.
- Plasencia, M. L., Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2011). Differential effects of safety behaviour subtypes in social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy, 49*, 665-675.
- Ponniah, K., & Hollon, S. D. (2008). Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: A qualitative review of randomized controlled trials. *Psychological Medicine, 38*, 3-14.
- Powers, M. B., Sigmarsson, S. R., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). A meta-analytic review of psychological treatments for social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*, 94-113.
- Praňko, J., Dockery, C., Horáček, J., Houbová, P., Kosová, J., Klaschka, J., ... Höschl, C. (2006). Moclobemide and cognitive behavioral therapy in the treatment of social phobia: A six-month controlled study and 24 months follow up. *Neuroendocrinology Letters, 27*, 473-481.
- Ramsawh, H. J., Raffa, S. D., Orlando Edelen, M., Rende, R., & Keller, M. B. (2009). Anxiety in middle adulthood : Effects of age and time on the 14-year course of panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder. *Psychological Medicine, 39*, 615-624.
- Rapee, R. M., Abbott, M. J., Baillie, A. J., & Gaston, J. E. (2007). Treatment of social phobia through pure self-help and therapist-augmented self-help. *British Journal of Psychiatry, 191*, 246-252.
- Rapee, R. M., Gaston, J. E., & Abbott, M. J. (2009). Testing the efficacy of theoretically derived improvements in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 317-327.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 741-756.
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia : Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review, 24*, 737-767.
- Rathus, A. (1973). A 30 items Schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy, 4*, 398-406.
- Reis, H. T., & Gable, S. L. (2000). Event-sampling and other methods for studying everyday experience. Dans H. T. Reis, & C. M. Judd (Éds.), *Handbook of research methods in*

*social and personality psychology* (pp. 190-222). New York, NY : Cambridge University Press.

- Reich, J. (2000). The relationship of social phobia to avoidant personality disorder: A proposal to reclassify avoidant personality disorder based on clinical empirical findings. *European Psychiatry, 15*, 151-159.
- Reich, J., Goldenberg, I., Vasile, R., Goisman, R., & Keller, M. (1994). A prospective follow-along study of the course of social phobia. *Psychiatry Research, 54*, 249-258.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review, 24*, 883-908.
- Rowa, K., & Antony, M. M. (2005). Psychological treatments for social phobia. *Canadian Journal of psychiatry, 50*, 308-316.
- Roy, C. (2000). *Évaluation fonctionnelle de la phobie sociale*. (Document inédit). Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.
- Russel, J. J., Moskowitz, D. S., Zuroff, D. C., Bleau, P., Pinard, G., & Young, S. N. (2011). Anxiety, emotional security and the interpersonal behavior of individuals with social anxiety disorder. *Psychological Medicine, 41*, 545-554.
- Salaberría, K., & Echeburúa, E. (1998). Long-term outcome of cognitive therapy's contribution to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. *Behavior Modification, 22*, 262-284.
- Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behavior in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy, 19*, 6-19.
- Sargent, H. D. (1960). Methodological problems of follow-up studies in psychotherapy research. *American Journal of Orthopsychiatry, 30*, 495-506.
- Schneier, F. R. (2011). Pharmacotherapy of social anxiety disorder. *Expert Opinion on Pharmacotherapy, 12*, 615-625.
- Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., ... Liebowitz, M. R. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry, 55*, 322-331.
- Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. G. (1996a). Treatment of generalized social phobia: Results at long-term follow-up. *Behavior Research and Therapy, 34*, 447-452.
- Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. G. (1996b). Treatment of fear of blushing, sweating, or trembling: Results at long-term follow-up. *Behavior Modification, 20*, 338-356.

- Servant, D., & Parquet, P. J. (1997). *Les phobies sociales*. Paris: Masson.
- Sheehan, D. V. (1983). *The anxiety disease*. New York, NY: Scribner.
- Smits, J. A. J., Powers, M. B., Buxkamper, R., & Telch, M. J. (2006). The efficacy of videotape feedback for enhancing the effects of exposure-based treatment for social anxiety disorder: A controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1773-1785.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 991-1007.
- Stein, M. B., Chartier, M. J., Hazen, A. L., Kozak, M., Tancer, M. E., Lander, S., ... Walker, J. (1998). A direct-interview family study of generalized social phobia. *The American Journal of Psychiatry*, *155*, 90-97.
- Stein, M. B., Pollack, M. H., Bystritsky, A., Kelsey, J. E., & Mangano, R. M. (2005). Efficacy of low and higher dose extended-release venlafaxine in generalized social anxiety disorder: A 6-month randomized controlled trial. *Psychopharmacology*, *177*, 280-288.
- Stein, D. J., Ruscio, A. M., Lee, S., Petukhova, M., Alonso, J., Andrade, L. H. S. G., ... Kessler, R. C. (2010). Subtyping social anxiety disorder in developed and developing countries. *Depression and Anxiety*, *27*, 390-403.
- Stein, M. B., Torgrud, L. J., & Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 1046-1052.
- Stein, D. J., Versiani, M., Hair, T., & Kumar, R. (2002). Efficacy of paroxetine for relapse prevention in social anxiety disorder : A 24-week study. *Archives of general psychiatry*, *59*, 1111-1118.
- Stravynski, A. (1983). Behavioral treatment of psychogenic vomiting in the context of social phobia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *171*, 448-451.
- Stravynski, A. (2007). *Fearing others: The nature and treatment of social phobia*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stravynski, A. (2013). *Social phobia: An interpersonal approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stravynski, A., Arbel, N., Bounader, J., Gaudette, G., Lachance, L., Borgeat, F., ... Todorov, C. (2000). Social phobia treated as a problem in social functioning : A controlled comparison of two behavioural group approaches. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *102*, 188-198.

- Stravynski, A., Arbel, N., Gaudette, G., & Lachance, L. (2013). Dismantling an interpersonal approach to the treatment of social phobia (soumis).
- Stravynski, A., Arbel, N., Lachance, L., & Todorov, C. (2000). Social phobia viewed as a problem in social functioning : A pilot study of group behavioral treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *31*, 163-175.
- Stravynski, A., & Greenberg, D. (1998). The treatment of social phobia : A critical assessment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *98*, 171-181.
- Stravynski, A., Kyparissis, A., & Amado, D. (2010). Social phobia as a deficit in social skills. In S. G. Hofmann, & P. M. DiBartolo (Éds., 2e éd.), *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (pp. 147-181). Elsevier Inc.
- Stravynski, A., Lesage, A., Marcouiller, M., & Elie, R. (1989). A test of the therapeutic mechanism in social skills training with avoidant personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *177*, 739-744.
- Stravynski, A., Marks, I., & Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients. *Archives of general psychiatry*, *39*, 1378-1385.
- Sutherland, S. M., Tupler, L. A., Colket, J. T., & Davidson, J. R. T. (1996). A 2-year follow-up of social phobia: Status after a brief medication trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *184*, 731-738.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (Éds., 5<sup>e</sup> éd.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *27*, 1-9.
- Tefikow, S., Teismann, T., Willutzki, U., Wiltink, J., & Leibing, E. (2013). Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: A multicenter randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *170*, 759-767.
- Tillfors, M., Carlbring, P., Furmark, R., Lewenhaupt, S., Spak, M., Eriksson, A., ... Andersson, G. (2008). Treating university students with social phobia and public speaking fears: Internet delivered self-help with or without live group exposure sessions. *Depression and Anxiety*, *25*, 708-717.
- Titov, N., Andrews, G., Choi, I., Schwencke, G., & Mahoney, A. (2008c). Shyness 3: Randomized controlled trial of guided versus unguided internet-based CBT for social phobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *42*, 1030-1040.

- Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Schwencke, G., & Choi, I. (2009a). Shyness programme: Longer term benefits, cost-effectiveness, and acceptability. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *43*, 36-44.
- Titov, N., Andrews, G., & Schwencke, G. (2008b). Shyness 2: Treating social phobia online: Replication and extension. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *42*, 595-605.
- Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Drobny, J., & Einstein, D. (2008a). Shyness 1: Distance treatment of social phobia over the internet. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *42*, 585-594.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Jacob, R. G. (1994). Social phobia: A comparison of behavior therapy and Atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 350-358.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 326-331.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., & Oakman, J. M. (1999). Nefazodone in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, *60*, 96-100.
- van Dam-Baggen, R., & Kraaimaat, F. (1999). Assessing social anxiety: The Inventory of Interpersonal Situations, IIS. *European Journal of Psychological Assessment*, *15*, 23-36.
- van Dam-Baggen, R., & Kraaimaat, F. (2000). Group social skills training or cognitive group therapy as the clinical treatment of choice for generalized social phobia? *Journal of Anxiety Disorders*, *14*, 437-451.
- Vasile, R. G., Bruce, S. E., Goisman, R. M., Pagano, M., & Keller, M. B. (2005). Results of a naturalistic longitudinal study of benzodiazepine and SSRI use in the treatment of generalized anxiety disorder and social phobia. *Depression and Anxiety*, *22*, 59-67.
- Versiani, M., Nardi, A. E., Mundin, F. D., Alves, A. B., Liebowitz, M. R., & Amrein, R. (1992). Pharmacotherapy of social phobia: A controlled study with moclobemide and phenelzine. *The British Journal of Psychiatry*, *161*, 353-360.
- Vriends, N., Becker, E. S., Meyer, A., Williams, S. L., Lutz, R., & Margraf, J. (2007). Recovery from social phobia in the community and its predictors: Data from a longitudinal epidemiology study. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*, 320-337.
- Waintraud, L., Guelfi, J.-D., Lancrenon, S., & Rouillon, F. (1995). Validation du questionnaire d'adaptation sociale de M. Weissman dans sa version française. *Annales Médico-Psychologiques*, *153*, 274-277.



- Walker, J. R., Van Ameringen, M. A., Swinson, R., Bowen, R. C., Chokka, P. R., Goldner, E., ... & Lane, R. M. (2000). Prevention of relapse in generalized social phobia: Results of a 24-week study in responders to 20 weeks of sertraline treatment. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *20*, 636-644.
- Warshaw, M. G., Keller, M. B., & Stout, R. L. (1994). Reliability and validity of the longitudinal interval follow-up evaluation for assessing outcome of anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, *28*, 531-545.
- Watson, D., & Friend, A. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *33*, 458-465.
- Weissman, M. M., & Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self report. *Archives of General Psychiatry*, *33*, 1111-1115.
- Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Thompson, W. D., Harding, P. S., & Myers, J. K. (1978). Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *166*, 317-326.
- Wheeler, L., & Reis, H. T. (1991). Self-recording of everyday life events : origins, types, and uses. *Journal of personality*, *59*, 339-354.
- Willutzki, U., Teismann, T., & Schulte, D. (2012). Psychotherapy for social anxiety disorder : Long-term effectiveness of resource-oriented cognitive-behavioral therapy and cognitive therapy in social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *68*, 581-591.
- Wise, E. A. (2004). Methods for analyzing psychotherapy outcomes : A review of clinical significance, reliable change, and recommendations for future directions. *Journal of Personality Assessment*, *82*, 50-59.
- Wittchen, H.-U., & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *108* (Suppl. 417), 4-18.
- Wlazole, Z., Schroeder-Hartwig, K., Hand, I., Kaiser, G., & Münchau, N. (1990). Exposure in vivo vs social skills training for social phobia: Long-term outcome and differential effects. *Behavior Research and Therapy*, *28*, 181-193.
- Yonkers, K. A., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2001). An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. *Psychiatric Services*, *52*, 637-643.
- Zaider, T. I., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2003). Evaluation of the Clinical Global Impression Scale among individuals with social anxiety disorder. *Psychological Medicine*, *33*, 611-622.

ANNEXE A

Critères de la phobie sociale (DSM-IV)

**Critères de la phobie sociale**  
**(DSM-IV; APA, 1994)**

---

- A. Une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante.
- B. L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou bien facilitée par la situation.
- C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur.
- D. Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intenses.
- E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la (les) situation(s) redoutée(s) sociale(s) ou de performance perturbent, de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles (scolaires), ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.
- F. Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois.
- G. La peur ou le comportement d'évitement n'est pas lié aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, ou un médicament) ni à une affection médicale générale et n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental (p. ex. Trouble panique avec ou sans agoraphobie, Trouble d'anxiété de séparation, Peur d'une dysmorphie corporelle, Trouble envahissant du développement ou Personnalité schizoïde).
- H. Si une affection médicale générale ou un autre trouble mental est présent, la peur décrite en A est indépendante de ces troubles; par exemple, le sujet ne redoute pas de bégayer, de trembler dans le cas d'une maladie de Parkinson ou de révéler un comportement alimentaire anormal dans l'Anorexie mentale (Anorexia nervosa) ou la Boulimie (Bulimia nervosa).

*Spécifier :*

**Type généralisé:** si les peurs concernent la plupart des situations sociales (envisager également un diagnostic additionnel de Personnalité évitante).

---

## ANNEXE B

L'évolution de la phobie sociale: populations non cliniques

## L'évolution de la phobie sociale: populations non cliniques

*Vriends et al. (2007)*

L'étude de Vriends et al. (2007) avait pour but d'examiner les taux de rémission après un suivi variant de 7 à 30 mois (moyenne = 15.6 mois) chez une population de jeunes femmes âgées de 18 à 24 ans (N = 91) répondant initialement aux critères de la phobie sociale du DSM-IV. Cet échantillon est issu du *Dresden Predictor Study*, étude épidémiologique qui a été menée en Allemagne auprès de jeunes femmes du même âge. Les participantes ont été évaluées à deux reprises et seules les données de celles qui ont pris part aux deux périodes d'évaluation sont rapportées dans cette étude. Les résultats indiquent que lors de la relance, 36% (N = 33) des jeunes femmes présentaient encore tous les critères de la phobie sociale. Trente-six pourcent d'entre elles ne répondaient à aucun critère de la phobie sociale et 28% des participantes étaient considérées en "rémission partielle" (opérationnalisé comme répondant à moins de huit des critères de la phobie sociale). Une minorité seulement aurait connu une stabilité de leur statut clinique. En fait, seules 3.4% de celles qui ne répondaient plus à tous les critères de la phobie sociale auraient consulté un psychothérapeute "pour un problème social ou psychologique" (p. 326, traduction libre) pendant l'année ayant précédé la relance. Douze pourcent des participantes ayant maintenu leur statut clinique auraient consulté. Il a toutefois été rapporté que le fait d'avoir ou non consulté ne prédirait pas le statut clinique à la relance. Ces données suggèrent ainsi qu'une proportion substantielle de participantes ont atteint le statut de rémission sans intervention formelle, d'autant plus que la raison de la consultation aurait pu être liée à d'autres types de difficultés psychologiques. Cependant, le fait que cette population ne concerne que des femmes et, de surcroît, d'une tranche d'âge reflétant une période développementale circonscrite exige de demeurer prudent quant à la généralisation des résultats.

*Cox, Turnbull, Robinson, Grant, & Stein (2011)*

Cox et ses collaborateurs (2011) ont analysé des données provenant d'une étude épidémiologique menée aux États-Unis (*National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions*) dans le but d'examiner la « persistance » de la phobie sociale. Neuf cent quatre-

vingt-dix-sept participants au programme de recherche, répondant initialement aux critères de la phobie sociale du DSM-IV, ont été évalués trois ans suivant leur évaluation initiale. Seules les données provenant des participants ayant pris part aux deux périodes d'évaluation sont rapportées par les auteurs. Selon les données relevées, 15% (153/997) des participants considérés comme phobiques sociaux lors de la première évaluation répondaient toujours aux critères de la phobie sociale à la relance, suggérant ainsi que la grande majorité d'entre eux étaient considérés en rémission, à tout le moins pendant cette période. Les auteurs ont rapporté le taux de stabilité du statut clinique en fonction du type de phobie sociale, indiquant que ce taux s'élevait à 19% chez les participants ayant des peurs sociales généralisées, alors qu'il était de 10% chez les participants considérés comme ayant des peurs plus circonscrites (peurs sociales rapportées dans moins de sept situations sociales). Il a été noté que 11% des individus PS auraient cherché à être traités pour un problème de santé mentale au cours de l'année ayant précédé la première évaluation (Grant et al., 2004). Malheureusement, des données spécifiques quant à l'âge des participants PS n'ont, à notre connaissance, pas été rapportées. Une limite importante de l'étude repose également sur le fait que des données quant aux traitements reçus pendant la période de suivi n'ont pas été rapportées, rendant difficile les conclusions qui peuvent être tirées quant à la nature de cette rémission.

#### *L'évolution de la phobie sociale auprès de populations non cliniques : conclusion*

Les résultats suggèrent que moins de 40% d'individus PS dans la communauté maintiendrait son statut clinique alors qu'une majorité d'entre eux ne répondrait plus aux critères de la phobie sociale lors de suivis variant de 16 mois, en moyenne, à trois ans suivant l'évaluation initiale. Une minorité d'individus PS maintiendrait ainsi son statut clinique, alors que parmi eux, une faible proportion pourrait avoir reçu un traitement spécifiquement pour des difficultés sociales, à tout le moins lorsqu'on se réfère à l'étude de Vriends et al. (2007). Les limites relevées (incluant le fait que les évaluateurs n'étaient pas nécessairement des professionnels de la santé mentale) restreignent toutefois la portée de ces résultats, bien que ces études ont l'avantage d'avoir évalué les mêmes individus aux deux périodes d'évaluation.

Il faut préciser que les taux relatifs au maintien du statut clinique ne réfèrent qu'aux individus qui ne répondaient plus à l'ensemble des critères de la phobie sociale. Lorsque la définition opérationnelle de la rémission change (c.-à-d. « rémission partielle ») et que les participants qui continuent à satisfaire à certains critères sont pris en considération dans l'étude de Vriends et al. (2007), ce taux augmente considérablement, la majorité des participantes étant alors considérées comme ayant des peurs sociales persistantes. Ce constat rejoint également les observations provenant du programme de recherche EDSP (*Early Developmental Stages of Psychopathology Study*) qui a permis d'examiner l'évolution de la phobie sociale pendant une période de un à 10 ans chez des adolescents et jeunes adultes initialement âgés de 14 à 24 ans (p. ex. Beesdo-Baum et al., 2012). Un constat similaire a également été fait auprès d'une population clinique (voir chapitre 2).

## ANNEXE C

Caractéristiques distinctives et communes des quatre versions du traitement AI



*Caractéristiques distinctives et communes des quatre versions du traitement AI<sup>a</sup>.*

Versions AI			
<i>Caractéristiques distinctives</i>			
<b>AI-EHS<sup>b</sup></b>	<b>AI-PC<sup>c</sup></b>	<b>AI-D<sup>d</sup></b>	<b>AI-I<sup>e</sup></b>
Format de groupe	Format de groupe	Format de groupe	Format individuel
Un répertoire de techniques de modification du comportement est employé pendant la séance (p. ex. jeux de rôles)	Une pratique des comportements cibles est faite pendant la séance  Aucune tentative de modification des comportements	Les comportements cibles donnés comme exercices à compléter entre les rencontres sont discutés pendant la séance  Aucune pratique des comportements cibles	Les comportements cibles qui sont donnés comme exercices à compléter entre les rencontres sont révisés et les exercices subséquents planifiés
<i>Caractéristiques communes</i>			
<p>Chaque version a pour visée la dissolution des patterns de comportements d'auto-protection et le développement de comportements interpersonnels de participation sociale</p> <p>Des exercices à effectuer entre les rencontres dans la vie quotidienne sont donnés</p> <p>Le protocole de traitement comprend 12 séances de thérapie et deux séances de rappel offertes à chaque trois mois pendant les six premiers mois suivant la fin du traitement</p> <p>Les séances sont d'une durée de deux heures; les thérapeutes accordent environ 20 minutes par participant à chaque séance</p>			

<sup>a</sup>AI = approche interpersonnelle appliquée au traitement de la phobie sociale. <sup>b</sup>EHS = entraînement aux habiletés sociales. <sup>c</sup>PC = pratique comportementale. <sup>d</sup>D = discussion. <sup>e</sup>I = individuel.

## ANNEXE D

Résumé des études recensées : effets thérapeutiques à court terme et la rémission

*Résumé des études recensées : effets thérapeutiques à court terme et la rémission.*

Études	Conditions de traitement (n) <sup>a</sup>	Post-traitement <sup>b</sup>	Relance <sup>b</sup>	Mesures	Commentaires
Anderson et al. (2013)	1. thérapie d'exposition par réalité virtuelle (individuel, 25)		3 mois : 1. 25% 2. 47.6%	DSM-IV-TR (SCID)	peur principale : parler en public
	2. thérapie d'exposition de groupe (25)		1 = 2		
	3. liste d'attente (25)				
Berger et al. (2011)	1. auto-traitement cognitif et comportemental sans assistance (internet; 26)	1. 55.6% 2. 59.3% 3. 48.1%	6 mois : pas évalué	DSM-IV (SCID)	amélioration significative de l'anxiété sociale du pré- au post-traitement et du pré-traitement à la relance 6 mois; maintien des gains à la relance 6 mois sur toutes les mesures pour les 3 conditions
	2. auto-traitement cognitif et comportemental + assistance du thérapeute par internet (internet; 24)	1 = 2 = 3			
	3. auto-traitement cognitif et comportemental avec assistance graduée (internet et téléphone, si nécessaire; 25)				
Botella et al. (2010)	1. auto-traitement cognitif et comportemental par internet (30)	1. 60% 2. 63.6% 3. aucun	1 an : 1. 55% 2. 73.7%	DSM-IV (ADIS-IV)	peur principale : parler en public
	2. traitement cognitif et comportemental administré par un thérapeute (individuel, 22)	changement			
	3. liste d'attente (25)				
					1 = 2 = 3
					tailles d'effet larges pour les 3 conditions sur toutes les mesures
					1 = 2 > 3 sur la plupart des mesures

					taux d'abandon de plus de 50% dans la condition 1
Clark et al. (2006)	1. thérapie cognitive individuelle (21) 2. exposition +entraînement à la relaxation appliquée (individuel; 19) 3. liste d'attente (20)	1. 86% 2. 45% 3. 5%  1 > 2 2 > 3	3 mois et 1 an : pas évalué	DSM-IV (ADIS)	anxiété sociale : amélioration significative au post-traitement et maintien des gains aux relances 3 mois et 1 an sur la plupart des mesures; FNE : amélioration significative au post-traitement mais détérioration significative du post-traitement à la relance un an pour 1 et 2  sur la plupart des mesures du post-traitement à la relance un an : 1 > 3 1 > 2 2 > 3
Hedman, Andersson et al. (2011)	1. traitement cognitif et comportemental par internet (individuel; 51) 2. thérapie cognitive et comportementale de groupe (50)	1. 31% 2. 23%  1 = 2	6 mois : 1. 46% 2. 40%  1 = 2	DSM-IV (SCID)	anxiété sociale : amélioration continue du pré-traitement à la relance 6 mois  taille de l'effet : grande taille d'effet ou effet modéré au post-

					traitement selon les mesures examinées; grande taille d'effet à la relance 6 mois pour 1 et 2
Mörtberg, Clark, Sundin, & Åberg Wistedt (2007)	<p>1. thérapie cognitive individuelle (28)</p> <p>2. thérapie cognitive et comportementale intensive de groupe (26)</p> <p>3. traitement usuel (médication; 18)</p>	<p>1. 75%</p> <p>2. 66%</p> <p>3. 48%</p> <p>1 &gt; 3</p> <p>1 = 2</p>	1 an :	DSM-IV (SCID)	<p>anxiété sociale : amélioration significative pour chaque condition du pré-traitement vs 4, 8 et 12 mois</p> <p>1 &gt; 2 et 1 &gt; 3 de 4 mois à 12 mois sur l'anxiété sociale et la tendance à éviter; 2 &gt; 3 sur une mesure d'anxiété sociale et la mesure d'évitement</p> <p>grande taille d'effet pour les 3 conditions chez les participants ayant complété le traitement</p>
Rapee, Abbott, Baillie, & Gaston (2007)	<p>1. auto-traitement cognitif et comportemental (48)</p> <p>2. auto-traitement cognitif et comportemental + assistance d'un thérapeute en groupe (42)</p> <p>3. traitement cognitif et comportemental standard (groupe; 45)</p> <p>4. liste d'attente (42)</p>	<p>1. 20%</p> <p>2. 19%</p> <p>3. 22%</p> <p>4. 6%</p> <p>1 = 2 = 3 &gt; 4</p>	3 mois :	DSM-IV (ADIS-IV)	<p>anxiété sociale (post-traitement):</p> <p>1 = 4</p> <p>2 &gt; 4</p> <p>3 &gt; 4</p> <p>anxiété sociale (relance 3 mois):</p> <p>2 &gt; 1</p> <p>3 &gt; 1</p> <p>2 = 3</p>

					taille d'effet petite pour 1 et grande pour 2 et 3 au post-traitement et à la relance
Rapee, Gaston, & Abbott (2009)	1. traitement cognitif et comportemental bonifié de stratégies cognitives (groupe; 68)  2. traitement cognitif et comportemental standard (groupe; 59)  3. gestion de l'anxiété (groupe; 56)	1. 40.8% 2. 34.8% 3. 19.0%	-	DSM-IV (ADIS-IV)	des analyses en intention de traiter ont été effectuées; les données manquantes ont été donc été remplacées avec le statut clinique au pré-traitement  anxiété sociale : taille d'effet = large pour 1 et 2; modéré à large pour 3  mesure clinique (anxiété sociale) : 1 > 3 1 > 2 2 = 3  variable composite (anxiété sociale): 1 > 3 2 > 3 1 = 2
Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach, & Clark (2003)	1. thérapie cognitive individuelle (22) <sup>c</sup>  2. thérapie cognitive de groupe (22) <sup>c</sup>  3. liste d'attente (21) <sup>c</sup>	1. 50% 2. 13.6% 3. -	6 mois : pas évalué	DSM-IV (SCID)	amélioration significative de l'anxiété sociale pour 1 et 2

Stravynski, Arbel, Bounader et al. (2000)	1. traitement d'approche interpersonnelle + entraînement aux habiletés sociales (28)	1. 32% 2. 25%	6 mois : 1. 46% 2. 41%	DSM-IV (ADIS au pré-traitement seulement)	une diminution significative de la proportion de participants satisfaisant aux critères de la phobie sociale est rapportée dans le temps anxiété sociale et tendance à éviter : amélioration significative dans le temps à travers les conditions de traitement
	2. traitement d'approche interpersonnelle sans entraînement aux habiletés sociales (33) (ce devis incluait une période d'attente)	1 = 2	1 = 2  1 an : 1. 61% 2. 62%		
Stravynski, Arbel, Gaudette, & Lachance (2013)	1. traitement d'approche interpersonnelle + entraînement aux habiletés sociales (groupe; 25)	1. 22% 2. 11% 3. 29%	6 mois : 1. 39% 2. 26% 3. 43%	DSM-IV (ADIS au pré-traitement seulement)	une diminution significative de la proportion de participants satisfaisant aux critères de la phobie sociale est rapportée dans le temps
	2. traitement d'approche interpersonnelle + discussion (groupe; 28)	1 = 2 = 3	1 = 2 = 3		
	3. traitement d'approche interpersonnelle individuel (23)  (ce devis incluait une période d'attente)		1 an : 1. 52% 2. 43% 3. 77%		

<sup>a</sup>Le nombre de participants et les données relevées se rapportent aux échantillons ayant complété le traitement. <sup>b</sup>La proportion des participants en rémission est rapportée pour chaque condition de traitement. <sup>c</sup> Le nombre de participants ayant complété l'évaluation post-traitement, selon les données rapportées dans l'article; cependant, ce nombre n'est pas clairement précisé.

## ANNEXE E

Résumé des études recensées : effets thérapeutiques à court terme et le fonctionnement social



Résumé des études recensées : effets thérapeutiques à court terme et le fonctionnement social.

Études	Conditions de traitement (format, n) <sup>a</sup>	Dimensions du fonctionnement social évaluées	Résultats		
			Post-traitement	Relance	Commentaires
Alden & Taylor (2011)	1. thérapie intégrée (cognitivo- comportementale et interpersonnelle) (groupe; 27)  2. liste d'attente (23)	fréquence d'activités prosociales (p. ex. assister à des événements sociaux au travail, initier une conversation; auto-rapporté)	augmentation significative de la fréquence d'activités prosociales pour 1; taille d'effet = large  1 > 2 (pas d'amélioration)	gains maintenus du post-traitement à la relance 6 mois	diminution significative de l'anxiété sociale sur toutes les mesures pour 1 et gains maintenus
Berger et al. (2011)	1. auto-traitement cognitif et comportemental sans assistance (internet; 26)  2. auto-traitement cognitif et comportemental + assistance du thérapeute par internet (internet; 24)  3. auto-traitement cognitif et comportemental avec assistance graduée (internet et téléphone, si nécessaire; 25)	degré des problèmes interpersonnels (score total incluant des sous-échelles telles que « socialement évitant », « dominant » ou « non affirmatif »; auto- rapporté)	amélioration significative pour les 3 conditions; taille d'effet = large  1 = 2 = 3	amélioration significative du pré-traitement à la relance 6 mois; taille d'effet = large  gains maintenus du post-traitement à la relance	même profil de résultats aux mesures d'anxiété sociale
Berger, Hohl, & Caspar (2009)	1. auto-traitement cognitif et comportemental + assistance du thérapeute par internet (internet; 28)  2. liste d'attente (19)	degré des problèmes interpersonnels (score total incluant des sous-échelles telles que « socialement évitant », « dominant » ou « non affirmatif »; auto- rapporté)	1 = 2; taille d'effet modérée pour 1 et petite pour 2  58% considérés dans la catégorie non- clinique pour 1 et 19% pour 2		amélioration sur les scores d'anxiété sociale : 1 > 2; taille d'effet moyen = large pour 1

Bögels (2006)	<p>1. entraînement à la concentration sur la tâche + thérapie cognitive (individuel; 30)</p> <p>2. relaxation appliquée + thérapie cognitive (individuel; 29)</p>	<p>fréquence de comportements de dévoilement et d'affirmation de soi (p. ex. refuser des demandes, exprimer son opinion, admettre d'avoir tort, dire à quelqu'un qu'on l'apprécie, initier une conversation avec un inconnu; auto-rapporté)</p>	<p>amélioration significative à travers les conditions de traitement; taille d'effet = généralement modérée</p>	<p>amélioration significative à travers les conditions de traitement du pré-traitement aux relances 3 mois et 1 an; taille d'effet = large à un an et modérée à 3 mois pour 1 et 2</p>	<p>problème principal : peur de rougir, trembler, transpirer et/ou avoir blancs de mémoire</p> <p>à la relance 1 an : 1 &gt; 2 sur la détresse anxieuse (p. ex. peur de montrer des signes visibles d'anxiété)</p>
Borge et al. (2008)	<p>1. thérapie cognitive et comportementale résidentielle (individuel+groupe; 35)</p> <p>2. psychothérapie interpersonnelle résidentielle (individuel+groupe; 38)</p>	<p>degré des problèmes interpersonnels (<i>socialement évitant</i> et <i>non affirmatif</i>; auto-rapporté)</p> <p>insécurité des rôles sociaux (c.-à-d. se dévoiler, gérer la critique/désinvolture, apprécier être avec les autres et apprécier performer devant les autres; auto-rapporté)</p>	<p>degré des problèmes interpersonnels (<i>évitant</i>) : amélioration significative pour 1 et 2; taille d'effet = modérée du pré- au post-traitement pour 1 et 2</p> <p>degré des problèmes interpersonnels (<i>non affirmatif</i>) : amélioration significative pour 2; taille d'effet = petite et modérée pour 1 et 2, respectivement</p> <p>insécurité des rôles sociaux: 1 &gt; 2</p>	<p>degré des problèmes interpersonnels (<i>évitant</i>) : amélioration significative pour 1 et 2 du post-traitement à la relance 1 an; taille d'effet = large du pré-traitement à la relance 1 an pour 1 et 2</p> <p>degré des problèmes interpersonnels (<i>non affirmatif</i>) : amélioration significative pour 1 et gains maintenus pour 2 du post-traitement à la relance 1 an; taille d'effet = modérée du pré-traitement à la relance 1 an pour</p>	<p>amélioration significative sur les mesures d'anxiété sociale pour 1 et 2</p> <p>effet temps significatif à travers les conditions de traitement sur l'échelle d'évitement de l'ADIS</p>

				1 et 2	
Butler, Cullington, Munby, Amies, & Gelder (1984)	1. exposition + gestion de l'anxiété (individuel; 14)	nombre moyen d'activités sociales et de contacts sociaux au cours de la dernière semaine (journal tenu pendant 2 semaines et mesure auto-rapportée)	augmentation significative des contacts sociaux pour 1 et 2	gains maintenus pour 1 et 2 à la relance 6 mois	anxiété sociale (post-traitement):  1 = 2 > 3 sur 4/6 mesures, dont l'évitement  1 > 2 = 3 sur 2/6 mesures  anxiété sociale (relance 6 mois):  1 > 2 sur 4/6 mesures, dont l'évitement
	2. exposition + traitement non spécifique (individuel; 15)		1 = 2 = 3		
	3. liste d'attente (15)		pourcentage désirant plus de contacts : 1 > 3; 2 = 3; 1 = 2		
Klinger et al. (2005)	1. thérapie individuelle par réalité virtuelle (18)	degré d'affirmation de soi (p. ex. je trouve gênant de retourner de la marchandise, j'ai souvent de la difficulté à dire non, j'ai hésité d'accepter des RDV galants dû à la timidité, quand on me demande de faire quelque chose j'insiste pour savoir pourquoi; auto-rapporté)	amélioration significative pour 1 et 2		anxiété sociale et tendance à éviter : amélioration significative pour 1 et 2; 1 = 2
	2. thérapie cognitive et comportementale de groupe (18)		1 = 2		
Lipsitz et al. (2008)	1. psychothérapie interpersonnelle (individuel; 27)	degré de difficulté quant à la performance des rôles sociaux dans plusieurs sphères de vie (auto-rapporté)	performance des rôles sociaux: amélioration significative de la 7 <sup>e</sup> à la 14 <sup>e</sup> semaine pour 1	relances 6 mois et 1 an combinées (n = 23) : 1 = 2	anxiété sociale et tendance à éviter: amélioration significative pour 1 et 2; 1 = 2 au post-traitement et aux relances combinées
	2. thérapie de support (individuel; 27)		1 = 2 de la semaine 0 à la 14 <sup>e</sup> semaine		

Mersch (1995)	1. exposition (individuel; 15)  2. traitement intégré (thérapie cognitive+entraînement aux habiletés sociales+exposition) (individuel; 15)  (ce devis incluait une période d'attente)	fréquence de comportements de dévoilement et d'affirmation de soi (p. ex. refuser des demandes, exprimer son opinion, admettre d'avoir tort, dire à quelqu'un qu'on l'apprécie, initier une conversation avec un inconnu; auto-rapporté)	une amélioration significative a été obtenue sur la plupart des mesures dans la condition traitement comparativement à la condition d'attente	amélioration significative à travers les conditions 1 et 2 du pré-traitement à la relance 3 mois	anxiété sociale et tendance à éviter : amélioration significative à travers les conditions 1 et 2 du pré-traitement à la relance 3 mois
Mersch, Emmelkamp, Bögels, & van der Sleen (1989)	1. entraînement aux habiletés sociales (groupe;19)  2. thérapie cognitive (groupe;18)	fréquence de comportements de dévoilement et d'affirmation de soi (p. ex. refuser des demandes, exprimer son opinion, admettre d'avoir tort, dire à quelqu'un qu'on l'apprécie, initier une conversation avec un inconnu; auto-rapporté)	fréquence de comportements de dévoilement et d'affirmation de soi : amélioration pour 1 et 2 chez le type « réponse cognitive » (1 = 2), mais pas chez le type « réponse comportementale »  1 = 2 quant aux scores moyens de changement chez les deux types de réponses phobiques	relance 6 semaines :  fréquence de comportements de dévoilement et d'affirmation de soi :  maintien des scores pour 1 et 2; 1 = 2	anxiété sociale : amélioration significative du pré- au post-traitement pour 1 et 2 et maintien à la relance; amélioration modeste sur la tendance à éviter  amélioration modeste sur le fonctionnement social  l'appariement de la thérapie aux types de réponses phobiques n'est pas plus efficace
Oosterbaan, van Balkom, Spinhoven, van Oppen, & van Dyck (2001)	1. traitement cognitif et comportemental (individuel, 24)  2. moclobemide (24)  3. placebo (19)	fréquence de réponses d'affirmation de soi positive et négative (p. ex. joindre une conversation, accepter un compliment, exprimer son appréciation envers le geste de quelqu'un, initier une conversation avec un inconnu, refuser une demande; auto-rapporté)	amélioration significative pour 1 et 2  1 = 2 = 3	2 mois :  amélioration significative pour les 3 groupes  1 = 2 = 3	anxiété sociale et tendance à éviter : amélioration significative pour les 3 conditions du pré-traitement à la relance 2 mois (mais petite taille de l'effet pour 2, alors que modérée à large pour 1 et 3).  anxiété sociale (score composite, incluant

				IIS) : 1 > 2 = 3 à la relance 2 mois
				aucune instruction relative à l'exposition in vivo n'a été donnée pour 2 et 3
				aucun traitement additionnel reçu pendant la période de relance 2 mois
Otto et al., (2000)	1. thérapie cognitive et comportementale de groupe (15) 2. Clonazepam (15)	degré d'affirmation de soi (p. ex. je trouve gênant de retourner de la marchandise, j'ai souvent de la difficulté à dire non, j'ai hésité d'accepter des RDV galants dû à la timidité, quand on me demande de faire quelque chose j'insiste pour savoir pourquoi; auto-rapporté)	1 = 2 (ITT) 2 > 1 (ceux ayant complété le traitement)  amélioration significative pour 1 et 2	anxiété sociale et évitement : 1 = 2 (ITT)  1 = 2 (ceux ayant complété le traitement)  amélioration significative pour 1 et 2
Piet, Hougaard, Hecksher, & Rosenberg (2010)	1. thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (groupe; 6), suivie de la condition 2 2. thérapie cognitive et comportementale (individuel et groupe; 8), suivie de la condition 1	degré des problèmes interpersonnels (score total incluant des sous-échelles telles que « socialement évitant », « dominant » ou « non affirmatif »; auto-rapporté)	taille d'effet modérée pour 1 et large pour 2  1 = 2  une amélioration non significative (petite taille d'effet) est rapportée pour les deux traitements lorsqu'ils sont administrés seuls	analyses en intention de traiter  une taille d'effet large est obtenue sur l'anxiété sociale du pré-traitement à la relance 6 mois pour 1 et 2

Salaberria & Echeburúa (1998)	<p>1. exposition (groupe; 18)</p> <p>2. exposition+restructuration cognitive (groupe; 18)</p> <p>3. liste d'attente (20)</p>	<p>degré d'affirmation de soi (p. ex. je trouve gênant de retourner de la marchandise, j'ai souvent de la difficulté à dire non, j'ai hésité d'accepter des RDV galants dû à la timidité, quand on me demande de faire quelque chose j'insiste pour savoir pourquoi; auto-rapporté)</p>	<p>amélioration significative pour 1 et 2</p>	<p>amélioration significative du post-traitement à la relance 6 mois et maintien de 6 mois à 1 an pour 1 et 2</p> <p>relance 6 mois : 1 = 2 &gt; 3</p> <p>relance 1 an : 1 = 2</p>	<p>anxiété sociale : amélioration significative du pré- au post-traitement et du post-traitement à la relance 6 mois (SAD et FNE); amélioration continue de 6 mois à 1 an sur le FNE pour 2 et détérioration de 6 mois à 1 an pour 1; maintien pendant cette période sur le SAD pour 1 et 2.</p> <p>1 = 2 &gt; 3 à la relance 6 mois</p> <p>1 = 2 à la relance 12 mois</p> <p>les scores d'affirmation de soi demeurent faibles malgré l'amélioration rapportée</p>
Stravynski, Arbel, Bounader et al. (2000)	<p>1. traitement d'approche interpersonnelle + entraînement aux habiletés sociales (groupe; 28)</p> <p>2. traitement d'approche interpersonnelle sans entraînement aux habiletés sociales (groupe; 33)</p> <p>(ce devis incluait une période d'attente)</p>	<p>degré de difficulté quant à la performance des rôles sociaux dans plusieurs sphères de vie (p. ex. fonctionnement dans tâches attendues, friction avec proches; auto-rapporté)</p>	<p>amélioration significative dans la sphère familiale pendant la période d'attente</p>	<p>amélioration significative à travers les conditions de traitement pour toutes les sphères examinées et le score global du pré-traitement à la relance 1 an</p>	<p>anxiété sociale et tendance à éviter : amélioration significative dans le temps à travers les conditions de traitement</p>

Stravynski et al. (2013)	<p>1. traitement d'approche interpersonnelle + entraînement aux habiletés sociales (groupe; 25)</p> <p>2. traitement d'approche interpersonnelle + discussion (groupe; 28)</p> <p>3. traitement d'approche interpersonnelle (individuel; 23)</p>	degré de difficulté quant à la performance des rôles sociaux dans plusieurs sphères de vie (auto-rapporté)	pas de changement pendant la période d'attente	<p>amélioration significative à travers les conditions de traitement pour la majorité des sphères examinées et le score global du pré-traitement à la relance 1 an;</p>	<p>anxiété sociale et tendance à éviter : amélioration significative dans le temps à travers les conditions de traitement</p>
Stravynski, Marks, & Yule (1982)	<p>1. traitement d'approche interpersonnelle + entraînement aux habiletés sociales (4 = individuel; 7 = groupe)</p> <p>2. traitement d'approche interpersonnelle + entraînement aux habiletés sociales + restructuration cognitive (4 = individuel; 7 = groupe)</p>	<p>difficultés d'adaptation sociale (isolement social, difficultés au travail, frictions avec la famille, dépendance de la famille, insatisfactions sexuelles et frictions avec des individus en-dehors de la famille; évaluateur indépendant)</p> <p>fréquence de comportements prosociaux cibles (évaluateur indépendant)</p>	<p>difficultés d'adaptation : amélioration significative sur score d'isolement social et de difficultés au travail) à travers les conditions de traitement</p> <p>fréquence des comportements prosociaux :</p> <p>amélioration significative de la fréquence des comportements à travers les conditions de traitement</p>	6 mois : maintien des gains aux deux échelles	<p>anxiété sociale : amélioration significative dans le temps</p>
Sphère de loisirs : 3 > 1					

Titov, Andrews, Choi, Schwencke, & Mahoney (2008)	<p>1. auto-traitement cognitif et comportemental + assistance d'un thérapeute (internet; 30)</p> <p>2. auto-traitement cognitif et comportemental sans l'assistance d'un thérapeute (internet; 27)</p> <p>3. liste d'attente (34)</p>	<p>nombre d'activités évitées et nombre d'évènements auxquels ils ont assisté dans les sept derniers jours (mesure auto-rapportée <i>ad-hoc</i>)</p>	<p>nombre d'activités évitées :</p> <p>1 = 3 (mais tendance favorise 1); 1 = 2; 2 = 3</p> <p>taille d'effet = modérée pour 1 et petite pour 2</p> <p>nombre d'évènements auxquels ils ont assisté : 1 = 2 = 3</p> <p>Taille d'effet = petite pour 1</p>	<p>anxiété sociale :</p> <p>1 &gt; 3</p> <p>1 &gt; 2</p> <p>2 = 3</p> <p>taille d'effet = large pour 1 et petite pour 2</p> <p>33% de la condition 2 ont complété les 6 modules vs 77% de la condition 1</p>	
Titov, Andrews, & Schwencke (2008)	<p>1. auto-traitement cognitif et comportemental + assistance d'un thérapeute (internet; 38)</p> <p>2. liste d'attente (40)</p>	<p>nombre d'activités évitées et nombre d'évènements auxquels ils ont assisté dans les sept derniers jours (mesure auto-rapportée <i>ad-hoc</i>)</p>	<p>nombre d'activités évitées : 1 &gt; 2</p> <p>nombre d'évènements auxquels ont assistés :</p> <p>amélioration à travers les conditions expérimentales (pas d'effet groupe)</p>	<p>anxiété sociale :</p> <p>1 &gt; 2</p> <p>taille d'effet = large pour 1 et petite pour 2 sur une mesure</p>	
van Dam-Baggen & Kraaimaat (2000)	<p>1. entraînement aux habiletés sociales (groupe; 24)</p> <p>2. thérapie cognitive (groupe; 24)</p>	<p>fréquence de réponses d'affirmation de soi positive et négative (p. ex. joindre une conversation, accepter un compliment, exprimer son appréciation envers le geste de quelqu'un, initier une conversation avec un inconnu, refuser une demande, etc.; auto-rapporté)</p>	<p>1 &gt; 2</p>	<p>1 &gt; 2 du pré-traitement à la relance 3 mois; taille d'effet = large pour 1 et petite pour 2</p>	<p>anxiété sociale (sous-échelle de détresse du IIS) : 1 &gt; 2 au post-traitement; taille d'effet = large pour 1 et modérée pour 2</p> <p>il est rapporté qu'à la relance, les scores de la condition 1 se</p>



---

rapprochent de la  
moyenne de ceux d'un  
groupe non clinique

---

*Notes.* Les tailles de l'effet indiquent le degré d'amélioration intragroupe. Le signe « > » indique la supériorité d'une condition de traitement par rapport à une autre quant à l'amélioration thérapeutique.

<sup>a</sup>*n* = nombre de participants ayant complété l'évaluation post-traitement.

ANNEXE F

*Social Avoidance and Distress (SAD)*

**Répondez par VRAI (1) ou FAUX (2) à chacune des phrases suivantes. Inscrivez la réponse qui correspond à votre état actuel.**

1. Je me sens bien même dans des rencontres sociales inhabituelles. R\_\_
2. J'essaie d'éviter les situations qui m'obligent à être très sociable. R\_\_
3. Il m'est facile de relaxer quand je suis avec des étrangers. R\_\_
4. Je n'ai pas de désir particulier d'éviter les gens. R\_\_
5. Je trouve souvent les rencontres sociales dérangeantes. R\_\_
6. Je me sens habituellement calme et confortable lors des rencontres sociales. R\_\_
7. Je suis habituellement à l'aise de parler à quelqu'un de l'autre sexe. R\_\_
8. J'essaie d'éviter de parler aux gens à moins que je l'ai connaisse bien. R\_\_
9. Si j'ai la chance de rencontrer des nouvelles personnes, j'en profite. R\_\_
10. Je me sens souvent nerveux(se) et tendu(e) dans des rencontres sociales où les deux sexes sont présents. R\_\_
11. Je suis habituellement nerveux(se) avec les gens à moins de bien les connaître. R\_\_
12. Je me sens ordinairement détendu(e) quand je suis avec un groupe de personnes. R\_\_
13. Je veux souvent fuir les gens. R\_\_
14. Je me sens d'habitude inconfortable quand je suis avec un groupe de personnes que je ne connais pas. R\_\_
15. Je me sens habituellement détendu(e) quand je rencontre quelqu'un pour la première fois. R\_\_
16. Être présenté(e) à des gens me rend tendu(e) et nerveux(se). R\_\_
17. Même si une pièce est remplie d'étrangers, je vais quand même y entrer. R\_\_

18. J'évite de m'avancer et de me joindre à un groupe de personnes. R\_\_
19. Quand mon patron veut me parler, j'accepte volontiers. R\_\_
20. Je me sens souvent tendu(e) quand je suis avec un groupe de personnes. R\_\_
21. J'ai tendance à me tenir à l'écart des gens. R\_\_
22. Il m'est égal de parler à des gens dans des parties ou des rencontres sociales. R\_\_
23. Je suis rarement à l'aise dans un grand groupe de personnes. R\_\_
24. J'invente souvent des excuses afin d'éviter des engagements sociaux. R\_\_
25. Je prends souvent la responsabilité de présenter les gens les uns aux autres. R\_\_
26. J'essaie d'éviter les rencontres sociales formelles. R\_\_
27. Je remplis habituellement mes engagements sociaux quels qu'ils soient. R\_\_
28. Je trouve facile de me détendre avec d'autres personnes. R\_\_

Adaptation française de l'échelle originale de Watson et Friend (1969).

ANNEXE G

*Fear of Negative Evaluation (FNE)*

**Répondez par VRAI (1) ou FAUX (2) à chacune des phrases suivantes. Inscrivez la réponse qui correspond à votre état actuel.**

1. Je me préoccupe rarement de paraître ridicule vis-à-vis des autres. R\_\_
2. Je me fais du souci au sujet de ce que les gens vont penser de moi, même si je sais que cela n'a aucune importance. R\_\_
3. Je deviens tendu(e) et agité(e) si je sais que quelqu'un est en train de m'évaluer. R\_\_
4. Je suis indifférent(e) même si je sais que les gens se font une impression défavorable de moi. R\_\_
5. Je me sens très bouleversé(e) quand j'ai un comportement social inapproprié. R\_\_
6. Je me préoccupe peu de ce que les gens importants pensent de moi. R\_\_
7. J'ai souvent peur de paraître ridicule ou de me montrer stupide. R\_\_
8. Je réagis très peu quand d'autres personnes me désapprouvent. R\_\_
9. J'ai souvent peur que les autres remarquent mes lacunes (points faibles). R\_\_
10. Je suis peu affecté(e) quand les autres me désapprouvent. R\_\_
11. Je m'attends au pire lorsque quelqu'un m'évalue. R\_\_
12. Je me soucie rarement des impressions que je fais sur autrui. R\_\_
13. J'ai peur que les autres ne m'approuvent pas. R\_\_
14. Je crains que les gens me critiquent. R\_\_
15. Les opinions des autres à mon sujet ne me tracassent pas. R\_\_
16. Je ne m'en fais pas nécessairement si je ne plais pas à quelqu'un. R\_\_
17. Quand je parle à des gens, je suis préoccupé(e) de ce qu'ils pensent de moi. R\_\_

18. Je pense qu'il est inévitable parfois de faire des erreurs en présence d'autrui, donc pourquoi m'en faire. R\_\_
19. Je suis habituellement préoccupé(e) par l'impression que je donne. R\_\_
20. Je suis très préoccupé(e) de ce que mes supérieurs pensent de moi. R\_\_
21. Si je sais que quelqu'un me juge, cela a peu d'effet sur moi. R\_\_
22. Je me préoccupe de savoir si les autres pensent que j'en vaudrais la peine. R\_\_
23. Je suis très peu affecté(e) au sujet de ce que les autres peuvent penser de moi R\_\_
24. Je pense que quelques fois je suis trop concerné(e) par ce que les autres pensent de moi. R\_\_
25. Je suis souvent préoccupé(e) par le fait que je puisse dire ou faire des erreurs. R\_\_
26. Je suis souvent indifférent(e) aux opinions que les autres ont de moi. R\_\_
27. Habituellement, j'ai confiance que les autres ont une impression favorable de moi. R\_\_
28. Je me préoccupe du fait que les gens qui sont importants pour moi ne pensent pas grand chose de moi. R\_\_
29. Je broie du noir au sujet des opinions que mes ami(e)s se font de moi. R\_\_
30. Je deviens tendu(e) et agité(e) lorsque je sais que mes supérieurs m'évaluent. R\_\_

Adaptation française de l'échelle originale de Watson et Friend (1969).

ANNEXE H  
*Fear Questionnaire (FQ)*



Choisissez un chiffre de l'échelle ci-dessous, pour indiquer à quel point vous éviteriez des situations à cause de la peur ou de tout autre sentiment désagréable. Puis, écrivez le chiffre choisi correspondant à ce sentiment.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
JAMAIS		PARFOIS		SOUVENT		PRESQUE TOUJOURS		TOUJOURS

- Injection ou chirurgie mineure R\_\_
- Boire ou manger avec d'autres personnes R\_\_
- Les hôpitaux R\_\_
- Voyager seul(e) en autobus ou en train R\_\_
- Marcher seul(e) dans les rues achalandées R\_\_
- Être observé(e) ou épié(e) R\_\_
- Aller dans des magasins où il y a foule R\_\_
- Parler à des personnes en position d'autorité R\_\_
- Voir du sang R\_\_
- Être critiqué(e) R\_\_
- Partir seul(e) loin de la maison R\_\_
- Penser à des blessures ou à la maladie R\_\_
- Parler ou se présenter à un auditoire R\_\_
- Les grands espaces ouverts R\_\_
- Aller chez le dentiste R\_\_
- Me sentir triste ou déprimé(e) R\_\_

Choisissez un chiffre de l'échelle ci-dessous, pour indiquer à quel point vous éviteriez des situations à cause de la peur ou de tout autre sentiment désagréable. Puis, écrivez le chiffre choisi correspondant à ce sentiment.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
JAMAIS		PARFOIS		SOUVENT		PRESQUE TOUJOURS		TOUJOURS

Me sentir irritable ou en colère. R\_\_

Me sentir tendu(e) ou affolé(e) R\_\_

Avoir l'esprit tourmenté R\_\_

Me sentir étrange ou sentir que ce qui m'entoure semble étrange ou irréel. R\_\_

Adaptation française de l'échelle originale de Marks et Mathews (1979).

ANNEXE I

*Symptom Check-List – 90 – Revised (SCL-90-R)*

**Voici une liste de problèmes dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque énoncé et indiquez le chiffre qui décrit le mieux JUSQU'À QUEL POINT AVEZ-VOUS ÉTÉ INCOMMODÉ(E) PAR CE PROBLÈME DURANT LES SEPT (7) DERNIERS JOURS, INCLUANT AUJOURD'HUI.**

- |     |  |      |                          |
|-----|--|------|--------------------------|
| 1.  | Maux de tête   | R___ | <b>0 : Pas du tout</b>   |
| 2.  | Nervosité ou impressions de tremblements intérieurs                        | R___ | <b>1 : Un peu</b>        |
|     |  |      | <b>2 : Passablement</b>  |
| 3.  | Pensées désagréables répétées dont vous ne pouvez pas vous débarrasser     | R___ | <b>3 : Beaucoup</b>      |
| 4.  | Faiblesses ou étourdissements  | R___ | <b>4 : Excessivement</b> |
| 5.  | Diminution du plaisir ou de l'intérêt sexuel                               | R___ |                          |
| 6.  | Envie de critiquer les autres  | R___ |                          |
| 7.  | L'idée que quelqu'un peut contrôler vos pensées                            | R___ |                          |
| 8.  | L'impression que d'autres sont responsables de la plupart de vos problèmes | R___ |                          |
| 9.  | Difficulté à vous rappeler certaines choses                                | R___ |                          |
| 10. | Inquiétude face à la négligence et l'insouciance                           | R___ |                          |
| 11. | Facilement irrité(e) et contrarié(e)                                       | R___ |                          |
| 12. | Douleurs à la poitrine   | R___ |                          |
| 13. | Peur dans les espaces ouverts ou sur la rue                                | R___ |                          |
| 14. | Sentiment de vous sentir au ralenti ou de manquer d'énergie                | R___ |                          |
| 15. | Penser à vous enlever la vie   | R___ |                          |
| 16. | Entendre des voix que les autres n'entendent pas                           | R___ |                          |

**Voici une liste de problèmes dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque énoncé et indiquez le chiffre qui décrit le mieux JUSQU'À QUEL POINT AVEZ-VOUS ÉTÉ INCOMMODÉ(E) PAR CE PROBLÈME DURANT LES SEPT (7) DRENIERS JOURS, INCLUANT AUJOURD'HUI.**

- |     |   |     |                          |
|-----|---|-----|--------------------------|
| 17. | Des tremblements  | R__ | <b>0 : Pas du tout</b>   |
| 18. | Le sentiment que vous ne pouvez pas avoir confiance en personne | R__ | <b>1 : Un peu</b>        |
| 19. | Manque d'appétit  | R__ | <b>2 : Passablement</b>  |
| 20. | Pleurer facilement  | R__ | <b>3 : Beaucoup</b>      |
| 21. | Timidité ou maladresse avec les personnes                       | R__ | <b>4 : Excessivement</b> |
| 22. | Sentiment d'être pris au piège                                  | R__ |                          |
| 23. | Soudainement effrayé(e) sans raison                             | R__ |                          |
| 24. | Crises de colère incontrôlable                                  | R__ |                          |
| 25. | Peur de sortir seule(e) de la maison                            | R__ |                          |
| 26. | Vous blâmer vous-même pour certaines choses                     | R__ |                          |
| 27. | Douleurs au bas du dos  | R__ |                          |
| 28. | Sentiment d'incapacité de faire un travail jusqu'au bout        | R__ |                          |
| 29. | Sentiment de solitude   | R__ |                          |
| 30. | Sentiment de tristesse (avoir les « bleus »)                    | R__ |                          |
| 31. | Vous en faire à propos de tout et de rien                       | R__ |                          |
| 32. | Manque d'intérêt pour tout                                      | R__ |                          |
| 33. | Vous sentir craintif (ve)                                       | R__ |                          |
| 34. | Vous sentir facilement blessé(e) ou froissé(e)                  | R__ |                          |

**Voici une liste de problèmes dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque énoncé et indiquez le chiffre qui décrit le mieux JUSQU'À QUEL POINT AVEZ-VOUS ÉTÉ INCOMMODÉ(E) PAR CE PROBLÈME DURANT LES SEPT (7) DERNIERS JOURS, INCLUANT AUJOURD'HUI.**

- |     |   |      |                          |
|-----|---|------|--------------------------|
| 35. | L'impression que les autres sont au courant de vos pensées intimes            | R___ | <b>0 : Pas du tout</b>   |
| 36. | Sentiment que les autres ne vous comprennent pas ou ne sont pas sympathisants | R___ | <b>1 : Un peu</b>        |
| 37. | Sentiment que les gens ne sont pas aimables ou ne vous aiment pas             | R___ | <b>2 : Passablement</b>  |
| 38. | Faire les choses très lentement pour vous assurer qu'elles sont bien faites   | R___ | <b>3 : Beaucoup</b>      |
| 39. | Avoir des palpitations ou sentir votre cœur battre très vite et fort          | R___ | <b>4 : Excessivement</b> |
| 40. | Nausées, douleurs ou malaises à l'estomac                                     | R___ |                          |
| 41. | Vous sentir inférieur(e) aux autres   | R___ |                          |
| 42. | Douleurs musculaires  | R___ |                          |
| 43. | Sentiment qu'on vous observe ou qu'on parle de vous                           | R___ |                          |
| 44. | Difficulté à vous endormir  | R___ |                          |
| 45. | Besoin de vérifier et de revérifier ce que vous faites                        | R___ |                          |
| 46. | Difficulté à prendre des décisions  | R___ |                          |
| 47. | Peur de prendre l'autobus, le métro ou le train                               | R___ |                          |
| 48. | Difficulté à prendre votre souffle  | R___ |                          |
| 49. | Bouffées de chaleur ou des frissons   | R___ |                          |

**Voici une liste de problèmes dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque énoncé et indiquez le chiffre qui décrit le mieux JUSQU'À QUEL POINT AVEZ-VOUS ÉTÉ INCOMMODÉ(E) PAR CE PROBLÈME DURANT LES SEPT (7) DERNIERS JOURS, INCLUANT AUJOURD'HUI.**

- |     |  |      |                          |
|-----|--|------|--------------------------|
| 50. | Besoin d'éviter certains endroits, certaines choses ou certaines activités parce qu'ils ou qu'elles vous font peur | R___ | <b>0 : Pas du tout</b>   |
| 51. | Des blancs de mémoire  | R___ | <b>1 : Un peu</b>        |
| 52. | Engourdissements ou picotements dans certaines parties du corps (ex. bras, jambes, figure, etc.)                   | R___ | <b>2 : Passablement</b>  |
| 53. | Une boule dans la gorge  | R___ | <b>3 : Beaucoup</b>      |
| 54. | Sentiment de pessimisme face à l'avenir  | R___ | <b>4 : Excessivement</b> |
| 55. | Difficulté à vous concentrer   | R___ |                          |
| 56. | Sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps   | R___ |                          |
| 57. | Sentiment de tension ou de surexcitation   | R___ |                          |
| 58. | Sensations de lourdeur dans les bras et les jambes   | R___ |                          |
| 59. | Pensées en relation avec la mort   | R___ |                          |
| 60. | Trop manger  | R___ |                          |
| 61. | Vous sentir mal à l'aise lorsqu'on vous observe ou que l'on parle de vous  | R___ |                          |
| 62. | Avoir des pensées qui ne viennent pas de vous  | R___ |                          |
| 63. | Envie de frapper, injurier ou faire mal à quelqu'un  | R___ |                          |
| 64. | Vous réveiller tôt le matin  | R___ |                          |

**Voici une liste de problèmes dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque énoncé et indiquez le chiffre qui décrit le mieux JUSQU'À QUEL POINT AVEZ-VOUS ÉTÉ INCOMMODÉ(E) PAR CE PROBLÈME DURANT LES SEPT (7) DRENIERS JOURS, INCLUANT AUJOURD'HUI.**

- |     |   |      |                          |
|-----|---|------|--------------------------|
| 65. | Besoin de répéter les mêmes actions telles que toucher, compter, laver. | R___ | <b>0 : Pas du tout</b>   |
| 66. | Avoir un sommeil agité ou perturbé                                      | R___ | <b>1 : Un peu</b>        |
| 67. | Envies de briser ou de fracasser des objets                             | R___ | <b>2 : Passablement</b>  |
| 68. | Avoir des idées ou des opinions que les autres ne partagent pas         | R___ | <b>3 : Beaucoup</b>      |
| 69. | Tendance à l'anxiété en présence d'autres personnes                     | R___ | <b>4 : Excessivement</b> |
| 70. | Vous sentir mal à l'aise dans des foules (ex. centre d'achat ou cinéma) | R___ |                          |
| 71. | Sentiment que tout est un effort  | R___ |                          |
| 72. | Moments de terreur et de panique  | R___ |                          |
| 73. | Sentiments d'inconfort d'avoir à boire ou à manger en public            | R___ |                          |
| 74. | Vous disputer souvent   | R___ |                          |
| 75. | Nervosité lorsque vous êtes laissé seul(e)                              | R___ |                          |
| 76. | Vous n'êtes pas reconnu(e) à votre juste valeur                         | R___ |                          |
| 77. | Sentiment de solitude même avec d'autres                                | R___ |                          |
| 78. | Vous sentir tellement tendu(e) que vous ne pouvez rester en place       | R___ |                          |
| 79. | Sentiment d'être bon(ne) à rien   | R___ |                          |
| 80. | Sentiment qu'il va vous arriver quelque chose de néfaste                | R___ |                          |



**Voici une liste de problèmes dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque énoncé et indiquez le chiffre qui décrit le mieux JUSQU'À QUEL POINT AVEZ-VOUS ÉTÉ INCOMMODÉ(E) PAR CE PROBLÈME DURANT LES SEPT (7) DERNIERS JOURS, INCLUANT AUJOURD'HUI.**

- |     |  |     |                          |
|-----|--|-----|--------------------------|
| 81. | Crier et lancer des objets   | R__ | <b>0 : Pas du tout</b>   |
| 82. | Peur de perdre connaissance en public                                  | R__ | <b>1 : Un peu</b>        |
| 83. | Sentiment que les gens vont profiter de vous si vous les laissez faire | R__ | <b>2 : Passablement</b>  |
| 84. | Des pensées sexuelles qui vous troublent beaucoup                      | R__ | <b>3 : Beaucoup</b>      |
| 85. | L'idée que vous devriez être puni(e) pour vos péchés                   | R__ | <b>4 : Excessivement</b> |
| 86. | Pensées ou visions qui vous effraient                                  | R__ |                          |
| 87. | L'idée que votre corps est sérieusement atteint                        | R__ |                          |
| 88. | Ne jamais vous sentir près de quelqu'un d'autre                        | R__ |                          |
| 89. | Avoir des sentiments de culpabilité                                    | R__ |                          |
| 90. | L'idée que votre esprit (tête) est dérangé                             | R__ |                          |

Adaptation française de l'échelle originale de Derogatis, Lipman et Covi (1973).

ANNEXE J

*Social Adjustment Scale - Self Report (SAS-SR)*

**POUR SAVOIR COMMENT LES CHOSES ONT ÉTÉ POUR VOUS DEPUIS 1 MOIS, NOUS AIMERIONS QUE VOUS RÉPONDIEZ À QUELQUES QUESTIONS TOUCHANT VOTRE TRAVAIL, VOS LOISIRS, ET VOTRE VIE DE FAMILLE. IL N'Y A PAS DE BONNES OU DE MAUVAISES RÉPONSES À CES QUESTIONS.**

**SECTION 1: TRAVAIL EXTÉRIEUR**

**1. De façon générale, avez-vous un emploi rémunéré pour plus de 15 heures par semaine?**

- a) Oui
- b) Non

**R \_\_\_\_\_**

**2. Dans le dernier mois, avez-vous travaillé ?**

- a) Oui
- b) Non

**R \_\_\_\_\_**

**3. Combien de jours de travail avez-vous manqués durant le dernier mois ?**

- a) Aucun
- b) Quelques jours
- c) La moitié du temps
- d) Plus de la moitié du temps
- e) J'étais en vacances

**R \_\_\_\_\_**

**4. Avez-vous été capable de faire votre travail comme il faut durant le dernier mois ?**

- a) Très bien
- b) Bien fait mais avec quelques petits problèmes
- c) J'ai eu besoin d'aide et j'ai eu des problèmes à peu près la moitié du temps
- d) J'ai eu des problèmes la plupart du temps
- e) J'ai eu constamment des problèmes

**R \_\_\_\_\_**

**4.1. Durant le dernier mois, vous êtes-vous jamais senti(e) gêné(e) ou embarrassé(e) parce que votre travail n'était pas bien fait ?**

- a) Je ne me suis pas senti(e) gêné(e)
- b) Je me suis senti(e) gêné(e) une ou deux fois
- c) Je me suis senti(e) gêné(e) la moitié du temps
- d) Je me suis senti(e) gêné(e) la plupart du temps
- e) Je me suis constamment senti(e) gêné(e)

**R** \_\_\_\_\_

**5. Avez-vous eu des chicanes au travail depuis un mois ?**

- a) Aucune
- b) Seulement quelques petites chicanes
- c) 2 ou 3 chicanes
- d) Plusieurs chicanes
- e) Constamment

**R** \_\_\_\_\_

**6. Vous êtes-vous senti mal, préoccupé(e) ou inconfortable pendant que vous étiez au travail depuis un mois ?**

- a) Jamais
- b) 1 ou 2 fois
- c) La moitié du temps
- d) La plupart du temps
- e) Constamment

**R** \_\_\_\_\_

**7. Avez-vous trouvé que votre travail était intéressant durant le dernier mois ?**

- a) Presque toujours
- b) La plupart du temps sauf 1 ou 2 fois
- c) La moitié du temps
- d) Presque jamais
- e) Jamais

**R** \_\_\_\_\_

## SECTION 2: ÉCOLE

**8. Combien de fois allez-vous à l'école pendant une semaine ?**

**(De 0 à 7)**

**R** \_\_\_\_\_

**9. Combien de jours avez-vous manqués durant le dernier mois ?**

- a) Presque jamais
- b) Quelques jours
- c) La moitié du temps
- d) Plus de la moitié du temps
- e) Incapable d'y aller durant le dernier mois
- f) J'étais en vacance

**R** \_\_\_\_\_

**10. Avez-vous été capable de travailler comme il faut à l'école durant le dernier mois ?**

- a) J'ai très bien travaillé
- b) J'ai bien travaillé mais avec quelques petites difficultés
- c) J'ai eu besoin d'aide et j'ai eu des difficultés à peu près la moitié du temps
- d) J'ai eu des difficultés la plupart du temps
- e) J'ai eu constamment des difficultés

**R** \_\_\_\_\_

**11. Avez-vous eu des chicanes à l'école depuis un mois ?**

- a) Je n'ai eu aucune chicane et je me suis très bien entendu(e)
- b) Je me suis généralement bien entendu(e) mais j'ai quelques petites chicanes
- c) J'ai eu des chicanes à quelques reprises
- d) J'ai eu plusieurs chicanes
- e) J'étais toujours en chicane

**R** \_\_\_\_\_

**12. Vous êtes-vous senti(e) mal, préoccupé(e), ou inconfortable pendant que vous étiez à l'école depuis 1 mois ?**

- a) Jamais
- b) 1 ou 2 fois
- c) La moitié du temps
- d) La plupart du temps
- e) Constamment

**R\_\_\_\_\_**

**13. Avez-vous trouvé que c'était intéressant d'aller à l'école durant le dernier mois ?**

- a) Presque toujours
- b) La plupart du temps sauf une ou deux fois
- c) La moitié du temps
- d) Presque jamais
- e) Jamais

**R\_\_\_\_\_**

### SECTION 3: TRAVAIL À LA MAISON

**14. Combien de fois avez-vous fait des tâches ménagères à la maison depuis 1 mois ?**

- a) Tous les jours
- b) Presque tous les jours
- c) Environ la moitié du temps
- d) En général je n'ai pas fait de petits travaux
- e) J'ai été incapable de faire des petits travaux

**R** \_\_\_\_\_

**15. Durant le dernier mois, avez-vous réussi à bien faire vos tâches ménagères ?**

- a) J'ai fait du bon travail
- b) J'ai fait du bon travail mais avec quelques difficultés
- c) J'ai eu besoin d'aide pour faire mon travail et je ne l'ai pas bien fait environ la moitié du temps
- d) Pas travaillé

**R** \_\_\_\_\_

**16. Durant le dernier mois, avez-vous été gêné(e), embarrassé(e) parce que votre travail à la maison n'était pas bien fait ?**

- a) Je me suis jamais senti(e) gêné(e)
- b) Je me suis senti(e) gêné(e) 1 ou 2 fois
- c) Je me suis senti(e) gêné(e) la moitié du temps
- d) Je me suis senti(e) gêné(e) la plupart du temps
- e) Je me suis constamment senti(e) gêné(e)

**R** \_\_\_\_\_

**17. Durant le dernier mois, avez-vous eu des chicanes ou des disputes avec des voisins, des vendeurs dans un magasin ou d'autres gens que vous ne connaissez pas beaucoup ?**

- a) Je n'ai eu aucune chicane et je me suis très bien entendu(e)
- b) Je me suis généralement bien entendu(e) mais j'ai eu quelques petites chicanes
- c) J'ai eu des chicanes à quelques reprises
- d) J'ai eu plusieurs chicanes
- e) J'étais toujours en chicane

**R** \_\_\_\_\_

**18. Durant le dernier mois, vous êtes-vous senti mal, préoccupé(e), inconfortable pendant que vous faisiez vos travaux dans la maison ?**

- a) Jamais
- b) 1 ou 2 fois
- c) La moitié du temps
- d) La plupart du temps
- e) Constamment

**R\_\_\_\_\_**

**19. Avez-vous trouvé que vos tâches ménagères étaient intéressantes durant le dernier mois ?**

- a) Presque toujours
- b) La plupart du temps sauf 1 ou 2 fois
- c) La moitié du temps
- d) Presque jamais
- e) Jamais

**R\_\_\_\_\_**



#### SECTION 4: AMIS EXTÉRIEURS

20. À combien d'ami(e)s avez-vous parlé au téléphone depuis 1 mois? \_\_\_\_ ami(e)s

21. Combien d'ami(e)s avez-vous rencontré(e)s depuis 1 mois ? \_\_\_\_ ami(e)s

22. Durant le dernier mois, avez-vous été capable de parler à un(e) ami(e) de vos sentiments et de vos problèmes ?

- a) Je me suis senti(e) capable de parler de mes sentiments les plus personnels
- b) J'ai généralement été capable de parler de mes sentiments et de mes problèmes
- c) J'ai été incapable de parler de mes sentiments et de mes problèmes la moitié du temps
- d) J'ai généralement été incapable de parler de mes sentiments et de mes problèmes
- e) Je n'ai jamais été capable de parler de mes sentiments

R\_\_\_\_\_

23. Durant le dernier mois, combien de fois avez-vous rencontré des ami(e)s pour faire des choses ensemble ? (visites, cinéma, restaurant)

- a) Plus que 6 fois
- b) 5 à 6 fois
- c) 3 à 4 fois
- d) 1 ou 2 fois
- f) Jamais

R\_\_\_\_\_

24. Avez-vous eu des chicanes avec vos ami(e)s depuis 1 mois ?

- a) Je n'ai eu aucune chicane et je me suis très bien entendu(e)
- b) Je me suis généralement bien entendu(e) mais j'ai eu quelques petites chicanes
- c) J'ai eu des chicanes à quelques reprises
- d) J'ai eu plusieurs chicanes
- g) J'étais toujours en chicane

R\_\_\_\_\_

**25. Est-ce qu'un(e) ami(e) vous a fait de la peine ou vous a fâché depuis 1 mois ?**

- a) Oui
- b) Non

**R\_\_\_\_\_**

**25.1. Combien de temps cela vous a pris pour vous en remettre ?**

- a) Quelques heures
- b) Quelques jours
- c) Une semaine
- d) Ça va me prendre des mois pour m'en remettre

**R\_\_\_\_\_**

**SECTION 5: TEMPS LIBRE**

**26. Vous êtes-vous senti(e) seul(e) ou auriez-vous aimé avoir plus d'ami(e)s durant les derniers mois?**

- a) Non
- b) Quelques fois
- c) La moitié du temps
- d) Généralement
- e) Je me suis toujours senti(e) seule(e)

**R** \_\_\_\_\_

**27. Pendant le dernier mois, combine de temps avez-vous passé à des activités de loisirs, ou de passe-temps (hobby, bricolage, sport, lecture, etc.)?**

- a) La plupart de mes temps libres tous les jours
- b) La moitié de mes temps libres
- c) J'ai passé peu de temps à faire des hobbies
- d) Je n'ai pas fait de hobbies mais j'ai regardé la TV
- e) Je n'ai pas fait de hobbies
- f) et je n'ai pas regardé la TV

**R** \_\_\_\_\_

**28. Vous êtes-vous senti(e) mal à l'aise ou gêné(e) avec les gens depuis un mois ?**

- a) Je me suis toujours senti(e) confortable
- b) Parfois je me suis senti(e) mal à l'aise mais j'ai pu relaxer après quelques instants
- c) Inconfortable la moitié du temps
- d) Généralement inconfortable
- e) Toujours inconfortable
- f) NAP (pas vu personne)

**R** \_\_\_\_\_

**29. Vous êtes-vous ennuyé(e) durant vos temps libres depuis 1 mois ?**

- a) Jamais
- b) Généralement je ne me suis pas ennuyé(e)
- c) La moitié du temps, je me suis ennuyé(e)
- d) La plupart du temps, je me suis ennuyé(e)
- e) Je me suis toujours ennuyé(e)

**R** \_\_\_\_\_

**SECTION 6: FAMILLE**

**30. Avez-vous vu des membres de votre famille depuis 1 mois (père, mère, frère, soeur, enfants, beaux-frères, etc.)?**

- a) Oui
- b) Non

**R\_\_\_\_\_**

**31. Avez-vous eu des chicanes avec quelqu'un de votre famille depuis un mois ?**

- a) Nous nous sommes toujours très bien entendus
- b) Nous nous sommes très bien entendus, mais il y a eu quelques petites chicanes
- c) J'ai eu des chicanes à quelques reprises
- d) J'ai eu plusieurs chicanes
- e) J'étais toujours en chicane

**R\_\_\_\_\_**

**32. Durant le dernier mois, avez-vous été capable de parler de vos problèmes à quelqu'un de votre famille ?**

- a) Je me suis senti(e) capable de parler de mes sentiments les plus personnels
- b) J'ai généralement été capable de parler de mes sentiments et de mes problèmes
- c) J'ai été incapable de parler de mes sentiments et de mes problèmes la moitié du temps
- d) J'ai généralement été incapable de parler de mes sentiments et de mes problèmes
- e) Je n'ai jamais été capable de parler de mes sentiments

**R\_\_\_\_\_**

**33. Durant le dernier mois, vous êtes-vous parfois arrangé(e) pour éviter de rencontrer quelqu'un de votre famille ?**

- a) J'ai rejoint au mois une fois une personne de ma famille
- b) J'ai attendu que les gens de ma famille me rejoignent

- c) Je les ai évités mais eux m'ont rejoint
  - d) Je n'ai eu aucun contact avec aucun des membres de ma famille
- R**\_\_\_\_\_

**34. Au cours du dernier mois, avez-vous été dépendant(e) des membres de votre famille pour avoir de l'aide, des conseils ou de l'argent ?**

- a) Je n'ai jamais eu à dépendre d'eux
  - b) Je n'ai généralement pas eu à dépendre d'eux
  - c) La moitié du temps, j'ai été dépendant(e) d'eux
  - d) La plupart du temps, j'ai été dépendant(e) d'eux
  - e) J'ai été complètement dépendant(e) d'eux
- R**\_\_\_\_\_

**35. Durant le dernier mois, avez-vous eu le goût de faire le contraire de ce que votre famille voulait, simplement pour les fâcher ?**

- a) Jamais
  - b) 1 ou 2 fois
  - c) La moitié du temps
  - d) La plupart du temps
  - e) Constamment
- R**\_\_\_\_\_

**36. Durant le dernier mois, avez-vous été préoccupé (e) ou inquiet(e) sans raison au sujet des membres de votre famille ?**

- a) Jamais
  - b) 1 ou 2 fois
  - c) La moitié du temps
  - d) La plupart du temps
  - e) Constamment
- R**\_\_\_\_\_

**37. Au cours du dernier mois, vous est-il arrivé de penser que vous aviez été injuste ou pas à la hauteur avec les membres de votre famille ?**

- a) Je n'ai jamais pensé cela
- b) Généralement je n'ai pas pensé cela
- c) La moitié du temps j'ai pensé cela
- d) La plupart du temps j'ai pensé cela
- e) J'ai constamment pensé cela

**R** \_\_\_\_\_

**38. Au cours du dernier mois, vous est-il arrivé de penser que des membres de votre famille avaient été injustes ou vous avaient laissé(e) tomber ?**

- a) Je n'ai jamais pensé cela Généralement, je n'ai
- b) pas pensé cela
- c) La moitié du temps, j'ai pensé cela
- d) Généralement, j'ai pensé cela
- e) Je leur en veux beaucoup de m'avoir laissé tombé(e)

**R** \_\_\_\_\_

**39. Avez-vous déjà été marié(e) ou avez-vous vécu en union libre ?**

- a) Oui
- b) Non

**R** \_\_\_\_\_

**40. Durant le dernier mois, avez-vous été préoccupé(e) ou inquiet(e) sans raison au sujet de votre conjoint(e) ou de vos enfants même si vous ne vivez pas avec eux ?**

- a) Jamais
- b) 1 ou 2 fois
- c) La moitié du temps
- d) La plupart du temps
- e) Constamment
- f) NAP (conjoint(e) et/ou enfants décédé(e)s)

**R** \_\_\_\_\_

**41. Au cours du dernier mois, vous est-il arrivé de penser que vous aviez été injuste ou pas à la hauteur avec votre conjoint(e) ou un de vos enfants ?**

- a) Je n'ai jamais pensé cela
- b) Généralement je n'ai pas pensé cela
- c) La moitié du temps, j'ai pensé cela
- d) La plupart du temps, j'ai pensé cela
- e) J'ai constamment pensé cela

**R\_\_\_\_\_**

**42. Au cours du dernier mois, vous est-il arrivé de penser que votre conjoint(e) ou un de vos enfants avaient été injustes ou vous avaient laissé(e) tomber ?**

- a) Je n'ai jamais pensé cela
- b) Généralement, je n'ai pas pensé cela
- c) La moitié du temps, j'ai pensé cela
- d) La plupart du temps, j'ai pensé cela
- e) J'ai constamment pensé cela

**R\_\_\_\_\_**

**43. Avez-vous présentement un(e) conjoint(e) avec qui vous vivez ?**

- a) Oui
- b) Non

**R\_\_\_\_\_**

**44. Avez-vous eu des chicanes avec votre conjoint(e) depuis un mois ?**

- a) Nous nous sommes toujours très bien entendus
- b) Nous nous sommes très bien entendus, mais il y a eu quelques petites chicanes
- c) J'ai eu des chicanes à quelques reprises
- d) J'ai eu plusieurs chicanes
- e) J'étais toujours en chicane

**R\_\_\_\_\_**

**45. Durant le dernier mois, avez-vous été capable de parler de vos sentiments ou de vos problèmes à votre conjoint(e) ?**

- a) Je me suis senti(e) capable de parler de mes sentiments les plus personnels
- b) J'ai généralement été capable de parler de mes sentiments et de mes problèmes
- c) J'ai été incapable de parler de mes sentiments et de mes problèmes la moitié du temps
- d) J'ai généralement été incapable de parler de mes sentiments et de mes problèmes
- e) Je n'ai jamais été capable de parler de mes sentiments

R\_\_\_\_\_

**46. Durant le dernier mois, avez-vous insisté pour toujours tout faire à votre façon ?**

- a) Je n'ai pas insisté pour tout faire à ma façon
- b) Je n'ai généralement pas insisté pour tout faire à ma façon
- c) La moitié du temps, j'ai insisté pour faire les choses à ma façon
- d) J'ai généralement insisté pour faire les choses à ma façon
- e) J'ai constamment insisté pour faire les choses à ma façon

R\_\_\_\_\_

**47. Durant le dernier mois, avez-vous eu l'impression que votre conjoint(e) vous donnait toujours des ordres, vous « bossait » ?**

- a) Jamais
- b) 1 ou 2 fois
- c) La moitié du temps
- d) La plupart du temps
- e) Constamment

R\_\_\_\_\_

**48. Durant le dernier mois, jusqu'à quel point vous êtes-vous senti(e) dépendant(e) de votre conjoint(e) ?**

- a) J'étais indépendant(e)
- b) J'étais généralement indépendant(e)
- c) J'étais un peu dépendant(e)
- d) J'étais généralement dépendant(e)
- e) J'ai été dépendant(e) de mon (ma) conjoint(e) pour tout
- f)

R\_\_\_\_\_



**49. Comment vous êtes-vous senti(e) par rapport à votre conjoint(e) depuis un mois ?**

- a) J'ai toujours ressenti de l'affection
- b) J'ai généralement ressenti de l'affection
- c) La moitié du temps, je ne l'aimais pas et l'autre moitié j  
je ressentais de l'affection
- d) La plupart du temps, je ne l'aimais pas
- e) Pendant tout le mois, je ne l'aimais pas

**R** \_\_\_\_\_

**50. Durant le dernier mois, avez-vous eu des problèmes (comme des douleurs) pendant vos relations sexuelles avec votre conjoint(e) ?**

- a) Aucun
- b) 1 ou 2 fois
- c) La moitié du temps
- d) La plupart du temps
- e) Constamment

**R** \_\_\_\_\_

## SECTION 7: ENFANTS

**51. Avez-vous eu un ou des enfants qui vivaient avec vous durant le dernier mois ?**

- a) Oui
- b) Non

**R** \_\_\_\_\_

**52. Dans le dernier mois, vous êtes-vous intéressé(e) à ce que vos enfants faisaient à l'école, dans leurs loisirs, etc. ?**

- a) J'étais toujours intéressé(e) et je participais activement
- b) J'étais généralement intéressé(e)
- c) J'étais intéressé(e) la moitié du temps mais pas l'autre moitié
- d) Je n'avais généralement pas d'intérêt
- e) Je n'avais jamais d'intérêt

**R** \_\_\_\_\_

**53. Durant le dernier mois, avez-vous été capable de parler à vos enfants et de les écouter (seulement les enfants de plus de deux ans) ?**

- a) J'étais toujours capable de communiquer avec eux J'étais
- b) généralement capable de communiquer avec eux
- c) J'étais capable de communiquer avec eux environ la moitié du temps
- d) J'étais en général incapable de communiquer avec eux
- e) J'étais absolument incapable de communiquer avec eux
- f) aucun enfant de plus de 2 ans

**R** \_\_\_\_\_

**54. Dans le dernier mois, comment vous êtes-vous entendu(e) avec vos enfants ?**

- a) Je n'ai eu aucune chicane et je me suis très bien entendu(e)
- b) Je me suis généralement bien entendu(e) mais j'ai eu quelques petites chicanes
- c) J'ai eu des chicanes à quelques reprises
- d) J'ai eu plusieurs chicanes
- e) J'étais toujours en chicane

**R** \_\_\_\_\_

**55. Comment vous êtes-vous senti(e) par rapport à vos (votre) enfant(s) depuis un mois**

- a) J'ai toujours ressenti de l'affection
- b) J'ai généralement ressenti de l'affection
- c) La moitié du temps je ne l'aimais pas et l'autre moitié je ressentais de l'affection
- d) La plupart du temps je ne l'aimais pas
- e) Pendant tout le mois je ne l'aimais pas

**R**\_\_\_\_\_

**56. Avez-vous eu assez d'argent pour vivre durant le dernier mois ?**

- a) Assez d'argent
- b) Généralement assez d'argent
- c) La moitié du temps j'ai manqué d'argent mais je n'ai pas eu à emprunter
- d) Généralement pas assez et j'ai été obligé(e) d'emprunter
- e) J'ai eu des gros problèmes de finances

**R**\_\_\_\_\_

Adaptation française de l'échelle originale de Weissman et Bothwell (1976).

ANNEXE K  
Équivalence des versions AI

*Les groupes ayant reçu l'une des quatre versions de l'approche interpersonnelle sont-ils équivalents quant à leur profil sociodémographique et clinique au pré-traitement et à l'évolution de leurs difficultés?*

Des analyses intragroupes et intergroupes ont été menées auprès des 174 participants ayant pris part aux études initiales (voir Stravynski et al., 2000 pour des données publiées; voir également Stravynski et al., 2013). Ces analyses ont réexaminé l'équivalence des groupes qui ont reçu l'une des quatre versions de l'approche interpersonnelle (voir chapitre 4) en ce qui concerne leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques avant d'entamer le traitement, et l'évolution de leurs difficultés jusqu'à la relance un an<sup>1</sup>.

Des analyses de variance univariées (ANOVAs) et des tests chi-carré ont été effectués sur des données sociodémographiques (âge, sexe, état civil, niveau de scolarité, occupation) et cliniques (âge d'apparition et durée de la phobie sociale, nature des difficultés sociales) au pré-traitement. Ces groupes ont également été comparés par rapport à la sévérité de l'anxiété sociale et de la tendance à éviter (SAD, FNE, FQ-SP), de la psychopathologie générale (SCL-90-R) et des difficultés de fonctionnement social (SAS-SR). Pour ce faire, une analyse de variance multivariée (MANOVA)<sup>2</sup> a été menée sur les scores d'anxiété sociale, suivie d'analyses de variance univariées (ANOVAs). Des ANOVAs ont également été effectuées sur le score global du SCL-90-R et du SAS-SR.

### **Profil sociodémographique et clinique au pré-traitement**

Les résultats révèlent que les groupes étaient équivalents au pré-traitement quant à leur profil sociodémographique<sup>3</sup> [âge,  $F(3, 170) = 1.56, p = .202, \eta_p^2 = .03$ ; sexe,  $\chi^2(3) = 3.15, p = .369, V$  de Cramer ( $V$ ) = .14 ; état civil,  $\chi^2(3) = 0.39, p = .942, V = .05$ ; niveau de scolarité,  $\chi^2(3) = 3.56, p = .313, V = .14$ ; occupation,  $\chi^2(3) = 2.34, p = .506, V = .12$ ]. De plus, aucune

---

<sup>1</sup> Le nombre de participants par groupe était de 77 pour la version AI-EHS, 53 pour la version AI-PC, 23 pour la version AI-D et 21 pour la version AI-I (le nombre de participants est de 19 sur certaines variables).

<sup>2</sup> Le test de Pillai a été employé.

<sup>3</sup> Pour augmenter les occurrences attendues, deux catégories (OUI/NON) ont été créées pour les variables sociodémographiques suivantes : état civil (marié/union libre), niveau de scolarité (diplôme universitaire) et occupation (en emploi/aux études).

différence significative n'est obtenue sur la plupart des caractéristiques cliniques, soit sur la durée de la phobie sociale,  $F(3, 168) = 0.22, p = .881, \eta_p^2 = .00$ , et le type de difficultés sociales rapportées,  $\chi^2(3) = 0.54, p = .910, V = .06^4$ . Cependant, le groupe ayant reçu la version AI-PC se distinguait significativement du groupe AI-D sur l'âge d'apparition du problème,  $F(3, 168) = 4.50, p = .005, \eta_p^2 = .07$ . Les difficultés sociales auraient été observées plus tôt chez le premier groupe [AI-PC :  $M = 11.60, \acute{E}.-T. = 7.22$ ; AI-D :  $M = 19.70, \acute{E}.-T. = 12.52$ ]. Plus important encore, les groupes ne se distinguaient pas au pré-traitement quant à la sévérité de l'anxiété sociale,  $V = 0.08, F(9, 510) = 1.52, p = .139, \eta_p^2 = .03$ , de la détresse générale,  $F(3, 170) = 1.90, p = .131, \eta_p^2 = .03$ , et des difficultés fonctionnelles,  $F(3, 170) = 0.15, p = .927, \eta_p^2 = .00$ .

### **Évolution des difficultés du pré-traitement à la relance un an: analyses intragroupes**

Pour examiner l'évolution des difficultés du pré-traitement à la relance un an, une MANOVA à mesures répétées, suivie d'ANOVAs et de contrastes à mesures répétées, ont été menées sur les scores d'anxiété sociale pour chaque groupe. Trois temps de mesure ont été inclus, soit le pré-traitement, le post-traitement et la relance un an. Des ANOVAs à mesures répétées ont également été effectuées sur le score global de détresse générale et de fonctionnement social. La taille de l'effet sur ces variables a été calculée<sup>5</sup> (voir tableau plus bas pour les données descriptives).

Les résultats révèlent un changement significatif sur l'anxiété sociale pour tous les groupes [AI-EHS :  $V = 0.70, F(6, 71) = 27.36, p < .001$ ; AI-PC :  $V = 0.85, F(6, 47) = 45.69, p < .001$ ; AI-D :  $V = 0.80, F(6, 17) = 11.48, p < .001$ ; AI-I :  $V = 0.85, F(6, 15) = 13.93, p <$

---

<sup>4</sup> Les groupes ne se distinguaient pas quant à la proportion d'entre eux qui ont rapporté des peurs « généralisées ». Cette catégorie réfère à des difficultés à interagir dans plusieurs sphères relationnelles (p. ex. amis, collègues) et face à différents types d'échange interpersonnel (p. ex. s'affirmer, se dévoiler); elle peut également inclure des peurs liées au fait de performer devant une personne ou un groupe (p. ex. parler en public) ou un fonctionnement social inadéquat dans la plupart ou l'ensemble des sphères de vie sociale (définition tirée et adaptée de celle des « sous-types de phobie sociale » employée par Amado (2005, p.60). De plus, ils ne se distinguaient pas quant à la proportion d'entre eux qui présentaient un fonctionnement social inadéquat,  $\chi^2(3) = 1.23, p = .747, V = .09$ .

<sup>5</sup> Cohen's  $d$  (Cohen, 1988).

.001]. Les analyses univariées, suivies de contrastes répétés, indiquent que toutes les versions sont associées à une réduction significative de l'anxiété sociale au post-traitement ( $ps < .001$  ou  $ps = .001$  pour l'effet temps principal et les contrastes) et à un maintien des gains ou une amélioration significative ( $ps < .001 - ps < .05$ ) du post-traitement à la relance un an, selon les mesures examinées. Une grande taille d'effet oscillant entre 1.24 et 2.21, inclusivement, est obtenue du pré-traitement à la relance un an sur toutes les mesures d'anxiété sociale, pour tous les groupes.

Quant au fonctionnement social global, les résultats indiquent que chaque version est associée à un changement significatif [AI-EHS :  $F(2, 152) = 21.30, p < .001$ ; AI-PC :  $F(1.78, 92.28) = 21.73, p < .001$ ; AI-D :  $F(1.36, 29.90) = 5.29, p = .020$ ; AI-I :  $F(2, 36) = 6.07, p = .005$ ]. Les contrastes répétés indiquent une amélioration significative du pré- au post-traitement ( $ps < .001 - ps < .05$ ) et un maintien des gains du post-traitement à la relance un an. Les quatre versions sont associées à une taille d'effet modérée sur cette mesure à la relance un an (0.60 pour les versions de groupe et 0.58 pour la version individuelle).

Des ANOVAs à mesures répétées effectuées sur le score global de détresse générale révèlent que chaque version est associée à un changement significatif [AI-EHS :  $F(1.44, 109.29) = 39.80, p < .001$ ; AI-PC :  $F(1.76, 91.30) = 50.68, p < .001$ ; AI-D :  $F(2, 44) = 8.06, p = .001$ ; AI-I :  $F(2, 36) = 16.09, p < .001$ ]. Les contrastes simples indiquent une amélioration significative du pré- au post-traitement ( $ps < .001 - ps < .01$ ) et un maintien des gains du post-traitement à la relance un an. Une taille d'effet de grande amplitude est obtenue pour la plupart des groupes sur cette mesure à la relance un an (0.82, 0.94 et 1.01 pour les versions AI-EHS, AI-PC et AI-I, respectivement) sauf pour la version AI-D qui est associée à une taille d'effet modérée, soit 0.69.

### **Évolution des difficultés à la relance un an : analyses intergroupes**

Une analyse de covariance multivariée (MANCOVA), avec les scores au pré-traitement comme covariables, a été menée sur les scores d'anxiété sociale à la relance un an,

suivie d'analyses univariées et d'analyses post-hoc. Une analyse de covariance univariée (ANCOVA) a été effectuée sur le score global de fonctionnement social et de détresse générale.

Des différences de groupe quant à la sévérité de l'anxiété sociale à la relance un an ont été obtenues,  $V = 0.11$ ,  $F(9, 501) = 2.03$ ,  $p = .034$ ,  $\eta_p^2 = .04$ . Les analyses univariées révèlent que les groupes se distinguent uniquement sur le FNE ( $p = .003$ ,  $\eta_p^2 = .08$ )<sup>6</sup>. Les participants ayant reçu la version AI-I ont rapporté des difficultés moins sévères que les autres groupes sur cette mesure ( $ps < .010 - ps < .05$ ). Aucune différence significative n'est obtenue sur la détresse générale,  $F(3, 167) = 0.54$ ,  $p = .654$ ,  $\eta_p^2 = .01$ , et le fonctionnement social,  $F(3, 167) = 0.11$ ,  $p = .953$ ,  $\eta_p^2 = .00$ .

Une proportion équivalente de participants au sein de chaque groupe a rapporté un changement cliniquement significatif (Jacobson & Truax, 1991) à la relance un an sur le SAD,  $\chi^2(3) = 2.04$ ,  $p = .563$ ,  $V = .11$ . Pour la version AI-EHS, AI-PC, AI-D et AI-I les taux sont de 49%, 55%, 52%, et 67%, respectivement. En ce qui a trait à la rémission, les taux associés à la version AI-EHS, AI-PC, AI-D et AI-I sont de 49%, 64%, 44% et 67%, respectivement. Des tests chi-carré ne révèlent aucune différence significative quant à la proportion de participants au sein de ces groupes qui étaient en rémission à la relance un an,  $\chi^2(3) = 5.18$ ,  $p = .159$ ,  $V = .17$ .

---

<sup>6</sup> SAD :  $p = .426$ ,  $\eta_p^2 = .02$ ; FQ-SP :  $p = .265$ ,  $\eta_p^2 = .02$ .



Moyennes et écarts-types en fonction des versions de l'approche interpersonnelle appliquée au traitement de la phobie sociale (AI).

Versions AI <sup>a</sup>	Mesures				
	SAD	FNE	FQ-SP	SCL-90-R	SAS-SR
	<i>M</i> ( <i>É.-T.</i> )				
<b>AI-EHS<sup>b</sup></b>					
Pré-traitement	20.27 (5.62)	24.43 (4.63)	20.90 (7.38)	0.83 (0.55)	1.44 (0.36)
Post-traitement	11.55 (6.60)	17.01 (7.71)	12.79 (6.58)	0.45 (0.35)	1.26 (0.36)
Relance un an	10.48 (7.62)	16.01 (7.97)	11.71 (6.35)	0.45 (0.36)	1.24 (0.31)
<b>AI-PC<sup>c</sup></b>					
Pré-traitement	22.02 (4.24)	26.19 (2.75)	24.08 (6.65)	1.01 (0.59)	1.46 (0.33)
Post-traitement	11.51 (6.15)	17.60 (7.49)	12.26 (4.45)	0.47 (0.41)	1.24 (0.30)
Relance un an	11.51 (7.25)	17.62 (7.97)	12.92 (6.81)	0.53 (0.41)	1.27 (0.30)
<b>AI-D<sup>d</sup></b>					
Pré-traitement	20.78 (4.87)	25.22 (4.40)	24.30 (5.97)	0.83 (0.47)	1.40 (0.29)
Post-traitement	12.57 (4.95)	20.87 (5.81)	17.74 (5.29)	0.61 (0.44)	1.26 (0.27)
Relance un an	10.57 (7.27)	18.22 (6.69)	14.74 (5.92)	0.54 (0.36)	1.23 (0.28)
<b>AI-I<sup>e</sup></b>					
Pré-traitement	19.90 (5.86)	25.10 (4.23)	20.52 (5.51)	0.75 (0.38)	1.47 (0.30)
Post-traitement	10.14 (6.61)	15.29 (7.93)	13.29 (6.33)	0.50 (0.27)	1.32 (0.21)
Relance un an	7.71 (7.39)	10.81 (8.12)	10.05 (6.64)	0.41 (0.29)	1.27 (0.29)

Note. *M* = moyenne. *É.-T.* = écart-type. EHS = entraînement aux habiletés sociales. PC = pratique comportementale. D = discussion. I = individuel. SAD = *Social Avoidance and Distress*; FNE = *Fear of Negative Evaluation*; FQ-SP = *Fear Questionnaire - Social Phobia*; SCL-90-R = *Symptom Check-List - 90 - Revised*; SAS-SR = *Social Adjustment Scale - Self Report*.

<sup>a</sup>Voir chapitre 4 pour une description des versions AI. <sup>b</sup>*n* = 77; <sup>c</sup>*n* = 53; <sup>d</sup>*n* = 23; <sup>e</sup>*n* = 21 (*n* = 19 pour le SAS-SR et le SCL-90-R).

## ANNEXE L

Équivalence des cohortes provenant des études cliniques initiales

*Les participants de la relance 8-15 ans se distinguent-ils en fonction de leur participation à l'une des études cliniques initiales?*

Ces analyses avaient pour but d'examiner si les participants à la relance 8-15 ans qui n'ont initialement pas pris part à la même étude clinique sont équivalents. Des tests  $t$  pour échantillons indépendants et des tests chi-carré ou exact de Fisher ont été effectués sur les données sociodémographiques et cliniques, de même que sur les scores de psychopathologie générale<sup>1</sup> et de fonctionnement social<sup>2</sup> recueillis au pré-traitement. Une MANOVA a été effectuée sur les scores d'anxiété sociale. Les résultats sont présentés dans les tableaux plus loin.

Les résultats révèlent que les participants de « l'étude 1 »<sup>3</sup> et de « l'étude 2 »<sup>4</sup> ne se distinguent pas quant à leurs caractéristiques sociodémographiques au pré-traitement. Lorsque leurs caractéristiques cliniques ont été comparées, la seule différence significative a été obtenue quant à l'âge d'apparition de la phobie sociale. En ce sens, les participants de l'étude 2 rapportent que leurs difficultés sociales se sont développées à un âge plus avancé que les participants de l'étude 1. De plus, ces groupes sont équivalents quant à la sévérité de l'anxiété sociale,  $V = 0.06$ ,  $F(3, 51) = 1.09$ ,  $p = .363$ ,  $\eta_p^2 = .06$ <sup>5</sup>, de la détresse générale,  $t(51.93) = 1.72$ ,  $p = .091$ ,  $r = .23$ , et des difficultés fonctionnelles initiales,  $t(53) = 0.36$ ,  $p = .719$ ,  $r = .05$ .

L'évolution de l'anxiété sociale, de la détresse générale et du fonctionnement social du pré-traitement à la relance 8-15 ans des participants ayant pris part à l'étude 1 et l'étude 2 a également été examinée. Une analyse de variance multivariée (MANOVA) a été effectuée sur les mesures d'anxiété sociale, suivie d'analyses de variance univariées (ANOVAs). Quatre temps de mesure, soit le pré-traitement, le post-traitement et les relances un an et 8-15 ans ont

---

<sup>1</sup> Le terme « détresse générale » sera également employé.

<sup>2</sup> Le terme « difficultés fonctionnelles » sera également employé

<sup>3</sup> Voir Stravynski, Arbel, Bounader et al. (2000) pour des données publiées. L'intervalle entre le post-traitement et la relance 8-15 ans est de 12 ans, en moyenne (étendue = 11-15 ans).

<sup>4</sup> Voir Stravynski et al. (2013). L'intervalle entre le post-traitement et la relance 8-15 ans est de 10 ans, en moyenne (étendue = 8-10 ans).

<sup>5</sup> SAD :  $p = .299$ ,  $\eta_p^2 = .02$ ; FNE :  $p = .676$ ,  $\eta_p^2 = .00$ ; FQ-SP :  $p = .504$ ,  $\eta_p^2 = .01$ .

été inclus. Des contrastes répétés ont été effectués suite aux analyses univariées. Des ANOVAs à mesures répétées, suivies de contrastes répétés, ont par la suite été effectuées sur les mesures de psychopathologie générale et de fonctionnement social en utilisant les mêmes périodes d'évaluation.

### **Analyses intragroupes : évolution à court terme**

Un changement significatif dans le temps sur les scores d'anxiété sociale a été obtenu pour les deux groupes suite aux analyses multivariées<sup>6</sup> [Étude 1:  $V = 0.83$ ,  $F(9, 24) = 12.61$ ,  $p < .001$ ; Étude 2 :  $V = 0.93$ ,  $F(9, 12) = 16.71$ ,  $p < .001$ ]. Une amélioration significative est rapportée sur chaque mesure d'anxiété sociale, du pré- au post-traitement ( $ps < .001$ -  $ps < .01$  pour l'effet temps principal et les contrastes répétés). Une amélioration significative du post-traitement à la relance un an a été obtenue sur toutes les mesures d'anxiété sociale chez les participants provenant de l'étude 2 [SAD et FNE,  $p < .001$ ; FQ-SP,  $p = .001$ ], alors que les participants de l'étude 1 rapportent un maintien des gains thérapeutiques à cette période.

Quant au score global de psychopathologie générale, des changements significatifs au cours des périodes d'évaluation sont également obtenus [Étude 1 :  $F(2.17, 71.49) = 16.64$ ,  $p < .001$ ; Étude 2 :  $F(3, 60) = 5.53$ ,  $p = .002$ ]<sup>7</sup>. Les contrastes répétés révèlent une amélioration significative entre le pré- et le post-traitement [Étude 1 :  $p < .001$ ; Étude 2 :  $p = .005$ ] et aucune différence significative n'a été relevée entre le post-traitement et la relance un an. Sur la plupart des sous-échelles de psychopathologie générale, le même profil de résultats est obtenu pour les participants de l'étude 1 et de l'étude 2 ( $ps < .001$ -  $ps < .05$  pour l'effet temps principal et les contrastes ou test de Wilcoxon). Cependant, aucun changement significatif au cours des périodes d'évaluation n'a été rapporté sur l'échelle examinant la somatisation chez les participants de l'étude 2.

---

<sup>6</sup>  $N = 33$  pour les participants de l'étude 1 à cause de données manquantes à un questionnaire FNE.

<sup>7</sup> Une ANOVA de Friedman, suivi de tests de Wilcoxon et d'une correction de Bonferroni a été effectuée sur tous les scores de détresse générale chez les participants ayant pris part à l'étude 1 et sur les scores de l'échelle d'anxiété et d'anxiété phobique chez les participants ayant pris part à l'étude 2 puisque des données n'étaient pas distribuées normalement. Le même profil des résultats est obtenu.

Des résultats similaires ont été produits lorsque ces analyses ont été menées sur le score global de fonctionnement social pour les participants de l'étude 1,  $F(2.02, 66.56) = 7.58$ ,  $p = .001$ . Une amélioration significative du pré- au post-traitement ( $p < .001$ ) et un maintien des gains du post-traitement à la relance un an est rapporté. Le même profil de résultats est obtenu dans la sphère professionnelle et lors des temps libres ( $ps < .001$  ou  $ps = .001$  pour l'effet temps principal et les contrastes répétés)<sup>8</sup>.

Pour les participants de l'étude 2, l'amélioration rapportée dans le temps n'atteint pas le seuil de signification statistique sur le score global de fonctionnement social ( $p = .069$ )<sup>9</sup>. Cependant, un effet significatif est obtenu dans la sphère amicale,  $F(3, 60) = 3.24$ ,  $p = .028$ , révélant une amélioration significative du pré- au post-traitement ( $p = .034$ )<sup>10</sup> et un maintien des gains du post-traitement à la relance un an.

### **Analyses intragroupes : évolution à long terme**

Les contrastes répétés révèlent que les gains se maintiennent à la relance 8-15 ans sur la plupart des mesures pour les participants de l'étude 1. Sur la sous-échelle du SAD examinant la détresse sociale, une amélioration significative depuis la relance un an est obtenue ( $p < .024$ ).

Pour les participants de l'étude 2, une augmentation des scores sur l'anxiété sociale depuis la relance un an, sur le SAD et le FNE ( $ps < .001$ ), est rapportée<sup>11</sup>, de même que sur la

---

<sup>8</sup> Le nombre de participants varie de 24 à 34 aux sous-échelles du SAS-SR chez les participants de l'étude 1.

<sup>9</sup> Puisque des données n'étaient pas distribuées normalement, une ANOVA de Friedman a été effectuée sur le score global du SAS-SR chez les participants ayant pris part à l'étude 2. Le même profil de résultats est obtenu.

<sup>10</sup> Le nombre de participants varie de 14 à 21 aux sous-échelles du SAS-SR chez les participants de l'étude 2.

<sup>11</sup> Cette cohorte rapporte une diminution importante des scores (amélioration significative) entre le post-traitement et la relance un an sur le SAD et le FNE. La moyenne des scores sur ces mesures à la relance un an se révélait d'ailleurs plus faible que celle d'une population non clinique (voir Munoz & Stravynski, 2010). Des scores équivalents sont toutefois rapportés subséquentment chez ces deux cohortes à la relance 8-15 ans. De plus, la moyenne des scores demeure dans une étendue non clinique. Les analyses post-hoc révèlent également un maintien des gains chez les deux groupes du post-traitement à la relance 8-15 ans sur les mesures d'anxiété sociale et une amélioration significative sur cette dimension à la relance 8-15 ans comparativement au pré-traitement ( $ps < .001$ ).

sous-échelle de détresse générale examinant les inquiétudes obsessionnelles-compulsives ( $p = .024$ )<sup>12</sup>. Les gains rapportés sur les autres mesures d'anxiété sociale et de détresse générale, de même que dans la sphère amicale du fonctionnement social perdurent à la relance 8-15 ans.

### **Analyses intergroupes : évolution de la relance un an à la relance 8-15 ans**

Pour comparer les participants sur l'évolution à long terme de leurs difficultés en fonction de leur participation aux études cliniques initiales, une MANCOVA à mesures répétées, suivie d'analyses univariées, a été effectuée sur les scores d'anxiété sociale. Deux temps de mesure ont été inclus, soit la relance un an et la relance 8-15 ans, avec les scores au pré-traitement comme covariables. Une ANCOVA à mesures répétées a également été effectuée sur les scores de psychopathologie générale et de fonctionnement social en utilisant les mêmes temps de mesure. Des tests chi-carré ou exact de Fisher ont été effectués pour comparer ces groupes sur le taux de rémission aux relances un an et 8-15 ans et le taux de participants ayant reçu un traitement additionnel après la fin du protocole de traitement.

Les résultats révèlent un effet d'interaction pendant cette période sur l'anxiété sociale,  $F(3, 47) = 6.70$ ,  $p = .001$ ,  $\eta_p^2 = .30$ . Les analyses univariées indiquent que cet effet a été obtenu sur le SAD ( $p = .001$ ,  $\eta_p^2 = .20$ ) et le FNE ( $p = .022$ ,  $\eta_p^2 = .10$ ). Les analyses *post-hoc* révèlent que les participants ayant pris part à l'étude 2 rapportent des scores d'anxiété sociale significativement plus faibles sur ces mesures à la relance un an [SAD :  $p = .002$ ; FNE :  $p = .013$ ]. Par contre, aucune différence significative quant à la sévérité des peurs sociales à la relance 8-15 ans n'a été rapportée ( $ps \geq .398$ ). De même, aucun effet groupe n'est obtenu ( $p = .397$ ,  $\eta_p^2 = .06$ ). Aucun effet d'interaction ou de groupe n'a été rapporté sur les scores de psychopathologie générale ( $p = .211$ ,  $\eta_p^2 = .03$  et  $p = .566$ ,  $\eta_p^2 = .01$ , respectivement) et de fonctionnement social ( $p = .567$ ,  $\eta_p^2 = .01$  et  $p = .853$ ,  $\eta_p^2 = .00$ , respectivement) de la relance un an à la relance 8-15 ans, suggérant que ces groupes sont équivalents sur ces dimensions pendant cette période.

---

<sup>12</sup> Les gains rapportés quant aux difficultés obsessionnelles-compulsives ne sont plus significatifs comparativement au pré-traitement.

Finalement, ces groupes ne se distinguent pas quant à la proportion de participants en rémission aux relances un an [Étude 1 : 50% ; Étude 2 : 52%],  $\chi^2(1) = 0.03$ ,  $p = .864$ ,  $\Phi = -.02$ , et 8-15 ans, [Étude 1 : 77% ; Étude 2 : 81%],  $p = .750$ ,  $\Phi = -.05$ <sup>13</sup>. Par ailleurs, bien que les participants de l'étude 1 soient proportionnellement plus nombreux à avoir reçu un traitement additionnel après la fin du processus thérapeutique, cette différence n'est pas significative [Étude 1 : 53% ; Étude 2 : 33%],  $\chi^2(1) = 2.01$ ,  $p = .156$ ,  $\Phi = -.19$ .

### *Résumé*

Les participants issus de ces études rapportent une atténuation significative de l'anxiété sociale, de la détresse générale et des difficultés fonctionnelles, bien que l'amélioration du fonctionnement social rapportée chez les participants de l'étude 2 soit plus circonscrite.

Les gains rapportés se maintiennent typiquement jusqu'à la relance 8-15 ans. Une augmentation des scores sur la plupart des mesures d'anxiété sociale est toutefois rapportée depuis la relance un an chez les participants de l'étude 2. Le fait que la sévérité de l'anxiété sociale à la relance 8-15 ans est toujours dans une étendue non clinique, et que les participants à l'étude 1 et l'étude 2 sont équivalents relativement à la sévérité de leurs difficultés anxieuses et des taux de rémission à cette période, montre que les différences statistiques obtenues entre ces groupes sont peu significatives sur le plan clinique.

---

<sup>13</sup> Lorsque les participants qui ont seulement pris part à l'entrevue téléphonique sont inclus dans les analyses ( $n = 3$ ), les taux de rémission pour les participants à l'étude 1 et les participants à l'étude 2, respectivement, sont de 53% et 50% à la relance un an, de 78% et 77% à la relance 8-15 ans.

*Caractéristiques sociodémographiques au pré-traitement des participants à la relance 8-15 ans en fonction de leur participation à l'une des études cliniques initiales et résultats des analyses comparatives.*

Variables, <i>n</i> (%)	Participants Étude 1 <sup>a</sup>	Participants Étude 2 <sup>b</sup>	Statistique (dl) <i>p</i>	Taille d'effet
Âge <sup>c</sup>				
Moyenne (Écart-Type)	38.24 (8.65)	37.76 (8.11)	<i>t</i> (53) = 0.20	<i>r</i> = .03
Étendue	20-51	19-50	.841	
Sexe				
Femme	19 (55.9)	9 (42.9)	$\chi^2(1) = 0.88$	$\Phi = -.13$
Homme	15 (44.1)	12 (57.1)	.348	
État civil <sup>c</sup>				
Marié/Union libre				
Oui	22 (64.7)	11 (52.4)	$\chi^2(1) = 0.82$	$\Phi = .12$
Non	12 (35.3)	10 (47.6)	.365	
Niveau de scolarité				
Diplôme universitaire <sup>d</sup>				
Oui	17 (50.0)	11 (52.4)	$\chi^2(1) = 0.03$	$\Phi = -.02$
Non	17 (50.0)	10 (47.6)	.864	
Occupation				
En emploi ou aux études				
Oui	32 (94.1)	19 (90.5)	.632 <sup>e</sup>	$\Phi = .07$
Non	2 (5.9)	2 (9.5)		

*Note.* Le masculin est employé pour alléger le texte. dl = degré de liberté.  $\Phi$  = coefficient de contingence Phi.

<sup>a</sup>*n* = 34 (voir Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000, pour des données publiées). <sup>b</sup>*n* = 21 (voir Stravynski et al. 2013). <sup>c</sup>Les participants séparés, divorcés, veufs ou célibataires ont été amalgamés parce que les occurrences attendues étaient inférieures à 5. <sup>d</sup>Les participants qui ont complété ou non leurs études secondaires, des études non universitaires ou qui ont fait des études partielles à l'université ont été amalgamés parce que les occurrences attendues étaient inférieures à 5. <sup>e</sup>Un test exact de Fisher a été effectué.



*Caractéristiques cliniques au pré-traitement des participants à la relance 8-15 ans en fonction de leur participation à l'une des études cliniques initiales et résultats des analyses comparatives.*

Variabes	Participants Étude 1 <sup>a</sup>		Participants Étude 2 <sup>b</sup>		Statistique (dl) <i>p</i>	Taille d'effet
Âge d'apparition de la phobie sociale <i>M (É.-T.)</i>	12.71	(8.28)	20.76	(13.22)	$t(29.81) = -2.51$ .018	$r = .42$
Durée de la phobie sociale <i>M (É.-T.)</i>	25.53	(12.92)	24.29	(10.17)	$t(53) = 0.38$ .709	$r = .05$
Difficultés sociales, <i>n (%)</i> <sup>c</sup>						
Peurs non généralisées <sup>d</sup>	10	(29.4)	5	(23.8)	$\chi^2(1) = 0.21$ .650	$\Phi = .06$
Peurs généralisées <sup>e</sup>	24	(70.6)	16	(76.2)		
Fonctionnement social inadéquat <sup>f</sup>	8	(23.5)	3	(14.3)	.502 <sup>g</sup>	$\Phi = -.11$

*Note.* *M* = moyenne. *É.-T.* = écart-type. dl = degré de liberté.  $\Phi$  = coefficient de contingence Phi. <sup>a</sup>*n* = 34 (voir Stravynski, Arbel, Bounader et al., 2000, pour des données publiées). <sup>b</sup>*n* = 21 (voir Stravynski et al. 2013). <sup>c</sup>Conformément aux critères du DSM-IV, les participants ont été catégorisés selon la nature généralisée ou non généralisée de leurs peurs sociales. La définition des types de difficultés sociales est tirée et adaptée de celle des « sous-types de phobie sociale » employée par Amado (2005, p.60). <sup>d</sup>Cette catégorie inclut la peur de ne pas assumer adéquatement un rôle devant une ou plusieurs personnes (p. ex. parler devant un groupe) et la peur de manifestations somatiques (trembler, rougir, transpirer) ou de paniquer, vomir ou uriner dans les toilettes publiques par peur d'attirer l'attention. <sup>e</sup>Cette catégorie réfère à des difficultés à interagir dans plusieurs sphères relationnelles (p. ex. amis, collègues) et face à différents types d'échange interpersonnel (p. ex. s'affirmer, se dévoiler); elle peut également inclure des peurs liées au fait de performer devant une personne ou un groupe (p. ex. parler en public) ou se rapporter à un fonctionnement social inadéquat dans la plupart ou l'ensemble des sphères de vie sociale. <sup>f</sup>Cette catégorie se rapporte à des difficultés reflétant un fonctionnement relationnel quantitativement et qualitativement inadéquat; ces individus pourraient répondre aux critères du trouble de la personnalité évitante. <sup>g</sup>Un test exact de Fisher a été effectué.

Moyennes et écarts-types au cours des périodes d'évaluation au score global d'anxiété sociale, de détresse générale et de fonctionnement social des participants à la relance 8-15 ans en fonction de leur participation à l'une des études cliniques initiales.

Variables	Participants Étude 1 <sup>a</sup>				Participants Étude 2 <sup>b</sup>			
	Pré-traitement	Post-traitement	Relance 1 an	Relance 8-15 ans	Pré-traitement	Post-traitement	Relance 1 an	Relance 8-15 ans
	<i>M (É.-T.)</i>				<i>M (É.-T.)</i>			
Anxiété sociale et évitement <sup>c</sup>								
SAD	19.76 (6.95)	10.45 (6.49)	11.67 (8.10)	10.33 (9.48)	21.38 (3.98)	11.38 (5.26)	6.71 (5.39)	12.00 (6.95)
FNE	24.73 (4.37)	17.06 (7.00)	17.67 (7.25)	18.97 (7.59)	24.00 (5.37)	17.38 (6.75)	12.71 (6.66)	17.76 (7.33)
FQ-SP	22.52 (8.38)	12.48 (4.90)	13.88 (6.53)	15.12 (8.67)	20.90 (7.27)	13.95 (5.55)	10.62 (4.62)	12.57 (6.68)
Psychopathologie générale (SCL-90-R)	0.99 (0.63)	0.47 (0.40)	0.53 (0.39)	0.52 (0.46)	0.74 (0.44)	0.48 (0.34)	0.41 (0.23)	0.57 (0.45)
Fonctionnement social (SAS-SR)	1.49 (0.32)	1.27 (0.29)	1.29 (0.25)	1.29 (0.35)	1.46 (0.31)	1.29 (0.42)	1.24 (0.25)	1.29 (0.33)

Note. *M* = moyenne. *É.-T.* = écart-type. Étude 1 = voir Stravynski, Arbel, Bounader et al. (2000) pour des données publiées. Étude 2 = voir Stravynski et al. 2013. SAD = *Social Avoidance and Distress*; FNE = *Fear of Negative Evaluation*; FQ-SP = *Fear Questionnaire - Social Phobia*; SCL-90-R = *Symptom Check-List - 90 - Revised*; SAS-SR = *Social Adjustment Scale - Self Report*.

<sup>a</sup>*n* = 34. <sup>b</sup>*n* = 21. <sup>c</sup>*n* = 33 pour les participants de l'étude 1.

## ANNEXE M

Équivalence des groupes répondant ou non aux critères d'inclusion de la relance 8-15 ans

*Les individus qui répondaient aux critères d'inclusion à la relance 8-15 ans se distinguaient-ils initialement de ceux qui ne répondaient pas à ces critères?*

Ces analyses ont permis d'établir si les individus qui répondaient aux critères d'inclusion de la relance 8-15 ans et ceux qui n'y répondaient pas étaient équivalents relativement à leur profil sociodémographique et clinique initial. Des tests *t* pour échantillons indépendants et des tests chi-carré ont été effectués (voir tableaux plus loin).

Sur la majorité des caractéristiques sociodémographiques examinées au pré-traitement (c.-à-d. âge, sexe, occupation) ces groupes étaient équivalents. Toutefois, une plus faible proportion d'individus qui n'ont pas été inclus étaient mariés ou en union libre. De plus, ces individus étaient proportionnellement moins nombreux à avoir un diplôme universitaire, mais cette différence n'atteint pas le seuil de signification statistique.

La trop grande proportion de données manquantes (57%) relatives à la variable « âge d'apparition de la phobie sociale » et l'absence de données à la variable « durée de la phobie sociale » dans l'échantillon qui n'a pas été inclus dans cette étude, n'a pas permis la comparaison des groupes sur ces variables cliniques. Une plus grande proportion d'individus n'ayant pas été inclus présentaient toutefois un fonctionnement social inadéquat. Les individus qui n'ont pas été inclus, ont également rapporté des difficultés fonctionnelles plus importantes dans la sphère amicale. Par contre, ces groupes ne se distinguaient pas sur la majorité des échelles d'anxiété sociale, de fonctionnement social et de psychopathologie générale au pré-traitement.

*Caractéristiques sociodémographiques au pré-traitement des individus répondant ou non aux critères d'inclusion de la relance 8-15 ans et résultats des analyses comparatives.*

Variables	Échantillon répondant aux critères d'inclusion <sup>a</sup>		Échantillon ne répondant pas aux critères d'inclusion <sup>b</sup>		Statistique (dl) <i>p</i>	Taille d'effet
Âge <sup>c</sup>						
<i>M (É.-T.)</i>	38.78 (8.69)		39.64 (8.67)		$t(241) = 0.70$	$r = .05$
Étendue	19-63		20-57		$p = .486$	
Sexe, <i>n</i> (%)						
Femme	103	(59.2)	35	(50.0)	$\chi^2(1) = 1.72$ $p = .190$	$\Phi = .08$
Homme	71	(40.8)	35	(50.0)		
État civil, <i>n</i> (%)						
Marié/Union libre	92	(52.9)	25	(35.7)	$\chi^2(2) = 6.10$ $p = .047$	$V = .16$
Séparé/Divorcé/Veuf	19	(10.9)	12	(17.1)		
Célibataire	63	(36.2)	33	(47.1)		
Niveau de scolarité <sup>d</sup> , <i>n</i> (%)						
Études secondaires/ études partielles non universitaires	49	(28.2)	27	(38.6)	$\chi^2(2) = 5.90$ $p = .052$	$V = .16$
Diplôme non universitaire/études partielles universitaires	28	(16.1)	16	(22.9)		
Diplôme universitaire	97	(55.7)	27	(38.6)		
Occupation, <i>n</i> (%)						
En emploi	138	(79.3)	47	(67.1)	$\chi^2(2) = 4.05$ $p = .132$	$V = .13$
Étudiant	12	(6.9)	8	(11.4)		
Chômage/Ne travaille pas	24	(13.8)	15	(21.4)		

*Note.* Le masculin est employé pour alléger le texte. *M* = moyenne. *É.-T.* = écart-type. dl = degré de liberté.  $\Phi$  = coefficient de contingence Phi.  $V$  = coefficient de contingence *V* de Cramer.

<sup>a</sup>*n* = 174. <sup>b</sup>*n* = 70. <sup>c</sup>*n* = 69. <sup>d</sup>Les individus qui ont complété ou non leurs études secondaires ont été amalgamés parce que les occurrences attendues étaient inférieures à 5.

*Nature des difficultés sociales au pré-traitement des individus répondant ou non aux critères d'inclusion de la relance 8-15 ans et résultats des analyses comparatives.*

Variables	Échantillon répondant aux critères d'inclusion <sup>a</sup>		Échantillon ne répondant pas aux critères d'inclusion <sup>b</sup>		Statistique (dl) <i>p</i>	Taille d'effet
Difficultés sociales, <i>n</i> (%) <sup>c</sup>						
Peurs non généralisées <sup>d</sup>	40	(23.3)	10	(15.6)	$\chi^2(1) = 1.63$ .202	$\Phi = -.08$
Peurs généralisées <sup>e</sup>	132	(76.7)	54	(84.4)		
Fonctionnement social inadéquat <sup>f</sup>	43	(25.0)	30	(46.9)	$\chi^2(1) = 10.45$ .001	$\Phi = -.21$

*Note.* dl = degré de liberté.  $\Phi$  = coefficient de contingence Phi.

<sup>a</sup>*n* = 172. <sup>b</sup>*n* = 64. <sup>c</sup>Conformément aux critères du DSM-IV, les participants ont été catégorisés selon la nature généralisée ou non généralisée de leurs peurs sociales. La définition des types de difficultés sociales est tirée et adaptée de celle des « sous-types de phobie sociale » employée par Amado (2005, p.60). <sup>d</sup>Cette catégorie inclut la peur de ne pas assumer adéquatement un rôle devant une ou plusieurs personnes (p. ex. parler devant un groupe) et la peur de manifestations somatiques (trembler, rougir, transpirer) ou de paniquer, vomir ou uriner dans les toilettes publiques par peur d'attirer l'attention. <sup>e</sup>Cette catégorie réfère à des difficultés à interagir dans plusieurs sphères relationnelles (p. ex. amis, collègues) et face à différents types d'échange interpersonnel (p. ex. s'affirmer, se dévoiler); elle peut également inclure des peurs liées au fait de performer devant une personne ou un groupe (p. ex. parler en public) ou se rapporter à un fonctionnement social inadéquat dans la plupart ou l'ensemble des sphères de vie sociale. <sup>f</sup>Cette catégorie se rapporte à des difficultés reflétant un fonctionnement relationnel quantitativement et qualitativement inadéquat; ces individus pourraient répondre aux critères du trouble de la personnalité évitante.

Moyennes et écarts-types au pré-traitement sur l'anxiété sociale, la psychopathologie générale et le fonctionnement social des individus répondant ou non aux critères d'inclusion de la relance 8-15 ans et résultats des analyses comparatives.

Variables	Échantillon répondant aux critères d'inclusion <sup>a</sup>		Échantillon ne répondant pas aux critères d'inclusion <sup>b</sup>		Statistique (dl)	p	Taille d'effet
	M	É.-T.	M	É.-T.			
Anxiété sociale et évitement <sup>c</sup>					F(1, 238)		$\eta_p^2$
SAD							
Déresse	12.10	2.53	12.05	2.95	0.02	.880	.00
Évitement	8.76	3.12	9.24	3.37	1.07	.301	.00
Total	20.83	5.19	20.61	6.53	0.08	.784	.00
FNE	25.15	4.10	24.08	5.66	2.63	.106	.01
FQ-SP	22.27	6.93	21.82	7.48	0.20	.659	.00
Psychopathologie générale (SCL-90-R)					t(237)		r
Somatisation	0.64	0.55	0.72	0.59	0.94	.349	.06
Obsession-compulsion	1.05	0.68	1.25	0.81	1.91	.058	.12
Sensibilité interpersonnelle	1.39	0.84	1.40	0.81	0.10	.921	.01
Dépression	1.14	0.75	1.30	0.90	1.27 <sup>f</sup>	.206	.13
Anxiété	0.94	0.77	0.97	0.77	0.29	.775	.02
Anxiété phobique	0.57	0.58	0.63	0.69	0.60	.549	.04
Total	0.88	0.54	0.98	0.62	1.23 <sup>g</sup>	.223	.12
Fonctionnement social (SAS-SR) <sup>d,e</sup>					t(238)		r
Travail	1.82	0.46	1.98	0.72	1.49 <sup>h</sup>	.141	.18
Amis	2.05	0.58	2.28	0.61	2.69	.008	.17
Temps libres	2.37	0.69	2.55	0.76	1.74	.083	.11
Total	1.44	0.34	1.45	0.38	0.10	.918	.01

Note. M = moyenne. É.-T. = écart-type. dl = degré de liberté. Les analyses non paramétriques effectuées sur les sous-échelles dont les données n'étaient pas normalement distribuées ont produit des résultats similaires. SAD = *Social Avoidance and Distress*; FNE = *Fear of Negative Evaluation*; FQ-SP = *Fear Questionnaire - Social Phobia*; SCL-90-R = *Symptom Check-List - 90 - Revised*; SAS-SR = *Social Adjustment Scale - Self Report*.

<sup>a</sup>n = 174. <sup>b</sup>n = 65 ou 66 sur la plupart des mesures. <sup>c</sup>L'analyse multivariée a généré un résultat non significatif,  $V = 0.01$ ,  $F(3, 236) = 1.03$ ,  $p = .378$ ,  $\eta_p^2 = .01$ . <sup>d</sup>Pour l'échantillon répondant aux critères d'inclusion le nombre d'individus varie de 148 à 174, selon la sous-échelle examinée. <sup>e</sup>Pour l'échantillon ne répondant pas aux critères d'inclusion, le nombre d'individus varie de 51 à 66, selon la sous-échelle examinée. <sup>f</sup>dl = 98.85. <sup>g</sup>dl = 101.70. <sup>h</sup>dl = 64.94.

## ANNEXE N

Analyse fonctionnelle : données qualitatives



## **Analyse fonctionnelle : données qualitatives**

Les données issues de l'analyse fonctionnelle confèrent un appui additionnel aux résultats obtenus sur le SAS-SR relatifs aux gains qui sont toujours rapportés sur le plan fonctionnel à la relance long-terme, comparativement au pré-traitement. Globalement, les participants présentent une amélioration se retrouvant dans la catégorie modérée à importante quant à la dissolution de leurs répertoires de comportements d'auto-protection. Spécifiquement, pour la majorité d'entre eux, il est possible d'avancer qu'au moins la moitié des cibles thérapeutiques est associée à des améliorations fonctionnelles.

Il faut se rappeler que le traitement AI vise à contrer les patterns interpersonnels des individus PS (voir chapitre 4), soit :

- la tendance à activement chercher à se protéger de la désapprobation ou du rejet, par le biais de tactiques défensives visant l'auto-protection (soumission, mise à distance);
- la tendance à agir avec passivité, qui traduit un manque de prise de risques interpersonnels et une absence de prise de pouvoir interpersonnel en situation.

Cette façon de gérer les diverses transactions interpersonnelles caractérise le mode de fonctionnement des phobiques sociaux, selon la perspective interpersonnelle (Stravynski, 2007, 2013). Les objectifs thérapeutiques visés par le traitement AI sont donc atteints en amenant les participants à développer un mode relationnel plus engagé et caractérisé par une plus grande prise de risques interpersonnels, à adopter des comportements traduisant une prise de pouvoir et un gain d'autonomie interpersonnels et à assumer les rôles sociaux désirés plus fréquemment ou de façon plus adéquate (Stravynski, 2013, chapitre 8). Les données suggèrent que certains ou la majorité de ces objectifs thérapeutiques ont été atteints lorsque l'ensemble des participants à la relance 8-15 ans est pris en considération.

### *Processus d'amélioration*

En premier lieu, les données qualitatives recueillies suggèrent que les participants rapportent globalement prendre plus de risques en affrontant davantage de situations sociales dans la sphère personnelle et publique (p. ex. rencontres sociales avec des amis, présentations formelles au travail) qui se retrouvaient au-delà de leur zone de confort. Initialement, plusieurs activités défensives suggérant une mise à distance avec les situations qui évoquent l'auto-protection ont été rapportées par les participants avant d'entamer le traitement : déléguer une tâche redoutée au travail ou élaborer des justifications pour se dérober à certaines pratiques professionnelles (p. ex. assister à une réunion et être amené à prendre la parole), fuir des situations sociales informelles impliquant des collègues ou des connaissances, restreindre ses activités en-dehors du travail ou de la sphère maritale pour éviter autant que possible toute interaction avec des personnes non familières, minimiser ses interactions avec des amis ou des personnes du sexe opposé, ou se déplacer discrètement pour éviter des rencontres imprévues avec des collègues. Selon la perspective interpersonnelle, ces exemples de stratégies, employées par les participants, avaient pour fonction d'éviter de se retrouver dans des situations évoquant, pour ces derniers, un manque de pouvoir à gérer adéquatement les conséquences interpersonnelles redoutées (p. ex. être mis sur la sellette, critiqué, rejeté).

Toutefois, à la relance 8-15 ans, ces manœuvres défensives ont, dans une large mesure, laissé la place à des comportements qui traduisent une participation active au sein des différentes sphères de la vie sociale personnelle et publique comme le fait de rester en situation et surtout d'aller au-devant des gens (p. ex. initier des contacts avec des collègues ou des personnes du sexe opposé) et des situations (p. ex. s'engager dans des activités de groupe, profiter des occasions qui se présentent pour faire une présentation formelle). Chez d'autres individus une plus grande ouverture face au fait d'accepter des invitations, de développer des relations intimes ou d'être en contact avec des personnes peu familières, notamment, est rapportée. Par exemple, un participant qui rencontrait des difficultés à parler en groupe et à être le centre de l'attention avant d'entamer le traitement a notamment rapporté avoir pris part à un numéro ludique lors d'un événement formel et avoir eu du plaisir à le faire. De même,

une participante s'est engagée seule dans une activité suite à une rupture amoureuse et a pris le risque de faire de nouvelles rencontres au lieu de s'isoler.

En deuxième lieu, lorsque les participants ont initialement dépeint leur fonctionnement *en situation*, tel que documenté dans les rapports cliniques, ils rapportaient, entre autres, avoir tendance à rester en retrait dans les situations formelles ou informelles, à ne pas s'affirmer, prendre la parole ou parler d'eux. Lors de l'évaluation de relance, les participants ont rapporté se faire plus fréquemment entendre en s'impliquant plus activement dans les échanges, notamment en contexte de groupe, que ce soit dans des situations formelles ou informelles. De même, plusieurs ont rapporté se dévoiler davantage avec leurs proches ou s'affirmer plus souvent avec leurs collègues, incluant le fait d'exprimer un refus, défendre leur point de vue et leurs intérêts ou d'établir leurs limites lorsque nécessaire. De surcroît, des exemples de comportements d'affirmation de soi traduisant de façon plus éloquente un gain de pouvoir dans certains rapports interpersonnels ont été relevés. Pour illustrer ce constat, une participante a rapporté avoir été en mesure d'exprimer - avec fermeté - son insatisfaction face à l'attitude injustifiée de certains proches à son égard. Une autre participante a également dit avoir su tenir tête à un collègue dans le cadre d'un désaccord, alors qu'un autre se dit maintenant en mesure de critiquer directement – lorsque justifié - le travail des employés. De plus, l'effritement de certaines tactiques défensives dans des situations sociales problématiques peut refléter un gain d'autonomie face au regard des autres. À titre d'exemple, des participants ont indiqué ne plus avoir tendance à prendre certaines positions ou à s'engager dans des activités, à leur détriment, dans le but de plaire aux autres ou de ne pas les décevoir. Ces constats rappellent les résultats obtenus dans l'étude de (Kyparissis, Stravynski, & Lachance, 2013b) qui notent une réduction de l'agréabilité chez des individus PS suite au traitement AI. D'autres ont rapporté plus d'indépendance, notamment en affrontant certaines situations sociales sans s'assurer d'être accompagnés ou de consommer de l'alcool, au préalable.

Il faut toutefois se rappeler que le fonctionnement social des participants à la relance 8-15 ans, tel qu'évalué dans cette étude par le biais de l'analyse fonctionnelle, n'a pas été comparé de façon systématique à celui rapporté à la relance un an. Des données anecdotiques

recueillies suggèrent cependant que des gains importants ont été observés des années après avoir pris part à la dernière séance de rappel. C'est le cas d'un participant dont le retour aux études plusieurs années suivant la fin du traitement a exigé qu'il fasse des exposés devant des groupes : malgré la peur sociale qu'il dit avoir vécue à l'époque, il n'aurait jamais tenté d'éviter de le faire. Il continuerait maintenant à intervenir de façon formelle dans un contexte de groupe, notamment dans le domaine public. Un autre participant a même rapporté avoir observé des améliorations plus marquées au cours des deux années qui ont précédé l'évaluation de relance, alors qu'il assumait de nouvelles responsabilités professionnelles. En effet, à la relance 8-15 ans, il a rapporté avoir graduellement été amené à prendre la parole devant des groupes. Il dit le faire maintenant plus fréquemment, avec seulement « un petit peu de nervosité » et surtout, avec beaucoup de satisfaction.

En ce qui concerne ces données anecdotiques, le fait « d'oser » prendre ainsi des risques plusieurs années suivant la fin du traitement est d'autant plus significatif que pour l'un, des études ont déjà été abandonnées avant d'entamer le traitement à cause de ses difficultés, alors que pour l'autre, il évitait autant que possible de s'exprimer devant un groupe ou le vivait avec beaucoup de préoccupations anxieuses lors de l'évaluation initiale. De plus, ces participants n'avaient sollicité aucun traitement additionnel depuis la fin du protocole de traitement.

Parmi les participants qui ont pris part à l'entrevue clinique ayant pour but d'effectuer une analyse fonctionnelle des difficultés, 29% ont rapporté des améliorations fonctionnelles associées à 75% ou plus de leurs cibles thérapeutiques, indiquant une amélioration substantielle pour ces derniers. En revanche, ces données indiquent que pour plusieurs, une façon défensive de négocier certaines transactions interpersonnelles ou d'approcher certaines situations sociales persiste à la relance 8-15 ans. Par exemple, à l'instar des observations faites par Amado (2005) au post-traitement, des difficultés résiduelles ont été rapportées dans des situations formelles. En effet, des participants continuaient à ne pas aller au-devant de certaines activités dans la sphère professionnelle, personnelle ou publique, ou à se mobiliser pour éviter les conséquences redoutées. Cette mobilisation pouvait se traduire par le fait de camoufler sa transpiration, prendre de la médication au besoin, répéter plus longtemps que

nécessaire et apprendre par cœur une présentation ou démontrer beaucoup de prudence (c.-à-d. calculer constamment comment les choses seront faites ou dites) lors de la performance d'une tâche.

Par ailleurs, il a été constaté que 8 à 15 ans suivant la fin du traitement, certains participants, en rémission ou non, continuaient à exprimer, de façon anecdotique, beaucoup d'inconfort ou une tendance à adopter des comportements défensifs face à des collègues, des connaissances, des membres de la famille ou des inconnus qui « parlent fort », les « impressionnent », « adoptent un ton autoritaire », ont « une personnalité forte » ou sont « intimidants », selon leurs dires. Certains semblent s'être en quelque sorte retranchés de certaines sphères de leur vie sociale, entre autres pour éviter d'avoir à affronter des situations conflictuelles. Un manque de prise de pouvoir résiduel qui semble persister dans certaines dynamiques relationnelles est donc relevé.

## ANNEXE O

Participants non TA: évaluation du maintien des gains thérapeutiques

*Le maintien des gains obtenu avec l'échantillon global sera-t-il toujours rapporté lorsque seuls les participants n'ayant pas reçu de traitement additionnel sont considérés?*

Les analyses effectuées auprès de l'ensemble des participants ayant pris part à la relance 8-15 ans ont été reprises (voir section « Analyses principales ») en excluant les participants ayant reçu un traitement additionnel (participants TA) après avoir complété le protocole de traitement AI. Les résultats révèlent que l'évolution des difficultés suit une trajectoire clinique similaire à court et à long terme lorsque seuls les participants n'ayant pas reçu de traitements additionnels (participants non TA) sont considérés<sup>1</sup> (voir tableaux plus bas).

### *Mesures auto-rapportées*

Lorsque l'évolution des peurs sociales a été examinée dans cet échantillon, un maintien des gains thérapeutiques a été obtenu sur la plupart des mesures d'anxiété sociale de la relance un an à la relance 8-15 ans. L'augmentation significative des scores depuis la relance un an sur la sous-échelle du SAD qui évalue la tendance à éviter demeure. Comme l'échantillon global, une amélioration significative, comparativement au pré-traitement, est toujours constatée sur cette échelle. De plus, l'augmentation des scores sur le FNE n'atteint plus le seuil de signification statistique.

Les résultats relatifs aux scores de psychopathologie générale indiquent que les gains rapportés à la relance un an sur la plupart des dimensions perdurent à la relance 8-15 ans. Les gains fonctionnels rapportés à court terme se maintiennent également à long terme quant au fonctionnement social global alors qu'une amélioration continue est obtenue lors des temps

---

<sup>1</sup> Comme l'échantillon global, une amélioration significative du pré-traitement à la relance 8-15 ans est rapportée sur l'anxiété sociale,  $V = .85$ ,  $F(9, 20) = 12.93$ ,  $p < .001$  et ce, sur chacune des mesures l'évaluant ( $ps < .001$ ). Une amélioration dans le temps est également rapportée au score global de psychopathologie générale,  $F(2.48, 72.17) = 7.43$ ,  $p < .001$  et sur les différentes dimensions de la détresse générale ( $ps < .001$ -  $ps < .05$ ), sauf en ce qui concerne la somatisation ( $p = .235$ ,  $n2p = .05$ ). Sur le plan du fonctionnement social global une amélioration significative est rapportée,  $F(2.28, 66.08) = 3.37$ ,  $p = .035$ , de même qu'en ce qui a trait au fonctionnement dans les temps libres,  $F(2.12, 61.60) = 7.10$ ,  $p = .001$ . Contrairement à l'échantillon global, une amélioration significative au cours des périodes d'évaluation n'est pas rapportée dans la sphère amicale ( $p = .056$ ,  $n2p = .09$ ) et professionnelle ( $p = .120$ ,  $n2p = .10$ ), bien qu'elle approche le seuil de signification statistique dans la sphère amicale.

libres. De plus, une augmentation significative des scores dans la sphère amicale du fonctionnement social, rapportée par l'échantillon global depuis la relance un an, n'est pas obtenue chez les participants non TA.

*Taille des effets.* Bien que la taille des effets, qui oscille entre 1.16 et 1.59 sur les mesures d'anxiété sociale, soit également large, l'amplitude est plus importante chez les participants n'ayant pas reçu de traitements additionnels<sup>2</sup>. Comme l'échantillon global, des effets de modérés à larges (0.55 à 0.94) sont obtenus sur la plupart des mesures de détresse générale, de même que sur le fonctionnement global et lors des temps libres.

---

<sup>2</sup> Des effets oscillant entre 0.95 et 1.28 sont obtenus avec l'ensemble de l'échantillon.



*Moyennes, écarts-types et contrastes simples (relance un an versus relance 8-15 ans) sur les mesures d'anxiété sociale chez les participants non TA.*

Variables	<i>M</i>	<i>É.-T.</i>	<i>F</i> (1, 28)	<i>p</i>
<b>SAD</b>				
Détresse				
Pré-traitement	11.83	2.95	0.00	1.000
Post-traitement	7.00	3.95		
Relance un an	5.79	4.57		
Relance 8-15 ans	5.79	5.28		
Évitement				
Pré-traitement	9.34	2.64	7.03	.013
Post-traitement	3.17	3.16		
Relance un an	2.59	2.91		
Relance 8-15 ans	4.24	3.91		
Total				
Pré-traitement	21.17	4.95	1.75	.196
Post-traitement	10.17	5.84		
Relance un an	8.38	6.44		
Relance 8-15 ans	10.03	8.59		
<b>FNE</b>				
Pré-traitement	23.66	4.81	<b>3.51</b>	<b>.071</b>
Post-traitement	15.48	6.93		
Relance un an	14.41	7.63		
Relance 8-15 ans	16.45	7.35		
<b>FQ-SP</b>				
Pré-traitement	20.66	7.12	1.06	.311
Post-traitement	12.14	4.12		
Relance un an	11.24	4.79		
Relance 8-15 ans	12.41	6.88		

*Note.* *M* = moyenne. *É.-T.* = écart-type. Les moyennes brutes ont été rapportées. Les analyses ont été effectuées sur 29 participants à cause de données manquantes sur le FNE pour un participant. Les résultats en caractères gras indiquent un résultat différent (relance un an versus relance 8-15 ans) de celui obtenu auprès de l'échantillon global. SAD = *Social Avoidance and Distress*; FNE = *Fear of Negative Evaluation*; FQ-SP = *Fear Questionnaire - Social Phobia*.

*Moyennes, écarts-types et contrastes simples (relance un an versus relance 8-15 ans) sur la détresse générale (SCL-90-R) chez les participants non TA.*

Variables	<i>M</i>	<i>É.-T.</i>	<i>F</i> (1, 29)	<i>p</i>
<b>Somatisation</b>				
Pré-traitement	0.53	0.41	<i>ns</i>	
Post-traitement	0.41	0.36		
Relance un an	0.38	0.35		
Relance 8-15 ans	0.48	0.34		
<b>Obsession-compulsion</b>				
Pré-traitement	0.95	0.60	1.05	.313
Post-traitement	0.59	0.54		
Relance un an	0.60	0.55		
Relance 8-15 ans	0.72	0.68		
<b>Sensibilité interpersonnelle</b>				
Pré-traitement	1.24	0.79	0.47	.499
Post-traitement	0.52	0.43		
Relance un an	0.56	0.52		
Relance 8-15 ans	0.63	0.70		
<b>Dépression</b>				
Pré-traitement	1.05	0.69	0.10	.752
Post-traitement	0.58	0.63		
Relance un an	0.64	0.64		
Relance 8-15 ans	0.68	0.63		
<b>Anxiété</b>				
Pré-traitement	0.80	0.74	0.26	.611
Post-traitement	0.39	0.41		
Relance un an	0.42	0.37		
Relance 8-15 ans	0.38	0.46		
<b>Anxiété phobique</b>				
Pré-traitement	0.38	0.38	0.18	.677
Post-traitement	0.12	0.17		
Relance un an	0.20	0.31		
Relance 8-15 ans	0.17	0.29		
<b>Total</b>				
Pré-traitement	0.75	0.46	0.07	.794
Post-traitement	0.42	0.35		
Relance un an	0.45	0.36		
Relance 8-15 ans	0.47	0.40		

*Note.* *N* = 30. *M* = moyenne. *É.-T.* = écart-type. *ns* = effet temps principal non significatif. Les résultats en caractères gras indiquent un résultat différent (relance un an versus relance 8-15 ans) de celui obtenu auprès de l'échantillon global. SCL-90-R = *Symptom Check-List - 90 - Revised*.

*Moyennes, écarts-types et contrastes (relance un an versus relance 8-15 ans) sur le fonctionnement social (SAS-SR) chez les participants non TA.*

	Variabes	<i>M</i>	<i>É.-T.</i>	N	Effet temps	<i>p</i>
Travail	Pré-traitement	1.76	0.45	19	<i>ns</i>	
	Post-traitement	1.49	0.25			
	Relance un an	1.51	0.33			
	Relance 8-15 ans	1.61	0.49			
Amis	Pré-traitement	2.01	0.57	30	<i>ns</i>	
	Post-traitement	1.71	0.47			
	Relance un an	1.79	0.48			
	Relance 8-15 ans	1.91	0.69			
Temps libres	Pré-traitement	2.28	0.60	30	<b><i>Z = -2.169<sup>a</sup></i></b>	<b>.030</b>
	Post-traitement	2.04	0.65			
	Relance un an	1.98	0.62			
	Relance 8-15 ans	1.78	0.45			
Total	Pré-traitement	1.46	0.32	30	<i>F</i> (1, 29) = 0.01	.935
	Post-traitement	1.29	0.38			
	Relance un an	1.29	0.24			
	Relance 8-15 ans	1.28	0.33			

*Note.* *M* = moyenne. *É.-T.* = écart-type. *ns* = effet temps principal non significatif. Les résultats en caractères gras indiquent un résultat différent (relance un an versus relance 8-15 ans) de celui obtenu auprès de l'échantillon global. SAS-SR = *Social Adjustment Scale - Self Report*.

<sup>a</sup>Une ANOVA de Friedman a été effectuée, suivie de tests de Wilcoxon, à cause des données qui ne sont pas normalement distribuées.

### *Fonctionnement social : analyse fonctionnelle*

En ce qui a trait aux répertoires de comportements sociaux, une proportion similaire de participants ayant rapporté une amélioration d'au moins 50% est obtenue, soit 64% (14/22). La proportion ayant rapporté une amélioration d'importante à très importante se révèle également similaire à l'échantillon global, soit 32% (7/22).

### *Signification clinique des effets*

*Méthode de Jacobson et Truax (1991).* De même, parmi les participants qui se retrouvaient dans une étendue clinique au pré-traitement quant à la sévérité de l'anxiété sociale, de 67% (SAD-Évitement et SAD-Détresse) à 68% (SAD-Total) d'entre eux ont rapporté une amélioration cliniquement significative à la relance 8-15 ans. Ces proportions excèdent celles obtenues avec l'échantillon global. De plus, la proportion de participants ayant rapporté une amélioration cliniquement significative sur l'anxiété sociale est demeurée stable dans le temps [SAD-Total :  $Q = 1.56$ ,  $df = 2$ , *ns*; SAD-Évitement :  $Q = 1.75$ ,  $df = 2$ , *ns*; SAD-Détresse :  $Q = 1.27$ ,  $df = 2$ , *ns*], contrairement à l'échantillon global dont la proportion diminue de façon significative de la relance un an à la relance 8-15 ans sur l'échelle SAD-Évitement. Comme l'échantillon global, la majorité des participants rapportant un changement cliniquement significatif à la relance un an l'ont également fait à la relance 8-15 ans : les proportions obtenues au score total du SAD, de même que sur les sous-échelles Évitement et Détresse s'élèvent à 82%, 81% et 88%, respectivement, proportions excédant celles de l'échantillon global.

*Rémission.* Par ailleurs, un taux de rémission plus élevé, soit s'élevant à 87% est obtenu chez les participants n'ayant pas reçu de traitements additionnels. Une fluctuation de la proportion des participants en rémission est également obtenue dans le temps,  $Q = 52.30$ ,  $df = 3$ ,  $p < .001$ , un test McNemar indiquant que ce taux a également augmenté de façon significative depuis la relance un an ( $p = .039$ ) (à cette période le taux de rémission s'élevait à

63%). Comme l'échantillon global, la majorité de ceux qui étaient en rémission à la relance un an (95%, 18/19) satisfaisaient à ce statut clinique de 8 à 15 ans plus tard.

*Convergence des changements sur la dimension anxieuse et interpersonnelle*

Finalement, une convergence des changements sur la dimension anxieuse et interpersonnelle est rapportée chez la majorité des participants non TA (70%; 14/20).

