

Université de Montréal

**Augmentation de l'effet de la psychothérapie par
Amorçage Préconscient dans la phobie sociale et l'anxiété
généralisée**

Par Melha Zidani

**Département de Sciences Biomédicales
Faculté de Médecine**

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise
en Sciences Biomédicales
option Sciences Psychiatriques

Août, 2016

© Melha Zidani, 2016

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire est intitulé :

Augmentation de l'effet de la psychothérapie par Amorçage Préconscient dans la phobie
sociale et l'anxiété généralisée

Présenté par
Melha Zidani

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Julie Leclerc, présidente rapporteuse
Frédéric Aardema, Directeur de recherche
François Borgeat, Codirecteur
Linda Booij, Membre du jury

Résumé

Les troubles anxieux représentent les problèmes de santé mentale les plus répandus [2]. Ils affectent 12% de la population [3], causent un handicap léger à grave [3] et peuvent représenter un lourd fardeau pour les patients et leurs proches [5]. Ils entraînent un impact économique majeur pour la société en termes d'utilisation accrue des services de santé tant psychiatriques que non psychiatriques, de diminution de productivité au travail, d'absentéisme et du chômage [5].

Cette étude de type série de cas, décrit une stratégie d'augmentation ou de facilitation du changement en psychothérapie basée sur l'amorçage (priming) préconscient [10] et son utilisation dans le traitement de huit patients souffrant de troubles anxieux. Les patients avaient manifesté une réponse symptomatique partielle à la thérapie cognitive-comportementale (TCC) malgré une bonne adhésion au traitement. La démarche d'augmentation de la psychothérapie par amorçage préconscient (APAP) comporte six étapes permettant d'établir des formulations cognitives adaptées à la problématique résiduelle personnelle du patient. Ces formulations sont enregistrées et masquées par une musique relaxante. Les patients ont écouté cet enregistrement dans un état d'inattention pendant 20 minutes deux fois par jour durant huit semaines. L'effet de cette stratégie a été évalué par des mesures de type quantitatif et qualitatif, des mesures auto rapportées par les patients par rapport aux changements cognitifs idiosyncratiques ainsi que par un questionnaire sur la qualité de vie. Les résultats élaborés par une analyse descriptive incluant une exploration de la signification statistique et clinique des effets observés montrent, que la stratégie d'amorçage préconscient est associée à des changements cognitifs favorables, à une diminution du discours intérieur négatif et problématique chez sept patients sur huit. Ces bienfaits ont été également maintenus à la 24^{ème} semaine. Une nette amélioration clinique des symptômes anxieux et du fonctionnement global a été observée chez deux patients qui souffraient uniquement d'un trouble anxieux versus les six autres qui présentent une comorbidité additionnelle à leur diagnostic primaire. Ces derniers ont quand même vu une amélioration de leur qualité de vie comparativement à leur état avant de recevoir la stratégie APAP. L'émergence de pensées et d'attitudes positives et la diminution des pensées dysfonctionnelles observées chez la majorité des patients à la suite du traitement par APAP, suggère un impact favorable de l'intervention. La démarche APAP qui est accessible par Internet

pourrait constituer un ajout au traitement par TCC en facilitant ou en augmentant le changement cognitif et symptomatique.

Mots-clés : Amorçage préconscient, phobie sociale, anxiété généralisée, étude série de cas, augmentation de l'effet de la psychothérapie, cible de changement cognitif

Abstract

Anxiety disorders represent some of the most common mental health problems [2]. These disorders affect up to 12% of the population causing mild to severe impairment [3] and a potentially heavy burden for patients and their families [5]. In addition, these disorders have a major economic impact on society in terms of increased use of health services both psychiatric and non-psychiatric, lower work productivity, absenteeism and unemployment [5]. The current paper is a case series describing a new method for facilitating change based on Psychotherapy Augmentation through Preconscious Priming (APAP) [10] and its use in the treatment of eight patients suffering from an anxiety disorder. Previously, the patients had shown only a partial response to CBT despite good adherence to treatment. Following this treatment, the patients completed the APAP process, which consisted of six steps during which alternative, more functional thoughts and beliefs were formulated, relevant to the idiosyncratic difficulties experienced by the patients. Subsequently, these formulations were recorded and mixed with masking relaxing music, following which the patient listened to the recordings in a passive state twice daily for 20 minutes for a period of 8 weeks. The effect of this strategy was evaluated by quantitative and qualitative measures administered before treatment with the APAP program, at 8 weeks, 16 weeks and 24 weeks. In addition, idiosyncratic ratings of dysfunctional thoughts, symptoms of anxiety, global functioning and quality of life were assessed at baseline and at 24 weeks. Results showed a significant reduction in dysfunctional thoughts reported by most patients treated with this method. There was substantial clinical improvement in anxiety symptoms both for patients who presented with and without co-morbid psychological disorders. Those with co-morbid psychological disorders who did not have a good quality of life at the start of treatment reported an increase in quality of life following treatment with APAP. In addition, a descriptive analysis of the results supported the notion that a preconscious priming strategy is associated with positive cognitive change with a reduction in negative thoughts in 7 out of 8 patients, which were maintained in the longer term. Further, this descriptive analysis suggested that patients who suffered from an anxiety disorder without co-morbidity showed more clinically significant improvement in anxiety symptoms and improved global functioning in comparison to those who presented with a co-morbid disorder. Overall, results suggested that the APAP intervention had a positive impact on the patients. Results showed that APAP led to

positive cognitive changes in all patients and clinically significant improvement in anxiety symptoms and global functioning in patients without additional comorbidities. APAP could be a valuable addition to CBT by facilitating or enhancing cognitive and symptom change.

Keywords : Preconscious priming, social phobia, generalized anxiety disorder, case series study, psychotherapy augmentation, cognitive target change, CBT

Table des matières

Résumé	i
Abstract	iii
Table des matières	v
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	x
Liste des abréviations	xiii
Remerciements	xi
Introduction	1
Chapitre 1 : Contexte général et théorique, recension des écrits et justification de l'étude	4
1.1 Le trouble d'anxiété généralisée	5
1.1.1 Définition	5
1.1.2 Épidémiologie du TAG.....	6
1.1.3 Évolution du TAG.....	6
1.2 La phobie sociale	7
1.2.1 Définition	7
1.2.2 Épidémiologie de la PS.....	8
1.2.3 Évolution et impact de la PS.....	8
1.3 La thérapie cognitive-comportementale	9
1.3.1 Définition	9
1.3.2 TCC et troubles anxieux	17
1.3.3 Les limites de la TCC	19
1.4 Le concept de l'amorçage préconscient	20
1.4.1 Questions et hypothèses de recherche.....	28
1.4.2 Apports de l'étude proposée	28

Chapitre 2 : Méthode.....	29
2.1 Devis de recherche retenu	30
2.2 Participants :	30
2.2.1 Critères d’inclusion et d’exclusion	30
2.3 Procédure.....	31
2.3.1 Format	31
2.3.2 Déroulement.....	31
2.3.3 Matériel	34
2.4 Méthode de collecte des données	34
2.4.1 Pour la Phobie Sociale	34
2.4.2 Pour l’Anxiété Généralisée	35
2.4.3 Mesures combinées aux deux troubles	36
2.5 Méthode d’interprétation des résultats.....	38
Chapitre 3 : Étude des cas cliniques et Résultats.....	40
3.1 Cas clinique # 1 : Caroline	41
3.1.1 Présentation du cas.....	41
3.1.2 Déroulement de la procédure APAP pour Caroline.....	43
3.1.3 Évolution.....	46
3.1.4 Résultats de Caroline	47
3.1.5 Discussion du cas de Caroline	52
3.2 Cas clinique # 2 : Natalia.....	54
3.2.1 Présentation du cas.....	54
3.2.2 Déroulement de la procédure APAP pour Natalia.....	56
3.2.3 Résultats obtenus aux différentes échelles de mesure de Natalia	59
3.2.4 Discussion du cas de Natalia.....	63
3.3 Cas clinique # 3 : Sharon.....	64
3.3.1 Présentation du cas.....	64
3.3.2 Déroulement de la procédure APAP pour Sharon	66

3.3.3 Résultats obtenus aux différentes échelles de mesure de Sharon	71
3.3.4 Discussion du cas de Sharon.....	73
3.4 Cas clinique # 4 : Isabelle	75
3.4.1 Présentation du cas.....	75
3.4.2 Déroulement de la procédure APAP pour Isabelle	77
3.4.3 Résultats obtenus aux différentes échelles de mesure d'Isabelle.....	81
3.4.4 Discussion du cas de Isabelle.....	85
3.5 Cas clinique # 5 : Geneviève.....	86
3.5.1 Présentation du cas.....	86
3.5.2 Déroulement de la procédure APAP pour Geneviève	88
3.5.4 Discussion du cas de Geneviève	94
3.6 Cas clinique # 6 : Pierre.....	96
3.6.1 Présentation du cas.....	96
3.6.2 Déroulement de la procédure APAP pour Pierre.....	98
3.6.3 Résultats obtenus aux différentes échelles de mesures de Pierre	101
3.6.4 Discussion du cas de Pierre.....	104
3.7 Cas clinique # 7 : Claude.....	105
3.7.1 Présentation du cas.....	105
3.7.2 Déroulement de la procédure APAP pour Claude	106
3.7.3 Résultats obtenus aux différentes échelles de mesures de Claude.....	112
3.7.4 Discussion du cas de Claude.....	115
3.8 Cas clinique # 8 : Haroun.....	116
3.8.1 Présentation du cas.....	116
3.8.2 Déroulement de la procédure APAP pour Haroun	120
3.8.3 Résultats obtenus aux différentes échelles de mesures de Haroun	123
3.8.4 Discussion du cas de Haroun	126
3.9 Synthèse des résultats pour évaluer le changement de l'ensemble du groupe	128
3.9.1 Résultats sur la moyenne des cognitions idiosyncrasiques.....	128
3.9.2 Résultats sur la qualité de vie.....	129

3.9.3 Résultats sur la moyenne des scores obtenus à L'Échelle d'anxiété de Hamilton et au BAI pour l'ensemble du groupe.....	130
3.10 Synthèse des résultats pour évaluer le changement des deux groupes	133
Chapitre 4 : Discussion Générale	135
4.1 Synthèse du contenu et des principaux résultats de l'étude.....	141
4.2 Limites de l'étude.....	149
4.3 Forces de l'étude et implication clinique des résultats	151
4.4 Recommandation et pistes de recherche futures.....	152
Conclusion	153
Bibliographie	155
Annexe 1 : Approbation éthique du projet de recherche	i
Annexe 2 : Formulaire de consentement pour les participants de l'étude	ii
Annexe 3 : Guide d'utilisation d'APAP	iii
Annexe 4 : Questionnaires utilisés dans le cadre de l'étude.....	iv
Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz	v
Test d'Auto-évaluation des pensées en interaction sociale.....	vi
Échelle de peur de l'évaluation négative.....	vii
Inventaire d'anxiété de Beck.....	viii
Questionnaire sur les inquiétudes du Penn State.....	ix
Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété	x
Échelle de l'intolérance à l'incertitude	xi
Échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton	xii
Inventaire systémique sur la qualité de vie.....	xiii

Liste des tableaux

Tableau I. Exemple des cognitions idiosyncrasiques pour le groupe.....	38
Tableau II. Moyenne des cognitions idiosyncrasiques de Caroline.....	52
Tableau III. Moyenne des cognitions idiosyncrasiques de Natalia.....	63
Tableau IV. Moyenne des cognitions idiosyncrasiques de Sharon.....	72
Tableau V. Moyenne des cognitions idiosyncrasiques d'Isabelle.....	84
Tableau VI. Moyenne des cognitions idiosyncrasiques de Geneviève.....	93
Tableau VII. Moyenne des cognitions idiosyncrasiques de Pierre.....	103
Tableau VIII. Moyenne des cognitions idiosyncrasiques de Claude.....	114
Tableau IX. Moyenne des cognitions idiosyncrasiques de Haroun.....	125
Tableau X: Moyenne des cognitions idiosyncrasiques pour l'ensemble du groupe.....	128
Tableau XI: Moyenne des scores obtenus à l'ISQV pour l'ensemble du groupe.....	129
Tableau XII: Moyenne des résultats obtenus à <i>L'Échelle d'anxiété de Hamilton</i> pour l'ensemble du groupe.....	130
Tableau XIII: Moyenne des résultats obtenus au <i>BAI</i> pour l'ensemble du groupe.....	131
Tableau XIV: Tailles d'effet, du pré amorçage préconscient au post amorçage préconscient chez le groupe de patients souffrant d'une <i>phobie sociale</i>	133
Tableau XV: Tailles d'effet, du pré amorçage préconscient au post amorçage préconscient chez le groupe de patients souffrant d'un <i>trouble d'anxiété généralisée</i>	135

Liste des figures

Figure 1 : Paradigme d’amorçage préconscient.....	21
Figure 2 : Exemple d’un réseau sémantico-affectif pour la phobie sociale.....	32
Figure 3 : Cible de changement cognitif spécifique à Caroline.....	44
Figure 4 : Élaboration du réseau sémantico-affectif négatif (RSA-) de Caroline en identifiant les cognitions et émotions problématiques ainsi que leurs conséquences physiologiques ou comportementales.....	45
Figure 5 : Élaboration du réseau sémantico-affectif positif (RSA+) de Caroline : Des pensées plus appropriées, des cognitions souhaitées, des émotions et réactions physiologiques plus adaptées et les comportements plus fonctionnels qui en découleraient ont été établis.....	45
Figure 6 : Élaboration des suggestions alternatives plausibles et cognitions désirées liées à la cible du changement cognitif souhaitée par la patient Caroline.....	46
Figure 7 : Scores obtenus au <i>Test d’Auto-évaluation des pensées en interaction sociale (TAPIS)</i> de Caroline.....	48
Figure 8 : Scores obtenus à l’ <i>Échelle de peur de l’évaluation négative (FNE)</i> pour Caroline.....	49
Figure 9 : Scores obtenus à l’ <i>Inventaire d’anxiété de Beck (BAI)</i> , à l’ <i>Échelle d’anxiété sociale de Liebowitz (EASL)</i> et à l’ <i>Échelle d’appréciation de l’anxiété de Hamilton de Caroline</i>	50
Figure 10 : Description de l’anxiété généralisée de Natalia.....	58
Figure 11 : Élaboration du : Élaboration du réseau sémantico-affectif négatif (RSA-) de Natalia en identifiant les cognitions et émotions problématiques ainsi que leurs conséquences physiologiques ou comportementales.....	58
Figure 12 : Élaboration du réseau sémantico-affectif positif (RSA+) de Natalia : Des pensées plus appropriées, des cognitions souhaitées, des émotions et réactions physiologiques plus adaptées et les comportements plus fonctionnels qui en découleraient ont été établis	59
Figure 13 : Élaboration des suggestions alternatives plausibles et cognitions désirées liées à la cible du changement cognitif souhaitée par Natalia.....	59
Figure 14 : Scores obtenus au <i>Questionnaire sur l’Inquiétude et l’Anxiété (QIA)</i> pour Natalia...	60
Figure 15 : Scores obtenus à l’ <i>Inventaire d’anxiété de Beck (BAI)</i> pour Natalia.....	60
Figure 16 : Scores obtenus à l’ <i>Échelle de l’intolérance à l’incertitude (EII)</i> et au <i>Questionnaires sur les inquiétudes du Penn State (QIPS)</i> de Natalia.....	61
Figure 17 : Scores obtenus à L’ <i>échelle d’anxiété d’Hamilton</i> de Natalia.....	61
Figure 18 : Description de l’anxiété généralisée de Sharon.....	67
Figure 19 : Élaboration du réseau sémantico-affectif négatif (RSA-) en identifiant les cognitions et émotions problématiques ainsi que leurs conséquences physiologiques ou comportementales de Sharon.....	67
Figure 20 : Élaboration du réseau sémantico-affectif positif (RSA+) de Sharon : Des pensées plus appropriées, des cognitions souhaitées, des émotions et réactions physiologiques plus adaptées et les comportements plus fonctionnels qui en découleraient ont été établis	68
Figure 21 : Élaboration des suggestions alternatives plausibles et cognitions désirées liées à la cible du changement cognitif souhaitée par Sharon.....	69
Figure 22 : Élaboration des suggestions alternatives plausibles et cognitions désirées liées à la cible du changement cognitif souhaitée par Sharon-2 ^{ème} ITÉRATION.....	70
Figure 23 : Scores obtenus à l’ <i>Échelle d’anxiété d’Hamilton</i> , à l’ <i>Échelle de l’intolérance à l’incertitude (EII)</i> et à l’ <i>Inventaire d’anxiété de Beck (BAI)</i> de Sharon.....	71

Figure 24 : Scores obtenus au <i>Questionnaires sur les inquiétudes du Penn State (QIPS)</i> et au <i>Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété (QIA)</i> pour Sharon.....	71
Figure 25 : Description de l'anxiété généralisée d'Isabelle	77
Figure 26 : Élaboration du réseau sémantico-affectif négatif (RSA-) en identifiant les cognitions et émotions problématiques ainsi que leurs conséquences physiologiques ou comportementales d'Isabelle.....	78
Figure 27: Élaboration du réseau sémantico-affectif positif (RSA+) d'Isabelle : Des pensées plus appropriées, des cognitions souhaitées, des émotions et réactions physiologiques plus adaptées et les comportements plus fonctionnels qui en découleraient ont été établis	79
Figure 28: Élaboration des suggestions alternatives plausibles et cognitions désirées reliées à la cible du changement cognitif souhaitée par Isabelle.....	80
Figure 29 : Scores obtenus au <i>Test d'Auto-évaluation des pensées en interaction social (TAPIS négatif)</i> d'Isabelle	81
Figure 30 : Scores obtenus au <i>Test d'Auto-évaluation des pensées en interaction social (TAPIS positif)</i> et à l' <i>Échelle de peur de l'évaluation négative (FNE)</i> pour Isabelle.....	81
Figure 31 : Scores obtenus à l' <i>Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (EASL)</i> pour Isabelle.....	82
Figure 32 : Scores obtenus à l' <i>Inventaire d'anxiété de Beck (BAI)</i> et à l' <i>Échelle d'anxiété d'Hamilton</i> pour Isabelle.....	83
Figure 33 : Description de l'anxiété généralisée de Geneviève.....	88
Figure 34 : Élaboration du réseau sémantico-affectif négatif (RSA-) en identifiant les cognitions et émotions problématiques ainsi que leurs conséquences physiologiques ou comportementales de Geneviève.....	88
Figure 35 : Élaboration du réseau sémantico-affectif positif (RSA+) de Geneviève : Des pensées plus appropriées, des cognitions souhaitées, des émotions et réactions physiologiques plus adaptées et les comportements plus fonctionnels qui en découleraient ont été établis.....	89
Figure 36: Élaboration des suggestions alternatives plausibles et cognitions désirées reliées à la cible du changement cognitif souhaitée par Geneviève.....	90
Figure 37: Scores obtenus au <i>Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété (QIA)</i> et à l' <i>Échelle de l'intolérance à l'incertitude (EII)</i> pour Geneviève.....	91
Figure 38 : Scores obtenus au <i>Questionnaires sur les inquiétudes du Penn State (QIPS)</i> , à l' <i>Échelle d'anxiété d'Hamilton</i> et à l' <i>Inventaire d'anxiété de Beck (BAI)</i> pour Geneviève.....	92
Figure 39 : Description de l'anxiété généralisée de Pierre.....	99
Figure 40 : Élaboration du réseau sémantico-affectif négatif (RSA-) de Pierre en identifiant les cognitions et émotions problématiques ainsi que leurs conséquences physiologiques ou comportementales.....	99
Figure 41 : Élaboration du réseau sémantico-affectif positif (RSA+) de Pierre : Des pensées plus appropriées, des cognitions souhaitées, des émotions et réactions physiologiques plus adaptées et les comportements plus fonctionnels qui en découleraient ont été établis.....	100
Figure 42 : Élaboration des suggestions alternatives plausibles et cognitions désirées reliées à la cible du changement cognitif souhaitée par Pierre.....	100
Figure 43 : Scores obtenus au <i>Questionnaires sur les inquiétudes du Penn State (QIPS)</i> et à l' <i>Inventaire d'anxiété de Beck (BAI)</i> pour Pierre.....	101
Figure 44 : Scores obtenus pour Pierre à l' <i>Échelle d'anxiété d'Hamilton</i> , à l' <i>Échelle de l'intolérance à l'incertitude (EII)</i> et au <i>Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété (QIA)</i>	102
Figure 45 : Description de l'anxiété sociale de Claude.....	106
Figure 46 : Élaboration du réseau sémantico-affectif négatif (RSA-) de Claude en identifiant les cognitions et émotions problématiques ainsi que leurs conséquences physiologiques ou comportementales	107

Figure 47 : Élaboration du réseau sémantico-affectif positif (RSA+) de Claude : Des pensées plus appropriées, des cognitions souhaitées, des émotions et réactions physiologiques plus adaptées et les comportements plus fonctionnels qui en découleraient ont été établis.....	108
Figure 48 : Élaboration des suggestions alternatives reliées à la cible du changement cognitif souhaitée par Claude.....	109
Figure 49 : Liste de quelques suggestions alternatives reliées à la nouvelle cible du changement cognitif souhaitées par Claude.....	111
Figure 50 : Scores obtenus au et à l' <i>Inventaire d'anxiété de Beck (BAI)</i> , à l' <i>Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (EASL)</i> et à l' <i>Échelle de peur de l'évaluation négative (FNE)</i> de Claude...	112
Figure 51 : Scores obtenus à l' <i>Échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton</i> et au <i>Test d'Auto-évaluation des pensées en interaction social (TAPIS)</i> pour Claude.....	113
Figure 52 : Description de l'anxiété sociale de Haroun : Faire un appel téléphonique.....	120
Figure 53 : Élaboration du Élaboration du réseau sémantico-affectif négatif (RSA-) en identifiant les cognitions et émotions problématiques ainsi que leurs conséquences physiologiques ou comportementales de Haroun.....	120
Figure 54 : Élaboration du Élaboration du réseau sémantico-affectif positif (RSA+) en identifiant les cognitions et émotions problématiques ainsi que leurs conséquences physiologiques ou comportementales de Haroun.....	121
Figure 55 : Élaboration de suggestions alternatives reliées à la cible du changement cognitif souhaitée par Haroun.....	122
Figure 56 : Scores obtenus à l' <i>Inventaire d'anxiété de Beck (BAI)</i> , à l' <i>Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (EASL)</i> et à l' <i>Échelle de peur de l'évaluation négative (FNE)</i> pour Haroun.....	123
Figure 57 : Scores obtenus à l' <i>échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton</i> et au <i>Test d'Auto-évaluation des pensées en interaction social (TAPIS)</i> pour Haroun.....	124

Liste des abréviations

APAP : Augmentation de la Psychothérapie par Amorçage Préconscient

BAI : Inventaire d'anxiété de Beck

DSM-5 : Cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
die : Une fois par jour (médicament)

EAAH : Échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton

EASL : Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz

EII : Échelle de l'intolérance à l'incertitude

Etc. : Et cætera

FNE : Échelle de peur de l'évaluation négative

Fig. : Figure

PS : Phobie sociale

ISQV : Inventaire systémique de qualité de vie

IUSMM : Institut universitaire en santé mentale de Montréal

QIA : Questionnaire sur l'inquiétude et l'Anxiété

QIPS : Questionnaire sur les inquiétudes du Penn State

QV : Qualité de vie

RSA - : Réseau sémantico-affectif négatif

RSA+ : Réseau sémantico-affectif positif

TAG : Trouble d'anxiété généralisée

TAPIS : Test d'Auto-évaluation des pensées en interaction sociale

TCC : Thérapie cognitive-comportementale

TDA : Trouble déficitaire de l'attention

Je dédie ce mémoire à mes précieux parents, à l'amour de ma vie : mon très cher époux, à nos deux trésors : nos deux garçons ainsi qu'à mes exceptionnelles amies. Merci d'avoir cru en moi, et fait de moi ce que je suis aujourd'hui

Remerciements

Avant tout, je tiens à remercier très chaleureusement et très sincèrement mon directeur de recherche le Dr Frederick Aardema et mon co-directeur le Dr François Borgeat qui m'ont soutenu avec respect, patience et disponibilité exemplaires tout au long de cette thèse. Je vous suis infiniment reconnaissante pour m'avoir fait confiance et pour m'avoir permis de vivre l'une des plus inspirantes expériences en recherche. Grâce à l'expertise, la rigueur scientifique, l'expérience et la passion naturelle du Dr François Borgeat et du Dr Frederick Aardema pour la recherche en santé mentale, j'ai pu non seulement développer mon sens d'analyse et ma capacité d'autocritique en recherche clinique mais aussi, relever de beaux défis par les différentes opportunités de présentations et de publications, tout en admirant les plaisirs des congrès nationaux et internationaux. Mes superviseurs m'ont offert un support et un encadrement nuancés d'une belle marge de liberté et d'autonomie. Mes conditions d'études étaient favorables, stimulantes et agréables. J'avais l'impression de vivre une aventure merveilleuse et palpitante dans un domaine qui m'a toujours fasciné « la psychiatrie ». Étant donné que je commence ma résidence dans cette branche qui m'a toujours passionnée, je tiens à vous dire que je me sens très privilégiée de vous avoir eu comme superviseurs, je vous suis très reconnaissante pour toutes les connaissances que vous m'avez véhiculées et je vous promets que je suivrai votre exemple en donnant le meilleur de moi-même pour la santé mentale et le bien être des patients.

Un immense remerciement est adressé aussi à mon collaborateur, le Dr Kieron O'Connor pour son soutien, ses conseils, son feedback, son humour et son authenticité palpable.

Un énorme merci infini est adressé à nos ingénieurs Vincent et Étienne pour leur support informatique. Grâce à vos cerveaux de génies, vous avez fait d'APAP un modèle innovateur et agréable. J'ai eu la chance et le privilège de travailler avec une équipe informatique rapide, efficace et toujours à l'écoute.

Je tiens à remercier aussi très chaleureusement tout le personnel formidable de la clinique des troubles anxieux et de l'humeur, site Anjou de m'avoir accueillie avec respect et bras ouverts. J'ai eu le privilège de réaliser mon projet au sein d'une équipe très professionnelle et exceptionnelle. Merci de m'avoir permis de faire ma recherche dans une ambiance

collaborative, constructive et chaleureuse. Les moments de rires et de folies à l'heure du dîner comme aux occasions spéciales seront gravés à jamais dans ma mémoire. J'adresse à l'occasion un merci spéciale à notre psychologue Marie-Ève Rouleau pour son écoute empathique et authentique ainsi qu'à Marie, notre merveilleuse travailleuse sociale pour ses encouragements et sa disponibilité à égayer nos esprits. J'adresse également mes plus sincères et puissants remerciements à Dr Christo TODOROV pour sa disponibilité sans faille et ses précieux conseils. Un gros et chaleureux remerciement est adressé à toute l'équipe du CETOCT, plus particulièrement ma collègue et amie Stella Marie, Karine, Marie-Ève, Magalie, Natalia, Benjamin, Jean-Sébastien, Annie et Souhila. Merci pour votre précieuse aide et la confiance que vous m'avez témoignée dès mon arrivée dans l'équipe. Nous avons eu ensemble de beaux moments de joie et de complicité.

J'exprime toute mon immense gratitude à mes chers parents qui ont su m'inculquer des valeurs solides, uniques et de toute beauté. Maman, Merci du plus profond de mon cœur d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui et d'avoir été toujours là pour moi. Je te remercie pour ton amour, ta tendresse, ton soutien, ton accompagnement et ton inépuisable bonté. Tu es dotée de grandes qualités exemplaires. Tu représentes pour moi un modèle de sagesse et de persévérance.

Un Merci infini et intense à mon exceptionnel conjoint Lahcène et à nos deux merveilleux garçons Mehdi et Abdelhadi. Vous m'avez tellement soutenu, accompagné et encouragé dans la réalisation de ce projet et dans tout ce que j'entreprends dans ma vie. Grâce à votre amour et humour légendaires, vous avez su faire de moi la maman la plus choyée et comblée au monde. Vous illuminez mon parcours d'une façon incroyable et vous me ressourcer continuellement avec une énergie renouvelable.

Un gros merci à toute ma famille, à ma chère belle mère, à Hanane et à Souad et à mes précieuses amies : Ouassila, Nejma, Souhila, Fariza, Amira, Natalie et Caroline qui m'ont accompagné et encouragé dans ce processus avec confiance, amour et finesse.

J'envoie également un remerciement à Dr Yahye Merhi, aux responsables de l'option sciences psychiatriques de l'Université de Montréal et à Dr Frederick Aardema pour le soutien financier. Finalement, un merci tout spécial est adressé à tous les patients qui ont participé à cette étude, sans vous ce mémoire n'aurait pas pu exister.

Introduction

Les troubles anxieux, tels qu'ils sont définis dans la *cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) [1] représentent les problèmes de santé mentale les plus répandus [2]. Selon l'agence de la santé publique du Canada, ces troubles affectent 12% de la population et causent un handicap léger à grave [3]. Leur prévalence au cours de la vie est de 16 à 29% [4]. Les troubles anxieux peuvent causer un lourd fardeau pour les patients et leurs proches [5], en plus d'entraîner un impact économique majeur pour la société en termes d'utilisation accrue des services de santé tant psychiatriques que non psychiatriques, de diminution de productivité au travail, d'absentéisme et du chômage [5].

La prise en charge des troubles anxieux repose sur des mesures pharmacologiques comme les antidépresseurs [6] et non pharmacologiques comme la thérapie cognitive-comportementale (TCC), qui à ce jour représente la forme de psychothérapie la plus étudiée et vraisemblablement la plus efficace dans le traitement des troubles anxieux et dans l'amélioration du pronostic [2, 7]. Cependant, certains patients ayant déjà été impliqués dans une psychothérapie individuelle ou de groupe qui a bien évolué, se retrouvent avec des résultats partiels et insuffisants selon leur appréciation ou celle de leur thérapeute [8]. Des habitudes de pensée figées depuis longtemps peuvent résister à la TCC comme si, malgré bien des efforts rationnels, un discours intérieur alternatif plus adapté demeurerait peu accessible surtout lorsque le niveau d'anxiété s'élève [9].

Les résultats d'une étude parue en mars 2013 dans la revue *Frontiers in Psychiatry*, ont démontré que l'amorçage préconscient s'avère une stratégie efficace pour augmenter les effets de la psychothérapie en diminuant les pensées ou attitudes dysfonctionnelles persistantes et en augmentant les pensées plus adaptées [10].

Parmi l'ensemble des troubles anxieux, l'étude actuelle s'est intéressée principalement à deux catégories de patients, ceux qui souffrent d'une phobie sociale (PS) ou de trouble d'anxiété généralisée (TAG). Plusieurs arguments motivent ce choix. Premièrement, ces deux problématiques représentent les formes d'anxiété les plus fréquentes [11, 12, 13] et peuvent nuire considérablement au fonctionnement quotidien de la personne et à sa qualité de vie [3, 14, 15, 16]. Deuxièmement l'étude citée plus haut « *Psychotherapy augmentation through*

preconscious priming » [10] a porté sur vingt personnes consultant pour PS. L'augmentation des cognitions positives et la diminution des cognitions négatives alors qu'une stratégie de contrôle ne montrait pas d'effet vient alimenter la volonté d'explorer l'effet de l'amorçage préconscient également chez des patients souffrant de TAG. Effectivement, ces derniers ont souvent, malgré leurs efforts, tendance à revenir à leur enchaînement de pensées et d'émotions très inconfortables et spécifiques à leurs inquiétudes sans fin, il serait donc intéressant d'explorer l'éventuel impact de cette approche sur ces automatismes de pensées.

Le présent projet explore cette stratégie d'augmentation ou de facilitation du changement en psychothérapie basée sur l'amorçage (*priming*) préconscient. Il vise les patients souffrant de phobie sociale (PS) ou de trouble d'anxiété généralisée (TAG) ayant présenté une réponse symptomatique partielle malgré une bonne adhérence au traitement par TCC. Le but premier de cette stratégie est d'aider le patient à sortir d'une ornière cognitive en rendant plus disponible un réseau sémantique et affectif approprié.

Ce présent mémoire est divisé en quatre chapitres. Le premier est intitulé « Contexte général et théorique, recension des écrits et justification de l'étude ». Il dresse dans un premier temps un portrait sur la prévalence, la définition et les conséquences des troubles anxieux ainsi que la description de l'efficacité des TCC dans la prise en charge des troubles anxieux. Ce premier chapitre permet par la suite de comprendre le rationnel de la présente étude et d'expliquer le processus ayant mené à la formulation de l'hypothèse et traitera ensuite en détail le concept de l'amorçage préconscient.

Le chapitre suivant (chapitre 2) intitulé « Méthode » a pour but de décrire et de préciser les aspects méthodologiques de l'étude: participants, instruments de mesure, déroulement de la recherche, l'analyse qualitative et statistique.

Le chapitre 3 intitulé « Étude des cas clinique et résultats » est consacré en premier lieu à l'étude de chaque cas clinique. Un descriptif de la problématique de chaque patient est d'abord présenté après avoir consulté entre autres le dossier clinique de chaque patient. On expliquera par la suite le déroulement de l'étude, l'évolution des patients, les résultats individuels obtenus, leur

interprétation et leur discussion. En second lieu, les résultats obtenus aux différentes échelles de mesures utilisés pour les deux troubles seront abordés.

Le chapitre 4 fera l'objet de la partie « Discussion », ce chapitre est constitué dans sa première partie d'une discussion des résultats obtenus et leur signification en fonction de l'hypothèse formulée. En second lieu, les limites et les forces de l'étude ainsi que les implications cliniques des résultats seront soulignées. Finalement la dernière partie de ce chapitre aborde la conclusion générale ainsi que les perspectives de recherche futures.

CHAPITRE 1 :

CONTEXTE GÉNÉRAL ET THÉORIQUE,

RECENSION DES ÉCRITS ET

JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

1.1 Le trouble d'anxiété généralisée

1.1.1 Définition

Selon le DSM-5 [1], le trouble d'anxiété généralisé (TAG) est défini par la présence d'anxiété, d'angoisse ou de soucis excessifs et persistants concernant un certain nombre d'événements ou d'activités de la vie quotidienne pendant une période d'au moins six mois. Une personne ayant un TAG éprouve une difficulté à contrôler ses préoccupations excessives et a tendance à appréhender des situations reliées à plusieurs domaines tels que : travail, étude, santé, argent, la sécurité, les réparations de voitures ou les travaux domestiques [11].

L'anxiété et les soucis sont accompagnés d'au moins trois des symptômes suivants : agitation ou sensation d'être survolté ou à bout ; fatigabilité ; difficulté de concentration ; irritabilité ; tension musculaire ; perturbation du sommeil. Ces symptômes causent une altération cliniquement significative dans d'importants domaines de fonctionnement de leur vie (social, scolaire, professionnel ou autres) et ne sont pas le résultat des effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale générale [1].

La cause du TAG reste inconnue [11] cependant plusieurs facteurs de risque peuvent entraîner l'apparition des symptômes de ce trouble. Il s'agirait de facteurs biologiques, héréditaires ou environnementaux [17]. Un patient qui souffre d'un TAG a de multiples inquiétudes excessives, difficiles à contrôler et qui se modifient souvent avec les temps [11]. Par exemple, il pourrait craindre que son appartement soit cambriolé, que la sécurité de ses enfants soit compromise ou encore de perdre son emploi. La personne ressent ainsi beaucoup d'anxiété à cause de ses responsabilités professionnelles, financières et familiales, sans arriver à lâcher prise, à se détacher de ses inquiétudes pour pouvoir se détendre ou se relaxer un instant [14]. Le trouble d'anxiété généralisée peut avoir donc effets importants et extrêmes sur le fonctionnement de la personne dans plusieurs sphères de sa vie de tous les jours. Il affecte négativement ses relations et ses activités familiales, sociales et professionnelles [14].

1.1.2 Épidémiologie du TAG

Le TAG représente l'un des troubles anxieux les plus fréquents [18]. Il affecte environ 3% de la population générale durant une année donnée [19]. Environ 5 % des Canadiens en seront affectés au cours de leur vie [20]. Le trouble débute souvent à l'enfance ou à l'adolescence, il surviendra habituellement avant l'âge de 25 ans [21]. En générale, les personnes atteintes ne sont pas identifiées au début, car leur motif de consultation concerne souvent des plaintes physiques non spécifiques [22, 23]. Cependant, ces personnes précisent se souvenir d'avoir toujours été anxieuses au cours de l'ensemble de leur vie, elles précisent souvent que le début des symptômes remonte à l'enfance ou à l'adolescence [24]. On retrouve chez 50 à 90 % des gens souffrant de trouble d'anxiété généralisée une autre maladie mentale. La pathologie anxieuse peut être tellement épuisante et destructrice qu'elle peut déclencher ou coexister avec une dépression majeure, un abus d'alcool ou de substance abus de drogues ou encore un trouble panique ou une phobie spécifique [23, 24]. Diverses études épidémiologiques indiquent que l'incidence chez les femmes est deux fois plus élevée que chez les hommes [2,18].

1.1.3 Évolution du TAG

Le TAG est une condition généralement chronique qui fluctue souvent avec le temps [25]. Habituellement, la combinaison et la sévérité des symptômes varient d'une personne à une autre [20]. Cependant les périodes de stress ou le fait d'avoir une maladie grave peuvent déclencher ou aggraver l'anxiété [5, 20].

1.2 La phobie sociale

1.2.1 Définition

Selon le DSM-5 [1], la phobie sociale (PS) ou trouble d'anxiété sociale est caractérisé par une crainte persistante et intense d'être jugée, humiliée ou regardée [26]. Cette peur cause une détresse considérable et une capacité diminuée de quelques fonctions dans la vie quotidienne. Elle est causée par la crainte importante, pour un individu, de se trouver face à une situation sociale durant laquelle il s'expose à une interaction avec d'autres individus ou à une situation où il doit performer. Il peut avoir peur de rougir, de trembler, de prendre la parole devant un groupe, de parler au téléphone, de parler avec une personne inconnue ou en autorité, ou de manger en public. Cette peur marquée et intense est souvent accompagnée de symptômes physiques comme le tremblement, le rougissement, les palpitations et la transpiration, ou bien de la perte de la capacité à garder le fil des idées ou à trouver les mots pour s'exprimer [27].

Ces situations durant lesquelles la personne est exposée au regard d'autrui par exemple : réunion, exposés oraux, repas de groupe, sont vécues avec une importante anxiété [15] et peuvent conduire la personne à éviter la plupart du temps les situations sociales [27]. Certaines caractéristiques peuvent être associées à la phobie sociale, telles qu'une faible estime de soi, une hypersensibilité à la critique ainsi qu'une difficulté à s'affirmer ou à dégager de l'assurance [15]. La personne qui souffre de PS, bien qu'elle reconnait que sa peur est déraisonnable et excessive craint le fait d'être embarrassée ou humiliée en cas d'échec à satisfaire les attentes des autres [27]. Il est à noter qu'une même activité réalisée seule, n'entraîne pas la peur intense observée durant les situations sociale ou de performance [27] durant lesquelles la personne est en contact avec des gens non familiers [15].

1.2.2 Épidémiologie de la PS

Elle représente le trouble anxieux le plus fréquent [12, 13]. Au Canada, son taux de prévalence sur la vie varie entre 8% et 13% [26, 29]. Son taux de prévalence sur un an est de 6.7% au Canada [16, 20]. Elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes [13, 29-30]. La PS se déclare habituellement durant l'enfance ou au début de l'adolescence [30, 31]. Il est rare qu'elle se développe plus tard à l'âge adulte [20, 30]. La majorité des patients qui souffrent de PS ont peur de parler en public [13, 15], cependant, un peu moins de la moitié ressentent une peur de parler à des inconnus ou encore de rencontrer de nouvelles personnes [15, 16, 30]. Les peurs de performance comme par exemple, manger, boire ou écrire en public semblent quant à elles, moins fréquentes. [15, 29]. Malgré sa fréquence et son retentissement majeur, ce trouble est souvent méconnu et par conséquent n'est pas suffisamment pris en charge [29, 32].

1.2.3 Évolution et impact de la PS

Une personne avec une PS est le plus souvent consciente que son anxiété est excessive et irrationnelle, mais elle ne peut malheureusement pas la surmonter [16, 33]. Par conséquent, la PS peut nuire considérablement au fonctionnement global de la personne et à sa qualité de vie quotidienne [13]. Par exemple, la PS peut entraver la réussite professionnelle d'une personne du fait de son incapacité de faire face à l'entrevue d'embauche ce qui rend son statut socio-économique plus faible. Elle peut interférer avec la réussite scolaire du fait de la détresse intense ressentie en classe ce qui engendre une scolarité moins élevée [30, 31]. Dans les cas extrêmes, une personne avec PS peut se replier sur elle-même et s'empêcher d'avoir une vie amoureuse ou conjugale satisfaisante [15, 16].

Elle demeure ainsi célibataire et peut s'éloigner de ses amis et de sa famille [15]. Il est rare que les personnes atteintes de PS consultent pour des symptômes reliés à l'anxiété. Dans la majorité des cas, elles consultent pour d'autres troubles concomitants comme un abus de substance [33, 34], un autre trouble anxieux ou une dépression [13, 32]. La PS suit un mode d'évolution presque toujours chronique avec une fluctuation des symptômes en fonction des circonstances de la vie ou de des facteurs de stress [20]. Sa durée moyenne d'évolution avant qu'un diagnostic ne soit posé ou qu'un traitement ne soit instauré est de plus de 10 ans [20, 13, 33]. Cette condition qui entraîne souvent un handicap social et professionnel important, peut disparaître pendant une période déterminée mais elle dure souvent toute la vie [13, 30]. L'identifier à temps et la traiter d'une façon appropriée et adéquate est donc primordial et indispensable [32].

1.3 La thérapie cognitive-comportementale

1.3.1 Définition

La TCC est une approche validée scientifiquement [35, 36] qui vise à modifier des pensées et des comportements problématiques [36]. Le but premier de la TCC est de solutionner les problèmes actuels et en second lieu uniquement, de comprendre leur origine dans le passé [7]. Elle est décrite comme une intervention « généralement active, directive, structurée et relativement de courte durée » [35]. Les premiers travaux sur les TCC ont été développés dans les pays anglo-saxons vers la fin des années 1950 [36]. Fondées d'abord sur les théories de l'apprentissage : comme le conditionnement classique puis les théories cognitives, particulièrement le modèle du traitement de l'information, les TCC ont comme principal objectif thérapeutique la modification d'un apprentissage émotionnel, cognitif ou comportemental inadapté [36]. Afin de bien saisir le rationnel de cet objectif, nous abordons, en premier, dans ce qui suit, les fondements de la thérapie comportementale. Suivra par la suite, une élaboration sur les théories sous-jacentes de la thérapie cognitive ce qui va permettre de mieux comprendre le lien entre cette dernière et les prémisses de l'approche du projet de recherche actuel, qui propose, dans sa première partie, des étapes d'inspiration typiquement cognitive-comportementale.

La thérapie comportementale repose sur l'idée que l'être humain acquiert, par l'éducation ou par l'expérience, la plupart de ses caractéristiques [37].

John B. Watson (1878-1958) et Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) représentaient les pionniers de la thérapie comportementale. Ils se sont intéressés principalement aux comportements car ces derniers représentent des actions facilement observables, vérifiables et mesurables [38]. Selon les comportementalistes, la compréhension de l'origine des maladies mentales et de leur traitement repose principalement sur la théorie de l'apprentissage. Cette dernière mentionne que les comportements peuvent être appris ou désappris selon la manière dont ils sont influencés [38]. Ainsi, la maladie mentale résulterait avant tout de comportements problématiques et pourrait être soulagée à condition de trouver des méthodes efficaces pour les modifier. Ceci serait possible en agissant sur les facteurs qui influencent ces comportements, qui peuvent se manifester avant, pendant ou après ceux-ci et qui se nomment « stimuli » (« stimulus », au singulier) [38].

Deux modèles sont considérés particulièrement influents dans la théorie de l'apprentissage, il s'agit du conditionnement classique et du conditionnement opérant. Le terme «conditionnement» fait référence à tout changement de comportement secondaire à l'exposition à des stimuli [38, 39]. Prenons l'exemple d'une caissière qui a été victime de vol à main armée dans un magasin (stimulus) et qui ne veut plus reprendre son travail (changement de comportement) de peur d'être agressée de nouveau. Ainsi, le déconditionnement serait le renversement du processus de conditionnement. En thérapie comportementale, on encouragera donc la caissière à retourner au magasin afin qu'elle puisse réaliser qu'elle ne sera pas automatiquement victime de violence [38].

Dans le modèle du conditionnement classique, « on vise à contrôler le comportement par ses antécédents, c'est-à-dire par les stimuli qui les précèdent » [39]. Les trois innovateurs qui ont vraisemblablement contribué à élaborer ce modèle sont : Ivan Pavlov (1849-1936), John Watson et Joseph Wolpe (1915-1997).

Pavlov était un médecin russe qui effectuait des recherches sur les glandes digestives mais ce sont ses expériences sur le conditionnement qui l'ont rendu célèbre. Dans son expérience classique de 1927, il remarque que les chiens salivent lorsque de la nourriture leur est présentée.

Il fait donc l'expérience suivante : il combine simultanément chaque présentation de nourriture aux chiens à un son de cloche (stimulus). Pavlov se rend compte qu'au bout d'un certain nombre d'association, le son de la cloche provoque une réaction de salivation même si on ne donnait plus la nourriture au chien. Pavlov venait de créer ce qu'il nomma « réflexe conditionnel » ou un conditionnement. Ses expériences ont permis de mieux comprendre le lien entre le stimulus et le comportement et ont favorisé l'émergence de diverses autres recherches qui ont contribué à établir les fondements de l'approche comportementale [38].

Par exemple, Wolpe a développé la théorie du contre conditionnement par inhibition réciproque qui se résume ainsi : « Si une réponse antagoniste de l'anxiété peut être émise en présence de stimuli évoquant l'anxiété, elle affaiblira le lien entre ces stimuli et l'anxiété [40]. En d'autres termes, l'inhibition réciproque est un phénomène par lequel un stimulus (par exemple la vue d'une souris) suscitant une réaction donnée (une peur intense) est neutralisé par un autre stimulus (par exemple, la relaxation profonde) d'égale ou plus grande intensité qui suscite une réaction inverse. Cette technique s'appelle la « désensibilisation systématique », son principe a conduit Wolpe à traiter trois formes d'anxiété pathologique : l'anxiété liée aux peurs et aux phobies, l'anxiété sociale, et l'anxiété liée aux dysfonctions sexuelles [38, 41]. Plusieurs modalités d'application de l'exposition ont été expérimentées par la suite. Wolpe a également utilisé des notions du conditionnement opérant, qui seront abordées plus loin. Cependant, plusieurs études ont infirmé la théorie de Wolpe en démontrant que ce qui rend sa technique efficace était le fait d'exposer l'individu aux situations anxiogènes, ce qui amène, par habituation, à l'atténuation du lien entre les stimuli et l'anxiété.

Edward Thorndike (1874-1949) et Burrhus Frederik Skinner représentent les deux chercheurs ayant contribué à formuler les principes fondamentaux du conditionnement opérant et à décrire les conditions qui favorisent son utilisation en clinique. Dans le modèle du conditionnement opérant, « on vise à contrôler le comportement par ses conséquences, c'est-à-dire par ce qui le suit directement dans le temps » [39]. On suppose qu'en changeant les conséquences, le comportement va lui aussi, changer à son tour [38]. Prenons l'exemple d'un enfant qui pleure pour attirer l'attention. Ce dernier aura tendance à pleurer encore plus si on s'intéresse à lui lorsqu'il pleure; il pleurera certainement moins si on s'occupe de lui principalement lorsqu'il est calme [38].

Après avoir mené des expériences sur des animaux, Thorndike fut le premier à démontrer les principes fondamentaux du comportement opérant. Il énonça alors deux principales lois, qui gardent leur pertinence jusqu'à ce jour : la loi des effets et la loi de l'exercice.

Selon la loi des effets, un comportement qui apparaît dans une situation donnée aura encore plus tendance à se répéter dans cette situation s'il est suivi d'une conséquence positive. Par exemple, une fille à qui on demande de passer l'aspirateur aura davantage tendance à le faire si on la félicite ou si on lui donne une récompense. Cependant, si le comportement est suivi d'une conséquence négative, on observera un affaiblissement du lien entre le comportement et la situation. Dans notre exemple, si on reproche sans cesse à la fille de ne pas avoir aspiré à la perfection, elle deviendra plus réticente à passer l'aspirateur [38].

La loi de l'exercice stipule quant à elle, que plus une tâche est répétée un grand nombre de fois, plus il devient probable que la réponse attendue sera émise. Ainsi, Skinner s'est inspiré des travaux de Thorndike, et plus précisément de ces deux lois afin d'établir les principes et les procédures du conditionnement opérant. Extrêmement inventif, Skinner a mené initialement des expériences sur les rats. Ses travaux nombreux et variés lui ont permis par la suite d'appliquer les principes du conditionnement opérant aux êtres humains [38], en démontrant de quelle façon et dans quelles conditions les comportements peuvent être modifiés en changeant leurs conséquences. Skinner affirmait aussi avec ténacité qu'il est fondamental d'effectuer au préalable une analyse rigoureuse des comportements d'un individu pour bien évaluer ses problèmes. Il soutenait également que, pour s'assurer de l'efficacité d'une thérapie, il est nécessaire d'effectuer des mesures répétées des comportements de la personne concernée avant, pendant et après la thérapie [38].

Ces théories de l'apprentissage datent donc du début 20^e siècle, une variété de positions théoriques, d'approches méthodologiques et de procédures de traitement se sont développées petit à petit au cours des années [37].

La thérapie cognitive elle-même, a pris son essor dans les années 1960 et 1970, elle est basée sur la prémisse que ce ne sont pas les événements qui déterminent les émotions, les réactions et les comportements d'un individu, mais plutôt sa façon de les interpréter (1641). George Kelly (1905-1967), psychologue nord-américain qui a fait des études en physique, en mathématique,

en sociologie et en éducation est l'un des pionniers de la thérapie cognitive qui a élaboré la théorie des construits. Cette dernière est basée sur un postulat fondamental qui est le suivant : « les processus cognitifs d'un individu sont canalisés psychologiquement par sa façon d'anticiper les événements » [38]. En d'autres mots, les préjugés d'une personne influencent sa façon d'interpréter les événements ainsi que les actions qui en résultent et qui lui permettent de réaliser ses prédictions [42]. Lorsque la réaction est démesurée, elle peut occasionner une souffrance considérable amenant la personne à consulter. Afin qu'elle puisse mieux composer avec la situation, le thérapeute l'amène à faire le lien entre ses pensées, ses émotions, ses sensations physiques et ses comportements. Le thérapeute aide ainsi la personne à identifier et à réévaluer les pensées à l'origine de sa réaction disproportionnée [42].

En thérapie, Kelly identifie les construits dysfonctionnels du patient grâce à une grille. Il l'aide à les modifier au moyen de discussion et d'expériences comportementales qui les rendent moins rigides [38, 42]. Les notions apprises sont par la suite mises en application grâce à des travaux à domicile, ainsi dans ce type de thérapie, Kelly demande au patient de se décrire à la troisième personne : par exemple « Il est craintif », puis le thérapeute lui suggère un scénario opposé, comme « il est courageux », afin de remettre en question ses construits problématiques. Puis il demande au patient de vivre ce scénario établi pendant une période d'une à deux semaines, à temps plein. En agissant de la sorte, le patient voit le construit « Il est craintif » s'atténuer graduellement [38].

Albert Ellis (1913-2007) représente un autre principal théoricien de l'approche cognitive, il débute sa carrière comme psychanalyste. Étant frustré par la lenteur des progrès obtenus en thérapie et acharné à concevoir une méthode plus rapide et plus directe d'aider les gens, il développe la thérapie émotive-rationnelle [43] qui vise à maximiser l'individualité, la liberté et l'intérêt personnel tout en favorisant le contrôle de soi et le respect d'autrui [38]. Ellis croit que la détresse de l'individu est attribuable à sa perception des événements. Selon son modèle ABC, un événement Activateur (A) déclenche un système de pensées et de croyances sous-jacentes (B = *Belief*), ce qui entraîne des Conséquences émotionnelles et comportementales (C). Parmi les principales cognitions dysfonctionnelles les plus fréquentes et les plus nuisibles, Ellis en précise quatre attitudes : les exigences rigides, la non-acceptation, la dramatisation et les jugements sur la valeur personnelle. Ellis croit que les « croyances irrationnelles » sont à la base

de ces attitudes, ce qui empêcherait l'individu à atteindre ses objectifs. En clinique, le thérapeute cherche alors à remettre en question les pensées et les croyances dysfonctionnelles en les distinguant des pensées et des croyances fonctionnelles. Le patient est donc entraîné dans un débat afin de contester ses pensées en démontrant leur irrationalité [38, 42].

Aaron T. Beck fait partie des penseurs qui ont fait évoluer et influencé le mouvement cognitif, c'est un psychiatre américain qui avait commencé à étudier le traitement de la dépression à l'aide de la psychanalyse [38]. Au cours de ses recherches, il s'est intéressé à la perception des personnes dépressives, il note alors que ces dernières ont une vision négative d'eux même, du monde et de l'avenir. Cette caractéristique de cette pensée dépressive a été appelé la « triade de Beck ». La thérapie cognitive développée par Beck est une thérapie active, structurée, directive, limitée dans le temps. Elle vise plusieurs pathologies psychiatriques [44] et elle est basée sur la théorie suivante : les émotions et les comportements d'un individu sont largement déterminés par sa façon de percevoir le monde et de structurer cette perception. L'objectif premier de cette thérapie est d'aider la personne à percevoir la réalité d'une façon plus adaptée en l'amenant à avoir un regard différent sur elle-même et sur le monde qui l'entoure.

Selon le modèle de Beck, chaque personne possède des schémas qui relèvent de structures cognitives profondément ancrées. Ces dernières sont inconscientes et relativement stables et qui forment une grille d'évaluation à travers laquelle il perçoit et analyse la réalité [42]. Selon Beck, ces schémas contiennent des croyances fondamentales [45] qui représentent les composantes les plus sensibles de la conception qu'a l'individu : 1. de lui-même, par exemple « je suis nul, je suis inférieur » ; 2. des autres, par exemple « les autres sont très sévères, dénigrants » ; 3. du monde, par exemple « le monde est dur, impitoyable » [42]. Le modèle de Beck repose sur trois notions principales :

a) Les croyances fondamentales se situent à un niveau cognitif profond, elles sont associées à des affects intenses, sont persistantes, résistantes au changement, relativement inaccessible à la conscience et sujettes à des biais d'interprétations. [42, 44].

b) Les présomptions (ou croyances conditionnelles) se situent à un niveau intermédiaire. Elles découlent directement des croyances fondamentales, sont souvent plus ou moins conscientes et parfois complètement inconscientes. Il s'agit de principe de vie qui influencent nos actions et nos attentes, et le sujet perçoit ces présomptions comme des certitudes plutôt que comme des hypothèses. Elles s'énoncent souvent ainsi : « si...alors... » (par exemple, si je ne travaille pas

très fort, je serai rejeté) ou bien : « je dois/il faut » (par exemple, je dois toujours faire plaisir aux autres) [42, 44].

c) Les pensées automatiques se situent à un niveau plus superficiel, elles ne proviennent pas de la réflexion, et sont dites « automatiques » car elles apparaissent rapidement et d'une façon spontanée. Elles représentent le discours intérieur ou les images spécifiques à une situation donnée [42, 44]. Les principales caractéristiques que Beck a attribué à ces pensées automatiques sont ainsi résumées [44] :

- Elles représentent le produit des schémas ;
- Sont formulées d'une façon discrète, en phrases courtes, très spécifiques, claires et très chargées émotionnellement ;
- Souvent, elles émergent avant les émotions dysfonctionnelles, raison pour laquelle, le patient est questionné de décrire à quoi il a pensé immédiatement avant l'apparition d'une émotion dysfonctionnelle.
- Dans la majorité des cas, elles contiennent des instructions, interprétations ou prédictions s'adressant le plus souvent à la personne elle-même. Souvent, elles sont plus au moins partiellement inconscientes, et dans le cas où elles sont conscientes, la personne préfère ne pas les partager car elles lui causent de l'anxiété ou de la honte.
- La personne les considère comme des pensées plausibles et raisonnables, même si ce n'est pas toujours le cas. Elle les accepte comme des pensées valides sans remettre en question leur réalité ou leur logique.
- Elles sont idiosyncrasiques, ce qui veut dire qu'elles sont spécifiques et particulières à chaque personne, cependant elles peuvent être relativement comparables lorsque deux individus souffrent d'une même pathologie.
- Plus une personne souffre d'une pathologie sévère, plus ses pensées automatiques sont multiples, inadaptées et conscientes, au point de pouvoir occuper parfois tout le champ de sa conscience.

Pour mieux étayer ces caractéristiques, citons comme exemple une personne qui doit parler en public et qui est tourmentée par le trac. Avant tout, elle est plongée par ce qu'elle dit, mais, en même temps, une multitude de pensées envahissent malgré elle, son champ de conscience: « Je me sens nul... je vais perdre mes mots... je suis tendue... les gens vont remarquer que je tremble... j'ai l'air incompetent ». Ces pensées automatiques, génèrent une grande anxiété et

peuvent envahir suffisamment le champ de conscience de la personne au point de l'empêcher de parler et de nuire à sa performance [44].

Ainsi en thérapie, Beck collabore avec le patient pour mettre en commun leurs connaissances et leurs aptitudes afin de cerner la problématique, tester des hypothèses et trouver des solutions.

Beck amène le patient à [42] :

- Identifier ses pensées automatiques ;
- À établir le lien entre les cognitions, les affects et les comportements ;
- Tester la validité de pensées automatiques ;
- Considérer des perceptions plus adaptées.

Dans son intervention active et son approche empathique, le thérapeute :

- Enseigne les techniques au patient ;
- Limite sa thérapie dans le temps (5-20 séances) ;
- Cible les problèmes et les buts du patient ;
- Met l'accent sur l'ici et maintenant.

Dans la multitude des types de psychothérapie cognitives qui ont été proposées depuis les années 1960, des concepts de bases les sous-tendent toutes. Il se résument comme ceci : les pensées ont une influence sur les émotions et les comportements ; les pensées peuvent être évaluées et remises en question ; les changements comportementaux désirés peuvent découler d'une modification cognitive.

Au début, les principaux chercheurs et cliniciens dans le domaine de l'approche comportementale comme Watson et Skinner s'intéressaient principalement aux comportements mesurables et observables. Ainsi, l'importance accordée aux phénomènes subjectifs comme les émotions, les pensées et les croyances d'une personne se retrouvait en second rang [46]. Au cours de la seconde moitié du XXe siècle, certains comportementalistes ont réalisé qu'ils ne pouvaient continuer sur cette voie, et ont jugé pertinent d'intégrer différents aspects de l'approche cognitive à leur pratique d'où le nom de « thérapie cognitivo-comportementale »[46]. Effectivement, au cours des années 1970 et 1980, des études ont démontré que l'approche comportementale serait plus efficace si, dans son application, l'aspect cognitif est tenu en

compte. Parmi les chercheurs et les cliniciens qui ont considérablement contribué à ce rapprochement, figure Hodgson, Rachman, Bandura et Meichenbaum.

1.3.2 TCC et troubles anxieux

Il est tout à fait normal et naturel de ressentir une peur ou de l'anxiété un jour ou l'autre [17] car celles-ci représentent un mécanisme biologique dont la fonction est de nous protéger contre les situations dangereuses [47]. Il est par exemple normal d'être anxieux la veille d'un examen ou encore lors d'évènements particuliers comme une rupture amoureuse ou une perte d'emploi, cependant l'anxiété disparaît lorsque la vie reprend son cours normal [17]. À doses normales, l'anxiété nous protège mais à doses excessives, elle nous étouffe et nous emprisonne [47]. Certains scientifiques pensent que la façon dont certaines personnes ont appris à faire face aux événements de la vie peut entraîner une prédisposition à l'anxiété [22]. L'anxiété devient problématique lorsqu'elle est moins liée au moment exact d'une menace, lorsqu'elle se déclenche avant une menace, persiste après que la menace est passée ou encore survient sans menace identifiable [11,23]. Au-delà d'un certain seuil, l'anxiété peut ainsi, empêcher la personne de fonctionner dans différents domaines de la vie quotidienne et créer chez elle une souffrance excessive et un dysfonctionnement considérable [11,23].

Comme dans la plupart des troubles en santé mentale, les données de la recherche démontrent que plusieurs facteurs à la fois peuvent être impliqués dans l'expression clinique des troubles anxieux [36]. L'étiologie de ces troubles serait le résultat de facteurs psychologiques, biologiques et sociaux [36]. Ils seraient liés ainsi à l'hérédité, au développement individuel, interpersonnel et aux expériences difficiles de la vie. La théorie cognitive et la théorie comportementale représentent deux principales écoles de pensée qui tentent d'expliquer l'influence de facteurs psychologiques sur les troubles anxieux [36].

Diverses écoles de psychothérapie tentent à identifier certains schémas dysfonctionnels par différentes approches pratiques [48] et une des techniques efficaces utilisées en TCC est la restructuration cognitive. Il s'agit d'une démarche qui consiste à repérer les pensées dysfonctionnelles et à les remplacer par d'autres, plus fonctionnelles, c'est à dire plus réalistes et mieux adaptées [48]. Une restructuration cognitive efficace peut débuter par la reconnaissance

exacte de l'émotion en cause puis, par la recherche des pensées d'où cette émotion provient [48]. Puisque souvent, l'apparition d'une émotion dysfonctionnelle chez une personne constitue le premier indice de la présence de pensées également dysfonctionnelles. Pour effectuer une restructuration cognitive d'une façon structurée et systématisée, les thérapeutes se servent généralement d'un tableau à cinq colonnes connu sous le nom de « Tableau d'enregistrement des pensées dysfonctionnelles » [43,49]. Cet outil permet de visualiser cinq composantes à savoir : Les événements, les émotions, les pensées automatiques, les pensées adaptées, le résultat et le passage à l'action [48].

Cependant, il est impératif de souligner que la restructuration cognitive n'est qu'une composante de la TCC et que de manière générale, les mêmes objectifs thérapeutiques peuvent être accomplis en utilisant des techniques différentes et qu'une même technique peut être utilisée pour atteindre divers objectifs [50].

La TCC est reconnue comme efficace pour traiter plusieurs troubles psychiatriques entre autres les troubles anxieux et des efforts monumentaux de recherche ont été déployés afin de soutenir cette affirmation [50].

De par leur méthodologie rigoureuse et l'étude de l'ensemble des recherches, les méta-analyses constituent un outil de crédibilité incontournable pour générer les résultats les plus probants en matière d'efficacité de la TCC [50]. Par exemple, les résultats d'une revue systématique menée par Loerinc et ses collègues [51] ont montré que le taux global de réponse positive par TCC dans les troubles anxieux était de 49,5% en post traitement. La recherche a inclus les bases de données allant de l'année 2000 jusqu'à 2014 et les auteurs ont répertorié 87 études au total [51]. Il est primordial de mentionner également qu'une revue de la littérature récente et de bonne qualité effectuée ici au Québec par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), a démontré que la psychothérapie a une efficacité comparable à la pharmacothérapie en ce qui concerne la réduction des symptômes des patients souffrant de troubles anxieux ou dépressifs modérés [52]. La période visée par cette revue des revues systématiques est comprise entre 2009 et 2013. De plus, les résultats obtenus soulignent que la combinaison de la psychothérapie et de la pharmacothérapie présente une efficacité supérieure à celle de la psychothérapie seule, uniquement dans les cas chroniques ou graves [52].

En résumé, plus de 40 méta-analyses ont établi la valeur la psychothérapie [53]. Elles ont permis de générer un résultat fiable qui confirme que son efficacité est équivalente aux traitements pharmacologiques pour plusieurs troubles psychiques sans pour autant présenter certains effets indésirables [50].

Une des autres façons utilisées en recherche pour juger de l'efficacité d'un traitement ou d'une approche consiste à interpréter « l'index nombre de cas à traiter » (number needed to treat-NNT). Il s'agit d'une mesure qui indique le nombre minimum de personnes qu'il est nécessaire de traiter afin d'obtenir un succès thérapeutique [54]. En ce qui concerne l'efficacité générale de la psychothérapie, il apparaît qu'il suffit de traiter moins de trois patients pour observer un résultat positif [50]. Également, les études de recherche utilisant la neuro-imagerie fonctionnelle, montrent que l'amélioration des symptômes, observée par la psychothérapie, de patients souffrant de PS, de trouble obsessionnel-compulsif, de dépression et de trouble de stress post-traumatique se traduit par une modification de certains circuits neuronaux associés ces troubles [50, 55]. Ceci a permis de conclure qu'une intervention psychologique efficace modifie la neurophysiologie du cerveau [55].

1.3.3 Les limites de la TCC

Selon les principes de la médecine fondée sur les preuves, les TCC représentent aujourd'hui les thérapies non médicamenteuses les mieux établies pour de nombreux troubles psychopathologiques dont les troubles anxieux [36,56]. Malgré l'existence de plusieurs données sur leur efficacité et la recherche fondamentale sur leurs principes, il n'y a pas encore de théorie générale qui permet de comprendre complètement leurs processus [36] et les critères de la médecine factuelle trouvent des limitations à ce type d'intervention. Par exemple, on constate qu'à la suite d'une psychothérapie 5 à 15% des patients voient leurs symptômes s'accroître, et ce, quel que soit le type de thérapie [57]. Pour tenter d'expliquer non seulement la non amélioration de la condition du patient, mais pire encore, sa détérioration à la suite d'une psychothérapie, l'ensemble des recherches élaborées ont identifié l'interaction complexe de plusieurs variables relatives, aux patients (par exemple la gravité des problèmes ou les difficultés personnelles et interpersonnelles), aux techniques appliquées (par exemple lorsque le thérapeute

tient fortement à appliquer une technique rigide), à la relation ou aux thérapeutes (par exemple l'utilisation d'un discours trop confrontant, une mauvaise gestion des reformulations et des réactions contre-transférentielles ou les attitudes contrôlantes) [58]. De plus, il apparaît que certains résultats obtenus à la suite d'une TCC semblent insatisfaisants ou s'estomper avec le temps, souvent, à cause de la comorbidité [36, 59]. Citons comme exemple le cas des patients souffrant de troubles obsessionnels compulsifs où le médecin va combiner, dans ces cas complexes, un traitement pharmacologique pour amorcer le changement [36, 60]. Notons que les troubles anxieux se présentent souvent en cooccurrence ou en comorbidité non seulement avec d'autres troubles anxieux, mais également avec diverses maladies psychiatriques telles que les dépressions, les troubles bipolaires, les troubles psychotiques et organiques ainsi que les troubles de la personnalité [61], ce qui pousse la recherche à développer de nouveaux traitements biologiques et psychologiques [36].

1.4 Le concept de l'amorçage préconscient

La stratégie d'augmentation de la psychothérapie par amorçage préconscient proposée dans le présent projet est basée sur la consultation de multiples résultats d'études de recherches effectués dans le domaine de l'amorçage sémantique et l'amorçage masqué [62-64], les processus préconscients [65], l'activation psychodynamique subliminale [66], l'information sans surveillance [67], la défense perceptuelle [68, 69] et la stimulation auditive subliminale [70-72].

L'amorçage préconscient est une approche qui est en développement depuis plusieurs années, Il s'appuie sur le fait que des perceptions reçues en dehors du champ de conscience habituel peuvent influencer les attitudes, les émotions, les perceptions et les pensées [70, 73]. La question des stimulations non perçues consciemment a été majoritairement étudiée sous l'angle de la modalité visuelle [74] et afin de retarder la perception consciente de celle-ci un masquage est habituellement utilisé [74, 75].

L'amorçage en tant que tel est un concept qui montre que la perception des stimuli cibles est influencée ou « amorcée » par de précédents stimuli. Par exemple si un sujet a été exposé à des mots ou à des images de chats qui jouent ici le rôle d'une amorce, il sera plus rapide pour lui d'identifier les stimuli de chats que s'il avait été exposé à des mots ou à des images liées à des

pneus. Cela signifie que l'information précédente est utilisée pour traiter la nouvelle information probablement en rendant le réseau sémantique lié aux chats plus facilement accessibles comme dans notre exemple. Le principe du paradigme d'amorçage préconscient repose sur la mesure de l'influence de la stimulation amorce sur une stimulation cible. Effectivement, dans une étude publiée en 1983, Marcel a rapporté la possibilité de mesurer des perceptions non conscientes grâce à l'utilisation d'un paradigme d'amorçage non perceptible. Dans un tel paradigme, l'amorce est visuellement présentée pendant quelques millisecondes, immédiatement précédée et suivie par la présentation d'un masque visuel (Figure 1). La cible est ensuite présentée de façon à ce que les participants la détectent consciemment afin de réaliser une tâche de catégorisation par exemple. Marcel a pu observer que lorsque les participants devaient identifier une cible, ils répondaient plus vite lorsque celle-ci était précédée par une amorce sémantiquement reliée que lorsque la cible et l'amorce n'étaient pas sémantiquement reliées [76-79].

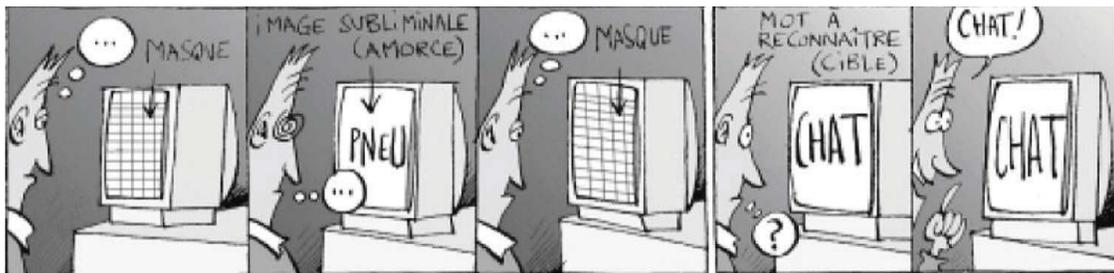


Figure 1 : Paradigme d'amorçage préconscient : Paradigme d'amorçage préconscient. À chaque essai, un premier masque constitué de chaînes de caractères précède la stimulation amorce qui est flashée durant quelques dizaines de millisecondes (entre 29 et 41 ms selon les études). En présentant un second masque immédiatement après l'amorce, on supprime la perception consciente de l'amorce (d'après Ferrand, 2001). Tiré de [51-53].

Le « priming » ou l'amorçage perceptuel réfère donc à un phénomène bien documenté en neuropsychologie [10]. Il s'agit en fait d'un phénomène assez simple et bien utile qui nous montre que nos perceptions sont modulées par les perceptions antérieures, donc par le contexte dans lequel nous nous trouvons [10, 76-79]. Il nous renseigne aussi sur l'organisation de nos mémoires et souvenirs indiquant que si vous avez activé le réseau de vos souvenirs concernant les chats, par la perception par exemple du mot « chat », votre accès à ces souvenirs sera plus facile que si, par exemple, vous êtes occupé à lire sur les automobiles [10]. Ce phénomène a été démontré et mesuré en laboratoire, il se manifeste même si le « priming » se fait à un niveau

préconscient. Par exemple même si, pour reprendre note exemple, le mot « chat » est présenté d'une façon masquée, donc non perçu de façon consciente [10].

Les premiers travaux concernant la réalité de la perception préconsciente ou subliminale ont été effectués par plusieurs chercheurs comme O. Poetzl [80] et C. Ficher [81] et L.H. Silverman [82-88]. Silverman est un chercheur américain qui s'intéressait à explorer certaines notions psychanalytiques de Freud, entre autres, la théorie qui stipulait que des perceptions préconscientes augmenteraient le niveau d'activation de motifs inconscients [89]. Silverman et ses collaborateurs tentaient donc de clarifier par le biais d'une approche expérimentale (nommée activation subliminale psychodynamique) certaines de ces hypothèses psychanalytiques et ce, en utilisant des stimulations préconscientes visuelles. À la suite de leurs recherches, ils ont publié plus de 25 études [89]. Le résumé de ces dernières stipule qu'un stimulus préconscient (d'une durée aussi courte que 4 millisecondes) ayant un contenu relié aux souhaits actuellement actifs chez une personne serait capable de les activer [89]. Par exemple, pour empêcher les troubles émotionnels présents chez l'adulte, Silverman a administré des stimuli préconscients visant à gratifier un désir symbiotique précoce. Dans cette circonstance, la formulation « maman est moi ne faisons qu'un » s'est établie remarquablement efficace [87, 89]. D'autres études utilisant le même principe ont suivi par la suite et ont obtenu de bons résultats par rapports à des objectifs de changement tels que la diminution des troubles de la pensée chez les schizophrènes [90], la diminution de l'anxiété chez les personnes homosexuelles [86], la perte de poids chez des sujets obèses [87] ou l'amélioration des résultats scolaires au cours des études secondaires [91].

Malgré le fait que ces résultats soient encourageant, il est aussi important de mentionner que certains essais employant le paradigme de l'activation psychodynamique préconsciente n'ont pas toujours réussi ou avaient des résultats variables. De tels effets étaient attribués essentiellement aux faibles effectifs (cinq ou six sujets par groupe) ou à des différences de procédures [82,85-6, 90].

Depuis, la perception préconsciente a été l'objet de plusieurs études et thèses, où plusieurs approches ont été proposées par la suite pour mesurer des processus ou des stimuli préconscients et dans le but de vérifier certaines hypothèses étiologiques et thérapeutiques [90].

Ces travaux montrent que l'amorçage préconscient active des cognitions, et de ce fait influence le comportement ou la perception ultérieure [75, 92]. En plus des bons résultats obtenus par

l'amorçage préconscient, cette technique aurait un avantage additionnel : celui de ne pas causer l'anxiété ou le malaise qu'engendre la réception consciente de ces messages [93-95].

Du côté du Québec, la perception préconsciente qui représente une façon alternative de percevoir et de traiter des stimuli a suscité la curiosité de plusieurs chercheurs parmi eux des médecins-psychiatres comme par exemple Louis Chaloult, Jean-Francois Saucier et François Borgeat. Ils considéraient la perception préconsciente comme une voie moins rationnelle, plus intuitive et probablement plus proche des émotions, et voulaient explorer avant tout comment la perception préconsciente qui permet un traitement de l'information différent du traitement conscient pourrait être utilisée à des fins thérapeutiques. Ce qui est intéressant, c'est que ces chercheurs ont pu démontré à maintes reprises dans leurs études (comme dans celles de nombreux autres chercheurs) que les stimulations préconscientes (stimulations visuelles ou auditives de faible intensité qui échappent à la reconnaissance consciente) peuvent produire des effets psychologiques et physiologiques mesurables [68, 70-2, 96]. La première cible de ces chercheurs québécois fut l'anxiété. Par exemple, leurs travaux, menés sous forme d'études contrôlées, ont montré un effet apaisant à la suite de l'écoute de suggestions de détente subliminale tant au niveau subjectif qu'au niveau d'une détente mesurée physiologiquement [68, 70-2, 96]. Lorsque Borgeat et ses collaborateurs ont comparé les effets de cette technique avec les effets d'autres méthodes de relaxation bien connues, comme le training autogène de JH Schultz, la relaxation progressive de E Jacobson et la « relaxation réponse » de H Benson, ils avaient observé des effets similaires avec toutes ces méthodes de relaxation. Il a été assez surprenant de constater que la détente subliminale induisait des effets physiologiques comparables à la relaxation progressive de Jacobson alors que celle-ci est une méthode très somatique reposant sur des alternances de tensions et de détentes musculaires [70-2].

Il faut savoir qu'à cette époque, la perception préconsciente appelée alors surtout subliminale, avait une drôle de réputation : quelques pseudo-reportages avaient été diffusés prétendant des effets potentiellement inquiétant du type manipulation des foules à des fins commerciales. Par exemple, que des gens pouvaient acheter des quantités énormes de pneus sous l'effet d'un message subliminal, même s'ils ne possèdent pas de voiture. D'après les chercheurs, ce genre d'influence s'avère tout à fait impossible car si la perception préconsciente est un phénomène bien réel, ses effets demeurent toujours en harmonie avec la réalité vécue et la personnalité de sujets [70-2].

Les travaux scientifiques se sont poursuivis par la suite afin de poursuivre l'exploration de l'utilité thérapeutique mais surtout afin de baliser aussi les effets de cette technique [10]. Par exemple, en termes d'intensité des suggestions, les chercheurs ont constaté par l'entremise de résultats de plusieurs études que lorsque les stimulations auditives sont d'une intensité de 15 à 20 décibels au-dessous de l'intensité d'un autre son qui les masquait, elles seraient plus efficaces que des intensités plus fortes où ces stimulations et suggestions commencent à être détectables puis identifiables [63,71,74]. Également, une des conditions favorisant l'effet des suggestions préconscientes concerne le choix de la musique. Les chercheurs ont beaucoup utilisé au début dans leurs travaux un bruit blanc qui ressemble au bruit d'une cascade d'eau. C'est un son stable et idéal pour la recherche, mais cliniquement il était difficile de motiver des gens à écouter de façon répétitive un tel son [10]. C'est pour cette raison que les chercheurs ont privilégié une musique apaisante, agréable à écouter avec des rythmes plutôt répétitifs sans trop de variations extrêmes [10, 70-1]. Il a été aussi observé que l'attitude qu'adoptait les personnes qui participaient à ses recherches était importante. Ainsi, les suggestions préconscientes ont un effet plus marqué lorsque les sujets adoptent une attitude passive et suivent une consigne d'inattention, c'est-à-dire qu'ils ne cherchent pas activement à détecter des suggestions masquées ni à identifier le contenu [10, 72]. Les chercheurs recommandent aussi que les formulations soient simples, concrètes, évitant les tournures négatives, les formulations compliquées ou abstraites. Pour les chercheurs, il semble aussi souhaitable que chaque fragment du message contienne un peu la tonalité affective de ce message [10, 68, 70-2]. En d'autres termes que chaque mot aille dans le sens visé, c'est-à-dire qu'il soit positif, et qu'il représente les objectifs thérapeutiques escomptés [10, 68, 71]. Peu à peu, il a semblé important aux chercheurs que les formulations soient très personnalisées et très individualisées car chaque personne vit les choses à sa façon avec des formulations et un vocabulaire qui lui sont propres [10, 71]. Également il a été aussi observé que l'effet de ces suggestions préconscientes est en interaction importante avec les activités de la personne qui les reçoit. Par exemple, les suggestions activatrices visant une augmentation de l'énergie peuvent demeurer sans effet apparent jusqu'à ce que le sujet s'implique dans une tâche suffisamment exigeante ou stressante, comme du calcul mental rapide [65,70]. La thérapie cognitivo-comportementale s'avère une approche très structurée qui propose liens entre les comportements, les émotions et les pensées ou les cognitions. D'ailleurs, c'est grâce à l'influence de cette dernière que le concept d'un

réseau sémantico-affectif, qui constitue une étape essentielle de la démarche « augmentation de la psychothérapie par amorçage préconscient » ou « APAP », a été développé. La démarche demande au patient de constituer une cible thérapeutique qu'il a choisie de concert avec son thérapeute, des déclencheurs qui induisent à des émotions problématiques et à des comportements qu'il souhaite modifier : il s'agit de son réseau sémantico-affectif négatif. Puis en miroir de ce dernier réseau, il construit un réseau sémantico-affectif alternatif positif, lequel servira de base à l'élaboration d'un nouveau discours intérieur qu'il souhaite acquérir. En somme la méthode d'APAP, comme d'ailleurs dans toute forme de psychothérapie, propose elle aussi une collaboration étroite avec le patient pour arriver à des formulations tout à fait personnalisées et les résultats de cette démarche structurée d'APAP ont paru dans une étude en mars 2013 dans la revue *Frontiers in Psychiatry*. Les résultats ont démontré que l'amorçage préconscient s'avère une stratégie efficace pour augmenter les effets de la psychothérapie [10]. L'étude randomisée en double insu à deux séquences AB et BA, a duré 36 semaines. Elle a été réalisée auprès de Vingt 20 patients souffrant de phobie sociale. Dans un premier temps, les patients ont d'abord complété 12 semaines de psychothérapie de groupe. À la suite de leur thérapie, ils ont reçu six semaines d'amorçage préconscient et six semaines de condition contrôle par l'utilisation d'un placebo crédible dans un modèle croisé. Par la suite, 12 semaines de suivi ont été effectuées. L'intervention de l'amorçage préconscient comprenait l'écoute passive d'un enregistrement deux fois par jour pendant 20 minutes. Ce dernier contenait des formulations cognitives adaptées à la problématique résiduelle personnelle du patient [10].

Elles ont été enregistrées et masquées par une musique relaxante. Ces formulations sont faites de dix à 15 phrases courtes (par exemple les gens m'apprécient, je suis intéressant). Elles reflètent les attitudes, émotions ou les cognitions alternatives souhaitées par le patient et appropriées à sa cible de changement. Le but est de rendre disponible un discours intérieur alternatif et positif. La condition contrôle consistait en l'écoute d'un enregistrement dont les formulations ont été remplacées par des nombres aléatoires, il était impossible de distinguer les deux conditions l'une de l'autre. Les résultats de cette étude ont démontré que les patients se sont améliorés à la suite de la procédure d'amorçage préconscient, particulièrement en termes cognitifs. Effectivement, l'amorçage préconscient était associé à une diminution des pensées ou attitudes dysfonctionnelles persistantes et à l'augmentation des pensées plus adaptées [10].

1.5 Justification de l'étude proposée et hypothèses de recherche

Certains patients ne voient pas leur condition s'améliorer malgré l'efficacité reconnue de la TCC. Ils se retrouvent avec des symptômes résiduels que la TCC n'arrive pas à éliminer comme si le patient retombe malgré lui dans ses "ornières" cognitives [9,10].

Tel que vu au chapitre 1.3, la modification des schémas cognitifs joue un rôle central dans le processus psychothérapeutique de la TCC. Cette dernière vise à modifier les conditionnements pathologiques mis en place par un apprentissage émotionnel, cognitif ou comportemental inadapté [36]. Les patients qui font cette démarche de thérapie sont en général bien d'accord pour changer leur façon de penser et de réagir, cependant, dans les situations qui les angoissent, ils ont souvent, malgré leurs efforts, tendance à revenir à leur enchaînement de pensées et d'émotions très inconfortables et spécifiques à leur problème comme, par exemple, dans l'anxiété sociale ou dans les inquiétudes excessives de l'anxiété généralisée [61, 91-5]. C'est un peu comme si au fil de nombreuses années de souffrance avec leur trouble anxieux, ils s'étaient enfoncés dans des automatismes, espèces d'ornières cognitives, dans lesquels ils retombent malgré leur désir de changer, donnant ainsi l'impression que les efforts rationnels et conscients ne suffisaient pas toujours [10]. Les TCC comme toutes les psychothérapies ne sont donc pas toujours efficaces et ces vieilles habitudes de penser ou ornières cognitives et affectives figées depuis longtemps semblent être une hypothèse plausible. Ceci nous amène à dire qu'autant pendant une séance de thérapie, il s'avère plutôt facile au patient d'adhérer à un discours intérieur alternatif plus adapté et plus confortable, autant cet accès devient plus difficile lorsqu'il se trouve dans des situations spécifiquement stressantes. Il apparaît ainsi que la TCC n'arrive pas toujours, par le raisonnement, à changer ces habitudes enracinées qui resurgissent surtout dans les situations anxiogènes.

Tel que mentionné au chapitre 1.3.3, certaines limitations ont été pointées par les critères de la médecine factuelle. On rapporte par exemple un pourcentage de 5 à 15% de patients qui voient leurs symptômes s'accroître [57]. Des variables comme la gravité du problème et des difficultés personnelles et interpersonnelles du patients ont souvent été soulevées [50]. Également, la majorité des recherches effectuées ont pu déterminer les effets négatifs d'autres variables relatives par exemple à l'alliance thérapeutique, aux applications des techniques et au thérapeute

[50,58]. Au-delà de ces variables, certains résultats obtenus à la suite d'une TCC semblent insatisfaisants ou décroître avec le temps, à cause de la comorbidité [97, 36]. C'est le cas des patients souffrant de troubles de la personnalité présentant une moins bonne amélioration du fonctionnement social, les patients perfectionnistes, excentriques ou dépressifs [37] et les patients souffrant de troubles obsessionnels compulsifs [60].

En plus des aspects cités plus haut, certaines situations moins fréquentes mais possibles peuvent limiter l'application d'une TCC. Il s'agit principalement des procédures d'exposition aux situations anxiogènes in vivo qui peuvent ne pas convenir à tous les patients. Par exemple, certaines personnes ne sont pas toujours désireuses de s'exposer aux situations anxiogènes et d'autres, peuvent éprouver des problèmes de santé cardiovasculaire ce qui les rend incapables de tolérer la forte activation reliée à la peur lors de l'exposition [37]. Ces exemples de situations illustrent certaines limites de la TCC d'où la pertinence d'explorer et d'évaluer de nouveaux traitements psychologiques [37].

Parallèlement, tel que discuté au chapitre 1.4, en plus des bons résultats observés avec la technique de l'amorçage préconscient, ce dernier aurait un avantage majeur : les stimuli inconscients utilisés dans cette technique ne causeraient pas l'anxiété ou le malaise que peut engendrer la perception consciente d'un discours alternatif [94-5]. Effectivement, Tyrer et collaborateurs, ainsi que Lee et Tyrer ont pu désensibiliser des patients agoraphobes se servant de situations phobogènes incorporés dans des films. Ces situations étaient projetées à un niveau d'illumination qui ne permettait pas une perception consciente. Ce procédé préconscient a été vécu comme significativement moins stressant que la présentation consciente de ces situations phobogènes, de même que la situation contrôle où le film ne les contenait pas [91, 94-5].

La méthode Augmentation la psychothérapie par amorçage préconscient (APAP) tente de rendre plus accessibles des pensées alternatives et réalistes par l'amorçage préconscient répétitif, donc par une voie qui n'a rien de rationnel, une espèce de "physiothérapie psychique" comme pour récupérer la mobilité et la souplesse d'un membre après la guérison de l'os fracturé.

L'objectif de l'étude actuelle est de décrire et d'évaluer cette stratégie chez des patients souffrant de TAG ou de PS ayant manifesté une réponse symptomatique partielle malgré une bonne adhésion au traitement par TCC. La recherche repose sur une série de cas consultant dans une clinique spécialisée dans les troubles anxieux sévères.

1.4.1 Questions et hypothèses de recherche

Cette étude a pour objectif d'investiguer si l'ajout d'une stratégie d'amorçage préconscient à la thérapie cognitive-comportementale chez des personnes souffrant de TAG ou de PS et ayant présenté des résultats partiels ou insuffisants, est bénéfique. Nous émettons l'hypothèse suivante : L'amorçage préconscient va mener à des changements cognitifs favorables et à une amélioration cliniquement significative des symptômes anxieux et du fonctionnement global. En conséquence, son ajout pourrait constituer un bénéfice additionnel au traitement par thérapie cognitive-comportementale en facilitant ou en augmentant le changement cognitif et symptomatique.

1.4.2 Apports de l'étude proposée

Les résultats de cette étude permettront d'explorer une stratégie d'augmentation nouvelle pour l'amélioration des symptômes anxieux résiduels, la diminution de pensées dysfonctionnelles et la facilitation de changements cognitifs favorables ainsi que l'amélioration de la qualité de vie par une méthode à moindre coût et sans ajout pharmacologique.

CHAPITRE 2 :

MÉTHODE

2.1 Devis de recherche retenu

Notre stratégie principale était d'effectuer une étude type : **série de cas**. Cela permet une observation détaillée et individuelle de chaque participant par une analyse descriptive par exemple : par des échelles habituelles de l'anxiété et de la phobie sociale et par des mesures auto-rapportées par rapport à ses changements cognitifs idiosyncrasiques avant et après l'amorçage préconscient. La rapidité et la facilité de mise en œuvre de la méthode constituent un avantage et l'absence d'un groupe témoin est justifiée par le fait que dans une telle étude les cas sont analysés individuellement.

2.2 Participants :

Les patients ont été recrutés à la clinique des troubles anxieux et de l'humeur d'Anjou de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). Basée sur les expériences précédentes avec la population cible qui fréquente cette clinique spécialisée dans les troubles anxieux sévères, notre objectif initial était de recruter 10 participants. Au total 9 patients ont été recrutés pour l'étude, 8 ont terminé et une patiente a abandonné à la quatrième semaine en raison d'un long voyage à l'étranger.

La clientèle cible est impliquée et ou a été impliquée dans une psychothérapie individuelle ou de groupe qui a bien évolué, mais dont les résultats demeurent partiels et insuffisants selon son appréciation et celle de son ou de ses thérapeutes. D'une façon concrète, malgré une compréhension partagée sur la nature des problèmes et des objectifs thérapeutiques et malgré ses efforts soutenus, le patient arrive insuffisamment à changer ses attitudes, pensées, comportements et réactions surtout dans un contexte de stress. La procédure débute vers la fin de la psychothérapie. Le projet a été approuvé par les comités scientifique et éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). L'étude s'est déroulée à l'IUSMM.

2.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Tous les individus voulant prendre part à l'étude doivent répondre aux critères d'inclusion suivants : a) être âgés entre 18 et 65 ans inclusivement b) avoir un diagnostic primaire de phobie sociale ou d'anxiété généralisée tel que décrit par le DSM-IV,

c) présence de symptômes résiduels ou de résultats insuffisants malgré une bonne adhérence au traitement par thérapie cognitive-comportementale, d) aucune évidence d'abus récent (6mois) à l'alcool ou aux drogues, e) les personnes qui rencontrent actuellement les critères d'un autre trouble de l'humeur comme condition primaire seront exclus, mais les patients présentant une dysthymie prémorbide pourront y participer, f) les patients avec une histoire de trouble psychotique ou de troubles alimentaires seront exclus.

2.3 Procédure

La procédure débute vers la fin de la psychothérapie: le patient est informé sur la stratégie d'augmentation la psychothérapie par amorçage préconscient (APAP). On lui explique que le but de cette stratégie est de l'aider à sortir d'une ornière cognitive en rendant plus disponible un réseau sémantique et affectif alternatif plus adapté et élaboré avec lui. Ainsi la cible du changement cognitif souhaité est établie par le patient en collaboration avec son psychothérapeute et/ou son psychiatre.

2.3.1 Format

La démarche débute par trois à quatre séances individuelles animées par docteur François Borgeat et un ou une Co thérapeute connaissant le patient. Ces rencontres peuvent être complétées, par des échanges par courrier électronique pour préciser les cibles personnelles de changement.

2.3.2 Déroulement

Séance I

1. Discussion du changement en psychothérapie et de ses difficultés.
2. Échanges entre le patient et son psychothérapeute sur son expérience de psychothérapie jusqu'ici et sur les difficultés persistantes.
3. Présentation de la rationnelle de l'amorçage préconscient et des étapes à suivre.

Séance II

Description détaillée des étapes de la démarche qui sera systématisée par un nouveau programme appelé APAP:

1. Déterminer une cible thérapeutique spécifique et personnelle validée par le psychothérapeute du patient
2. Établir une liste de mots, pensées, souvenirs, images, contextes, réactions physiologiques, émotions reliées à l'anxiété résiduelle et à la problématique persistante du patient.
3. Établir une liste d'alternatives plausibles personnalisées et formulée dans les mots du patient.
4. Mettre ces deux listes en réseau en établissant des facteurs et conditions de passage entre les deux branches ou listes de ce réseau personnel appelé réseau sémantico-affectif (Ci-dessous un exemple pour le modèle phobie sociale)

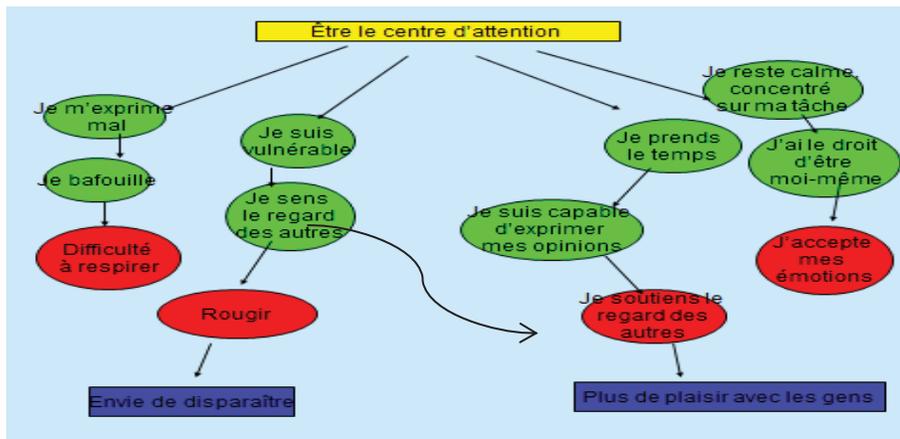


Figure 2 : Exemple d'un réseau sémantico-affectif pour la phobie sociale : Image tirée de la présentation Power Point intitulée : « Une stratégie d'augmentation des effets de la psychothérapie par amorçage préconscient ». Présentée par le Dr François Borgeat le 27 janvier 2012 à l'IUSMM.

5. Parvenir à un accord consensuel patient/thérapeute sur la pertinence de ce réseau et éventuellement le modifier jusqu'à l'obtention d'un tel accord consensuel.
6. Formuler des phrases courtes et imagées, représentant les pensées, état d'esprit ou émotions alternatives plausibles et souhaités par le patient exemple : Je me sens compétent, j'ai des succès, je me sens comme les autres, mes amis m'apprécient.

Ces étapes sont très personnalisées. Après accord sur ces formulations, elles sont enregistrées et masquées par une musique relaxante choisie par le patient avec un différentiel d'intensité sonore de 20 à 30 décibels en faveur de la musique. Cette dernière pourrait être variée et changée aux préférences des patients pour éviter qu'ils s'ennuient avec la même musique et pour augmenter leur motivation.

Séance III

Expliquer les modalités d'écoute qui sont:

- Écouter passivement, sans effort, sans essayer de retrouver les formulations mêlées à la musique.
- L'objectif est de créer de nouveaux automatismes de pensée : il faut donc écouter beaucoup la musique surtout au début...
- Visons au minimum 20-30 minutes d'écoute 2 fois par jour pendant 8 semaines.
- L'écoute peut se faire comme un exercice de détente, en particulier au moment de s'endormir, ou en faisant autre chose.
- Elle peut aussi se faire en plus (mais pas seulement) avant ou pendant les situations angoissantes.

Séance IV

Quatre à six semaines plus tard, évaluation de la progression des patients et au besoin rectification de la stratégie. Tout au long du processus, des questionnaires et des échelles-citées ci bas- sont utilisés pour évaluer l'évolution des patients. Ils tiennent aussi un journal de bord pour mesurer leur adhésion à la démarche proposée.

2.3.3 Matériel

Grace à la collaboration de François et Vincent Borgeat, ingénieur et informaticien, nous utilisons le programme APAP sous sa forme informatisée et accessible en ligne. Cet outil rend la procédure d'amorçage préconscient plus systématique et plus fluide d'une étape à une autre. Un guide d'utilisation offrant une description détaillée du programme APAP est disponible à l'annexe 3.

2.4 Méthode de collecte des données

Les mesures utilisées sont de type quantitatif et qualitatif. Elles ont été sélectionnées car elles détiennent de bonnes qualités psychométriques. Ces instruments de mesure utilisés dans l'anxiété permettent d'explorer l'évolution des scores dans le temps. Les mesures sont effectuées avant le début du programme APAP et à sa fin, soit à la 8 semaine. Un suivi post traitement est effectué aussi à la 16^{ème} et à la 24^{ème} semaine suivant le début du programme.

2.4.1 Pour la Phobie Sociale

Test d'Auto-évaluation des pensées en interaction sociale (TAPIS) : (version française de *The Social Interaction Self Statement Test (SISST)*) [98] pour pouvoir mesurer le changement à partir de la ligne de base (semaine 0), durant la thérapie et le suivi. Le *TAPIS* est souvent utilisé pour l'anxiété sociale, 30 items (15 pensées positives et 15 pensées négatives) vont être cotés de 1, « n'a presque jamais eu la pensées » à 5, « a très souvent eu la pensée ». La version française validée sera utilisée [99]. Le coefficient alpha de Cronbach est de 0.75 pour la sous-échelle positive et 0.79 pour la sous-échelle négative respectivement [99].

L'Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (EASL): (version française de : *The Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)*) [100]. *L'EASL* est un questionnaire qui évalue séparément l'anxiété et l'évitement dans des situations d'interaction sociale et des situations de performance. Elle est utilisée pour mesurer le changement à partir de la ligne de base (semaine 0), durant le suivi et à la fin du traitement. La version française de *L'EASL* montre une bonne validité empirique et concourante [101]. Cette mesure standard comprend 24 items cotés selon le niveau d'anxiété et

le niveau d'évitement. Parmi les 24 items, 13 concernent l'anxiété de performance et 11 les situations sociales.

L'Échelle de peur de l'évaluation négative (version française du *Fear of Negative Evaluation Scale (FNE)*) [102] qui comprend un inventaire de 30 items à vrai ou faux concernant les évaluations négatives de soi-même ou de la vie sociale. La version française de la FNE qui est considérée comme un questionnaire adéquat et valide en recherche et en thérapie sera utilisée [60]. Elle présente de bonnes qualités psychométriques, la validité empirique a été confirmée : les patients anxieux ont un score significativement plus élevé à la *FNE* que les sujets contrôles [$F(1,166) = 282,27, p < 0,0001$], l'analyse en composantes principales sur matrice des corrélations tétrachoriques de l'ensemble des items a permis de confirmer l'unidimensionnalité de l'instrument. La consistance interne de la *FNE* est aussi satisfaisante que celle de la version originale (alpha de Cronbach=.94) [103].

2.4.2 Pour l'Anxiété Généralisée

L'Inventaire d'anxiété de Beck (BAI : Beck Anxiety Inventory) [104] : est une liste de 21 items visant à évaluer l'intensité de symptômes d'anxiété durant la dernière semaine. Tout comme la version originale anglaise, la version française du BAI qui sera utilisée dans cette étude, présente des coefficients de cohérence interne ($\alpha = 0.84$) et de fidélité test-retest ($r = 0.63$) acceptables [105].

Questionnaire sur les inquiétudes du Penn State (QIPS) : (version française du *Penn State Worry Questionnaire*) [106]. Le questionnaire comporte 16 items évaluant la tendance générale à s'inquiéter chez les adultes. La cotation s'effectue sur une échelle de type Likert en 5 points variant de « Pas du tout correspondant » à « Extrêmement correspondant ». La version française validée est utilisée [107]. Le coefficient alpha de Cronbach obtenu lors d'études de validation fut de 0.80 et 0.92 respectivement [107].

Le questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété (QIA) : (version française du *The Worry and Anxiety Questionnaire (WAQ)*) [108]. Cet instrument présente de bonnes qualités psychométriques : 89,5% des personnes ayant un TAG identifiées avec le *QIA* reçoivent un tel

diagnostic à la suite d'une entrevue clinique validée (et 97,7% des personnes n'ayant pas le TAG sont correctement identifiées comme tel [108]. Le *QIA* est un questionnaire composé de 6 items. Il inclut tous les critères diagnostiques du TAG selon le DSM-IV-TR. Chaque item (sauf pour la première question, question ouverte sur les thèmes d'inquiétudes) est coté sur une échelle de neuf points de type Likert variant de « 0 : aucune difficulté » à « 8 : difficulté extrême ». La version française validée est utilisée [109]. Le *QIA* présente une fidélité test-retest satisfaisante (4 semaines ; $r = 0,76$). Finalement, la cohérence interne des items évaluant les symptômes somatiques démontre un alpha de Cronbach de 0.78 [109].

*Échelle de l'intolérance à l'incertitude (EII) : (The Intolerance of Uncertainty Scale (IUS) [110]. L'EII contient 27 items mesurant les réactions émotionnelles, cognitives et comportementales face aux situations ambiguës, les implications du fait d'être incertain et les tentatives pour contrôler le futur. L'EII permet de distinguer les personnes rencontrant les critères du TAG par questionnaire de celles ne les rencontrant pas [111], de même que les patients souffrant du TAG de ceux souffrant d'autres troubles anxieux [112]. La version française validée est utilisée. La consistance interne du *EII* est excellente (alpha de Cronbach=.91) et sa fidélité test-retest est très satisfaisante [111].*

2.4.3 Mesures combinées aux deux troubles

1) *L'Inventaire d'anxiété de Beck* : Tel que décrit plus haut.

2) *Un questionnaire* en français sera établi par des mesures auto-rapportées en rapport avec les cognitions idiosyncrasiques de chaque patient, ainsi que son degré de croyance en ses cognitions problématiques. Une moyenne du degré de croyance en ces cognitions sera calculée en pré et post amorçage préconscient pour chaque participant afin d'évaluer le changement à l'ensemble du groupe, exemple :

Tableau I. Exemple des cognitions idiosyncrasiques pour le groupe

	Degré de croyance de la pensée négative Avant l'amorçage préconscient	Degré de croyance de la pensée négative après l'amorçage préconscient
Participant 1 : Je vais perdre mon emploi Mes filles vont avoir un accident	80% } Établir la 70% } moyenne	60% } Établir la 70% } moyenne
Participant 2 : Je suis nul	70% } Établir la } moyenne	40% } Établir la } moyenne

3) *L'Inventaire systématique de qualité de vie (ISQV) © [113]* : Cet instrument clinique interactif sert à évaluer la qualité de vie générale des participants d'après leur capacité d'atteindre leurs buts personnels dans différentes sphères de la vie. L'*ISQV* © développé par Dupuis et ses collègues en 1989, permet d'évaluer l'impact d'un problème de santé (mentale ou physique) ou d'une intervention sur la qualité de vie générale d'un individu [114]. L'*ISQV* présente un coefficient de fidélité test-retest satisfaisant ($r = 0.84$) [113].

On invite les participants à évaluer leur état actuel, leurs buts personnels et leurs buts idéaux à l'aide de représentations visuelles de cadrans et d'échelles. La complétion du questionnaire se fait en ligne en langue française. L'*ISQV* © couvre 28 domaines de la vie personnelle, regroupés en neuf sphères différentes. Il permet de mesurer la qualité de vie par l'écart qui existe entre la condition d'un individu et ses buts, pondéré par l'importance de chaque domaine de vie et la situation dynamique de rapprochement ou d'éloignement par rapport aux buts personnels. Pour une meilleure compréhension des résultats recueillis chez les participants, une interprétation détaillée de l'*ISQV* est disponible à l'annexe 4.

4) *Échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton [115]* : Elle mesure la sévérité de l'anxiété-état. Elle comporte 14 items qui couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique musculaire, viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil et l'humeur dépressive. A

chacun d'entre eux correspond une liste de symptômes donnés à titre d'exemples et ils sont évalués à l'aide de cinq degrés de gravité écotés de 0 « qui correspond à l'absence de manifestation de symptômes » à 4 « correspondant à des manifestations d'intensité extrême ». Le score total est la somme des notes obtenues à chacun des items et varie entre 1 et 60. Pour ce qui est de la validité de l'échelle, une analyse en composantes principales après reparamétrisation indique la présence de trois facteurs : anxiété psychique, anxiété somatique et une dimension autre [116]. La traduction française validée sera utilisée [117].

2. 5 Méthode d'interprétation des résultats

Une analyse descriptive des données est effectuée en pré amorçage et en post amorçage pour explorer l'évolution des symptômes d'une façon détaillée et individuelle.

Secondairement, les résultats des mesures combinés, qui ont été utilisées aux deux troubles en pré amorçage et en post amorçage seront discutés afin d'explorer l'effet de l'amorçage préconscient pour l'ensemble du groupe. Dans le but de vérifier si les différences sont statistiquement significatives pour chacune de ces mesures, nous avons effectué un test non paramétrique de comparaison de moyennes (Test de Wilcoxon) sur un échantillon lié.

Outre la signification statistique des mesures combinées à l'ensemble des participants et afin de faciliter l'interprétation des résultats obtenus en termes de leur pertinence clinique, nous avons recouru à une méthode largement utilisée en calculant des tailles d'effets (*effect sizes*) séparément pour le groupe de patients souffrant d'une PS ainsi que pour le groupe de patients souffrant d'un TAG. Pour calculer ces tailles d'effets, nous avons utilisé la mesure descriptive (*d*) de Cohen (1988) [118], qui correspond à la différence de deux moyennes, divisée par l'écart

type. La formule suivante a été utilisée: $d = \frac{(\bar{X}_2 - \bar{X}_1)}{s}$, où \bar{X}_1 , \bar{X}_2 et S représentent la moyenne

de scores en pré amorçage préconscient, la moyenne de scores en post amorçage préconscient et l'écart type respectivement. Ainsi nous pouvons évaluer l'importance de la différence de moyennes obtenues aux différentes échelles de mesure, associées à ces deux temps de mesure. La valeur obtenu est interprétée selon la grille proposée par Cohen [118] : si $d = 0,2$ la différence est petite ; si $d = 0,5$ la différence est moyenne ; si $d = 0,8$ la différence est importante. Cependant, il n'est pas possible de comparer ces effets avec les résultats d'études empiriques similaires, car

selon nos connaissances, cette étude est la première à calculer des tailles d'effets dans le contexte d'utilisation de la stratégie d'amorçage préconscient chez les patients avec une PS ou unTAG. Les tests statistiques ont été effectués au moyen du logiciel SPSS version 24.0.

CHAPITRE 3 :
ÉTUDE DES CAS CLINIQUES ET RÉSULTATS

3.1 Cas clinique # 1 : Caroline

3.1.1 Présentation du cas

Caroline (nom fictif) est une jeune femme de 34 ans, d'origine acadienne, habitant Montréal depuis dix ans. Elle vit en couple et n'a pas d'enfants. Elle a une formation en arts visuels, mais n'a jamais travaillé dans le domaine. Elle est présentement prestataire de l'aide sociale. Lors de l'évaluation, un diagnostic de phobie sociale sévère de type généralisé avec dépression majeure est posé.

Caroline a été adoptée à l'âge d'environ un mois et détient très peu d'informations sur sa famille biologique. Elle prend des aérosols pour son asthme et du citalopram 20 mg depuis 32 mois.

Elle est fille unique et a une bonne relation avec ses parents. Elle se dit avoir été plus proche de son père, un homme calme décédé il y a dix ans. Elle décrit sa mère comme une personne anxieuse et qui faisait des attaques de panique.

L'anxiété sociale de Caroline fait partie de sa vie depuis son enfance. Elle se décrit principalement comme une enfant timide. Ses débuts à l'école furent difficiles car elle subissait beaucoup d'intimidation de ses pairs. Elle a tout de même eu une bonne réussite scolaire et dit avoir aimé l'école. Elle a entrepris par la suite des études de baccalauréat en arts visuels qu'elle a terminées. Là encore, elle a éprouvé beaucoup d'anxiété au départ mais à force de persévérer, son niveau d'anxiété a eu tendance à diminuer. Cependant, Caroline mentionne qu'elle renonçait à l'avance aux cours où des présentations orales étaient prévues.

Au plan professionnel, elle a travaillé dans un restaurant tenu par son père et elle trouvait cela extrêmement difficile dès que la clientèle se présentait. On lui a confié des tâches un peu en retrait et elle finissait par s'habituer un peu. Caroline avait l'impression de tout faire mal y compris les calculs à la caisse à cause du regard de la clientèle.

Par internet, elle rencontre David et déménage à Montréal pour vivre avec lui. Ils ont selon elle, une très belle relation et sont très proches l'un de l'autre.

David a été chanteur pendant plusieurs années. Au début de leur relation l'anxiété de Caroline s'était partiellement apaisée parce que son conjoint avait une vie sociale autour de son activité de chanteur et que cela la contraignait à y faire face. Par la suite, la situation du couple s'est un peu détériorée, car David a développé de graves problèmes de santé physique et a dû cesser de travailler. Il se blâme d'offrir moins de situations sociales à Caroline dont il comprend les mécanismes d'évitement.

Caroline aurait commencé à faire des crises de panique au début de la vingtaine. Au départ elle confondait ses crises anxieuses avec des crises d'asthme, mais elles n'étaient pas soulagées par l'utilisation de ses aérosols. Les crises se sont répétées par la suite à raison de 3-4 fois par semaine et se produisaient toujours dans un contexte d'appréhension sociale. Après l'introduction du citalopram, les crises de panique se produisent moins de deux fois par mois.

Pour Caroline, tous les contacts sociaux sont générateurs d'une anxiété considérable et envahissante, même par téléphone ou par internet. Elle se sent très mal à l'aise dans des discussions de groupe et demeure principalement en retrait. Elle évite de rencontrer des gens. Elle se sent nerveuse lorsqu'elle doit répondre au téléphone ou à la porte. Elle a peur de voir des gens et interagit au minimum avec eux. Ses contacts sociaux se limitent à son conjoint et à quelques appels téléphoniques avec sa mère. Elle n'a pas d'amis et n'a pas visité sa famille depuis six ans.

Après l'introduction de la médication en octobre 2011, les symptômes dépressifs de Caroline ont toutefois significativement diminué. Elle avait également fait quelques progrès sur le plan de la phobie sociale avec les exercices d'exposition et auto-observations que son psychiatre avait initiés. Aussi, compte tenu de l'intensité de l'anxiété, Caroline a bénéficié d'abord d'une TCC individuelle qui s'est déroulée de juin 2012 à octobre 2012. Elle a ensuite participé à une TCC de groupe d'octobre 2012 à mars 2013. Caroline s'est présentée assidûment tant aux rencontres individuelles que celles en groupe et faisait ses lectures et les exercices à réaliser entre les séances. Caroline rapportait une réduction de la détresse et de l'évitement, elle constatait que l'expérience de groupe lui avait permis d'apprécier la connexion aux autres, alors qu'elle pensait auparavant qu'elle n'en avait pas envie !

Elle a graduellement commencé à utiliser les ressources de son quartier comme la bibliothèque par exemple. Cependant Caroline exprime encore des sentiments importants d'anxiété et d'inconfort en situations sociales.

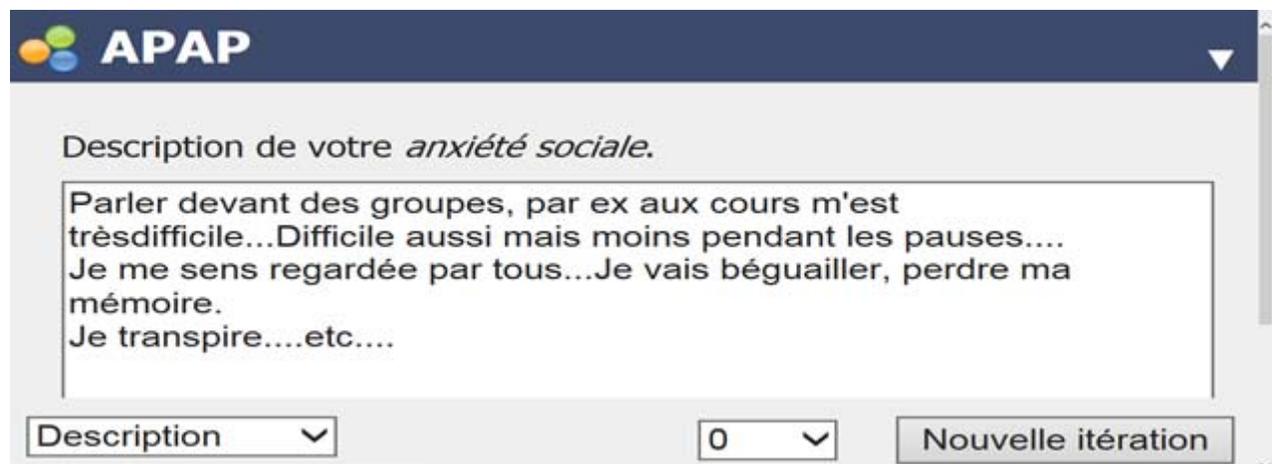
Au moment de son évaluation pour l'étude, Caroline s'était inscrite encore une fois à un atelier de peinture vu qu'elle maintenait toujours son intérêt pour les arts visuels. Caroline déclare qu'elle se sent mal, a très peur d'être jugée et redoute qu'on se rende compte de son malaise.

3.1.2 Déroulement de la procédure APAP pour Caroline

Trois séances individuelles avec le psychiatre et une psychothérapeute connaissant la patiente ont eu lieu. Ces rencontres ont été complétées par des échanges par courrier électronique pour préciser la démarche APAP.

Caroline participe au programme informatisé APAP. Lors de ses premières rencontres, elle était un peu timide devant l'ordinateur. Caroline mentionnait vouloir continuer malgré le léger inconfort que cela pouvait lui poser. Elle s'est investie sérieusement durant les six étapes de la démarche APAP à savoir :

A) L'identification d'une cible de changement cognitif



The screenshot shows the APAP software interface. At the top, there is a dark blue header with the APAP logo (three colored circles) and the text 'APAP'. Below the header, the main content area has a title 'Description de votre *anxiété sociale*.' followed by a text box containing the following text: 'Parler devant des groupes, par ex aux cours m'est trèsdifficile...Difficile aussi mais moins pendant les pauses.... Je me sens regardée par tous...Je vais béguaiiller, perdre ma mémoire. Je transpire....etc....'. At the bottom of the interface, there is a control bar with a dropdown menu set to 'Description', a numerical input field set to '0', and a button labeled 'Nouvelle itération'.

Figure 3 : Cible de changement cognitif spécifique à Caroline : Parler devant un groupe

B) L'élaboration d'un réseau sémantique et affectif dysfonctionnel de Caroline

Déclencheurs (max. 2)

Parler devant un groupe

Pensées automatiques dysfonctionnelles (max. 6)

Tout le monde voit comme je suis nerveuse
Je m'exprime mal Ma voix sonne étrange
Tout le monde me regarde

Émotions et réactions physiologiques problématiques (max. 3)

Je transpire Mon coeur bat vite Difficulté à respirer

Comportements mésadaptés (max. 2)

J'évite

RSA-

1

Nouvelle itération

Description

Parler devant des groupes, par exemple aux cours m'est très difficile... Difficile aussi mais moins pendant les pauses....Je me sens regardée par tous...je vais bégayer, perdre ma mémoire. Je transpire...etc...

Figure 4 : Élaboration du réseau sémantico-affectif négatif (RSA-) de Caroline en identifiant les cognitions et émotions problématiques ainsi que leurs conséquences physiologiques ou comportementales.

C) L'élaboration d'un réseau sémantique et affectif plus adapté

Pensées plus réalistes (max. 6)

Les gens m'écoutent plutôt que de me juger
Les gens acceptent ma nervosité
Les gens semblent s'intéresser à mon opinion
Les gens sont sympathiques
Je suis capable d'exprimer mes opinions

Émotions et réactions physiologiques plus adaptées (max. 3)

J'arrive à me calmer Ma voix est normale
Je soutiens le regard des autres

Comportements plus fonctionnels (max. 2)

Je me sens accepté et je prends plaisir avec les gens
Je reste avec les gens

RSA+

1

Nouvelle itération

Pensées automatiques dysfonctionnelles

Tout le monde voit comme je suis nerveuse
Je m'exprime mal Ma voix sonne étrange
Tout le monde me regarde

Émotions et réactions physiologiques problématiques

Je transpire Mon coeur bat vite
Difficulté à respirer

Comportements mésadaptés

J'évite

Figure 5 : Élaboration du réseau sémantico-affectif positif (RSA+) de Caroline : Des pensées plus appropriées, des cognitions souhaitées, des émotions et réactions physiologiques plus adaptées et les comportements plus fonctionnels qui en découleraient ont été établis.

D) L'élaboration de suggestions décrivant ce réseau plus adapté

Suggestions (max. 20)

- Je me sens de plus en plus à l'aise avec les gens
- Quand je parle devant un groupe je me sens de plus en plus comprise
- De plus en plus forte
- Je sens que les gens m'écoutent de plus en plus
- Je sens que les gens m'acceptent de plus en plus
- Les gens m'acceptent comme je suis
- Je sens que les gens sont sympathiques
- Je suis capable d'exprimer mes opinions
- Je me sens de plus en plus libre d'être moi-même
- Je sens de plus en plus que les gens s'intéressent à mes opinions
- Je m'intéresse de plus en plus aux gens
- Je me calme de plus en plus facilement
- Ma voix est calme est normale
- J'accepte de plus en plus le regard des autres
- Je sens que les gens m'apprécient de plus en plus
- J'ai de plus en plus confiance en moi
- Les gens réagissent bien

RSA+

Déclencheurs

Parler devant un groupe

Pensées plus réalistes

- Les gens m'écoutent plutôt que de me juger
- Les gens acceptent ma nervosité
- Les gens semblent s'intéresser à mon opinion
- Les gens sont sympathiques
- Je suis capable d'exprimer mes opinions

Émotions et réactions physiologiques plus adaptées

- J'arrive à me calmer
- Ma voix est normale
- Je soutiens le regard des autres

Comportements plus fonctionnels

1 Nouvelle itération

Figure 6 : Élaboration des suggestions alternatives plausibles et cognitions désirées reliées à la cible du changement cognitif souhaitée par la patiente.

E) L'enregistrement et le masquage des suggestions par une musique marquante

Après accord sur ces formulations, elles sont enregistrées, masquées et mixées à une musique relaxante avec un différentiel d'intensité sonore de 20 à 30 décibels en faveur de la musique. Cette dernière pourrait être variée et changée aux préférences de Caroline pour éviter qu'elle ne s'ennuie avec la même musique.

F) Écoute répétée avec une attitude passive

Caroline pouvait écouter ses enregistrements en ligne ou les télécharger en format mp3. On lui a expliqué les modalités d'écoute, détaillées plus haut à la page 33.

3.1.3 Évolution

Après quatre semaines d'écoute, Caroline nous informe qu'elle est davantage capable de parler devant un groupe, qu'elle arrive à exprimer clairement ses opinions et qu'elle se sent de plus en plus confiante en situation de groupe. Par ailleurs elle découvre une nouvelle facette de son anxiété sociale : une importante difficulté dans des discussions individuelles et plus intimes. Elle mentionne que depuis qu'elle intervient plus fréquemment dans les discussions de groupe, ses camarades viennent vers elle en privé durant les pauses pour discuter avec elle. Caroline nous déclare ne pas savoir comment s'y prendre ! Elle reste bloquée et dit ressentir une gêne considérable. Elle dit aussi qu'elle est incapable de bâtir une relation intime, de parler en privé avec une personne ou d'être confiante face à une invitation en privé.

L'application web qui soutient APAP permet de réorienter au besoin la stratégie d'amorçage préconscient en la rendant plus spécifique. Caroline nous demande de travailler une nouvelle cible du changement cognitif. Elle bénéficie alors d'une deuxième itération avec une cible différente visant les interactions sociales plus intimes. Comme à la première étape, Caroline s'investit remarquablement et travaille avec grand sérieux cette deuxième cible reliée à cet aspect de sa problématique : pouvoir parler à une personne en privé.

3.1.4 Résultats de Caroline

Les résultats au *TAPIS positif* montrent une augmentation des cognitions positives qui a été assez bien maintenue aux différents temps de mesure (Figure 7). On note aussi une diminution des cognitions négatives, selon les résultats observés au *TAPIS négatif* à la huitième et à la 16ème semaine. Par ailleurs, une augmentation du score au *TAPIS négatif* est notée à la 24^{ème} semaine.

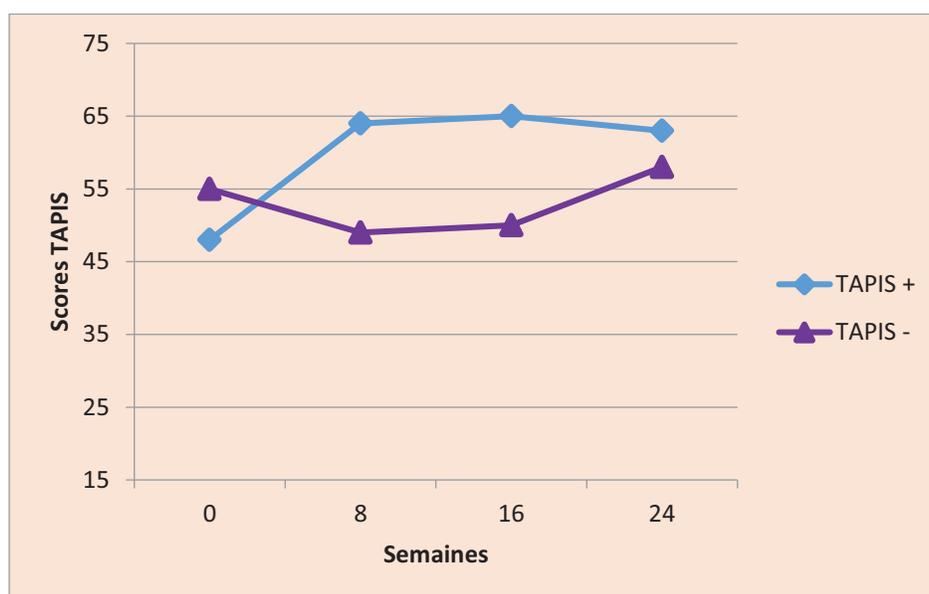


Figure 7 : Scores obtenus au *Test d'Auto-évaluation des pensées en interaction sociale (TAPIS positif et TAPIS négatif)* [56] de Caroline. Mesures effectuées à : 0, 8, 16 et 24 semaines.

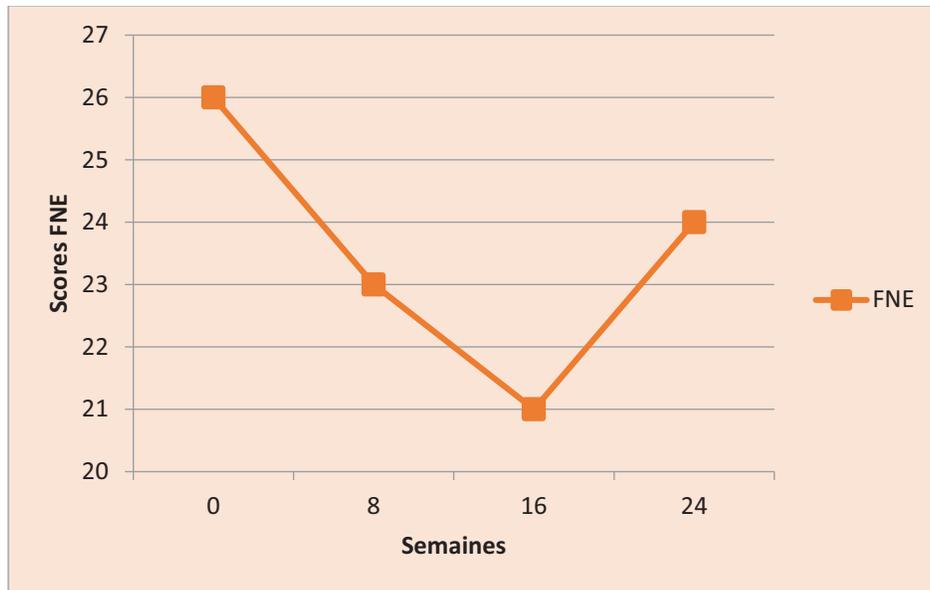


Figure 8 : Scores obtenus au *Test d'Auto-évaluation des pensées en interaction sociale (TAPIS)* [56] et à l'*Échelle de peur de l'évaluation négative (FNE)* [60] de Caroline. Mesures effectuées à : 0, 8, 16 et 24 semaines.

En ce qui concerne les résultats obtenus à la *FNE*, une légère diminution des scores a été observée à la huitième et à la 16^{ème} semaine (Figure 8). On note par ailleurs une légère hausse à la 24^{ème} semaine.

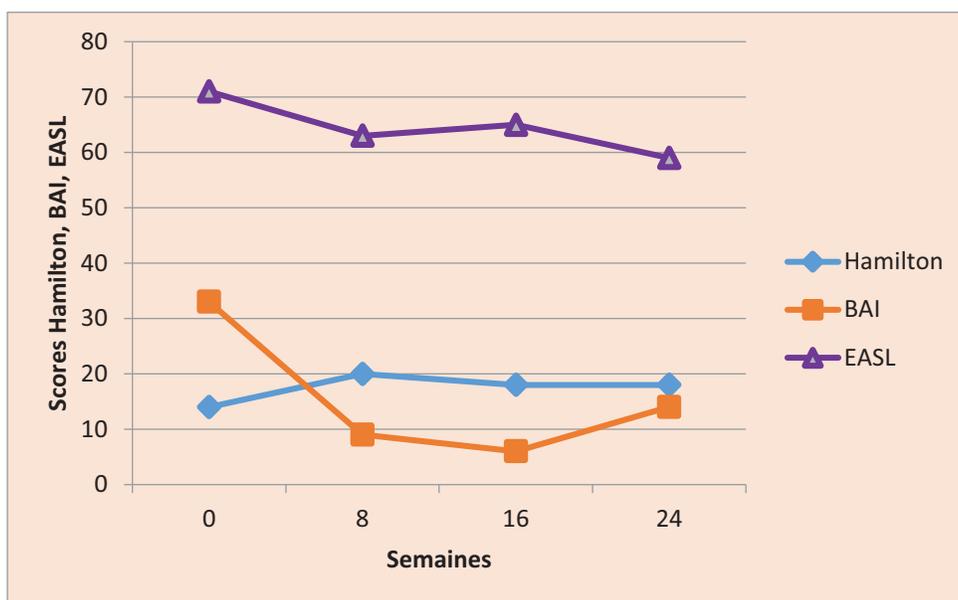


Figure 9 : Scores obtenus à l’Inventaire d’anxiété de Beck (BAI) [62] et à L’Échelle d’anxiété sociale de Liebowitz (EASL) [58] et à L’échelle d’Hamilton [73]. Mesures effectuées à 0, 8, 16 et 24 semaines.

Les résultats obtenus au BAI montrent une diminution des scores aux différents temps de mesures ; comparativement au score obtenu à la ligne de base, soit avant la stratégie d’amorçage préconscient. Les résultats à l’échelle d’Hamilton ne montrent pratiquement pas de changement en pré et post amorçage préconscient. On note par ailleurs une modeste réduction des symptômes anxieux à l’EASL, avec un score de 71 à la ligne de base et de 59 à la 24^{ème} semaine (Figure 9).

Résultats obtenus à L’inventaire systémique de la qualité de vie pour Caroline

Pour ce qui est de l’ISQV [70], Caroline avait obtenu un score de 3 à la ligne de base. Un score situé entre 0 et 25 correspond à une zone problématique qui dénote une qualité de vie nécessitant une intervention. À 24 semaines, Caroline avait obtenu un score de 69, ce qui la situe dans une zone de bonne qualité de vie.

Lorsqu'on a voulu explorer les principaux changements observés aux différents domaines selon le degré d'importance que leur a accordé Caroline, on a remarqué que le domaine des travaux domestiques et celui des finances sont passés d'une zone problématique vers une zone de bonne qualité de vie. Les relations sexuelles qui représentent un aspect évalué par l'ISQV lorsque ce dernier évalue le domaine du couple, ont demeuré dans une zone problématique. Ce résultat est possiblement expliqué par la condition de santé de David, qui selon Caroline altérerait son épanouissement dans ce domaine. Les autres sphères de la vie qui témoignent d'une nette amélioration en grim pant d'une zone problématique vers une zone de bonne qualité de vie sont: l'alimentation, le sommeil, la tranquillité d'esprit, la concentration et l'attention, la capacité physique, le moral, les interactions avec mon professeur, la mémoire et l'estime de soi.

Résultats obtenus aux mesures idiosyncrasiques de Caroline

Nous avons demandé aussi à Caroline de nous indiquer sur une échelle de 0 à 100 son degré de croyance envers ses pensées dysfonctionnelles relatives à sa problématique persistante à savoir : parler devant un groupe. Les pourcentages des mesures auto rapportées à la ligne de base et à 24 semaines sont les suivants :

Caroline avait attribué un 80% pour la pensée *Je me sens envahie*, ce taux est passé à 20 % à 24 semaines. Pour la pensée *Je m'exprime mal*, son degré de croyance initial était de 100%, il est passé à 40% à 24 semaines. La pensée *Ma voix sonne étrange* est passée de 100% à 0%. Le degré de croyance pour la pensée *Je ne retrouve plus mes mots* est passé de 100% à 50% et celle de *Ma bouche devient sèche* de 100% à 80%. Pour terminer, le degré de croyance envers la pensée *Je refuse les invitations* est passé de 100% à 0%. La moyenne des degrés de croyance à ses pensées dysfonctionnelles est passée donc de 96,67% en pré (soit avant la stratégie APAP) à 31,67% observée la 24ème semaine.

Tableau II. Moyenne des cognitions idiosyncrasiques de Caroline

Degré de croyance de la pensée négative	Avant l'amorçage préconscient	Après l'amorçage préconscient
<i>Je me sens envahie</i>	80%	20 %
<i>Je m'exprime mal</i>	100%	40%
<i>Ma voix sonne étrange</i>	100%	0%
<i>Je ne retrouve plus mes mots</i>	100%	50%
<i>Ma bouche devient sèche</i>	100%	80%
<i>Je refuse les invitations</i>	100%	0%
Moyenne	96,67%	31,67%

Autres améliorations rapportées par Caroline

Lors de notre dernière rencontre avec Caroline, elle nous mentionne qu'elle avait noué deux relations amicales. Elle avait rencontré deux personnes à l'atelier de peinture. Elle rapporte qu'elle est sortie avec elles plusieurs fois (pour prendre un café, assister à un spectacle au centre-ville...etc.). Caroline maintient un contact téléphonique régulier avec ses nouvelles amies. Elle nous rapporte aussi qu'elle a entrepris des démarches afin de pouvoir exposer ses tableaux.

3.1.5 Discussion du cas de Caroline

L'amélioration de la qualité de vie de Caroline et la diminution considérable de ses pensées dysfonctionnelles comme le montrent les résultats de l'ISQV et des mesures auto rapportées représentent un gain considérable maintenu aussi à long terme, alors que Caroline n'avait reçu aucun traitement pharmacologique ou psychologique additionnel depuis le début de la stratégie d'amorçage préconscient jusqu'à la 24ème semaine.

Par ailleurs, on pense que les résultats observés au *TAPIS négatif* et à la *FNE* sont probablement reliés à ce que vit Caroline par rapport aux retrouvailles avec sa mère biologique. Cet événement stressant la rendrait sensible à ce que va penser d'elle sa nouvelle famille retrouvée. Ce lien a été établi lorsqu'on a observé les items du Tapis négatif où elle a obtenu un score haut. Caroline avait en fait attribué la fréquence la plus élevée aux items suivants : Non je ne veux pas faire cela, je souhaiterais pouvoir éviter cette situation et j'ai peur à en mourir. Lorsqu'on a demandé à Caroline "de quoi a-t-elle peur en ce moment ?", elle nous répond et révèle qu'elle a peur de sa réaction lorsqu'elle va rencontrer sa mère et sa famille biologique.

Caroline relate qu'elle croit en l'apport du programme, qui selon elle, a beaucoup contribué à l'amélioration de ses pensées dysfonctionnelles, à la réduction de son anxiété sociale et à sa capacité de nouer des relations amicales. Elle nous dit que la stratégie d'amorçage préconscient était bénéfique et pertinente à sa problématique résiduelle. Caroline précise aussi que le contexte dans lequel elle avait reçu la stratégie d'amorçage préconscient était important. Elle nous dit par exemple que ce n'était pas la première fois qu'elle participait à un atelier de peinture et qu'elle a toujours éprouvé une grosse incapacité de s'exprimer devant un groupe. Cependant, elle pense que la cible du changement cognitif désirée (celle de pouvoir parler à un groupe) trouvait le contexte adéquat pour être appliquée et éventuellement réalisée.

Caroline rajoute aussi que le maintien du contact téléphonique ou par courriel avec les membres du projet a joué un rôle important dans le suivi des éventuels changements observés durant l'utilisation d'APAP et dans le maintien de sa motivation. Elle a apprécié qu'on soit à son écoute en travaillant une deuxième cible du changement.

Les autres gains et progrès rapportés par Caroline tels que les démarches qu'elle entreprend pour exposer ses tableaux et ses sorties avec ses amies, sont des résultats prometteurs compte tenu le contexte de traitement initialement long, difficile et sans évolution depuis un moment pour la patiente. L'ajout de la stratégie d'amorçage préconscient a constitué pour Caroline un bénéfice additionnel au traitement par TCC en facilitant ou en augmentant le changement cognitif et symptomatique.

Le cas clinique de Caroline a été publié au Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive^a.

^a **Zidani, M.**, Borgeat, F., O'Connor, K., Aardema, F. (2015). Augmentation des effets de la psychothérapie par amorçage préconscient (APAP): Étude d'un cas. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive.

3.2 Cas clinique # 2 : Natalia

3.2.1 Présentation du cas

Natalia (nom fictif), une jeune femme célibataire âgée de 22 ans, sans enfant, vivait avec ses parents avant de débiter APAP. Elle travaille présentement à temps plein, au restaurant familial. Elle a terminé son secondaire v, puis a cessé le Cégep un mois et demi après son inscription. Natalia a suivi par la suite des cours de décoration par correspondance pendant quelque mois, puis a arrêté par perte d'intérêt. Lors de l'évaluation, un diagnostic de trouble d'anxiété généralisée et attaques de panique avec dysthymie est posé en octobre 2012. Depuis, Natalia prend du Prozac 20 mg die.

Le premier épisode en psychiatrie remonte à l'âge de 17 ans lorsque la patiente s'est automutilée à la suite d'une dispute avec son père. Après cet événement, elle bénéficie durant une année d'une psychothérapie de soutien. Depuis, Natalia n'a jamais eu d'idées suicidaires, ni auto agressives. Dans les antécédents familiaux de Natalia, on retrouve un père alcoolique et anxieux et des troubles anxieux chez la grand-mère paternelle et chez deux cousins. L'arrière-grand-père paternel aurait été suivi en psychiatrie et serait décédé à l'hôpital psychiatrique. Natalia n'a pas d'antécédents médicaux particuliers. Elle ne fume pas et dit qu'elle ne consomme pas d'alcool car elle a peur de vomir. Natalia consommait par contre de 2 à 3 joints de Cannabis par semaine, elle aurait possiblement débuté vers l'âge de 18 ans et a cessé complètement depuis octobre 2012.

Natalia se considère comme une personne très stressée et anxieuse depuis toujours. Elle dit s'inquiéter pour un rien et être du genre à imaginer le pire. Par exemple, elle peut s'inquiéter au sujet de l'avenir en se posant la question « Que vais-je faire? » ou « Vais-je finir ma vie seule? ». Il lui arrive parfois de s'inquiéter pour sa santé et celle des autres. Par exemple, elle pourrait s'inquiéter pour sa mère, si elle celle-ci est en retard. Natalia va donc l'appeler au téléphone après 20 minutes pour s'assurer que tout se passe bien. Si jamais elle ne réussit pas à la joindre, elle ferait les cents pas et irait à son travail, en se faisant toutes sortes de scénarios catastrophiques.

Au niveau de l'argent, Natalia n'a pas de dette et dit qu'elle ne manque pas d'argent, cependant elle est portée à accumuler pour l'avenir, au cas où il lui arriverait quelque chose! Elle dit que l'anxiété peut lui donner des difficultés à dormir, de la difficulté au niveau de l'appétit et de la patience. Elle ressent de la fatigue, des tensions musculaires et parfois des difficultés de concentration lorsqu'elle a des inquiétudes à l'esprit.

Natalia précise qu'avant la prise de médication elle avait des attaques de panique à tous les jours. Les situations où elle a pu avoir des attaques de panique étaient à l'école (se sentant poché et ne croyant pas qu'elle réussirait) et les lieux où il y a beaucoup de monde. Natalia dit qu'elle ne semble pas avoir une problématique dans des endroits particuliers sauf par rapport aux regards et aux jugements que peuvent avoir les gens. La dernière attaque remonte au mois de novembre 2012 lorsqu'elle a débuté une nouvelle relation amoureuse. Elle se demandait si cette relation cela fonctionnerait? La patiente avoue que la médication lui été très bénéfique pour ses attaques de panique et pour son humeur, un avis qui est aussi partagé par son entourage.

Natalia a bénéficié d'une TCC de groupe qui s'est échelonnée d'avril 2013 à juillet 2013 totalisant ainsi 13 rencontres. Elle participait très bien lors des échanges et avait complété assidûment les exercices suggérés tout au long de l'intervention. À la fin de la TCC, la patiente indique comprendre beaucoup mieux le modèle explicatif du développement et du maintien du TAG. Elle mentionne qu'elle aurait développé une meilleure tolérance à l'incertitude. Toutefois, Natalia rapporte toujours ressentir une certaine difficulté à complètement lâcher prise et de ne pas tout contrôler. De façon générale, la pratique d'exercice in vivo s'est avérée parfois difficile en raison de la présence d'inquiétudes marquées chez elle. Ces dernières contribuaient à faire augmenter considérablement son niveau d'anxiété et rendaient difficile la poursuite des exercices d'exposition. Natalia s'est dite intéressée par la nouvelle stratégie APAP, espérant ainsi réduire sa réponse anxiogène.

Avant le début du programme APAP Natalia avait plusieurs stressseurs qui étaient :

- ❖ L'avenir
- ❖ Ses parents (surtout par rapport aux attentes de son père envers elle. Natalia dit qu'elle a toujours eu l'impression qu'elle devait faire beaucoup pour être appréciée par son père. Elle dit avoir toujours eu le besoin de lui plaire).
- ❖ Retour aux études: la patiente aurait toujours voulu avoir des notes de 80-90%, pendant le 1 mois et ½ qu'elle est allée au Cégep, elle pleurait tous les soirs et ce, malgré le fait qu'elle étudiait, travaillait, s'acharnait, sans avoir de meilleurs résultats que 70% au maximum 80%. Elle dit qu'elle n'était pas capable de l'accepter, et que cela l'affectait beaucoup.
- ❖ Son éventuel déménagement: Natalia veut déménager mais pense ne pas être capable de le faire
- ❖ Son copain: peur d'échouer en amour
- ❖ Son emploi: Natalia dit qu'elle est contente de travailler au restaurant de ses parents, mais qu'elle aimerait cependant pouvoir suivre une formation internationale en cuisine et gastronomie pour un avenir meilleur.
- ❖ L'argent

3.2.2 Déroulement de la procédure APAP pour Natalia

Natalia participe au programme informatisé APAP. Elle a bien compris les différentes étapes pour établir ainsi son réseau sémantico-affectif. Elle a assimilé les fonctionnalités du programme informatique et elle l'utilisait avec aisance. Natalia a bien collaboré avec tous les membres de la recherche. Les figures suivantes illustrent les six étapes de la démarche APAP sur le système informatique.

A) L'identification d'une cible de changement cognitif

The screenshot shows the APAP software interface. On the left, a sidebar lists various features with green checkmarks: Description, RSA-, RSA+, Suggestions, Enregistrement, Musiques, and Mixage. The main area is titled 'Description de votre anxiété généralisée.' and contains the text: 'J'ai peur de l'échec. J'ai peur de retourner à l'école. De là, peur d'échouer en thérapie, en amour...'. A 'Nouvelle itération' button is visible at the bottom right.

Figure 10 : Description de l'anxiété généralisée de Natalia

Natalia a pu décrire son anxiété dans des phrases comme : j'ai peur de l'échec, j'ai peur de retourner à l'école. De là, peur d'échouer en thérapie, en amour. Sa principale cible de changement cognitif était de pouvoir gérer son anxiété excessive par rapport aux décisions à prendre ou les incertitudes face au futur

B) L'élaboration d'un réseau sémantique et affectif dysfonctionnel

The screenshot shows the APAP software interface for the 'Description' section. The sidebar on the left has checkmarks for all features. The main area is divided into several sections:

- Déclencheurs (max. 2):** 'Décision à prendre', 'Les incertitudes du futur'
- Pensées automatiques dysfonctionnelles (max. 6):** 'Je ne serai pas capable', 'Échec', 'Les autres sont meilleurs', 'Je suis moins que rien', 'Peur de décevoir mon père'
- Émotions et réactions physiologiques problématiques (max. 3):** 'Je déprime', 'Je suis en colère contre moi-même', 'Gorge serrée'
- Comportements mésadaptés (max. 2):** 'Je m'isole', 'Peur de recommencer à consommer'

A separate box on the right titled 'Description' contains the text: 'J'ai peur de l'échec. J'ai peur de retourner à l'école. De là, peur d'échouer en thérapie, en amour...'

Figure 11 : Élaboration du réseau sémantico-affectif négatif (RSA-) de Natalia en identifiant les cognitions et émotions problématiques ainsi que leurs conséquences physiologiques ou comportementales.

Natalia formule ses pensées dysfonctionnelles dans des phrases comme : Je ne serai pas capable, les autres sont meilleurs, je suis moins que rien et j'ai peur de décevoir mon père. Elle mentionne deux comportements mésadaptés à savoir : Je m'isole, peur de re-consommer à nouveau.

C) L'élaboration d'un réseau sémantique et affectif plus adapté

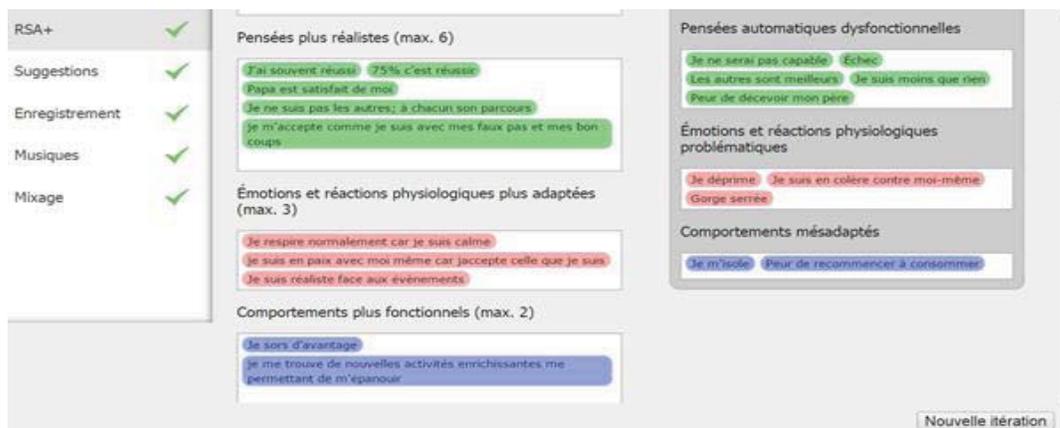


Figure 12: Élaboration du réseau sémantico-affectif positif (RSA+) de Natalia.

Les pensées plus réalistes à partir desquelles les suggestions ont été élaborées sont : J'ai souvent réussi, 75 % c'est réussir, Papa est satisfait de moi, Je ne suis pas les autres, à chacun son parcours. Je m'accepte comme je suis avec mes faux pas et mes bons coups.

D) L'élaboration de suggestions décrivant ce réseau plus adapté

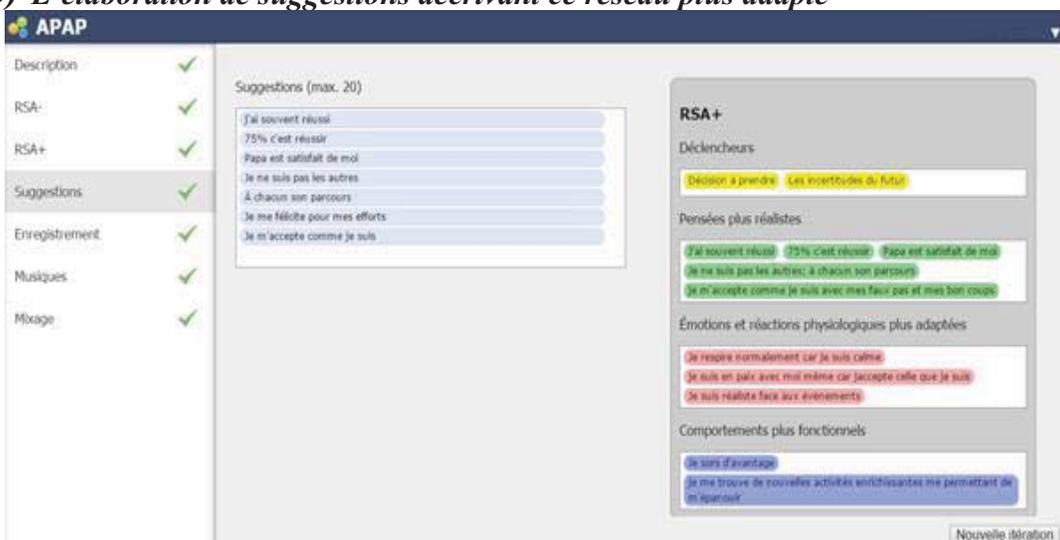


Figure 13: Élaboration des suggestions alternatives plausibles et cognitions désirées reliées à la cible du changement cognitif souhaitée par Natalia.

Natalia élabore ses suggestions positives à partir de sa liste de pensées plus réalistes, à laquelle elle rajoute la phrase « Je me félicite pour mes efforts ».

L'étape de l'enregistrement, le masquage des suggestions par une musique marquante et l'écoute répétée avec une attitude passive s'est faite en suivant les mêmes modalités expliquées à la page 20

3.2.3 Résultats obtenus aux différentes échelles de mesure de Natalia

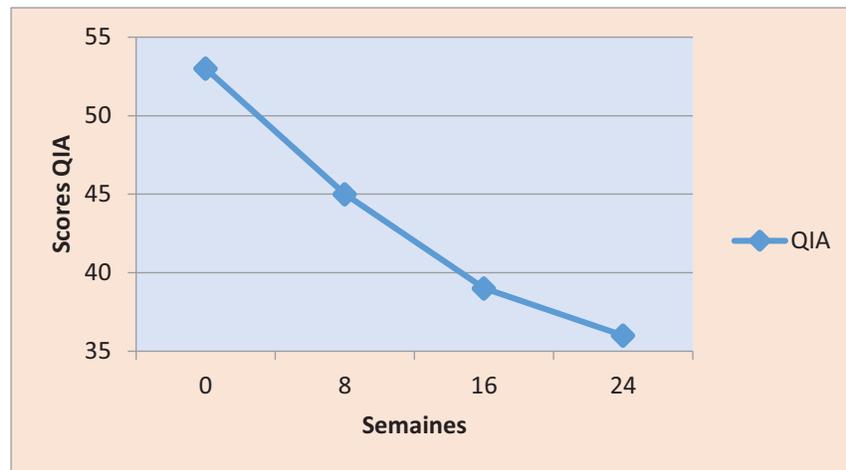


Figure 14 : Scores obtenus au *Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété* (QIA) [66] pour Natalia. Mesures effectuées à: 0, 8, 16 et 24 semaines.

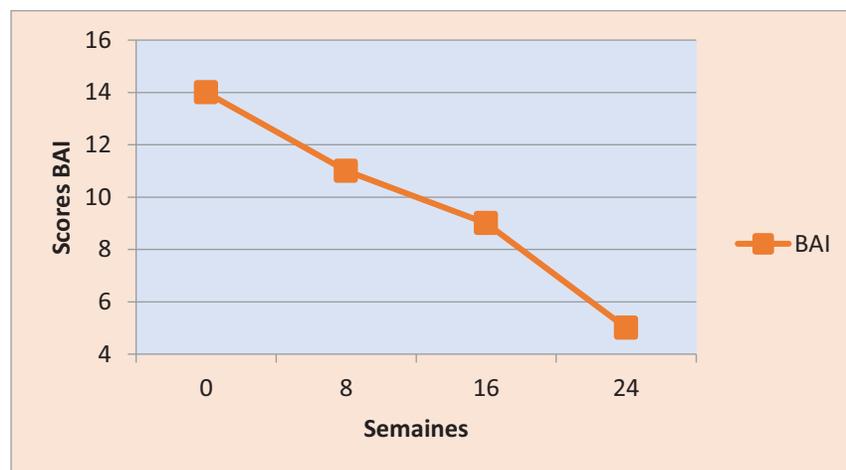


Figure 15 : Scores obtenus à *L'Inventaire d'anxiété de Beck* (BAI: *Beck Anxiety Inventory*) [62] pour Natalia. Mesures effectuées à: 0, 8, 16 et 24 semaines.

Les résultats obtenus au *BAI* et au *QIA* indiquent une baisse continue et soutenue des scores et ce pour tous les temps de mesures.

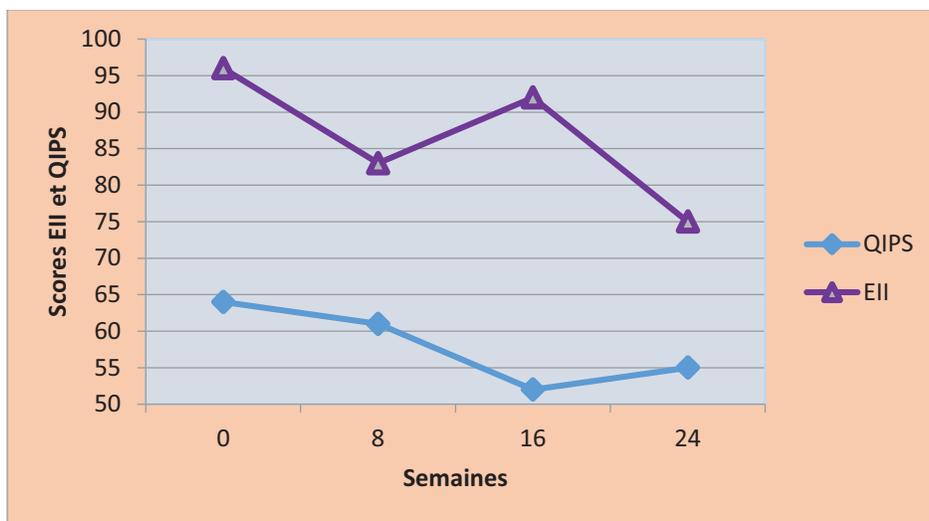


Figure 16 : Scores obtenus au *Questionnaire sur les inquiétudes du Penn State (QIPS)* [64] et à *L'Échelle de l'intolérance à l'incertitude (EII)* [68] de Natalia. Mesures à: 0, 8, 16 et 24 semaines.

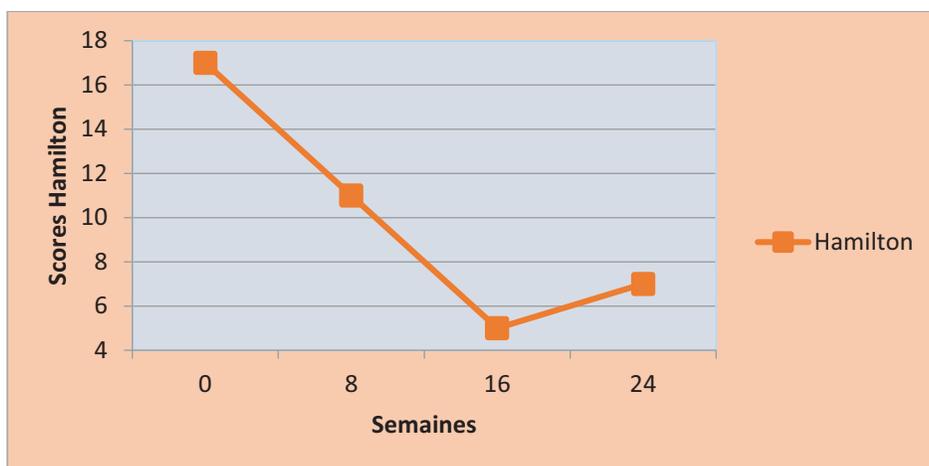


Figure 17 : Scores obtenus à *l'Échelle d'anxiété d'Hamilton* [73] de Natalia. Mesures à: 0, 8, 16 et 24 semaines.

On remarque que les scores du *QIPS* ont diminué à la 8^{ème} et à la 16^{ème} semaine. Le score a cependant légèrement augmenté à la 24^{ème} semaine avec un total de 55. Ceci pourrait être probablement relié au déménagement de Natalia. Ce lien a été établi à la suite de ses déclarations, lorsqu'elle avait mentionné durant les suivis téléphoniques que ses cartons ne sont pas tous vides et qu'elle se demandait quand est ce qu'elle va réussir à tout ranger ? On a remarqué aussi que l'item qui a connu une augmentation dans sa cotation à la suite de la complétion du *QIPS* était: « Aussitôt que j'ai fini une tâche, je commence immédiatement à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'ai encore à faire ».

Lorsqu'on observe les résultats à l'*ÉII*, on remarque que Natalia avait un score de 96 à la ligne de base et que ce dernier a diminué à 83 à la 8^{ème} semaine. Le score est passé par la suite à 92 à la 16^{ème} semaine. Les items où elle a obtenu un score élevé étaient principalement: « Les imprévus me dérangent énormément, un léger imprévu peut tout gâcher même la meilleure de planification, je déteste être prise au dépourvu ». Ce que vit donc Natalia par rapport à son déménagement pourrait représenter une éventuelle explication à cette élévation du score à l'*ÉII*. Comme pour le résultat du *QIPS*, ce lien probable a été établi grâce à certaines informations fournies par Natalia par rapport à ses préparations en lien avec son déménagement. Natalia nous révèle qu'elle rencontre une petite difficulté à gérer quelques imprévus. Elle nous précise par exemple, que son nouveau balcon n'a pas été remis à neuf, ce qu'il l'obligerait à ne pas le ranger comme elle l'avait planifié auparavant. On note par ailleurs une diminution du score à la 24^{ème} semaine avec un total de 75.

En ce qui concerne l'*Échelle d'anxiété d'Hamilton*, Natalia avait un score de 17 à la ligne de base, correspondant ainsi à un niveau d'anxiété majeur. Huit semaines après la stratégie d'amorçage préconscient, son score est passé à 11 ce qui correspond à un niveau d'anxiété mineure. Le niveau d'anxiété de Natalia a continué à baisser. Son score à 16 semaines était de 5, ce qui correspond à un état sans anxiété. On note par ailleurs une augmentation de 2 points entre la 18^{ème} et la 24^{ème} semaine, ce qui correspond à une anxiété mineure. En observant ses réponses au questionnaire, Natalia a obtenu un score un petit peu plus haut pour l'item « maux de têtes pour les symptômes du système nerveux autonome » alors qu'elle a toujours obtenu un score égal à 0 pour ce dernier. Questionnée sur ce nouveau symptôme, Natalia attribut ses maux de tête aux fois où elle avait des journées de travail plus chargées.

Résultats obtenus aux mesures idiosyncrasiques de Natalia

Tableau III. Moyenne des cognitions idiosyncrasiques de Natalia

Degré de croyance de la pensée négative	Avant l'amorçage préconscient	Après l'amorçage préconscient
J'ai du mal à prendre des décisions	70%	20 %
J'ai des incertitudes face au futur	100%	40%
Je ne serai pas capable	85%	20%
Les autres sont meilleures	85%	20%
Je suis moins que rien	65%	0%
J'ai peur de décevoir mon père	100%	40%
Je suis en colère contre moi-même	70%	10%
Moyenne	82,14%	21,43%

Nous avons demandé aussi à Natalia de nous indiquer sur une échelle de 0 à 100 son degré de croyance envers ses pensées dysfonctionnelles. Les pourcentages des mesures auto rapportées à la ligne de base et à 24 semaines sont illustrés au tableau III. Ces résultats montrent une belle diminution du degré de croyance de la totalité des pensées dysfonctionnelles que Natalia avait mentionné au début du programme APAP ainsi qu'une diminution de la moyenne de ces pourcentages.

Résultats obtenus à L'inventaire systémique de la qualité de vie pour Natalia

La comparaison des scores obtenus à l'*ISQV* [70] démontre que Natalia a une meilleure qualité de vie. Elle est passée d'un score égal à 3 qui correspond à une zone problématique; à un score égal à 71 qui correspond à une zone de bonne qualité de vie. Lorsqu'on a observé les réponses de Natalia en pré amorçage préconscient, on a constaté qu'elle avait identifié 7 composantes de l'*ISQV* qui se situaient dans une zone problématique à savoir : Le sommeil, la concentration et l'attention, le type de travail, l'alimentation, la tranquillité d'esprit, le moral et l'estime de soi. À la 24ème semaine, les composantes type de travail, concentration et attention se situaient dans la zone « Amélioration souhaitables ».

Les domaines qui ont connus une très bonne amélioration en se situant une zone de « Bonne qualité de vie » étaient représentés par le sommeil, l'alimentation, la tranquillité d'esprit, le moral et l'estime de soi.

3.2.4 Discussion du cas de Natalia

Ce cas clinique résume l'histoire de Natalia, une jeune patiente qui, avant APAP, se sentait découragée et épuisée par ses inquiétudes multiples et marquées. Le TAG de Natalia lui rendait la vie insupportable et infernale car elle était du genre à s'imaginer le pire.

Tel que discuté plus haut, les préoccupations de Natalia concernaient plusieurs domaines de sa vie quotidienne comme : l'avenir, l'argent, son copain, ses parents, son retour aux études...etc. Pour ce qui est de sa participation au projet APAP, la principale cible du changement cognitif que la patiente voulait travailler consistait à pouvoir gérer son anxiété excessive par rapport aux décisions à prendre ainsi que ses incertitudes face au futur. On peut constater également qu'avant APAP, les pensées dysfonctionnelles de Natalia reflétaient essentiellement un sentiment d'incompétence et de la dévalorisation. Il est pertinent de souligner aussi que Natalia devait déménager et que la préparation de ce dernier la rendait selon elle, encore plus anxieuse et stressée.

Natalia a eu une évolution clinique très favorable. Dans son cas, l'utilisation de la stratégie APAP aurait eu un impact très positif. Effectivement, on a constaté d'une part, que les résultats obtenus par Natalia aux différentes échelles de mesure indiquaient une diminution du niveau d'anxiété, et que d'autre part l'amélioration de la qualité de vie ainsi que la diminution des mesures auto rapportées représentaient un gain additionnel remarquable.

Natalia nous dit que le programme APAP l'a beaucoup aidé à se débarrasser de son anxiété excessive qui restait malgré la TCC. Elle mentionne aussi que les premières étapes élaborées avec le psychiatre et la psychothérapeute l'ont bien aidé à comprendre encore mieux la stratégie et que les suivis téléphoniques étaient essentiels pour préserver son assiduité à écouter l'enregistrement.

3.3 Cas clinique # 3 : Sharon

3.3.1 Présentation du cas

Sharon est une femme âgée de 39 ans. Elle habite seule et a un amoureux depuis environ 2 ans qu'elle voit les fins de semaine. Sharon a d'abord travaillé comme éducatrice spécialisée puis comme commis de bureau pendant environ 5 ans. Présentement, Sharon est en arrêt de travail depuis février 2012 à la suite d'un épisode dépressif majeur. Selon Sharon, son état psychologique serait en détérioration depuis environ deux ans à cause d'une accumulation d'anxiété qui aurait été toujours présente dans sa vie dès l'enfance. Sharon dit que son anxiété a été exacerbée par quelques événements marquants comme une fracture à la cheville subie à l'âge de 21 ans et qui l'a empêché de marcher pendant près de deux ans, un cancer du col de l'utérus qui a été traité et guéri il y a environ 7 ans et la rupture avec son dernier conjoint il y a 4 ans. Ces événements auraient contribué à faire monter son anxiété et auraient mené à son épisode dépressif.

En juillet 2012, Sharon reçoit un diagnostic de dépression majeure et anxiété généralisée et prend depuis du Cipralax 20 mg et de l'Abilify 3 mg le matin. Elle avait aussi bénéficié d'une TCC individuelle totalisant 22 rencontres avec un psychologue. Ces rencontres auraient été très aidantes selon Sharon puisqu'elles ciblaient l'anxiété.

Sharon rapporte aussi des attaques de panique assez typiques et assez intenses ayant survécu en début 2012, ces dernières sont en train de diminuer surtout depuis l'instauration de sa médication en juillet 2012. Son traitement a beaucoup amélioré son état tant au niveau de la dépression qui semble actuellement complètement résolue mais aussi, au niveau des symptômes anxieux qui bien qu'améliorés ne sont pas disparus. Sharon se plaint d'une anxiété importante qui se manifeste dans la majorité des domaines de sa vie. Elle dit qu'elle a toujours eu tendance à s'inquiéter par exemple à propos de sa mère, qui s'est blessé au pied et dont elle s'occupe, sa situation financière précaire, la santé de ses perroquets et la peur que leurs cris dérangent les voisins, sa voiture dont elle craint les bris mécaniques, et son travail dont elle anticipe le retour éventuel. Sharon dit qu'elle est constamment dans

l'anticipation de catastrophes et a le sentiment de n'avoir aucun contrôle sur ses inquiétudes dont elle reconnaît le caractère excessif.

Sharon croit aussi souffrir d'anxiété sociale car elle a le sentiment que les autres la jugent et craint de ne pas être aimée. Elle rapporte aussi des répétitions mentales par exemple soit des mots ou des phrases en voulant chercher de quelle manière cette phrase ou ce mot ont été prononcés et qu'est-ce que la personne voulait dire ? Elle aurait aussi de mineurs symptômes compulsifs comme de vérifier si elle a toujours les clés sur elle ou se désinfecter les mains une vingtaine de fois. Ce type de symptômes obsessionnels compulsifs semblent avoir été augmentés lors du dernier épisode dépressif, ils sont toujours présents à moindre degré d'intensité et sont moins dérangeants selon la patiente. Sharon dit aussi se sentir honteuse d'avoir des problèmes de santé mentale.

En avril 2013, Sharon est suivie au programme des troubles anxieux et de l'humeur pour un trouble anxieux mixte dont un TAG qui semble être à l'avant plan, des symptômes obsessionnels compulsifs et de phobie sociale. Elle participe à une TCC de groupe d'avril 2013 à juillet 2013 tout en souhaitant parvenir à mieux gérer son anxiété au quotidien.

Sharon mentionne que le groupe TAG a été utile pour elle, particulièrement pour mieux comprendre et analyser ce qu'elle pouvait vivre et se donner un certain espace pour reprendre du contrôle sur elle-même. Cependant, Sharon exprime qu'elle n'arrive plus à gérer son stress, ce qui la rendait complètement dysfonctionnelle. Questionnée sur sa problématique et ses principaux sujets d'inquiétude actuels, Sharon reconnaît avoir tendance à éviter les invitations. Elle se dit aussi incapable d'envisager un retour au travail et se sent parfois complètement fermée à cette éventualité compte tenu de ses difficultés. Elle se demande souvent aussi si elle en sera capable un jour?

Sharon participe au projet APAP afin de l'aider à mieux gérer son anxiété et aimerait éventuellement être contente d'avoir des invitations et se dire que cela signifie que les gens l'apprécient. Malgré son anxiété excessive et apparente, Sharon a démontré beaucoup d'intérêts et d'assiduité lors de l'élaboration des étapes APAP.

3.3.2 Déroulement de la procédure APAP pour Sharon

A) L'identification d'une cible de changement cognitif



Figure 18 : Description de l'anxiété généralisée de Sharon.

Sharon mentionne que son retour au travail et rencontrer un groupe représentent ses principaux déclencheurs (voir Figure. 17). Elle décrit donc son anxiété comme ceci : « *Quand je rencontre des gens, je me sens jugée, ridiculisée...J'ai peur qu'on parle de moi, qu'on me parle dans le dos...J'ai mal à l'estomac, un point, une boule...En m'endormant, j'entendais une voix qui disait des méchancetés* ».

B) L'élaboration d'un réseau sémantique et affectif dysfonctionnel

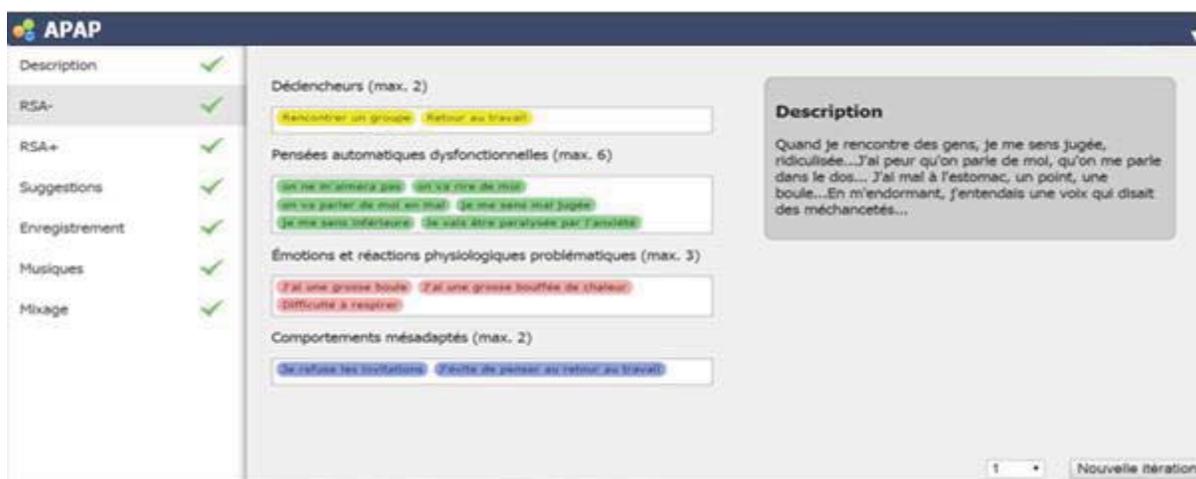


Figure 19 : Élaboration du réseau sémantico-affectif négatif (RSA-) de Sharon.

Les pensées dysfonctionnelles de Sharon sont : « *On ne m'aimera pas, on va rire de moi, on va parler de moi en mal, je me sens mal jugée, je me sens inférieure, je vais être paralysée par l'anxiété* ».

Les principales émotions et réactions physiologiques problématiques sont décrites par « *J'ai une grosse boule, J'ai une grosse bouffée de chaleur, Difficulté à respirer* ». Sharon décrit ses comportements mésadaptés comme ceci « *Je refuse les invitations, J'évite de penser au retour au travail* »

C) *Élaboration d'un réseau sémantique et affectif plus adapté*

Feature	Status
RSA-	✓
RSA+	✓
Suggestions	✓
Enregistrement	✓
Musiques	✓
Mixage	✓

Déclencheurs
 Rencontrer un groupe, Retour au travail

Pensées plus réalistes (max. 6)
 Les gens m'apprécient habituellement
 Je suis capable d'être adéquate et compétente
 Je suis intelligente Je suis capable de répondre aux gens
 Je pense à mon travail avec calme

Émotions et réactions physiologiques plus adaptées (max. 3)
 Je me sens plus calme Plus concentrée
 J'ai moins de malaises

Comportements plus fonctionnels (max. 2)
 J'accepte les invitations
 Je me sens plus à l'aise de penser au travail

RSA-
 Pensées automatiques dysfonctionnelles
 on ne m'aimera pas on va rire de moi
 on va parler de moi en mal Je me sens mal jugée
 Je me sens inférieure
 Je vais être paralysée par l'anxiété

Émotions et réactions physiologiques problématiques
 J'ai une grosse boule
 J'ai une grosse bouffée de chaleur
 Difficulté à respirer

Comportements mésadaptés
 Je refuse les invitations
 J'évite de penser au retour au travail

1 Nouvelle itération

Figure 20: Élaboration du réseau sémantico-affectif positif (RSA+) de Sharon: Des pensées plus appropriées, des cognitions souhaitées, des émotions et réactions physiologiques plus adaptées et les comportements plus fonctionnels qui en découleraient ont été établis.

Des pensées plus appropriées telles que « *Les gens m'apprécient habituellement, Je suis capable d'être adéquate et compétente, Je suis intelligente, Je suis capable de répondre aux gens, Je pense à mon travail avec calme* »; des émotions et réactions physiologiques plus adaptées telles que « *Je me sens plus calme, Plus concentrée, J'ai moins de malaises* »; des comportements plus fonctionnels

qui en découleraient tels que « J’accepte les invitations, je me sens plus à l’aise de penser au travail » ont été établis.

D) *Élaboration de suggestions décrivant ce réseau plus adapté*



Figure 21 : Élaboration des suggestions alternatives plausibles et cognitions désirées reliées à la cible du changement cognitif souhaitée par Sharon.

La liste de suggestions de Sharon était composée des phrases suivantes : « *Je suis de nature serviable, Je suis patiente, J’ai du succès grâce à ces suggestions, Je suis capable d’exprimer mes opinions, Je suis douce, Je souris souvent aux autres, Je suis une personne qui a du potentiel, Je peux vivre des réussites, Je suis tolérante envers les autres, je peux regarde les autres dans les yeux, Je suis capable de voir des qualités chez les autres, je suis à l’écoute des autres, je suis capable de prendre des décisions, Je suis capable de faire preuve de gentillesse, Je suis capable d’être compétente et adéquate, Je peux répondre aux autres, Je suis aimable, Je peux partager mes idées, Je suis généralement ponctuelle* ».

Sharon écoutait ses enregistrements sur son ordinateur ou à partir de son mp3.

E) Évolution après trois semaines d'écoute

Sharon nous informe qu'elle va faire du bénévolat à raison de deux demi-journées par semaine auprès d'un organisme spécialiste dans le transport adapté et qui œuvre auprès des personnes âgées. Ses tâches bénévoles consistent à se déplacer et à rencontrer des personnes à domicile pour évaluer s'ils sont éligibles à recevoir un service de transport. Sharon précise qu'elle a toujours voulu consacrer une partie de son temps pour s'impliquer dans ce genre d'activité. La psychothérapeute nous précise que Sharon a fait preuve d'une grande autonomie dans la recherche d'un endroit pour faire du bénévolat, elle trouve aussi que Sharon se présente avec plus d'assurance qu'à son habitude.

Sharon est satisfaite de ce grand pas vers l'avant, Elle nous demande de travailler une deuxième procédure APAP, dans le but d'élaborer une deuxième itération spécifique à un éventuel retour au travail.

F) Élaboration de suggestions décrivant ce nouveau réseau plus adapté

The screenshot shows a software interface for creating suggestions and cognitions. On the left, a checklist is visible with the following items and status:

- Description: ✓
- RSA-: ✓
- RSA+: ✓
- Suggestions: ✓
- Enregistrement: ✓
- Musiques: ✓
- Mixage: ✓

The central section, titled 'Suggestions (max. 20)', contains a list of 20 suggestions:

- Ces suggestions me calment et me font du bien.
- Je suis capable d'exprimer mes opinions
- J'ai du potentiel
- Je peux vivre des réussites
- Les gens sont tolérants envers moi
- Je suis de plus en plus de bonne humeur avec moi-même et avec les autres
- Je me sens de plus en plus à l'aise avec les gens
- Je sens que les gens m'écoutent de plus en plus
- Je sens que les gens m'apprécient de plus en plus
- Je suis capable de prendre une décision.
- Je me sens de plus en plus compétente et adéquate
- Je peux de plus en plus interagir avec les autres.
- Je partage de plus en plus mes idées
- Je pense à mon travail avec calme.
- Je me sens intelligente et j'ai confiance en moi.
- Je me sens de plus en plus calme et concentrée
- Mes malaises diminuent.
- J'accepte de plus en plus les invitations.
- Je me sens plus à l'aise de penser au travail.

The right section, titled 'RSA+', is divided into four categories:

- Déclencheurs:** Rencontrer un groupe, Retour au travail
- Pensées plus réalistes:** Les gens m'apprécient habituellement, Je suis capable d'être adéquate et compétente, Je suis intelligente, Je suis capable de répondre aux gens, Je pense à mon travail avec calme
- Émotions et réactions physiologiques plus adaptées:** Je me sens plus calme, Plus concentrée, J'ai moins de malaises
- Comportements plus fonctionnels:** J'accepte les invitations, Je me sens plus à l'aise de penser au travail

At the bottom right, there is a dropdown menu set to '1' and a button labeled 'Nouvelle itération'.

Figure 22 : Élaboration des suggestions alternatives plausibles et cognitions désirées reliées à la cible du changement cognitif souhaitée par Sharon-2^{ème} ITÉRATION.

Sharon travaille sa deuxième itération en rajoutant cette fois-ci des suggestions reliées au domaine du travail par exemple : *« Je me sens de plus en plus à l'aise de penser au travail, Je me sens intelligente et j'ai confiance en moi, je me sens de plus en plus compétente et adéquate, je suis capable de prendre une décision, je peux de plus en plus interagir avec les autres, Je pense à mon travail avec calme »*

3.3.3 Résultats obtenus aux différentes échelles de mesure de Sharon

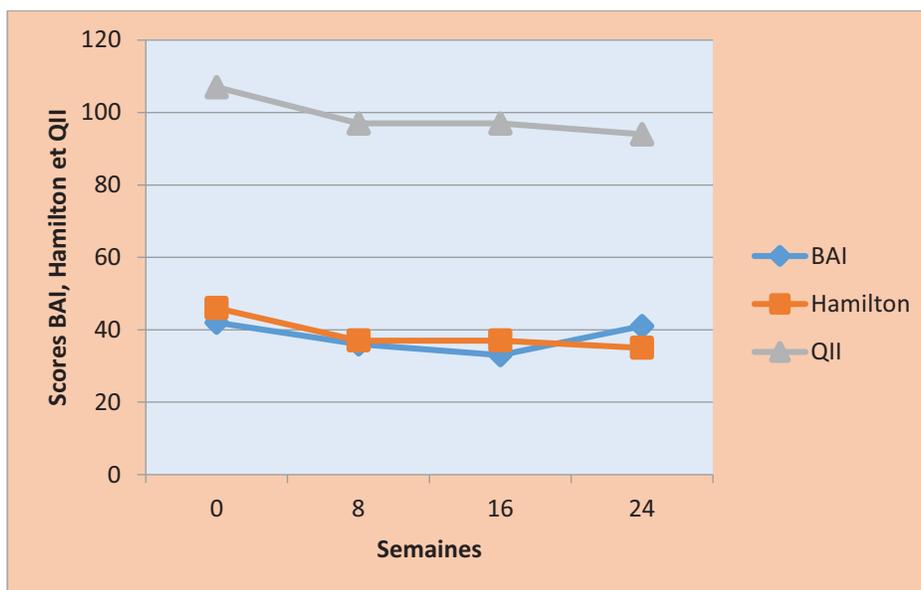


Figure 23 : Scores obtenus à *L'Échelle d'anxiété de Hamilton* [73], à *l'EII* [68] et au *BAI* [62] pour Sharon. Mesures à : 0, 8, 16 et 24 semaines.

Les résultats indiquent une diminution des scores à la 8^{ème} pour l'EII, le BAI et l'Échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton qui a été assez bien maintenue à la 16 et 24^{ème} semaine à l'exception du BAI pour lequel une augmentation a été observé à la 24^{ème} semaine. Néanmoins les scores obtenus indiquent quand même un niveau d'anxiété assez élevée.

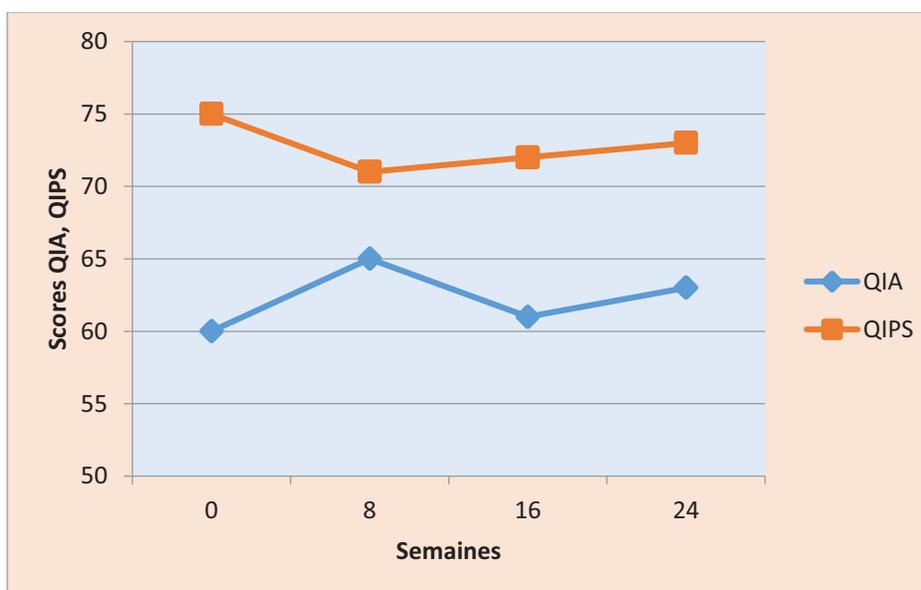


Figure 24 : Scores obtenus au *QIPS* [64] et au *QIA* [66] pour Sharon. Mesures à : 0, 8, 16 et 24 semaines.

Pour ce qui est des résultats du *QIPS* et du *QIA*, une légère diminution des scores a été observée à la 8^{ème} semaine. On note par ailleurs une légère augmentation des scores pour les autres temps de mesures. Il est à noter que ces scores témoignent d'un niveau d'anxiété qui reste élevé. Ces résultats seraient probablement dus à l'initiative de Sharon de faire du bénévolat. Effectivement, Sharon met en évidence l'impact négatif de plusieurs inquiétudes excessives qui seraient apparues à suite de cette nouvelle expérience. Elle se préoccupe de l'opinion que peut avoir, sur elle, le directeur du programme de bénévolat. Elle a peur d'être jugée par les autres pendant le bénévolat et compte tenue sa fatigue quotidienne.

Résultats obtenus aux mesures idiosyncrasiques de Sharon

Tableau IV. Moyenne des cognitions idiosyncrasiques de Sharon

Degré de croyance de la pensée négative	Avant l'amorçage préconscient	Après l'amorçage préconscient
J'ai peur que les gens soient fâchés contre moi	100%	90 %
J'ai peur que les gens disent du mal de moi	90%	90%
Je peur que les gens rient de moi	70%	90%
J'ai peur que les gens me jugent	100%	90%
Moyenne	90%	90%

Pour ce qui est des mesures idiosyncrasiques de Sharon, la moyenne des ses pensées dysfonctionnelle a demeuré identique en pré et en post amorçage préconscient. On peut observer aussi que le contenu des pensées problématiques choisies par Sharon concerne principalement l'opinion des autres envers elle.

Résultats obtenus à L'inventaire systémique de la qualité de vie pour Sharon

Pour ce qui est des résultats à l'*ISQV* [70], Sharon avait obtenu un score de 2 à la ligne de base, ce qui la situe dans une zone problématique qui dénote une qualité de vie nécessitant une intervention. Malgré une légère augmentation du score en post amorçage, Sharon demeurait dans la zone problématique avec un total de 13 tel qu'observé à la 24^{ème} semaine.

Lorsqu'on a voulu identifier les principaux changements observés aux différents domaines de l'*ISQV* selon le degré d'importance que leur a accordé Sharon, on a pu observer que les domaines : Environnement social, Relation de couple, Mémoire et Concentration sont en voie d'amélioration alors qu'ils se situaient dans une zone « problématique ». Les domaines que Sharon avait identifiés comme problématiques et qui ont fini par se retrouver dans une zone de « Bonne qualité de vie » sont : La santé physique, le bénévolat, la spiritualité et les loisirs.

3.3.4 Discussion du cas de Sharon

Sharon, la troisième patiente, est une madame qui, avant sa participation au projet APAP, décrivait plusieurs symptômes anxieux à une grande intensité (Travail, famille, sujets mineurs, situations financière, relations sociales et interpersonnelles, santé personnelle, santé de proches). Sharon semblait présenter une fragilité anxieuse de base, qui a possiblement été exacerbée par les événements de vie difficiles mentionnés plus haut. L'historique personnel de Sharon et sa gestion déficiente de son anxiété l'auraient conduit à développer aussi des croyances négatives à propos d'elle-même. Ces dernières se manifestent par un discours auto-dévaluant et par des symptômes de type obsessionnels, où elle a l'impression que les autres la jugent négativement et parlent d'elle en mal. En bref, la difficulté de la patiente à gérer son stress la rendait complètement dysfonctionnelle et la possibilité d'aller vers une invalidité permanente était déjà abordée avec ses thérapeutes.

Les résultats qu'a obtenus Sharon aux différentes échelles de mesures à la suite de sa participation au projet APAP indiquent que l'anxiété vécue par la patiente demeure importante et palpable malgré l'identification de certaines améliorations qui touchent plusieurs sphères de sa vie. Effectivement la patiente nous précise qu'elle a du mal à dédramatiser et qu'elle sent que plus elle s'expose plus ses symptômes reviennent, dont sa méfiance et sa crainte d'être observée et jugée.

Sharon relate toutefois que malgré la présence de certaines inquiétudes, elle a été capable de trouver des moyens pour mieux gérer son anxiété et d'accomplir une belle réalisation par son implication bénévole. Elle relate par contre qu'il lui arrive de remplacer d'autres bénévoles, car elle n'arrive pas à leur dire non et n'est pas en mesure de mettre ses limites. Elle rapporte se sentir surchargée par moment, d'avoir peur de faire des erreurs et de gérer ses activités

bénévoles. Cet aspect aurait possiblement contribué à maintenir un niveau d'anxiété élevé tel qu'observé aux différentes échelles de mesure.

Sharon nous dit que l'évitement est le comportement le plus nuisible pour elle à long terme. Selon ses dires, elle est consciente qu'elle doit poursuivre ses efforts pour tolérer l'incertitude. D'ailleurs, elle dit se sentir fière d'avoir réussi à maintenir son bénévolat et précise qu'elle a quand même reçu de très bons commentaires de son patron.

Sharon mentionne également qu'APAP l'a aidé à mettre en évidence ses pensées négatives, ses émotions et ses actions qui interfèrent avec sa vie l'empêchant d'exercer un travail. Effectivement, elle s'est montrée très motivée à participer au groupe de recherche d'emploi qui vise à la soutenir dans sa démarche de rejoindre à nouveau le marché du travail. Sharon qui était pratiquement complètement fermée à cette éventuelle idée et qui évitait d'envisager un retour au travail compte tenu de ses difficultés, s'est sentie prête d'aller de l'avant. Elle a été orientée vers ce groupe d'intégration au travail lorsque sa participation au projet APAP a pris fin.

3.4 Cas clinique # 4 : Isabelle

3.4.1 Présentation du cas

Isabelle est une jeune femme de 31 ans sans enfant qui vit avec son conjoint depuis cinq ans. Elle termine son baccalauréat en travail social et est présentement en arrêt d'étude depuis octobre 2013. Financièrement, elle vit de l'aide sociale et d'une contribution de son père.

Isabelle a été orientée par son médecin de famille vers le programme des troubles anxieux et de l'humeur en juillet 2013 pour l'évaluation et la prise en charge de son trouble anxieux dont la symptomatologie semble envahissante et perturbe son fonctionnement psychosocial, familial et scolaire. Les tentatives de traitement qui ont duré trois ans (200 mg d'Effexor et une psychothérapie d'orientation cognitive-comportementale au bureau privé de façon irrégulière) ainsi qu'une participation occasionnelle à un groupe de méditation basé sur la pleine conscience, donné par un psychiatre et un maître bouddhiste semblent avoir été peu efficaces pour Isabelle. Isabelle mentionne avoir des symptômes d'anxiété depuis son jeune âge. Elle est troisième d'une famille de cinq et est native de Baie-Comeau. La famille habitait Montréal, mais a décidé de retourner à Baie-Comeau, où peu de temps après, ses parents se sont divorcés alors qu'elle avait onze ans. Sa mère souffrait d'une dépression sévère pendant plusieurs années et n'arrivait plus à fonctionner. Elle a dû être hospitalisée à la suite d'une tentative de suicide lorsqu'Isabelle avait 15 ans. Isabelle quitte la maison familiale à 17 ans pour vivre seule dans un appartement. Vers l'âge de 23 ans, elle a rencontré un homme avec qui elle se retrouve embourbée dans un cercle vicieux de violence conjugale et de toxicomanie. Isabelle mentionne qu'elle a consommé de la cocaïne et des amphétamines avec lui pendant une année, le temps qu'a duré la relation. Isabelle a brisé cette relation et a cessé par ses propres moyens toute consommation de drogue. Un an plus tard, elle rencontre son conjoint actuel qui est lui-même étudiant, le début de leur relation était fort satisfaisant. Isabelle avait effectué par la suite un retour aux études.

Isabelle nous mentionne que les débuts de ses symptômes anxieux se sont manifestés d'une façon plus marquée, au moment de son déménagement à Baie-Comeau, avec sa famille et sont devenus problématiques à la suite de sa rupture avec son ex-conjoint. Isabelle nous dit que son problème de phobie sociale lui occasionne de multiples difficultés dans sa vie quotidienne. Par exemple, elle dit qu'elle n'a pas d'amies à cause de sa difficulté à s'approcher des gens. Elle dit craindre les gens qu'elle ne connaît pas (par exemple dans l'ascenseur ou dans ses cours). En classe, elle se place toujours prêt de la porte, en haut de l'amphithéâtre, pour éviter d'être dans une position où elle pourrait être jugée par ses collègues. Isabelle mentionne donc sa difficulté à être dans des groupes (cours, groupe de soutien), elle décrit une sensation de vide à l'intérieur, l'impression d'avoir un blanc, d'être désorientée, de n'avoir rien à dire, ce qui l'empêche d'avoir des conversations normales. Lorsqu'Isabelle est exposée à un groupe, elle a des palpitations, des sueurs froides, voit flou et se sent tendue. Isabelle mentionne que présentement elle se sent incapable de suivre ses études, elle dit que son niveau d'anxiété l'empêche de dormir deux semaines avant un exposé oral. Isabelle ne pose jamais de questions durant les cours et évite tout type d'interactions avec les gens, laissant accès à ses sentiments à un nombre limité de personnes, ce qui inclut sa mère, son conjoint et sa sœur. Isabelle présenterait des symptômes obsessionnels-compulsifs fluctuants. Elle mentionne par exemple qu'elle doit tout planifier en faisant des listes pour toutes les activités qu'elle doit faire. Elle dit que le fait de faire des listes la rassure et que c'est une façon pour elle de garder le contrôle. Elle recompte la monnaie qu'elle reçoit en payant comptant et vérifie plusieurs fois le numéro de confirmation issu d'un paiement de carte bancaire informatisée. Isabelle mentionne répéter dans ses pensées le contenu des conversations qu'elle eues dans une journée. Elle ruminerait plusieurs fois le contenu d'une conversation et tenterait de percevoir si une de ses interventions aurait pu être mal reçue, ou bien si les interventions des autres dissimuleraient des intentions qu'elle n'aurait pas perçues. Isabelle mentionne aussi qu'elle a eu des attaques de panique avec agoraphobie jusqu'en été 2012 soit un an avant son évaluation à la clinique des troubles anxieux, présentement, cette situation est résolue.

Lors de l'évaluation, un diagnostic de phobie sociale, trouble obsessionnel-compulsif sous-syndromique et dysthymie a été posé. Un traitement avec Paroxétine est débuté à 10 mg par jour et une TCC a été recommandée.

Isabelle a eu droit à 22 séances de psychothérapie individuelle, ce qui l’a aidé à moins appréhender les situations sociales comparativement à son état avant la TCC. Isabelle note aussi une légère amélioration de ses symptômes anxieux. Elle dit qu’elle a fait quelques progrès comme par exemple oser d’avantage aller parler aux personnes de son entourage et qu’elle a retrouvé des liens brisés avec des connaissances. Cependant, Isabelle mentionne que sa phobie sociale l’empêche encore de réaliser des projets important pour elle, par exemple elle dit qu’elle éprouve encore de la difficulté à s’exposer ou à intégrer un milieu de travail ou de stage à cause de sa peur des autres. Elle dit qu’elle ne se sent pas à l’aise avec les autres, qu’elle n’est pas capable de s’exprimer, d’entrer en contact et qu’elle évite encore les situations sociales. À la suite de cette problématique persistante, Isabelle décide donc de prendre part du projet APAP dont elle assimile très bien les étapes et le fonctionnement.

3.4.2 Déroulement de la procédure APAP pour Isabelle

A) L’identification d’une cible de changement cognitif

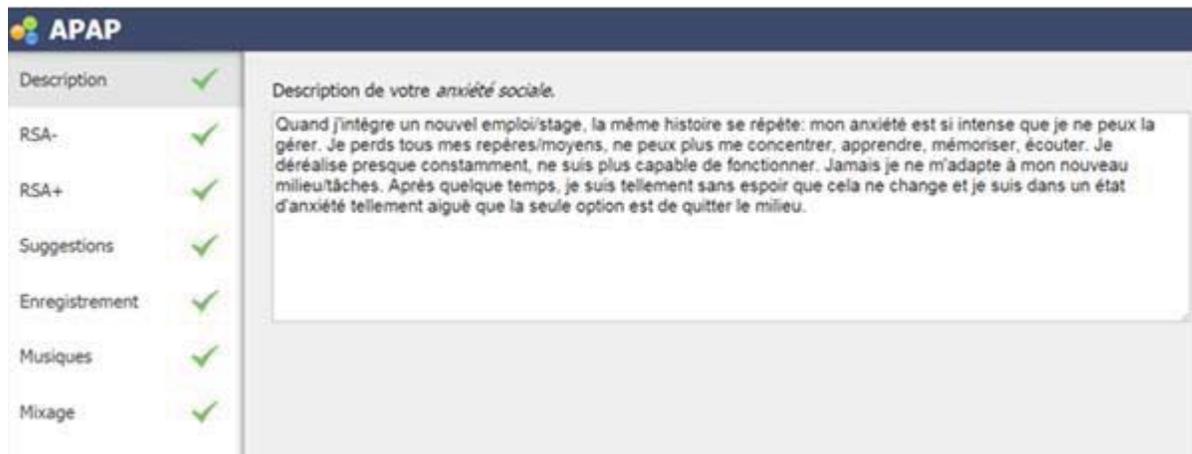


Figure 25 : Description de l’anxiété sociale d’Isabelle.

Lorsque nous avons entamé la première étape sur le système informatique APAP. Isabelle décrit son anxiété comme ceci : « *Lorsque j'intègre un nouvel emploi/stage, la même histoire se répète mon anxiété est si intense que je ne peux la gérer. Je perds tous mes repères/moyens, ne peux plus me concentrer, apprendre, mémoriser, écouter. Je déréalise presque constamment, ne suis plus capable de fonctionner. Jamais je ne m'adapte à mon nouveau milieu/ tâches. Après quelque temps, je suis tellement sans espoir que cela ne change et je suis dans un état d'anxiété tellement aigu que la seule option est de quitter le milieu* ».

La principale cible qu'Isabelle voulait travailler était d'être capable de s'exposer à un nouveau milieu de stage d'étude ou un nouveau milieu de travail.

B) *Élaboration d'un réseau sémantique et affectif dysfonctionnel d'Isabelle*

The screenshot shows the APAP software interface for creating a semantic-affective network. On the left, a sidebar lists various features with green checkmarks: Description, RSA-, RSA+, Suggestions, Enregistrement, Musiques, and Mixage. The main workspace is divided into several sections:

- Déclencheurs (max. 2):** 1. Nouveau milieu de travail 2. Nouveau milieu de stage/d'études
- Pensées automatiques dysfonctionnelles (max. 6):** 1. La même histoire se répète; je ne m'en sortirai jamais avec cet anxiété 2. Je ne m'adapterai pas; je vais vivre un autre échec 3. On va me trouver incompétente; je suis inapte 4. On va remarquer mon anxiété 5. Je dois être à la hauteur ne pas faire d'erreurs 6. Je ne dois pas montrer ma vulnérabilité; je dois dégager de l'assurance
- Émotions et réactions physiologiques problématiques (max. 3):** 1. Anxiété aiguë 2. Désespoir; pas d'issue 3. Absence; n'appartient pas à l'environnement 4. Submergé accablée
- Comportements mésadaptés (max. 2):** 1. Évitement des éléments anxiogènes 2. Me dénigrer 3. M'isoler ne parler à personne de mes difficultés

On the right, a **Description** box states: "Quand j'intègre un nouvel emploi/stage, la même histoire se répète: mon anxiété est si intense que je ne peux la gérer. Je perds tous mes repères/moyens, ne peux plus me concentrer, apprendre, mémoriser, écouter. Je déréalise presque constamment, ne suis plus capable de fonctionner. Jamais je ne m'adapte à mon nouveau milieu/tâches. Après quelque temps, je suis tellement sans espoir que cela ne change et je suis dans un état d'anxiété tellement aiguë que la seule option est de quitter le milieu." A "Nouvelle itération" button is located at the bottom right.

Figure 26 : Élaboration du réseau sémantico-affectif négatif (RSA-) d'Isabelle en identifiant les cognitions et émotions problématiques ainsi que leurs conséquences physiologiques ou comportementales.

Isabelle identifie un certain nombre de pensées automatiques dysfonctionnelles comme ceci : « *La même histoire se répète, je ne m'en sortirai jamais avec cette anxiété, Je ne m'adapterai pas, je vais vivre un autre échec, on va me trouver incompétente, je suis inapte, on va remarquer mon anxiété, je dois être à la hauteur, ne pas faire d'erreurs, je ne dois pas montrer ma vulnérabilité, je dois dégager de l'assurance.* »

C) Élaboration d'un réseau sémantique et affectif plus adapté

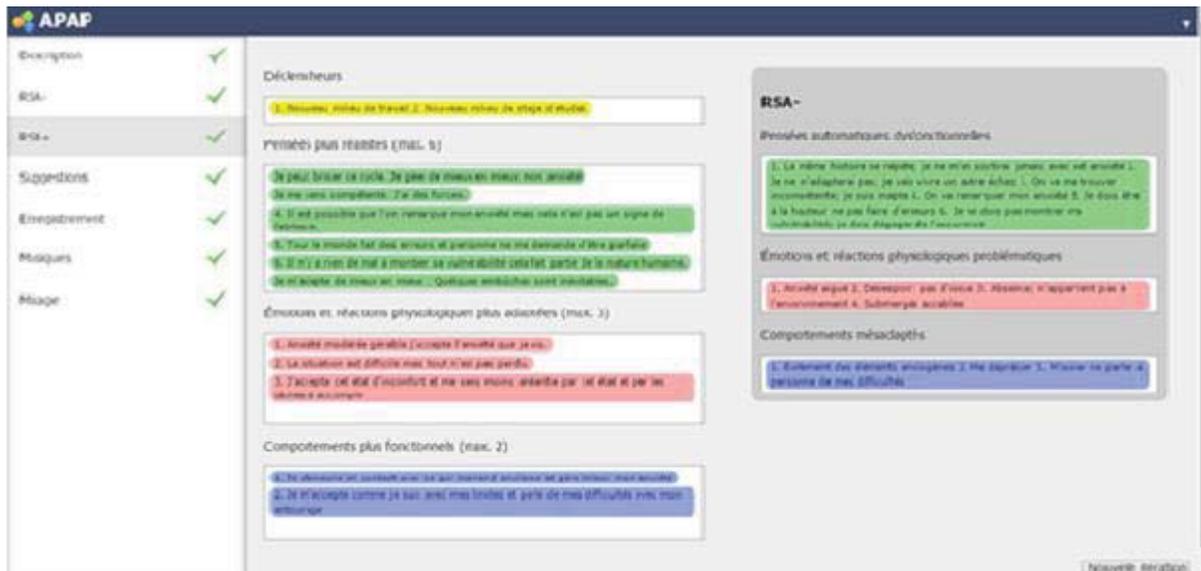


Figure 27: Élaboration du réseau sémantico-affectif positif (RSA+) d'Isabelle. Des pensées plus appropriées, des cognitions souhaitées, des émotions et réactions physiologiques plus adaptées et les comportements plus fonctionnels qui en découleraient ont été établis.

Les pensées plus réalistes d'Isabelle étaient les suivantes : « *Je peux briser ce cercle; je gère de mieux en mieux mon anxiété; je me sens compétente, j'ai des forces; il est possible qu'on remarque mon anxiété mais cela n'est pas un signe de faiblesse; tout le monde fait des erreurs et personne ne me demande d'être parfaite; il n'y rien de mal à montrer sa vulnérabilité, cela fait partie de la nature humaine; je m'adapte de mieux en mieux, quelques embuches sont inévitables* ». En ce qui concerne ses émotions et réactions plus adaptées, elle les décrits comme ceci : « *Anxiété modérée et gérable et j'accepte l'anxiété que je vis; la situation est difficile mais tout n'est pas perdu, j'accepte cet état d'inconfort et me sens moins anéantie par cet état et par les tâches à accomplir* ». Isabelle décrit ses comportements plus fonctionnels comme ceci : « *Je demeure en contact avec ce qui me rend anxieuse et gère mieux mon anxiété; je m'accepte comme je suis avec mes limites et parle de mes difficultés avec mon entourage* ».

D) Élaboration de suggestions décrivant ce réseau plus adapté



Figure 28 : Élaboration des suggestions alternatives plausibles et cognitions désirées reliées à la cible du changement cognitif souhaitée par Isabelle.

Voici un exemple des formulations qu'a élaboré Isabelle. La liste des suggestions d'Isabelle contenait les formulations suivantes : « *Les gens s'intéressent à moi et m'apprécient, Je suis capable de m'exposer, J'ai de plus en plus confiance en moi, Je suis de plus en plus à l'aise avec les gens, Je me sens de plus en plus calme et concentrée, Je peux vivre des réussites, Je fais confiance en mes forces et mes compétences, Je m'aime et je m'accepte comme je suis, Je dégage de l'assurance, Je suis pleine d'espoir, Je reste connectée avec la réalité, J'apprends à gérer mes émotions, J'arrive de plus en plus à me concentrer et à mémoriser, Je suis capable de me bâtir un avenir professionnel, Je me sens de plus en plus à l'aise de m'exprimer devant un groupe, J'ai assez de volonté, d'espoir et d'outils pour briser ce cercle, Les nouveaux postes, tâches et collègues me font de moins en moins peur, J'ai une bonne capacité d'analyse dans mon milieu de travail/stage, je gère de mieux en mieux mon anxiété et m'adapte de mieux en mieux, Mon futur milieu de stage est un lieu d'apprentissage, il est normal de ne pas tout connaître et de demander conseils* ».

Après accord sur ces formulations, elles ont été enregistrées, masquées et mixées à plusieurs musiques relaxantes choisies par Isabelle. Elle les écoutait le plus souvent avec son lecteur mp3 ou en ligne.

E) Évolution après cinq semaines d'écoute

Lors de notre suivi téléphonique, Isabelle relate avoir commencé à travailler dans une épicerie. Elle mentionne que cette nouveauté dans sa vie la stresse beaucoup à cause de son anxiété et de ses inquiétudes à propos de l'opinion que vont se faire éventuellement ses nouveaux collègues de travail et son patron. Néanmoins elle déclare être très fière d'avoir été capable de s'exposer et de surmonter sa peur en décrochant cet emploi.

3.4.3 Résultats obtenus aux différentes échelles de mesure d'Isabelle

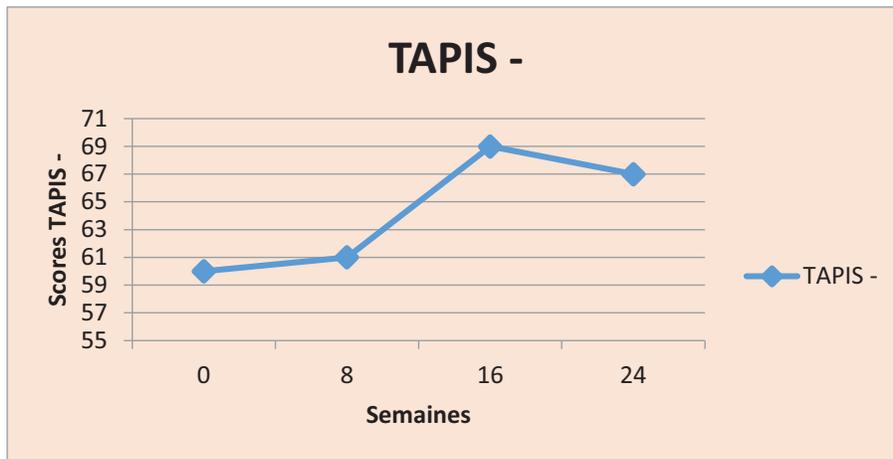


Figure 29 : Scores obtenus au *Test d'Auto-évaluation des pensées en interaction sociale (TAPIS négatif)* [56] d'Isabelle. Mesures effectuées à : 0, 8, 16 et 24 semaines.

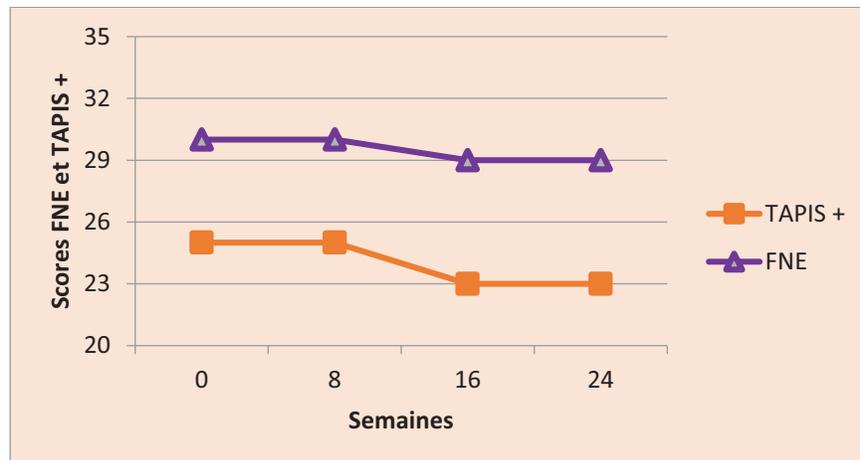


Figure 30 : Scores obtenus au *Test d'Auto-évaluation des pensées en interaction sociale (TAPIS positif)* [56] et à l'*Échelle de peur de l'évaluation négative (FNE)* [60] d'Isabelle. Mesures effectuées à : 0, 8, 16 et 24 semaines.

Les résultats au *TAPIS négatif* ont montré une légère augmentation du score à la 8^{ème} semaine avec un total de 61 comparativement à un score de 60 obtenu à la ligne de base. L'augmentation a été maintenue à la 16^{ème} semaine avec un total de 69. On note par ailleurs une légère diminution du score à la 24^{ème} semaine avec un total de 67. Par ailleurs les résultats du *Tapis positif* ne montrent pas de changement à la 8^{ème} semaine puisque le score a été maintenu à 25 comme à la ligne de base. On note aussi une légère diminution de ce score à la 16^{ème} semaine qui est resté inchangé à la 24^{ème} semaine avec un total de 23. Le score obtenu à la *FNE* n'a pas connu une grande variation puisque le score était de 30 à la ligne de base ainsi qu'à la 8^{ème} semaine. Ce dernier diminué d'un point à la 16^{ème} et à la 24^{ème} semaine avec un total de 29.

On pense les résultats observés au *TAPIS* et à la *FNE* sont probablement reliée au nouveau statut d'Isabelle qui a rejoint le milieu de travail ainsi que sa prise de conscience par rapport à sa problématique. Ce lien a été établi lorsqu'Isabelle nous fait part de ses ressentis actuels. Elle nous dit par exemple que depuis qu'elle a commencé à écouter ses enregistrements elle se sent plus alerte et se rend compte de plus en plus de sa problématique d'où l'émergence de son inconfort et de ses pensées négatives surtout lorsqu'elle est au travail.

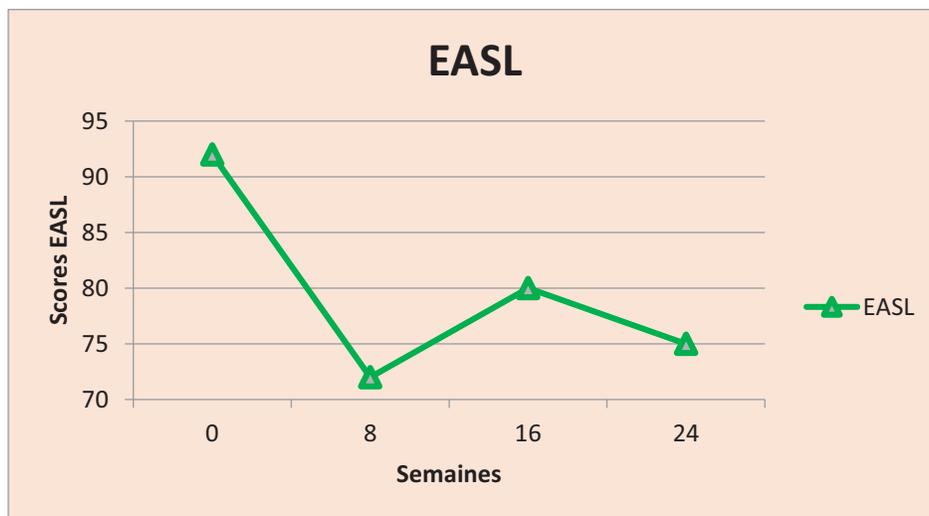


Figure 31 : Scores obtenus à l'Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (EASL) [58] pour Isabelle. Mesures effectuées à 0, 8, 16 et 24 semaines.

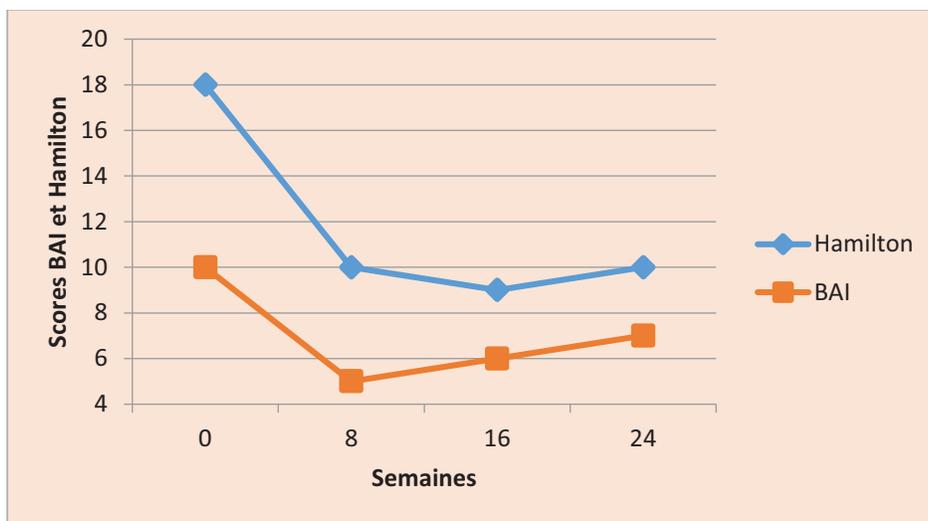


Figure 32 : Scores obtenus à l'*Inventaire d'anxiété de Beck (BAI)* [62] et à l'*Échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton* [73] pour Isabelle. Mesures effectuées à 0, 8, 16 et 24 semaines.

Ces résultats illustrent une diminution des scores à la 8^{ème} semaine pour le *BAI*, à l'*EASL* et l'*Échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton*. Pour cette dernière on note un passage d'un niveau d'anxiété majeure enregistrée à la ligne de base avec un total de 18, vers un niveau d'anxiété mineure enregistrée à la 16^{ème} semaine et qui a été assez bien maintenue à la 24^{ème} semaine. L'*EASL*, a connu par ailleurs des oscillations entre une augmentation à 80 à la 16^{ème} semaine et une diminution à 75 à la 24^{ème} semaine, ces résultats reflètent tout de même une anxiété sociale élevée. En ce qui concerne le *BAI* qui montrait une anxiété légère à la ligne de base avec un total de 10, on note une légère augmentation du score qui à la 16^{ème} et la 24^{ème} semaine avec un total de 6 et 7 respectivement. Cependant ces scores témoignent d'un niveau d'anxiété normale selon l'interprétation du *BAI*.

Résultats obtenus aux mesures idiosyncrasiques d'Isabelle

Tableau V. Moyenne des cognitions idiosyncrasiques d'Isabelle

Degré de croyance de la pensée négative	Avant l'amorçage préconscient	Après l'amorçage préconscient
La même histoire se répète, je ne m'en sortirai jamais avec cette anxiété	90%	50 %
Je ne m'adapterai pas, je vais vivre un autre échec	80%	60%
On va me trouver incompétente, je suis inapte	70%	70%
On va remarquer mon anxiété	90%	70%
Je dois être à la hauteur, ne pas faire d'erreurs	80%	60%
Je ne dois pas montrer ma vulnérabilité, je dois dégager de l'assurance	90%	70%
Moyenne	83,33%	63,33%

En ce qui concerne les résultats du degré de croyance envers les pensées dysfonctionnelles d'Isabelle, relatives à sa problématique d'anxiété sociale, la moyenne des pourcentages en pré amorçage préconscient était de 83,33%. Ce taux est passé à 63,33% à la 24^{ème} semaine.

Résultats obtenus à l'Inventaire systémique de la qualité de vie pour Isabelle

Pour ce qui est de l'*ISQV* [70], Isabelle avait obtenu un score de 3 à la ligne de base. Ce qui la situe dans une zone problématique qui dénote une qualité de vie nécessitant une intervention. À 24 semaines, Isabelle obtient un score légèrement plus élevé au questionnaire sur la qualité de vie avec un total de 13. Les réponses recueillies par l'*ISQV* ont pu identifier les domaines qui se situaient dans une zone problématique et pour lesquels aucun changement n'a été noté tels que : Le couple, l'Affectivité et la Cognition.

Les autres domaines dont les scores illustraient une belle amélioration selon le degré d'importance que leur a accordé Isabelle étaient représentés principalement par le Travail, la Spiritualité, l'Environnement social et les Travaux domestiques. Ces domaines sont passés de la zone Problématique vers la zone de « Bonne qualité de vie ».

3.4.4 Discussion du cas de Isabelle

Lorsque nous examinons les résultats obtenus au *TAPIS* et à la *FNE*, il nous apparaît que la stratégie d'amorçage préconscient a eu peu d'effet sur le niveau d'anxiété d'Isabelle. Néanmoins, les résultats qu'a obtenus la patiente à *L'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton*, au *BAI* et à *l'EASL* ainsi qu'aux mesures idiosyncrasiques indiquent une amélioration assez raisonnable. Pour ce qui est du portrait d'évolution d'Isabelle en général, il serait intéressant d'aborder dans cette discussion certaines caractéristiques personnelles qui auraient possiblement influencé l'allure de ces résultats. Isabelle nous avait précisé à plusieurs occasions qu'elle ruminait souvent ses pensées dysfonctionnelles et qu'elle portait une grande importance à son image et à ce que les gens pensent d'elle. Est-ce que ces ruminations s'apparenteraient au TOC? où l'on peut retrouver ce type d'obsessions; ce qui ferait éventuellement d'APAP une stratégie qui aurait possiblement peu d'effets sur la diminution de ces éventuelles pensées appartenant au spectre du TOC? Est-ce une composante du perfectionnisme pour laquelle APAP serait aussi probablement peu efficace? Est-ce une résultante d'une prise de conscience de la part d'Isabelle, par rapport à sa condition, ce qui induirait une plus grande anxiété vécue?

Le point pertinent à souligner en examinant la trajectoire antérieure relative à la situation d'Isabelle concerne l'impact positif qu'aurait induit la stratégie APAP sur le changement comportemental désiré de celle-ci. Plus précisément, il semblerait que cette approche eu possiblement un effet direct sur la cible du changement cognitif dont la thématique concernait principalement le milieu de travail et ou de stage. Effectivement avant la stratégie APAP, Isabelle avait clairement mentionné que sa phobie sociale constituait une véritable entrave à sa réussite professionnelle.

Sa condition l'empêchait continuellement de réaliser des projets importants pour elle, dont celui d'intégrer un milieu de travail. On peut observer comment Isabelle a fini par décrocher un emploi et surtout a été capable de le maintenir malgré une longue absence du marché de travail.

3.5 Cas clinique # 5 : Geneviève

3.5.1 Présentation du cas

Geneviève est une femme de 28 ans, sans enfant, mariée depuis un an et qui avait toujours habité avec ses parents auparavant. Geneviève a travaillé comme informaticienne pour une grande compagnie privée pendant 5 ans. Elle est en arrêt de travail depuis un an à la suite d'un tableau dépressif majeur qui est venu exacerber un TAG. Geneviève prend de l'Effexor 225 mg et du Wellbutrin SR 300 mg depuis un an.

Geneviève mentionne que depuis 3 ans, elle n'a jamais eu l'impression d'avoir totalement récupéré. Elle déclare qu'elle travaillait très fort et que son travail soulevait beaucoup de stress en lien avec des ``deadlines`` importants. Geneviève dit qu'elle faisait facilement 10 à 12 heures de travail par jour. Elle aimait beaucoup son travail et avec le temps, elle était devenue une personne ressource importante pour les nouveaux employés. Elle se dit aussi perfectionniste et avoir peur de la critique. Elle mentionne s'être investie énormément au travail, aux dépens des autres aspects de sa vie. Geneviève dit que son employeur lui en demandait beaucoup. Elle a tenté de le prévenir, ce dernier semblait avoir écouté Geneviève mais rien ne changeait. Geneviève n'arrivait donc pas vraiment à mettre ses limites. De plus, elle nomme avoir vécu plusieurs stressseurs: le fait de se marier, de s'acheter une maison avec son conjoint, d'emménager avec lui, de s'adapter à une vie commune sans sa mère, ainsi qu'une maladie de son conjoint par la suite et des problèmes de santé de son père. Dans le contexte de tous ces nombreux stressseurs, Geneviève a été mise en arrêt de travail.

Elle dit vivre plusieurs symptômes: surtout de l'irritabilité face à ses proches ou à sa mère. Elle se sent stressée, tendue, agitée à bout. Elle ressent de la tension musculaire, a des difficultés à dormir et des difficultés de concentration. Geneviève dit avoir tendance à se faire des scénarios catastrophiques. Elle ne se sent pas capable de retourner actuellement au travail. Lorsque Geneviève aborde sa situation actuelle, elle dit que sa relation de couple va relativement bien mais qu'elle craint d'être seule et nomme ne pas avoir confiance en elle. Elle reconnaît des éléments de dépendance et une difficulté à prendre une décision seule. Jusqu'à tout récemment Geneviève faisait peu de chose seule et elle se fait accompagner dans la majorité de ses actions par sa mère ou son conjoint (par exemple épicerie, rdv, banque).

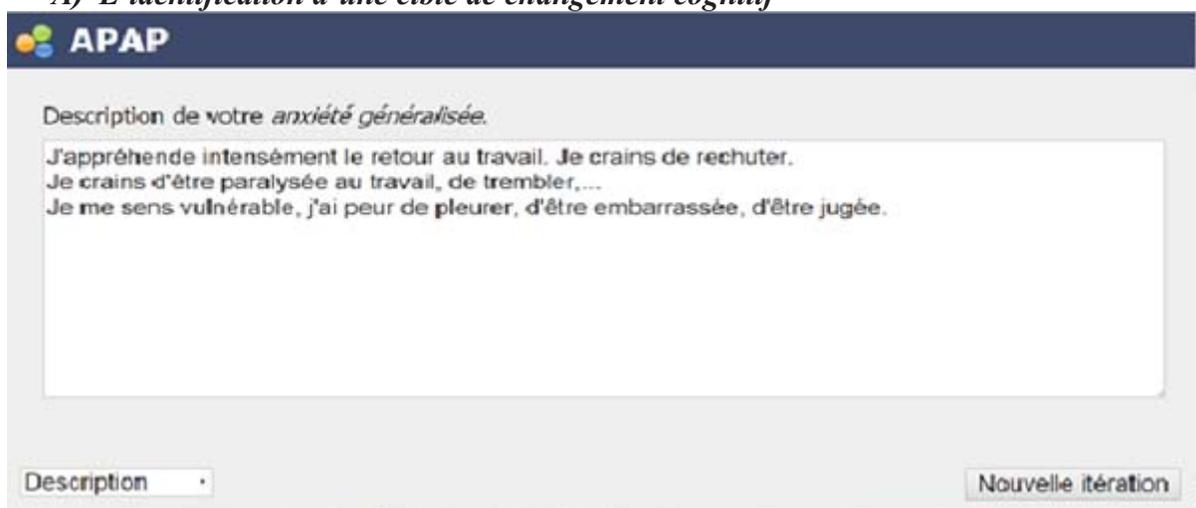
Antérieurement, soit il y a 7 ans, Geneviève a dû interrompre ses études pour une symptomatologie tout à fait similaire, lorsqu'elle vivait le stress des études et une rupture amoureuse. Elle avait également eu des attaques de panique. Celles-ci avaient fait en sorte qu'elle ne pouvait plus utiliser le transport en commun et se sont reproduites aussi dans le cadre de l'arrêt de travail. Elle aurait été suivie en psychologie durant cette période dans une clinique privée pendant 5 mois, cette thérapie n'aurait aidé Geneviève que partiellement. Actuellement, elle ne présente plus d'attaques de panique.

Lors de l'évaluation, un diagnostic de TAG a été posé et des éléments d'un trouble de personnalité obsessionnelle et dépendante viennent fortement colorer et complexifier le tableau. Geneviève a déjà fait plusieurs démarches thérapeutiques dont sa participation à une psychothérapie de groupe pour le TAG. Durant ce processus, les concepts d'enseignement sur la symptomatologie ont été abordés (développer la tolérance à l'incertitude, résolution de problèmes, développer des habiletés de gestion de l'anxiété, corriger les croyances dysfonctionnelles relatives aux inquiétudes et diminuer l'évitement cognitif face aux inquiétudes). Geneviève exprime que ceci a été aidant, mais qu'elle se retrouve dans les mêmes difficultés, présentant encore beaucoup d'évitement. Malgré son arrêt de travail et sa participation à la psychothérapie de groupe, Geneviève ne voit pas sa situation améliorée. Elle dit qu'elle doit lire pendant plusieurs heures pour être capable d'arrêter le train de ses pensées. Elle rapporte avoir toujours eu tendance à anticiper les catastrophes et à percevoir les choses de façon pessimiste. Elle décrit également son estime et sa confiance en elle-même actuellement très basse et souhaiterait pouvoir être capable de vaincre sa peur en commençant au moins à faire des petits pas vers un retour progressif sur le marché de travail.

Geneviève participe donc au projet APAP dans le but de travailler une cible du changement cognitif reliée à cette problématique.

3.5.2 Déroulement de la procédure APAP pour Geneviève

A) L'identification d'une cible de changement cognitif



The screenshot shows the APAP software interface. At the top, there is a dark blue header with the APAP logo and the text "APAP". Below the header, the main content area is titled "Description de votre *anxiété généralisée*." and contains a text box with the following text: "J'apprends intensément le retour au travail. Je crains de rechuter. Je crains d'être paralysée au travail, de trembler,... Je me sens vulnérable, j'ai peur de pleurer, d'être embarrassée, d'être jugée." Below the text box, there is a dropdown menu labeled "Description" and a button labeled "Nouvelle itération".

Figure 33 : Description de l'anxiété généralisée de Geneviève.

Geneviève décrit son anxiété par le paragraphe suivant : « *J'apprends intensément le retour au travail. Je crains de rechuter. Je crains d'être paralysée au travail, de trembler... Je me sens vulnérable, j'ai peur de pleurer, d'être embarrassée, d'être jugée* ».

B) Élaboration d'un réseau sémantique et affectif dysfonctionnel de Geneviève



The screenshot shows the APAP software interface for the elaboration of a dysfunctional semantic-affective network (RSA-). The interface is divided into several sections:

- Déclencheurs (max. 2):** A text box containing "Je pense à mon retour au travail".
- Pensées automatiques dysfonctionnelles (max. 6):** A text box containing "Je vais retomber malade", "Je ne pourrai plus rien faire", "Je ne rencontrerai pas les délais", "Je n'aurai plus de vie", and "Je n'arrive pas à m'affirmer".
- Émotions et réactions physiologiques problématiques (max. 3):** A text box containing "Je rumine mes peurs", "Je vais paniquer", and "Je perds le contrôle".
- Comportements mésadaptés (max. 2):** A text box containing "j'évite même de penser au retour au travail".

On the right side, there is a "Description" box containing the text: "J'apprends intensément le retour au travail. Je crains de rechuter. Je crains d'être paralysée au travail, de trembler,... Je me sens vulnérable, j'ai peur de pleurer, d'être embarrassée, d'être jugée." At the bottom, there is a dropdown menu labeled "RSA-" and a button labeled "Nouvelle itération".

Figure 34 : Élaboration du réseau sémantico-affectif négatif (RSA-) en identifiant les cognitions et émotions problématiques ainsi que leurs conséquences physiologiques ou comportementales de Geneviève.

Les principales pensées automatiques dysfonctionnelles de Geneviève étaient les suivantes : « *Je vais retomber malade; je ne pourrai plus rien faire, je ne rencontrerai pas les délais, je n'aurai plus de vie, je n'arrive pas à m'affirmer* ». Elle décrit ses émotions et réactions physiologiques problématiques comme ceci : « *Je rumine mes peurs; je vais paniquer; je perds le contrôle* ». Geneviève identifie son comportement mésadapté comme ceci : « *J'évite même de penser au retour au travail* ».

C) Élaboration d'un réseau sémantique et affectif plus adapté de Geneviève

Pensées plus réalistes (max. 6)	Pensées automatiques dysfonctionnelles
<ul style="list-style-type: none"> Je apprécie mes collègues de travail Je me sens apprécié par mes collègues Je me sens en général compétente Je suis souvent une référence professionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> Je vais retomber malade Je ne pourrai plus rien faire Je ne rencontrerai pas les délais Je n'aurai plus de vie Je n'arrive pas à m'affirmer
<p>Émotions et réactions physiologiques plus adaptées (max. 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> Je me calme en prenant respirations profondes Ruminer ne prévient pas Avoir plus de confiance en moi 	<p>Émotions et réactions physiologiques problématiques</p> <ul style="list-style-type: none"> Je rumine mes peurs Je vais paniquer Je perds le contrôle
<p>Comportements plus fonctionnels (max. 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> Je pense aux moments positifs du travail Je m'affirme et mets des limites 	<p>Comportements mésadaptés</p> <ul style="list-style-type: none"> J'évite même de penser au retour au travail

Figure 35 : Élaboration du réseau sémantico-affectif positif (RSA+) de Geneviève : Des pensées plus appropriées, des cognitions souhaitées, des émotions et réactions physiologiques plus adaptées et les comportements plus fonctionnels qui en découleraient ont été établis.

Les pensées plus réalistes de Geneviève sont : « *J'apprécie mes collègues de travail; je me sens apprécié par mes collègues, je me sens en général compétente et je suis souvent une référence professionnelle* ». Elle décrit comme ceci ses émotions et réactions physiologiques plus adaptées : « *Je me calme en prenant des respirations profondes; ruminer ne prévient pas et avoir plus de confiance en moi* ». Ses comportements plus fonctionnels seraient : « *Je pense aux moments positifs du travail; je m'affirme et mets des limites* ».

D) *Élaboration par Geneviève de suggestions décrivant ce réseau plus adapté*

The screenshot shows a software interface with the following sections:

- Description:** RSA-, RSA+, Suggestions, Enregistrement, Musiques, Mixage. Each item has a green checkmark.
- Suggestions (max. 20):** A list of 20 English phrases, each with a blue progress bar. The phrases include: "I plan to return back to work", "I want to return back to work", "In general I feel competent", "I am often a professional reference", "I feel more and more confident", "I accept myself as I am", "I have more and more energy", "The return back to work is important in my life", "I appreciate my colleagues and they appreciate me", "I am able to be assertive", "I am able to set my limits", "I do the best that I can", "I am able to do things autonomously", "I am intelligent", "I feel more and more calm", "My return back to work will improve my life in general", "I congratulate myself for my efforts", and "I ponder less and less".
- RSA+ Déclencheurs:** A text box containing "Je pense à mon retour au travail".
- Pensées plus réalistes:** A list of three green phrases: "J'apprécie mes collègues de travail", "Je me sens apprécié par mes collègues", and "Je me sens en general compétente".
- Émotions et réactions physiologiques plus adaptées:** A list of three red phrases: "Je me calme en prenant respirations profondes", "Ruminer ne prévient pas", and "Avoir plus de confiance en moi".
- Nouvelle itération:** A button at the bottom right.

Figure 36 : Élaboration des suggestions alternatives plausibles et cognitions désirées reliées à la cible du changement cognitif souhaitée par Geneviève.

Pour la liste des suggestions, Geneviève préfère les faire en anglais, sa langue maternelle. Elle les élabore comme ceci : « *I plan to return back to work; I want to return back to work; In general I feel competent; I am often a professional reference; I feel more and more confident; I accept myself as I am; I have more and more energy; The return back to work is important in my life; I appreciate my colleagues and they appreciate me; I am able to be assertive; I am able to set my limits; I do the best that I can; I am able to do things autonomously; I am intelligent; I feel more and more calm; My return back to work will improve my life in general; I congratulate myself for my efforts; I ponder less and less* »

Une fois que ces suggestions ont été enregistrées puis masquées par plusieurs musiques relaxantes choisies par Geneviève, elle les a téléchargées et les a écoutées à l'aide de son mp3.

E) *Évolution après huit semaines d'écoute*

Geneviève nous tient au courant d'une nouvelle très intéressante : Elle aurait commencé il y a une semaine un travail bénévole dans un salon de toilettage pour animaux, où elle offre de l'aide aux propriétaires. Elle nomme l'importance de cette activité qui lui permet d'avoir des échanges positifs avec le personnel du salon. Cette expérience lui permet aussi de changer certains comportements, par exemple, de se coucher plus tôt, de respecter son heure de dîner pour pouvoir gérer son énergie, de nommer ses limites et de ne pas se laisser envahir par ses émotions

et ses pensées négatives. En bref, Geneviève se dit bien satisfaite de son initiative qui lui a permis de développer une routine de vie plus aidante pour elle.

3.5.3 Résultats obtenus aux différentes échelles de mesure de Geneviève

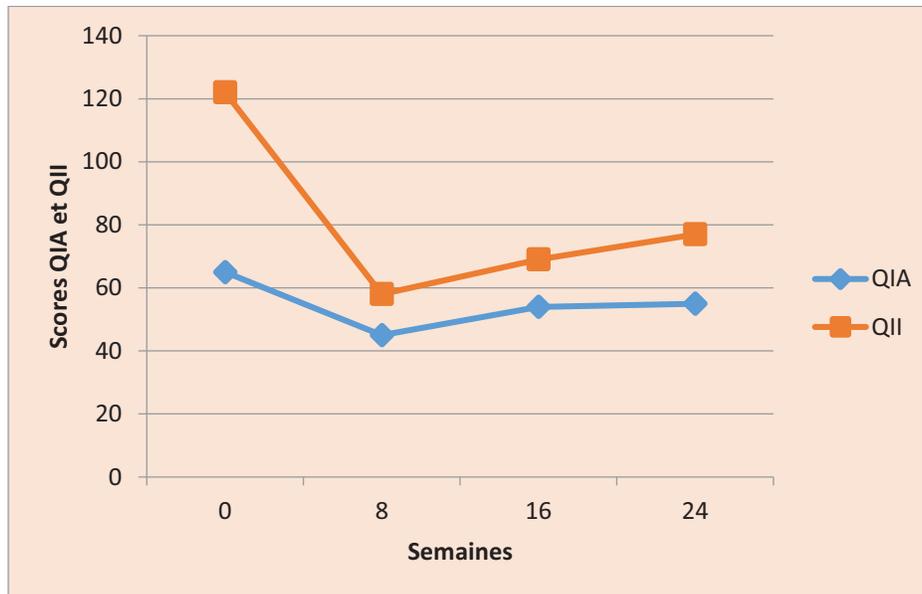


Figure 37: Scores obtenus au *Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété (QIA)* [66] et à l'*Échelle de l'intolérance à l'incertitude (EII)* [68] pour Geneviève. Mesures effectuées à 0, 8, 16 et 24 semaines.

À la ligne de base, soit avant la stratégie d'amorçage préconscient, Geneviève avait un score de 122 à l'*EII* et de 65 au *QIA*. Ces derniers ont diminué à 58 et à 45 respectivement à la 8^{ème} semaine, soit après la stratégie d'amorçage préconscient. Le score a augmenté par la suite à 69 à la 16^{ème} semaine et à 77 à la 24^{ème} semaine pour l'*EII*. Pour le *QIA*, il est passé de 54 à la 16^{ème} semaine à 55 observé à la 24^{ème} semaine.

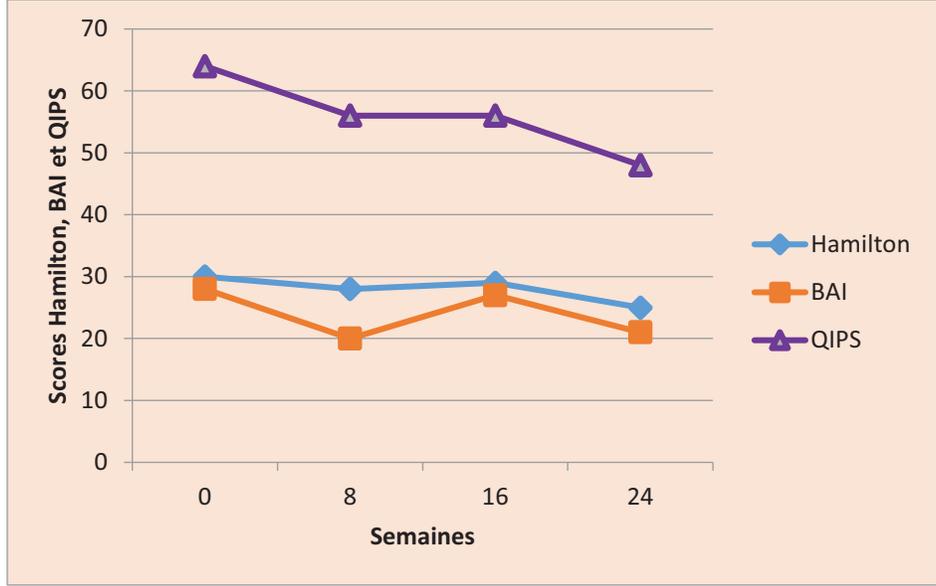


Figure 38 : Scores obtenus au *Questionnaire sur les inquiétudes du Penn State (QIPS)* [64], à *L'Échelle d'anxiété d'Hamilton* [73] et à *L'Inventaire d'anxiété de Beck (BAI)* [62] pour Geneviève. Mesures à: 0, 8, 16 et 24 semaines.

Ces résultats illustrent une légère diminution des scores observés à la 8^{ème} semaine pour le *QIPS*, *BAI* et l'Échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton. Par ailleurs, on ne note pas de changement au score du *QIPS* entre la 8^{ème} et la 16^{ème} semaine, contrairement à l'Échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton et au *BAI* dont les scores affichent une augmentation durant cette période. On note néanmoins, une légère diminution des scores à la 24^{ème} pour le *QIPS*, *BAI* et l'Échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton.

Résultats obtenus aux mesures idiosyncrasiques de Geneviève

Tableau VI Moyenne des cognitions idiosyncrasiques de Geneviève

Degré de croyance de la pensée négative	Avant l'amorçage préconscient	Après l'amorçage préconscient
Je pense à mon retour au travail	100%	90 %
Je vais retomber malade	100%	70%
Je ne pourrai plus rien faire	95%	70%
Je ne rencontrerai pas les délais	95%	70%
Je n'aurai plus de vie	100%	70%
Je n'arrive pas à m'affirmer	100%	80%
Je rumine mes peurs	100%	85%
Je vais paniquer	100%	85%
Je perds le contrôle	100%	80%
Moyenne	98,89%	77,78%

Ces résultats indiquent une moyenne très élevée des cognitions idiosyncrasiques en pré amorçage préconscient pour Geneviève avec un total de 98,89%. Ce taux a baissé à 77,78% à la 24^{ème} semaine.

Résultats obtenus à L'inventaire systémique de la qualité de vie pour Geneviève

Les scores obtenus à l'ISQV [70] indiquaient un total de 2 à la ligne de base. Ce score a légèrement augmenté à 13 à la 24^{ème} semaine.

Intéressés à explorer les principaux changements observés aux différents domaines selon le degré d'importance que leur a accordé Geneviève, nous avons pu remarquer que le domaine des loisirs est en voie d'amélioration puisque ce dernier est passé d'une zone « Problématique » vers une zone d'amélioration «Souhaitable». Les domaines Activités non rémunérées et Environnement social quant à eux représentent les principales sphères de la vie de Geneviève qui ont enregistré un passage de la zone « Problématique » ver la zone de « Bonne qualité de vie ».

3.5.4 Discussion du cas de Geneviève

Tel qu'illustré plus haut, on peut observer à travers tous ces résultats, qu'il y a eu une diminution des scores à la 8^{ème} semaine pour toutes les échelles de mesure, soit tout de suite après la stratégie d'amorçage préconscient, comparativement aux résultats obtenus à la ligne de base. Cela reflète l'impact positif qu'aurait eu la stratégie APAP non seulement sur la symptomatologie anxieuse de Geneviève mais aussi sur le développement de comportements plus adéquats et positifs.

En ce qui concerne les augmentations observées aux autres temps de mesure, on pense qu'elles sont probablement dues à la nouvelle démarche entreprise par Geneviève. Effectivement elle a rejoint le bénévolat après une longue période sans emploi durant laquelle elle demeurait inactive et non exposée aux stressseurs extérieurs. Geneviève précise qu'elle apprécie ses tâches et le nouveau milieu, mais réalise que le ``stress est partout`` et pas seulement à son ancien milieu de travail. Elle nomme sa fierté face à sa capacité d'effectuer des tâches bénévolement. Cette activité bénévole l'aide à reprendre petit à petit une routine de vie tout en ressentant beaucoup d'anxiété car elle lui rappelle son rôle de travailleur.

On pense aussi que Geneviève entretiendrait un fond anxieux probablement à cause d'autres raisons, par exemple cela pourrait être dû d'une part de sa prise de conscience de l'impact de son anxiété et de ses faiblesses, et d'une autre part, aux nouvelles démarches qu'elle a entrepris à la 16^{ème} semaine pour rejoindre un groupe thérapeutique de retour au marché de travail qui débutera vers la 26^{ème} semaine.

Geneviève se dit quand même bien satisfaite de sa participation au projet APAP même si elle vit encore régulièrement de l'appréhension surtout en matinée. Geneviève croit que sans cette participation, elle n'aurait pas pu faire son bénévolat, ni planifier de rejoindre un groupe thérapeutique spécialisé pour l'aider à retourner au travail. Il est important de souligner qu'en plus de son TAG, Geneviève souffrait de perfectionnisme et présentait des éléments de la personnalité obsessionnelle. Ces deux éléments auraient possiblement constitué un obstacle à la reprise de son travail vu qu'elle désire être prête d'une façon parfaite pour accomplir ses tâches dans l'éventualité où elle rejoindrait son emploi. Geneviève précise qu'avant APAP elle souhaitait pratiquement aller vers l'invalidité, se sentant complètement incompétente pour occuper un emploi. Son trait de personnalité dépendante rendait possiblement sa problématique encore plus complexe, étant donné qu'elle avait de la difficulté à se mobiliser sans ses proches.

Geneviève souligne ainsi la pertinence et l'importance des étapes de la démarche APAP qui lui ont permis d'observer l'enchaînement de ses pensées et de ses émotions personnelles. Elle constate que l'expérience du bénévolat lui a permis aussi de réaliser qu'une fois sur le lieu, tout se passe mieux que dans ses appréhensions. Elle dit ressentir une motivation intrinsèque importante, qui selon elle, va sûrement l'aider à bien réussir son retour au travail.

3.6 Cas clinique # 6 : Pierre

3.6.1 Présentation du cas

Pierre est un homme âgé de 71 ans, retraité, vivant avec son épouse depuis 42 ans, il a été référé à la clinique il y a deux ans de cela, pour son anxiété et un diagnostic d'un TAG sévère a été posé. Sa médication actuelle est Citalopram 10 mg le matin, Seroquel (dose de 200 mg répartie entre Seroquel libération immédiate et le Seroquel XR) et Mirtazapine 30 mg le soir. Comme le TAG de Pierre était sévère et réfractaire aux traitements, son psychiatre avait demandé une évaluation neuropsychologique pour éliminer une contribution cognitive au tableau présenté. Le profil neuropsychologique fait essentiellement état de subtiles perturbations frontales qui sont vraisemblablement présentes de longue date et dont le vieillissement accentue les couleurs. La résistance aux traitements que présentait Pierre semblait relever du fonctionnement pré morbide rigide et concret où les informations conceptuelles sont difficilement intégrées et tout autant difficilement généralisables.

Pierre a une hypercholestérolémie et une hypertension artérielle bien contrôlées. Il a eu une période de consommation quotidienne excessive d'alcool dans la quarantaine (4 bières par jour) pour diminuer ses inquiétudes, dit-il. Il a cessé complètement il y a deux ans avec la retraite. Pierre fume environ 3 paquets de cigarette par semaine. Il essaie actuellement d'espacer ses consommations. Il prend aussi deux cafés et un thé par jour. Il nie avoir déjà eu des idéations suicidaires.

Il y a trois ans et demi de cela, Pierre a été suivi durant un an par une infirmière clinicienne en santé mentale pour des interventions psychothérapeutiques à raison d'une à deux fois par semaine. Durant cette même période, il a également suivi plusieurs ateliers en groupe une fois par semaine, donnés par des organismes d'entraide pour personnes souffrant de troubles anxieux. Cependant, Pierre précise que ces démarches antérieures ne l'ont aidé que partiellement.

Pierre situe le début de son anxiété à son enfance. Il précise qu'il a hérité cette tendance de sa mère. Cette dernière décédée il y a quelques années, s'en faisait aussi pour tout. Pierre note qu'il évitait souvent d'aller voir sa mère car sa fréquentation aggravait son anxiété et il a eu tendance à lui en vouloir pour cela. Pierre parle avec émotion de son épouse des quarante dernières années qui se porte bien, est calme et qui est toujours en bonne humeur malgré des problèmes de santé cardiaques il y a quelques années. Il décrit aussi un fils unique qui évoluerait bien, mais qui a eu des difficultés avec une conjointe qui lui aurait fait perdre de l'argent. Pierre a dû aider son fils et mettre sous tension sa propre sécurité financière.

Pierre a eu quand même une vie financière très stable ayant travaillé toute sa vie dans le secteur privé. Il s'acquittait de son travail avec conscience et empressement. Il s'en faisait beaucoup, il en faisait plus que les autres.

Pierre mentionne qu'il a eu il y a quelques années, un accident d'auto qui l'a marqué. Il évitait de retourner à cet endroit, pendant quelque temps, mais ce type d'anxiété a disparu sans laisser de traces à long terme. Pierre présente aussi des attaques de panique, mais de façon limitée et de courte durée.

Pierre relate sa tendance à s'en faire avec tout. Il dit qu'il fait de l'anticipation. Il s'inquiète de tous les imprévus qui génèrent chez lui l'élaboration de scénarios catastrophiques. Il pense sans arrêt aux questions d'argent, les maladies pour lui ou ses proches, le devenir de son fils unique. Il s'inquiète de sa voiture, de s'égarer s'il fait un nouvel itinéraire. Pierre se dit aux prises avec l'anxiété depuis de multiples années et de façon plus dérangeante depuis les 6 ou 7 dernières années. Toutes ces inquiétudes peuvent générer parfois des maux de ventre, la sensation d'une tension intérieure, une bouche sèche et une vision brouillée. Ces manifestations somatiques peuvent durer 4 à 5 minutes. La présence des inquiétudes peut diminuer sa concentration mais il n'a pas noté d'impact sur son humeur. Pierre reconnaît tout de même qu'il s'en fait pour rien et que les choses ne tournent jamais comme il l'avait anticipé.

Pierre a d'abord bénéficié d'une thérapie de groupe totalisant 14 rencontres, son évolution était difficile et il n'a pas pu mettre en application les stratégies vues en thérapie. Il a été décidé par la suite de lui offrir un suivi individuel en raison du progrès limité en groupe. Suite aux 17 rencontres individuelles, Pierre reconnaît qu'il n'est pas capable d'appliquer les recommandations vues en thérapie et qu'il a de la difficulté à remettre en question l'utilité de ses inquiétudes. Il demeure avec un doute d'être « irrécupérable » et « un cas désespéré ».

L'exemple qui résume le mieux son anxiété exagérée actuelle est reliée avec l'éventuelle difficulté de trouver du stationnement. Il pense sans cesse à cela et s'énerve à ce sujet. Il lui est déjà arrivé de venir à la clinique un jour avant son rendez-vous pour pratiquer le chemin et examiner les possibilités de stationnement. Pour être sûr, il arrive très à l'avance au cas où il devrait stationner un peu plus loin. Ce problème a toujours existé pour lui, mais avec des fluctuations. Pierre entretient la vision qu'il ne pourra pas s'en sortir en raison de son âge et de la sévérité de sa difficulté. Nous lui proposons la stratégie APAP. Pierre veut cibler cet élément anxiogène qui est le stationnement qui perturbe énormément et sans cesse sa vie quotidienne.

3.6.2 Déroulement de la procédure APAP pour Pierre

L'anxiété de Pierre transparait d'emblée mais ceci n'altère pas sa collaboration. Il a tendance à s'agiter sur sa chaise, à bouger de façon un peu excessive. Il avoue que l'élaboration de son réseau sémantique-affectif le rend un peu tendu. Pierre nous précise qu'il veut continuer à travailler sur APAP, il collabore de son mieux et mentionne que sa tendance excessive à s'inquiéter à propos du stationnement représente en ce moment pour lui un problème central et incontrôlable.

A) L'identification d'une cible de changement cognitif

The screenshot shows the APAP interface. At the top, there is a header with the APAP logo. Below it, a text area contains the description: "Description de votre *anxiété généralisée*." followed by "Anxiété au sujet du stationnement". At the bottom of the interface, there is a dropdown menu labeled "Description", a numerical input field with the value "0", and a button labeled "Nouvelle itération".

Figure 39 : Description de l'anxiété généralisée de Pierre.

Pierre précise que son principal souci est son : « *Anxiété au sujet de stationnement* »

B) L'élaboration d'un réseau sémantique et affectif dysfonctionnel

The screenshot shows the APAP interface for the elaboration of the RSA-. It features several sections with text input fields:

- Déclencheurs (max. 2):** "sortir en auto"
- Pensées automatiques dysfonctionnelles (max. 6):** "Je ne vais pas trouver de stationnement au retour", "Je ne saurai pas où stationner", "Ou je vais aller?", "Je vais devoir aller loin", "mon auto va être vandalisée"
- Émotions et réactions physiologiques problématiques (max. 3):** "ma pression augmente", "mon coeur va vite"
- Comportements mésadaptés (max. 2):** "moins sortir"

At the bottom, there is a dropdown menu labeled "RSA-", a numerical input field with the value "0", and a button labeled "Nouvelle itération". A "Description" box on the right contains the text "Anxiété au sujet du stationnement".

Figure 40 : Élaboration du réseau sémantico-affectif négatif (RSA-) de Pierre en identifiant les cognitions et émotions problématiques ainsi que leurs conséquences physiologiques ou comportementales.

Les principales pensées automatiques dysfonctionnelles de Pierre sont les suivantes : « *Je vais pas trouver de stationnement au retour; je ne saurai pas où stationner, où je vais aller? je vais aller devoir aller loin; mon auto va être vandalisée* ». Il décrit ses émotions et réactions physiologiques problématiques comme ceci : « *Ma pression augmente; mon cœur va vite* ». Il identifie son comportement mésadapté par : « *Moins sortir* ».

C) L'élaboration d'un réseau sémantique et affectif plus adapté

Figure 41 : Élaboration du réseau sémantico-affectif positif (RSA+) de Pierre : Des pensées plus appropriées, des cognitions souhaitées, des émotions et réactions physiologiques plus adaptées et les comportements plus fonctionnels qui en découleraient ont été établis.

Les pensées plus réalistes de Pierre sont les suivantes : « *Je trouve toujours un stationnement; j'arrive toujours à stationner; je sais où aller; parfois je dois aller un peu plus loin et c'est bon pour ma santé; pas de rapport entre le stationnement et les quelques rares accident* ». En ce qui concerne ses émotions et réactions plus adaptées, il les décrits comme ceci : « *Je me calme; plus de confiance en moi* ». Pierre décrit son comportement plus fonctionnel comme ceci : « *Sortir plus* ».

D) L'élaboration de suggestions décrivant ce réseau plus adapté

Figure 42 : Élaboration des suggestions alternatives plausibles et cognitions désirées reliées à la cible du changement cognitif souhaitée par Pierre.

Les formulations qu'a élaboré Pierre sont : « Quand je sors en auto je trouve toujours un stationnement; Je me détends de plus en plus; Je me calme de mieux en mieux; *J'arrive toujours à stationner; Je sais où aller pour me stationner chemin faisant; Parfois je dois aller un peu plus loin et c'est bon pour ma santé; Une petite marche me fait du bien, Ma voiture est en sécurité même un peu plus loin; Je me calme : ma voiture c'est de la tôle; J'ai de plus en plus confiance en moi; je rumine de moins en moins; Je suis de plus en plus à l'aise de sortir* »

E) L'enregistrement et le masquage des suggestions par une musique marquante

Après accord sur ces formulations, elles ont été enregistrées, masquées et mixées à une musique relaxante. Étant donné que Pierre n'est pas assez familiarisé avec l'utilisation d'un mp3 et l'écoute en ligne, on lui a fourni un CD contenant ses enregistrements. Il dit se sentir plus à l'aise avec cette technique.

3.6.3 Résultats obtenus aux différentes échelles de mesures de Pierre

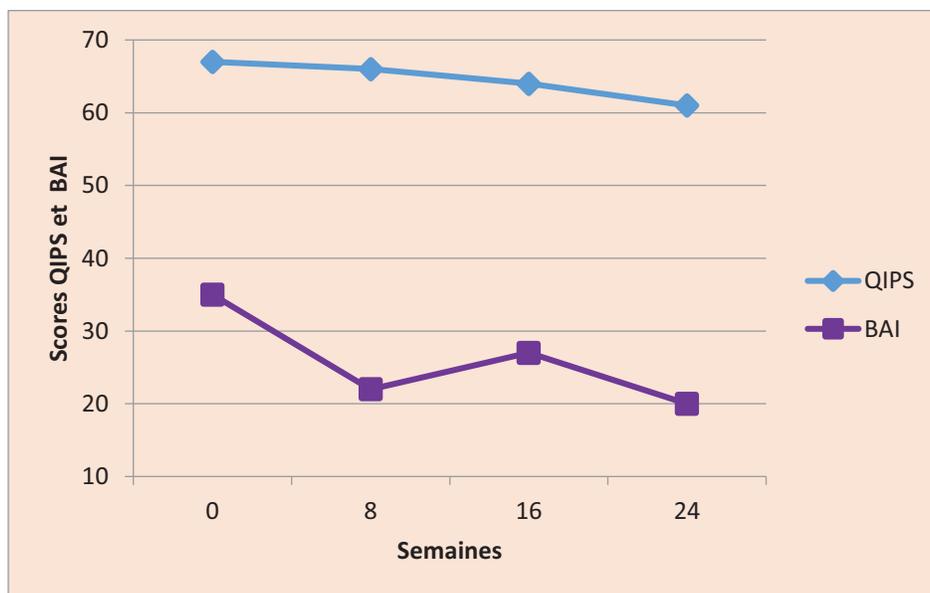


Figure 43 : Scores obtenus au *Questionnaire sur les inquiétudes du Penn State (QIPS)* [64] et à l'*Inventaire d'anxiété de Beck (BAI)* [62] pour Pierre. Mesures à: 0, 8, 16 et 24 semaines.

Pour ce qui est des résultats du *BAI*, une diminution des scores a été observée à la 8^{ème} semaine et à la 24^{ème} semaine. On note par ailleurs une légère augmentation du score à la 16^{ème} semaine. En ce qui concerne les résultats du *QIPS*, une légère diminution a été observée à différents temps de mesure. Cependant, ces scores témoignent quand même d'un niveau d'anxiété qui reste présente.

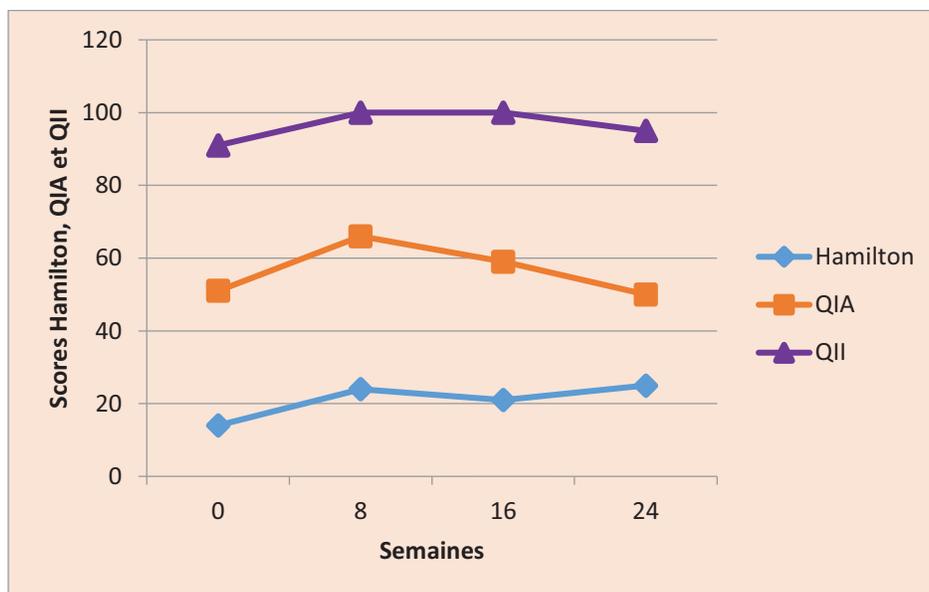


Figure 44 : Scores obtenus pour Pierre à : l'Échelle d'anxiété d'Hamilton [73], à l'Échelle de l'intolérance à l'incertitude (EII) [68] et au Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété (QIA) [66]. Mesures à: 0, 8, 16 et 24 semaines.

Les résultats indiquent une augmentation des scores à la 8^{ème} pour le *QIA*, *EII* et à l'Échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton. Les scores ont légèrement diminué à la 16^{ème} semaine pour le *Hamilton* et le *QIA*, la diminution a été assez bien à la 24^{ème} semaine pour le *QIA*. À la 24^{ème} semaine une légère augmentation a été noté l'Échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton, le *EII* par contre a montré une légère diminution des scores à la 24^{ème} semaine. On remarque que les scores obtenus indiquent quand même un niveau d'anxiété assez élevée. Ces résultats sont probablement dus aux préoccupations que se fait Pierre par rapport à son état de santé. Effectivement ce dernier a souffert d'une bronchite à la 7^{ème} semaine et sa femme a été hospitalisée à la 8^{ème} semaine.

Lors de chaque collecte de données qui a suivi la 8^{ème} semaine, il mentionnait à chaque fois qu'il a peur pour sa santé et celle de sa femme. Il craint par exemple de développer un cancer du poumon vu ses facteurs de risques.

Résultats obtenus aux mesures idiosyncrasiques de Pierre

Tableau VII. Moyenne des cognitions idiosyncrasiques de Pierre

Degré de croyance de la pensée négative	Avant l'amorçage préconscient	Après l'amorçage préconscient
<i>Je ne vais pas trouver de places de stationnement au retour</i>	80%	10%
<i>Je ne saurai pas où stationner</i>	70%	20 %
<i>Où je vais aller stationner?</i>	60%	20%
<i>Je vais être obligé ou je vais devoir aller loin</i>	70%	29%
<i>Mon auto va être vandalisée</i>	50%	10%
Moyenne	66%	17,8%

Pour les résultats du degré de croyance de Pierre envers ses pensées dysfonctionnelles reliées à son anxiété concernant le stationnement, la moyenne des pourcentages en pré amorçage préconscient était de 66%. Ce taux a diminué à 17,8% à la 24^{ème} semaine.

Résultats obtenus à l'Inventaire systématique de la qualité de vie pour Pierre

Pour ce qui est de l'ISQV [70], Pierre avait obtenu un score de 2 à la ligne de base. Ce score le situait dans une zone problématique qui dénote une qualité de vie nécessitant une intervention. À 24 semaines, Pierre se situait dans une zone d'amélioration souhaitable qui était très proche de la zone de bonne qualité de vie, son score a connu ainsi une assez belle élévation à la 24^{ème} semaine avec un total de 48.

Lorsqu'on a voulu explorer plus profondément les principaux changements observés aux différents domaines selon le degré d'importance que leur a accordé Pierre, nous avons remarqué qu'il n'y a pas eu d'amélioration pour certains aspects comme la mémoire, la concentration et le moral qui ont demeuré dans une zone problématique. Cependant, l'estime de soi s'est améliorée en passant de la zone problématique vers la zone d'amélioration souhaitable. La douleur physique et la capacité physique ont grimpé de la zone d'amélioration souhaitable vers la zone de bonne qualité de vie. Pour ce qui est de la tranquillité d'esprit, elle aussi est passée de la zone d'amélioration souhaitable vers la zone de bonne qualité de vie. Et pour terminer, les domaines qui ont connus une très bonne amélioration en passant d'une zone « Problématique » vers une zone de « Bonne qualité de vie » concernent : l'alimentation, les sorties, loisir de détente et le sommeil.

3.6.4 Discussion du cas de Pierre

L'histoire de Pierre décrit sa tendance excessive à s'en faire avec tout. Sa problématique anxieuse reliée à la possible difficulté de trouver un stationnement demeure l'exemple ultime d'une anxiété qui empoisonne sa vie au quotidien et ce depuis plusieurs années. Il pense et s'inquiète sans arrêt aux différentes possibilités de stationnement, surtout quand il est inactif. Tel que décrit plus haut, Pierre avait tendance à se qualifier comme « un cas désespéré et irrécupérable » même s'il avait bénéficié d'une thérapie individuelle et de groupe.

En participant au projet APAP, Pierre mentionne que son principal souhait est de pouvoir se débarrasser de son anxiété excessive face au stationnement. Les différentes étapes travaillées lors de du déroulement de la procédure APAP ainsi que l'identification de ses mesures idiosyncrasiques illustrent parfaitement la précision de sa cible du changement cognitif.

Il nous semble pertinent de souligner l'impact positif qu'aurait eu la stratégie APAP sur la diminution considérable des pensées dysfonctionnelles de Pierre concernant sa problématique anxieuse reliée le stationnement. Pierre a aussi connu une assez bonne amélioration de sa qualité de vie comparativement à ce qu'elle était avant la stratégie APAP et nous témoigne de sa satisfaction à la suite de sa participation au projet. Pierre rajoute qu'il croit profondément en l'apport du programme, qui selon lui, a eu l'effet de la baguette magique sur l'amélioration de ses pensées dysfonctionnelles et à la réduction considérable de son anxiété face au stationnement.

3.7 Cas clinique # 7 : Claude

3.7.1 Présentation du cas

Claude (nom fictif) est un homme âgé de 44 ans, célibataire et qui demeure en chambre. Il est sans travail depuis 6 ans. Claude présente une phobie sociale sévère avec des éléments de la personnalité évitante. Sa médication actuelle est le Paroxétine 50 mg par jour.

Claude souffre de difficultés de contact interpersonnelles qui sont présentes depuis son enfance. Selon lui, elles sont liées aussi à ses difficultés de garder des emplois. Au fil des années, Claude a eu plusieurs occupations, telles que chauffeur de taxi, travail en usine, etc., mais rapidement il s'ennuie, puis devient peu à peu tendu par les rencontres avec les gens que les emplois exigent. Il identifie avoir présenté aussi des difficultés d'affirmation, acceptant à contrecœur des tâches que d'autres refusaient.

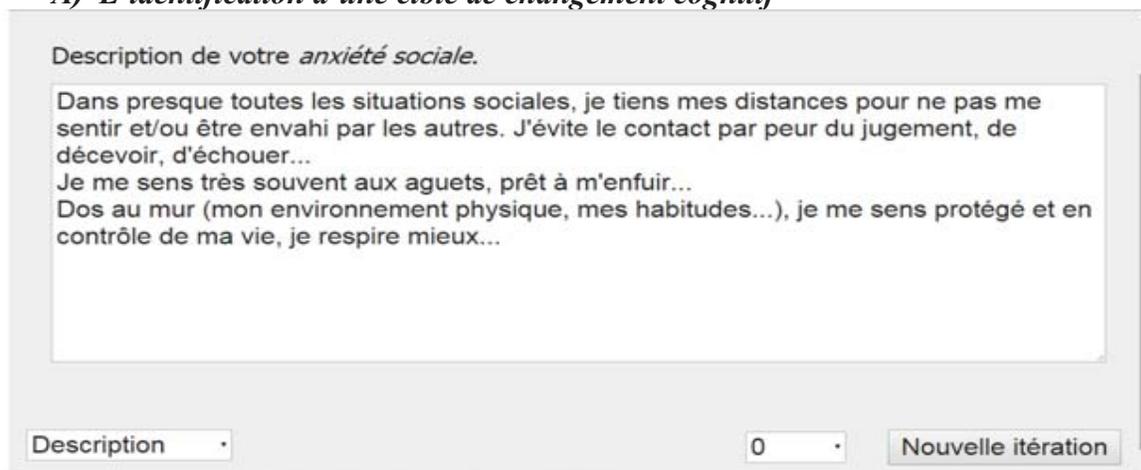
Claude évite systématiquement les contacts interpersonnels et souhaite toujours ne pas être sollicité socialement. Lorsqu'on l'invite à une activité sociale, Claude évite souvent, mais parfois il se force d'y aller, souhaitant qu'elle se termine au plus vite ou qu'elle soit annulée. Claude dit qu'il a peur d'être jugé ou qu'on vienne détecter chez lui quelque chose de honteux. Claude est originaire de Baie-Comeau, il a migré depuis quelques années vers Montréal pour passer plus inaperçu. Claude décrit sa mère comme une personne exigeante, qui s'occupait de tout dans la famille et qui est décédée il y a une dizaine d'années à la suite de problèmes de santé. La relation entre ses parents était tendue et froide. Son père est toujours vivant et s'est remis en couple avec une autre femme. Son père était peu communicatif, mais aucun des parents ne semble avoir présenté d'anxiété sociale évidente. Claude mentionne que lorsqu'il était enfant, il avait la conviction qu'il décevait ses parents et qu'il devait se forcer pour faire plaisir à sa mère. Il était sensible au climat familial, tentait de passer inaperçu et surtout de ne pas être une cause de préoccupation. Claude n'avait pas de difficultés d'apprentissage à l'école, cependant sa situation s'est dégradée au secondaire. À ce moment, il a souhaité de plus en plus s'isoler. Il fuyait les activités en groupe, incluant les activités sportives dans lesquelles il était assez talentueux.

Par la suite, Claude a complété deux diplômes d'études collégiales dans le domaine de l'aéronautique mais il n'a jamais travaillé dans ce domaine, anticipant les contacts qu'il aurait dû entretenir avec les patrons, les collègues et les éventuels clients. Actuellement Claude a une difficulté à fonctionner dans toutes les situations sociales. Il se sent mal à l'aise, il est très soucieux de ne pas décevoir et préoccupé par l'opinion des autres envers lui. Ces raisons le poussent à s'isoler à domicile et bien qu'une relation avec une femme l'intéresserait, il hésite à faire le premier pas. Claude craint l'opinion d'autrui à son égard et ne veut pas être une source d'ennui envers qui que ce soit.

Pour améliorer sa situation et son anxiété sociale, son psychiatre lui a proposé une approche de type TCC. Claude reconnaît que la situation de groupe serait difficile pour lui, mais comprend les avantages et y participe. Même s'il a réussi à compléter le processus qui a duré cinq mois à raison d'une fois par semaine, Claude dit qu'il ne croit pas avoir profité pleinement de cette opportunité. À quelques reprises en cours de thérapie, il a considéré abandonner bien que sa participation en séance fût excellente. Les gains de Claude apparaissaient limités car en dehors des séances il avait tendance à l'inertie et résistait à pratiquer les habiletés apprises et les techniques cognitives et comportementales. Compte tenu de sa difficulté persistante à affronter des situations sociales, Claude se montre intéressé et motivé par l'approche APAP et participe au projet de recherche.

3.7.2 Déroulement de la procédure APAP pour Claude

A) L'identification d'une cible de changement cognitif



Description de votre *anxiété sociale*.

Dans presque toutes les situations sociales, je tiens mes distances pour ne pas me sentir et/ou être envahi par les autres. J'évite le contact par peur du jugement, de décevoir, d'échouer...

Je me sens très souvent aux aguets, prêt à m'enfuir...

Dos au mur (mon environnement physique, mes habitudes...), je me sens protégé et en contrôle de ma vie, je respire mieux...

Description 0 Nouvelle itération

Figure 45 : Description de l'anxiété sociale de Claude.

B) L'élaboration d'un réseau sémantique et affectif dysfonctionnel

APAP

Description ✓

RSA- ✓

RSA+ ✓

Suggestions ✓

Enregistrement ✓

Musiques ✓

Mixage ✓

Déclencheurs (max. 2)

Les rapprochements Être le centre d'attention

Pensées automatiques dysfonctionnelles (max. 6)

Je me sens envahi Je ne contrôle plus ma vie
Je m'exprime mal Pas intéressant Je serai mal jugé
Je ne trouve plus mes mots

Émotions et réactions physiologiques problématiques (max. 3)

Je perds mes mots Tout s'embrouille
De plus en plus mal à l'aise

Comportements mésadaptés (max. 2)

Je me tais J'évite

Description

Dans presque toutes les situations sociales, je tiens mes distances pour ne pas me sentir et/ou être envahi par les autres. J'évite le contact par peur du jugement, de décevoir, d'échouer... Je me sens très souvent aux aguets, prêt à m'enfuir... Dos au mur (mon environnement physique, mes habitudes...), je me sens protégé et en contrôle de ma vie, je respire mieux...

0 Nouvelle itération

Figure 46 : Élaboration du réseau sémantico-affectif négatif (RSA-) de Claude en identifiant les cognitions et émotions problématiques ainsi que leurs conséquences physiologiques ou comportementales.

Claude mentionne qu'être le centre d'attention ainsi que les rapprochements représentent les principaux déclencheurs de son anxiété. Les pensées dysfonctionnelles qui accompagnent celles-ci sont : « *Je me sens envahi; Je ne contrôle plus ma vie; Je m'exprime mal; Pas intéressant; Je serai mal jugé; Je ne trouve plus mes mots* ». Ses émotions et réactions physiologiques problématiques sont identifiées comme ceci : « *Je perds mes mots; Tout s'embrouille; De plus en plus mal à l'aise* ». Claude identifie ses comportements désadaptés comme ceci : « *Je me tais et J'évite* ».

C) L'élaboration d'un réseau sémantique et affectif plus adapté

Pensées plus réalistes (max. 6)

- Je contrôle ma vie presque trop...
- Les gens m'apprécient habituellement
- Les envahisseurs sont rares
- Je m'exprime clairement à ma façon
- Les gens m'écoutent plutôt que de me juger
- J'ai le droit d'être moi-même

Émotions et réactions physiologiques plus adaptées (max. 3)

- Je me sens plus détendu
- J'accepte mes émotions
- J'arrive à me calmer

Comportements plus fonctionnels (max. 2)

- Je me sens accepté et je prends plaisir avec les gens
- Je reste avec les gens

Émotions et réactions physiologiques problématiques

- Je me sens envahi
- Je ne contrôle plus ma vie
- Je m'exprime mal
- Pas intéressant
- Je serai mal jugé
- Je ne trouve plus mes mots

Comportements mésadaptés

- Je me tais
- J'évite

RSA+ 0 Nouvelle itération

Figure 47 : Élaboration du réseau sémantico-affectif positif (RSA+) de Claude : Des pensées plus appropriées, des cognitions souhaitées, des émotions et réactions physiologiques plus adaptées et les comportements plus fonctionnels qui en découleraient ont été établis.

Claude décrit ses pensées plus réalistes dans des phrases comme : « *Je contrôle ma vie presque trop...; Les gens m'apprécient habituellement; Les envahisseurs sont rares; Je m'exprime clairement à ma façon; Les gens m'écoutent plutôt que de me juger; J'ai le droit d'être moi-même* ». Ses émotions et réactions physiologiques plus adaptées sont : « *Je me sens plus détendu; J'accepte mes émotions; J'arrive à me calmer* » et ses comportements plus fonctionnels seraient : « *Je me sens accepté et je prends plaisir avec les gens; Je reste avec les gens* ».

D) L'élaboration de suggestions décrivant ce réseau plus adapté

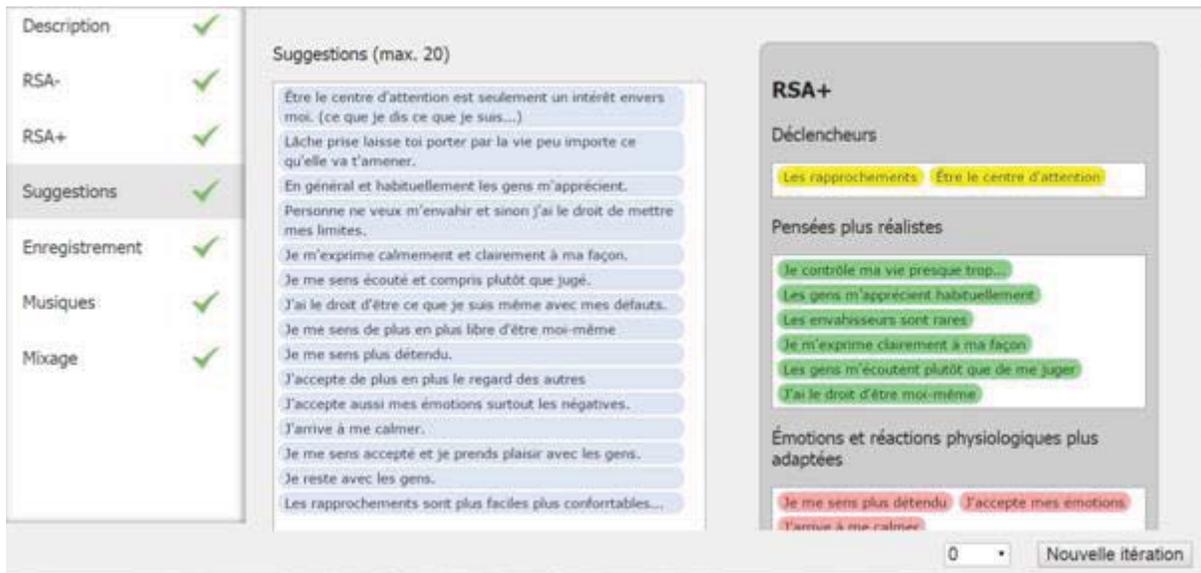


Figure 48 : Élaboration des suggestions alternatives plausibles et cognitions désirées reliées à la cible du changement cognitif souhaitée par Claude.

Arrivé à l'étape des suggestions, Claude les élabore comme ceci : « *Être le centre d'attention est seulement un intérêt envers moi (ce que je dis ce que je suis..); Lâche prise laisse toi porter par la vie peu importe ce qu'elle va t'amener; En général et habituellement les gens m'apprécient; Personne ne veut m'envahir et sinon j'ai le droit de mettre mes limites; je m'exprime calmement et clairement à ma façon; Je me sens écouté et compris plutôt que jugé; J'ai le droit d'être ce que je suis même avec mes défauts; Je me sens de plus en plus libre d'être moi-même; Je me sens plus détendu; J'accepte de plus en plus le regard des autres; J'accepte aussi mes émotion surtout les négatives; J'arrive à me calmer; Je me sens accepté et je prends plaisir avec les gens; Je reste avec les gens; Les rapprochements sont plus faciles plus confortables* ».

E) L'enregistrement et le masquage des suggestions par une musique masquante

Après accord sur ces formulations, elles ont été enregistrées, masquées et mixées à plusieurs musiques relaxantes choisies par Claude. Il écoutait ses enregistrements souvent en ligne ou avec son mp3.

F) Évolution

Après 2 semaines d'écoute, Claude mentionne qu'il ressent un léger inconfort à la suite de l'écoute de ses enregistrements. Cette constatation nous a semblé assez différente de celle de la majorité des autres patients. Effectivement, ces derniers nous avaient plutôt mentionné le contraire. C'est à dire que la musique leur procurait plutôt un état de relaxation lors de l'écoute. Claude décrit une gêne intérieure lors de l'écoute qui serait probablement imputable au thème des suggestions. Il rapporte une réflexion intéressante relative au contexte dans lequel il écoute ses enregistrements. Il mentionne que les enregistrements contiennent des formulations allant dans le sens de la socialisation, tandis que lui, il s'isole en face de son mûr et se retrouve seul. Il dit dans ses mots « rationnellement j'ai l'impression qu'il y a contradiction entre le contenu de ces enregistrements qui favorise le rapprochement vers les gens et le contexte dans lequel je les écoute : seul et enfermé dans ma maison... ». Claude continue à dire : « Je crois que cette sensation d'inconfort est principalement générée par le contexte de l'écoute ». À la suite de la réflexion de Claude, nous lui avons suggéré de changer le lieu et le contexte d'écoute. Toujours dans une atmosphère de détente, nous lui proposons de l'écouter par exemple à l'extérieur: dans un parc ou en prenant une marche. Claude accepte volontiers d'essayer.

Après deux autres semaines d'écoute, Claude nous précise qu'à présent il ne ressentait plus le sentiment d'inconfort perçu auparavant pendant l'écoute de l'enregistrement. Il nous informe aussi qu'il réfléchit de plus en plus à l'idée d'un retour au marché du travail. D'une façon étonnante, il mentionne que c'est la première fois depuis un bon bout de temps qu'il ressent une telle motivation. Par ailleurs il découvre une nouvelle cible de changement cognitif, celle de vouloir se bâtir un avenir professionnel. Claude nous déclare qu'il serait très intéressé à travailler une nouvelle itération reliée à son éventuel avenir professionnel. Grâce à la flexibilité de l'application web d'APAP, cela a permis de réorienter et de rendre la cible du changement cognitif plus spécifique au besoin actuel de Claude. Il bénéficie alors d'une deuxième itération avec une cible différente visant le retour au marché du travail après une absence de 6 ans de ce dernier. Comme à la première étape, Claude travaille avec sérieux. Il dit qu'il ressent une motivation plus élevée pour cette deuxième cible reliée à cet aspect de sa problématique.

G) Élaboration de suggestions adaptées à la nouvelle cible du changement cognitif de Claude

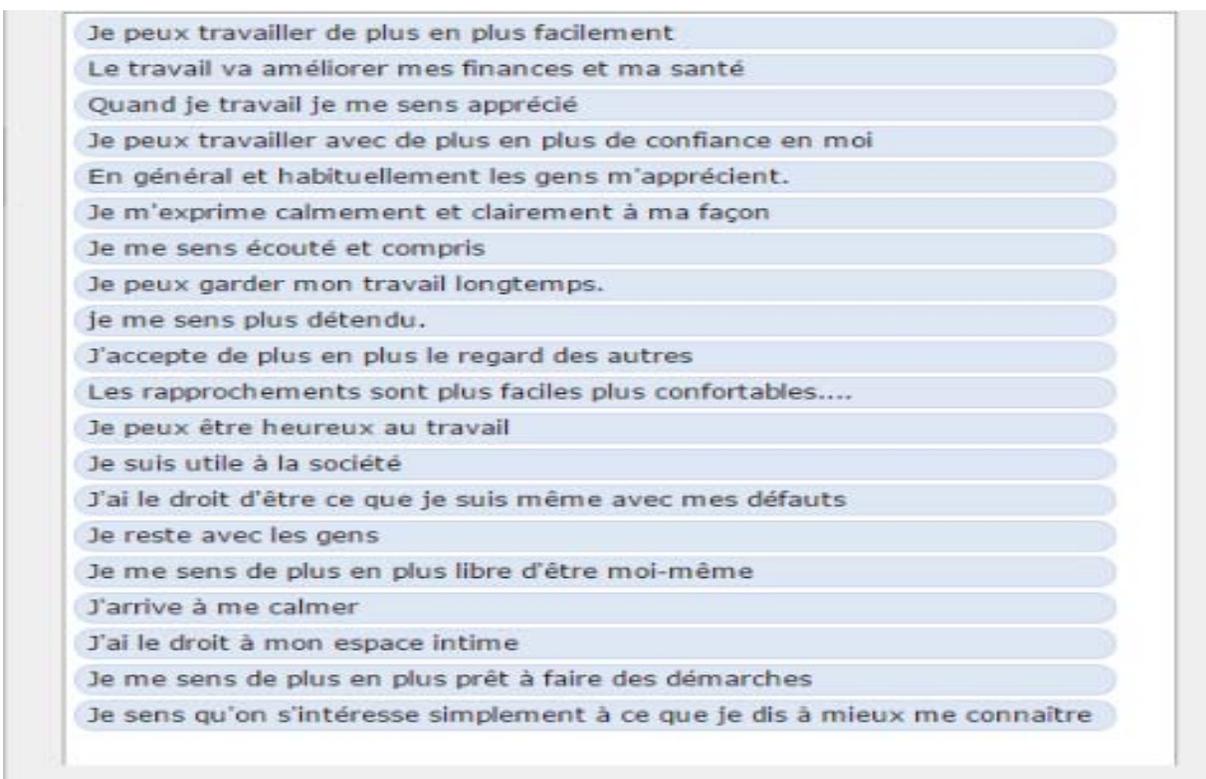


Figure 49 : Liste de quelques suggestions alternatives plausibles et cognitions désirées liées à la nouvelle cible du changement cognitif souhaitée par Claude.

En ce qui concerne la nouvelle liste de suggestions alternatives liées à la nouvelle cible du changement cognitif, Claude a dressé la liste suivante : « *Je peux travailler de plus en plus facilement; Le travail va améliorer mes finances et ma santé; Quand je travaille je me sens apprécié; Je peux travailler avec de plus en plus de confiance en moi; En général et habituellement les gens m'apprécient; Je m'exprime calmement et clairement à ma façon; Je me sens écouté et compris; Je peux garder mon travail longtemps; je me sens plus détendu; J'accepte de plus en plus le regard des autres; Les rapprochements sont plus faciles plus confortables....; Je peux être heureux au travail, Je suis utile à la société; J'ai le droit d'être ce que je suis même avec mes défauts; Je reste avec les gens; Je me sens de plus en plus libre d'être moi-même; J'arrive à me calmer; J'ai le droit à mon espace intime; Je me sens de plus en plus prêt à faire des démarches; Je sens qu'on s'intéresse simplement à ce que je dis à mieux me connaître* ».

3.7.3 Résultats obtenus aux différentes échelles de mesures de Claude

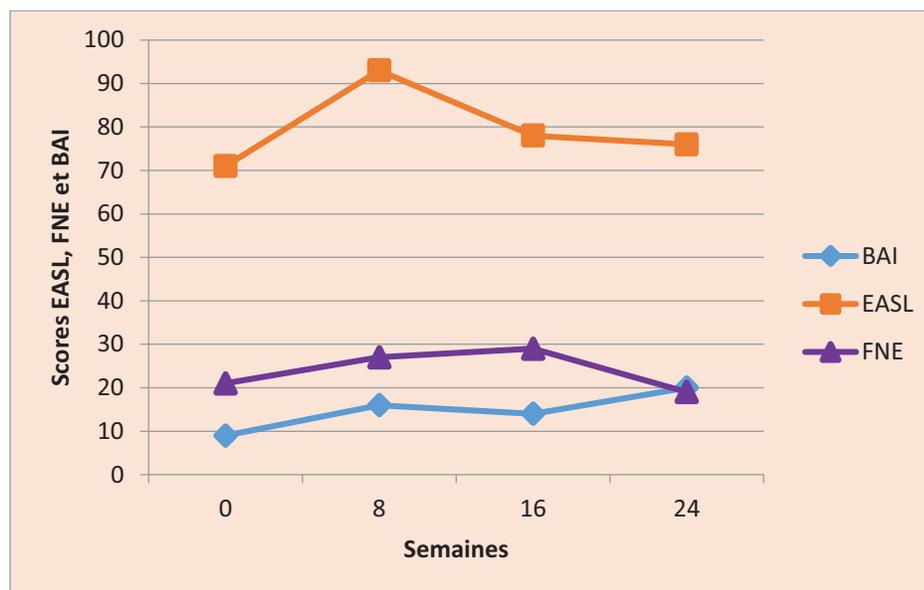


Figure 50 : Scores obtenus à l'Inventaire d'anxiété de Beck (*BAI*) [62], à l'Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (*EASL*) [58] et à l'Échelle de peur de l'évaluation négative (*FNE*) [60] de Claude. Mesures effectuées à : 0, 8, 16 et 24 semaines.

Les résultats révèlent une augmentation des scores à la 8^{ème} semaine pour le *BAI*, l'*EASL* et la *FNE*. À la 16^{ème} semaine le score a minimement diminué pour le *BAI* correspondait ainsi à un niveau d'anxiété légère à modérée. Une légère hausse a été notée à la *FNE* comparativement à celle observée à la 8^{ème} semaine. Par ailleurs, l'*EASL* a connu une diminution du score à la 16^{ème} et à la 24^{ème} semaine mais ces derniers correspondaient quand même à un niveau d'anxiété marquée. À la 24^{ème} semaine, on note aussi une augmentation du score au *BAI* avec un total de 20. La *FNE* montre par contre une diminution du score.

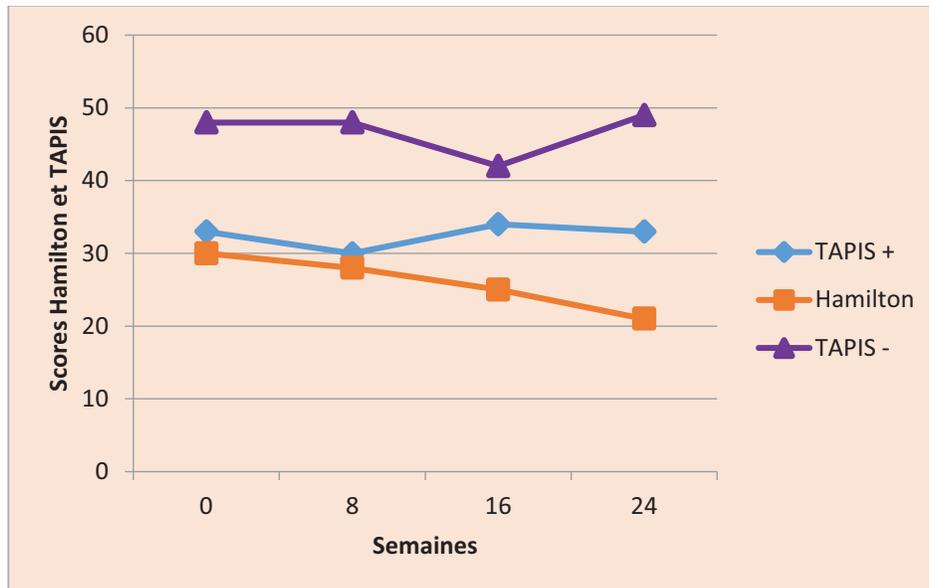


Figure 51 : Scores obtenus à l'Échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton [73], au Test d'Auto-évaluation des pensées en interaction sociale TAPIS [56] de Claude. Mesures effectuées à : 0, 8, 16 et 24 semaines.

Les résultats au *Tapis négatif* qui représente les quinze items mesurant les pensées négatives n'ont pas montré de changement à la 8^{ème} semaine par rapport à la ligne de base. Le score a par la suite baissé à 42 à la 16^{ème} semaine puis une augmentation a été observée à la 24^{ème} semaine avec un total de 49. Le *TAPIS positif* a connu une légère diminution du score à la 8^{ème} et à la 24^{ème} semaine. Par ailleurs une légère augmentation a été observée à la 16^{ème} semaine avec un total de 34. Cependant, on note une diminution des scores à l'Échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton et ce, à tous les temps de mesure.

Résultats obtenus aux mesures idiosyncrasiques de Claude

Tableau VIII. Moyenne des cognitions idiosyncrasiques de Claude

Degré de croyance de la pensée négative	Avant l'amorçage préconscient	Après l'amorçage préconscient
Je me sens envahi	90%	70 %
Je ne contrôle plus ma vie	90%	65%
Je m'exprime mal	80%	65%
Pas intéressant	85%	70%
Je serai mal jugé	90%	65%
Je ne trouve plus mes mots	90%	75%
Je n'ai rien à dire	95%	70%
Moyenne	88,57%	68,57%

En ce qui concerne les résultats du degré de croyance de Claude envers ses pensées dysfonctionnelles relatives à sa problématique d'anxiété sociale, la moyenne des pourcentages en pré amorçage préconscient était de 88,57%. Ce taux a baissé à 68,57% à la 24^{ème} semaine.

Résultats obtenus à L'inventaire systématique de la qualité de vie pour Claude

Pour ce qui est de l'*ISQV* [70], Claude avait obtenu un score de 3 à la ligne de base ce qui correspond à une zone problématique qui dénote une qualité de vie nécessitant une intervention. À 24 semaines, Claude se situait encore dans une zone problématique, cependant son score était un peu plus élevé avec un total de 13. Lorsqu'on a observé les réponses de Claude recueillies grâce à l'*ISQV*, on a remarqué qu'à la ligne de base, tous les domaines évalués par ce questionnaire se situaient dans une zone « Problématique » mise à part le domaine de la « Santé physique » qui se situait dans une zone de « Bonne qualité de vie ». À la 24^{ème} semaine, les domaines qui étaient en voie d'amélioration concernaient le Travail, l'Affectivité, les Loisirs et l'Environnement social.

3.7.4 Discussion du cas de Claude

De toute évidence, ces résultats ne montrent pas une amélioration significative des difficultés anxieuses de Claude. Néanmoins, il semblerait que cette variation des résultats observée aux différentes échelles de mesure soit expliquée par certaines informations rapportées par Claude. Par exemple, lors de la rencontre de la 8^{ème} semaine (soit tout de suite après la stratégie d'amorçage préconscient), Claude nous déclare que son intérêt à rejoindre le milieu de travail se manifeste de plus en plus. Il souligne qu'il ressent une forte motivation à ce propos. D'ailleurs il a contacté un centre socioprofessionnel qui offre des services d'aide à la recherche d'emploi et d'accompagnement aux personnes qui désirent intégrer le marché de travail par l'entremise de stages offerts par certains employeurs. Claude mentionne que cette initiative représente un énorme gain pour lui (ceci expliquerait probablement les résultats observés à la 16^{ème} semaine quant à l'augmentation du score observée au *TAPIS positif* et la diminution de celui du *Tapis négatif*). Cependant, Claude nous précise aussi que son anxiété est intense car durant ces huit dernières semaines il n'arrêtait pas de se souvenir des inconvénients liés à son isolement social. Il souligne aussi que cette démarche pour rejoindre le monde du travail ramène avec elle tout un lot de détresse et d'appréhension social. Il se sent submergé par ses peurs car la prochaine étape pour lui est d'intégrer un stage vers la 18^{ème} semaine pour une durée de trois mois. Claude nous fait part de ses craintes. Il nous dit par exemple durant le suivi de la 16^{ème} semaine qu'il ne connaît pas les personnes avec qui, il va travailler durant son stage. Il se demande s'il sera à la hauteur et s'il va être capable de suivre le rythme et les exigences du milieu de stage. Lui qui, durant ces six dernières années procrastinait beaucoup et avait une vie presque inactive. À la 24^{ème} semaine, lorsque questionné sur son stage, Claude relate qu'il ne présentait aucun problème du point de vue technique, cependant son anxiété est toujours présente surtout lorsqu'il est obligé d'interagir avec les stagiaires ou son superviseur de stage. Il évoque la possibilité de faire du bénévolat et se dit quand même très satisfait du gain qu'il a acquis avec APAP. Claude précise que les enregistrements ont possiblement bien amorcé sa motivation à se projeter vers un avenir professionnel. Il souligne qu'avant APAP, il avait peu de confiance en ses capacités à retourner au travail et avait aussi une estime de soi très fragile. Il précise que le retour vers le marché de travail va briser son isolement, améliorera sa situation financière, le rendra plus actif au quotidien et lui amènera un sentiment d'être utile à la société.

3.8 Cas clinique # 8 : Haroun

3.8.1 Présentation du cas

Haroun (nom fictif) est un jeune homme âgé de 32 ans, d'origine tunisienne, demeurant actuellement avec ses parents. Il est célibataire et sans enfant et travaille actuellement dans une entreprise qui œuvre dans le domaine d'hygiène de santé et de sécurité au travail. Il a été référé à la clinique par son médecin généraliste pour une anxiété sociale combinée à des obsessions-compulsions.

Haroun a grandi en Tunisie auprès d'un père très dévalorisant. Il lui disait souvent « qu'il n'était pas capable ». Sa mère, voulant racheter le comportement de son père, mettait beaucoup de pression sur Haroun et lui disait qu'il devait réussir à tout prix. Haroun qui n'a jamais été appuyé de façon empathique, recevait cela comme très blâmant et culpabilisant. En est résulté un sentiment d'infériorité envahissant et une grande anxiété intérieure.

Ses parents sont toujours ensemble mais se sont beaucoup disputés. Au primaire, Haroun pensait beaucoup à son père et à sa mère, il avait donc de la difficulté à se concentrer à l'école. Il se sentait déjà très anxieux et le contact avec les autres enfants était très difficile. Il se sentait différent d'eux et en était jaloux. Il était également affecté par un tic de hochement de la tête et de gémissement qu'il contrôle maintenant. Il a toujours eu de la misère avec la performance scolaire, la concentration, la lecture et l'écriture. Haroun rapporte avoir rencontré beaucoup de difficultés et se sentait souvent submergé par ses travaux d'école. Il nous dit qu'il parvenait à réussir ses études avec des notes minimales et grâce à beaucoup d'efforts.

Haroun est arrivé avec sa famille au Canada il y a huit ans. Il dit que l'adaptation a été très facile pour lui car il a été éduqué à l'Européenne et ne se sentait pas chez lui en Tunisie. Il est ingénieur de formation, mais doit se recycler dans une technique car ses diplômes ne peuvent pas être reconnus tel quel. Il se sent par ailleurs très à l'aise au Québec et se sent beaucoup mieux ici.

Haroun rapporte deux périodes de suivi en psychiatrie en Tunisie et relate avoir été traité par deux psychiatres successifs. Il a fait des essais avec certains médicaments, notamment la Paroxétine, mais aussi de la chlorpromazine. Il précise que son deuxième psychiatre lui a offert une TCC en plus du traitement pharmacologique.

Haroun dit avoir été partiellement aidé avec la TCC et ses traitements. Il aurait continué à prendre de la Paroxétine jusqu'à son départ pour le Canada. Il relate que par moment, il avait l'impression que la thérapie faite en Tunisie aurait eu comme impact de le « casser pour le reconstruire », ayant encore plus conscience des patterns parentaux qui l'ont affecté et se sentant plus inférieur mais tout aussi anxieux qu'avant.

Haroun dit que depuis qu'il peut se souvenir, il a toujours présenté un problème d'anxiété interpersonnel qui se manifeste dès qu'il doit interagir avec quelqu'un. Il décrit comme pire problème une anxiété sociale paralysante découlant de son sentiment d'infériorité puisqu'il se compare sans cesse défavorablement face aux autres. Il se décrit aussi comme une personne ayant de la difficulté à relaxer. Lorsqu'il est anxieux, il hyperventile et il n'arrive plus à parler. Cela l'atteint dans toutes les sphères du fonctionnement par exemple, l'hyperventilation le mène à l'évitement de la conduite automobile car il croit perdre tous ses moyens lorsqu'il se retrouve dans une telle situation. Haroun est également affecté par des obsessions de malheur, de contamination et d'agressivité qui viennent également interférer dans les situations sociales. Il dit par exemple, que lorsqu'il s'apprête à prendre l'autobus, il retourne chez lui pour vérifier plusieurs fois la porte alors qu'il sait très bien l'avoir bien fermée. Il s'impose des règles fixes ou variables pour prévenir un malheur. Ce peut être ne pas marcher sur les lignes de trottoir ou de boire de l'eau seulement jusqu'à un niveau. Haroun a eu aussi à l'âge d'environ huit ans, une phobie d'échapper ses urines dans un endroit où il n'y a pas de toilette. Vers l'âge de 11 ans, il a uriné en classe parce qu'il était trop gêné pour demander à son professeur d'aller aux toilettes. Il aurait fait rire de lui à l'école et aurait été humilié par son père à son retour à la maison. Haroun décrit aussi des problèmes d'attention et des difficultés à comprendre des textes écrits. Lors de son évaluation à notre clinique il y a deux ans de cela, plusieurs manifestations de l'ordre des troubles anxieux ont été identifiées. Haroun présentait une phobie sociale compliquée par des attaques de panique, un TOC et une phobie d'échapper ses urines en public. Ce dernier problème a été réglé par une visite chez l'urologue. Haroun présentait également une dysthymie présente depuis l'enfance et l'hypothèse d'un trouble d'apprentissage et d'un trouble déficitaire de l'attention (TDA) a été confirmée par l'évaluation neuropsychologique.

Devant ce tableau clinique, Haroun a participé à deux thérapies de groupe pour la dépression: l'une était centrée sur l'activation comportementale et la seconde sur la pleine conscience. Les éléments de la phobie sociale, les attaques de panique et le TOC ont été travaillés en psychothérapie individuelle d'approche cognitive-comportementale, en utilisant les stratégies habituelles pour chacun de ces troubles. Parallèlement au travail en psychothérapie dont le suivi a duré 21 mois, Haroun était suivi par son psychiatre qui a introduit de la Venlafaxine à des doses progressives jusqu'à 150 mg die, puis du Ritalin 20 mg le matin et 10 mg le midi. Haroun rapporte avoir été énormément aidé par la médication. Le Ritalin l'aide beaucoup à se concentrer lui qui procrastinait énormément. Il avait tendance à être dans la lune et à avoir de la difficulté à planifier son temps. Le Ritalin l'aide à être attentif dans des tâches délicates au travail, dans la conduite automobile et lui a permis aussi selon lui d'intégrer tout le travail fait précédemment en thérapie. Il dit avoir été beaucoup aidé par le suivi psychologique et son humeur est stable. Haroun rapporte aussi ne pas avoir de panique et que ses obsessions sont moins présentes. Il nous dit qu'il est assez fier du travail qu'il a accompli même s'il se sent souvent insécurisé et reste encore intensément anxieux face à son problème particulier qui est une peur irraisonnée à effectuer un appel téléphonique. Haroun a peur de perdre ses moyens ou d'avoir un blanc lors des conversations téléphoniques. Il ressent une angoisse profonde surtout lorsqu'il est à son lieu de travail où contacter par téléphone le superviseur, les collègues, le personnel ou d'autres départements est un processus essentiel au bon déroulement de son travail. Haroun mentionne aussi que passer et prendre les appels téléphoniques des clients font partie de ses tâches principales. Il dit vivre une inquiétude intense car il a peur de se tromper au téléphone, de bégayer, de chercher ses mots et de ne pas savoir quoi dire. Haroun aurait pourtant fait d'énormes efforts pour appliquer des petites stratégies qui pourraient l'aider à surmonter cette épreuve difficile. Par exemple, il a commencé à observer comment font ses collègues pour mener et réussir des conversations téléphoniques et pour gérer un problème avec un client par téléphone. Il essaye aussi parfois de pratiquer tout seul à la maison. Il fait de son mieux pour essayer de se calmer et de relaxer avant d'effectuer un appel et ce, en prenant de grandes respirations et des notes.

Tel que cité plus haut, Haroun dit qu'il a aussi peur d'éventuels silences embarrassants lors des conversations téléphoniques. Ces craintes le pousseraient à mettre fin rapidement à la communication même lorsqu'il aurait préparé à l'avance une liste sous ses yeux des points qu'il voulait aborder. Haroun aurait tendance à reporter ses appels à plus tard, surtout lorsqu'il s'agit de faire une demande à un supérieur. Le cumul d'appels lui rendrait encore la tâche plus ardue et infernale.

Haroun se soucie aussi de ce que pensent de lui ses collègues de travail. Ces derniers ne se retrouvant pas beaucoup trop loin de son bureau. Il dit qu'ils pourraient remarquer facilement sa difficulté. Haroun dit qu'il avait déjà tenté de déléguer ses tâches reliées au téléphone à ses collègues en faisant semblant d'être occupé avec une autre tâche. Cependant cette stratégie était souvent vouée à l'échec puisque chaque employé effectuait la plupart du temps seulement les tâches qui lui ont été assignées. Haroun nous dit que par moment il aurait souhaité que ses collègues disparaissent pour qu'ils ne se rendent pas compte de son grand malaise au téléphone. Il dit que ses conditions de travail ne lui permettaient pas de s'isoler pour que ses collègues ne l'entendent pas. Il anticipe donc à tous les jours cette situation difficile qui l'oblige souvent à remettre ses appels à plus tard. Haroun ressent ainsi un malaise intense face à cette phobie paralysante qui le fait souffrir incessamment.

Haroun accepte de participer au projet APAP afin de travailler cette cible précise du changement cognitif reliée à sa phobie du téléphone. Il comprend toutes les étapes de la démarche APAP et semble motivé lors des rencontres. Vu sa problématique reliée au téléphone, nous avons demandé à Haroun s'il serait dérangé de recevoir notre appel une fois par semaine pour faire le suivi avec lui? Il mentionne que cela ne le dérange pas mais qu'on risquerait ne pas avoir une réponse de sa part à cause de sa problématique. Nous avons donc effectué avec lui un suivi par courriel, en plus des messages laissés sur son répondeur.

3.8.2 Déroulement de la procédure APAP pour Haroun

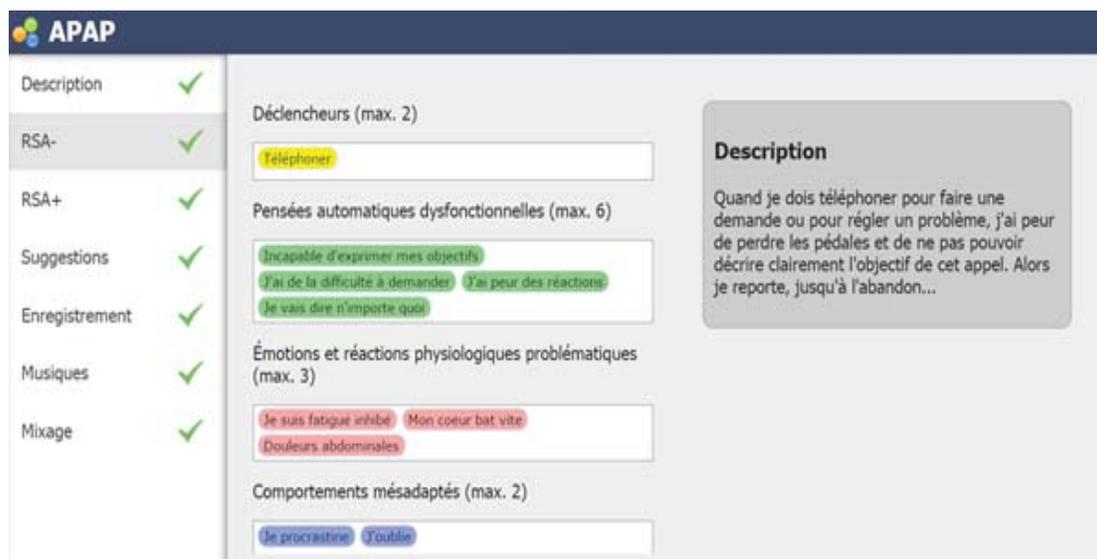
A) L'identification d'une cible de changement cognitif



The screenshot shows the APAP interface with a dark blue header. Below the header, the text reads: "Description de votre *anxiété sociale*." followed by a text box containing: "Quand je dois téléphoner pour faire une demande ou pour régler un problème, j'ai peur de perdre les pédales et de ne pas pouvoir décrire clairement l'objectif de cet appel. Alors je reporte, jusqu'à l'abandon...". At the bottom left, there is a dropdown menu labeled "Description" and at the bottom right, a button labeled "Nouvelle itération".

Figure 52 : Description de l'anxiété sociale de Haroun : Faire un appel téléphonique.

B) L'élaboration d'un réseau sémantique et affectif dysfonctionnel



The screenshot shows the APAP interface with a dark blue header. On the left, there is a vertical list of categories with green checkmarks: "Description", "RSA-", "RSA+", "Suggestions", "Enregistrement", "Musiques", and "Mixage". The main area is divided into sections: "Déclencheurs (max. 2)" with a text box containing "Téléphoner"; "Pensées automatiques dysfonctionnelles (max. 6)" with a text box containing "Incapable d'exprimer mes objectifs", "J'ai de la difficulté à demander", "J'ai peur des réactions", and "Je vais dire n'importe quoi"; "Émotions et réactions physiologiques problématiques (max. 3)" with a text box containing "Je suis fatigué inhibé", "Mon coeur bat vite", and "Douleurs abdominales"; and "Comportements mésadaptés (max. 2)" with a text box containing "Je procrastine" and "J'oublie". On the right, there is a box titled "Description" containing the same text as in Figure 52.

Figure 53: Élaboration du réseau sémantico-affectif négatif (RSA-) de Haroun en identifiant les cognitions et émotions problématiques ainsi que leurs conséquences physiologiques ou comportementales.

Les principales pensées automatiques dysfonctionnelles de Haroun étaient les suivantes : « Incapable d'exprimer mes objectifs; J'ai de la difficulté à demander; J'ai peur des réactions et Je vais dire n'importe quoi ». Il décrit ses émotions et réactions physiologiques comme ceci : "Je suis fatigué; inhibé; mon cœur bat vite; douleurs abdominales ". Ses comportements mésadaptés sont : « Je procrastine; J'oublie ».

C) L'élaboration d'un réseau sémantique et affectif plus adapté

APAP	Description	Déclencheurs	RSA-
	✓	Téléphone	RSA-
	✓		Pensées automatiques dysfonctionnelles
	✓	Pensées plus réalistes (max. 6)	<ul style="list-style-type: none"> Incapable d'exprimer mes objectifs J'ai de la difficulté à demander J'ai peur des réactions Je vais dire n'importe quoi
	✓	Émotions et réactions physiologiques plus adaptées (max. 3)	<ul style="list-style-type: none"> Je suis fatigué inhibé Mon cœur bat vite Douleurs abdominales
	✓	Comportements plus fonctionnels (max. 2)	Comportements mésadaptés
	✓	<ul style="list-style-type: none"> C'est possible de réussir un téléphone La proposition de CSSS est légitime Mon mandat est utile Parler au téléphone c'est comme parler en personne Je peux m'imposer 	<ul style="list-style-type: none"> Je procrastine J'oublie
	✓	<ul style="list-style-type: none"> J'ai plus d'énergie Je suis plus déterminé 	
	✓	<ul style="list-style-type: none"> Ça ne me dérange pas de faire des téléphones 	

Figure 54: Élaboration du réseau sémantico-affectif positif (RSA+) de Haroun : Des pensées plus appropriées, des cognitions souhaitées, des émotions et réactions physiologiques plus adaptées et les comportements plus fonctionnels qui en découleraient ont été établis.

Haroun avait formulé ses pensées dans des phrases comme : « C'est possible de réussir un téléphone, La proposition de CSSS est légitime, Mon mandat est utile, Parler au téléphone c'est comme parler en personne, Je peux m'imposer ». Il décrit ses émotions et réactions physiologiques plus adaptées par : « J'ai plus d'énergie, Je suis plus déterminé ». Son comportement plus fonctionnel serait : « Ça ne me dérange pas de faire des téléphones ».

D) L'élaboration de suggestions décrivant ce réseau plus adapté

The screenshot shows the APAP interface with a sidebar on the left and a main content area on the right. The sidebar lists various categories with green checkmarks: Description, RSA-, RSA+, Suggestions, Enregistrement, Musiques, and Mixage. The main content area is titled 'Suggestions (max. 20)' and contains a list of 10 suggestions in blue boxes. To the right of this list is a grey box titled 'RSA+' containing 'Déclencheurs' (with 'Téléphoner' in a yellow box), 'Pensées plus réalistes' (with four green boxes containing realistic thoughts), and 'Émotions et réactions physiologiques plus adaptées'.

Category	Status
Description	✓
RSA-	✓
RSA+	✓
Suggestions	✓
Enregistrement	✓
Musiques	✓
Mixage	✓

Suggestions (max. 20)

- J'ai tout ce qu'il faut pour réussir des téléphones
- Mes appels téléphoniques sont légitimes
- J'ai le droit de demander des choses au téléphone
- Je suis capable d'être direct au téléphone
- Je veux dire ce que je pense et m'imposer au téléphone
- J'ai la motivation de convaincre des gens au téléphone
- Je réussis de mieux en mieux mes téléphones
- Parler au téléphone c'est comme parler en personne
- J'ai plus d'énergie je m'impose plus correctement
- Je suis plus déterminé
- Je fais de plus en plus facilement des téléphones

RSA+

Déclencheurs

Téléphoner

Pensées plus réalistes

- C'est possible de réussir un téléphone
- La proposition du CSSS est légitime
- Mon mandat est utile
- Parler au téléphone c'est comme parler en personne
- Je peux m'imposer

Émotions et réactions physiologiques plus adaptées

Figure 55 : Élaboration des suggestions alternatives plausibles et cognitions désirées reliées à la cible du changement cognitif souhaitée par Haroun.

La liste des suggestions de Haroun contenait les formulations suivantes : « *J'ai tout ce qu'il faut pour réussir un téléphone; Mes appels téléphoniques sont légitimes; J'ai le droit de demander des choses au téléphone; Je suis capable d'être direct au téléphone; Je veux dire ce que je pense et m'imposer au téléphone; J'ai la motivation de convaincre les gens au téléphone; Je réussis de mieux en mieux mes téléphones; Parler au téléphone c'est comme parler en personne; J'ai plus d'énergie je m'impose plus correctement; Je suis plus déterminé; Je fais de plus en plus facilement des téléphones* ».

3.8.3 Résultats obtenus aux différentes échelles de mesures de Haroun

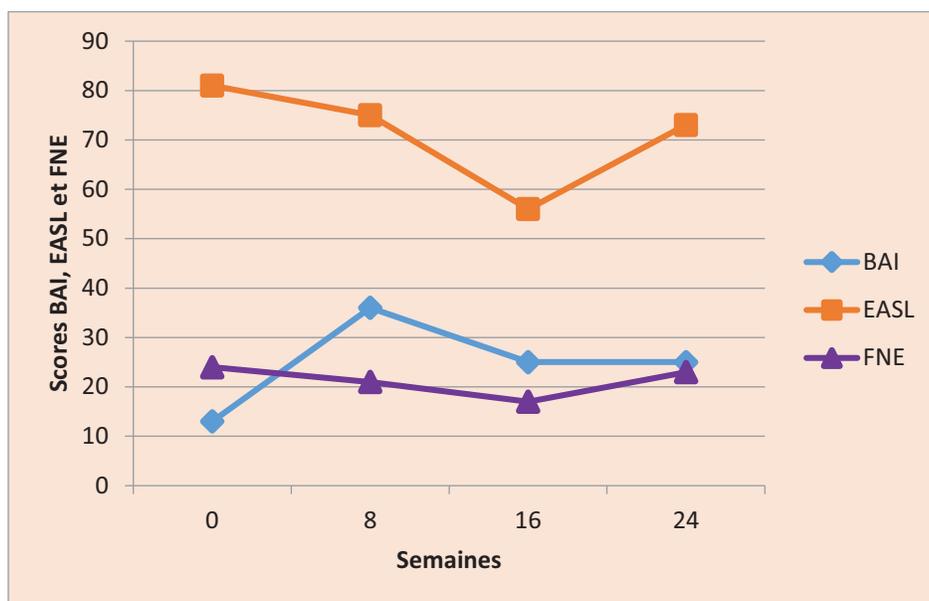


Figure 56 : Scores obtenus à l'Inventaire d'anxiété de Beck (BAI) [62], à l'Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (EASL) [58] et à l'Échelle de peur de l'évaluation négative (FNE) [60] pour Haroun. Mesures effectuées à : 0, 8, 16 et 24 semaines.

Ces résultats indiquent une diminution des scores à la 8^{ème} et à la 16^{ème} semaine pour la *FNE* et l'*EASL*. Par exemple à la ligne de base, un total de 81 a été observé pour l'*EASL*. Ce score a baissé à 75 à la 8^{ème} semaine puis à 56 à la 16^{ème} semaine, correspondant ainsi à un niveau d'anxiété modérée. On note par ailleurs une augmentation du score du *BAI* à la 8^{ème} semaine avec un total de 36 ce qui correspond à un niveau d'anxiété sévère. Ce score a légèrement baissé à la 16^{ème} semaine pour demeurer inchangé à la 24^{ème} semaine. La *FNE* et l'*EASL* ont connu aussi une augmentation des scores à la 24^{ème} semaine.

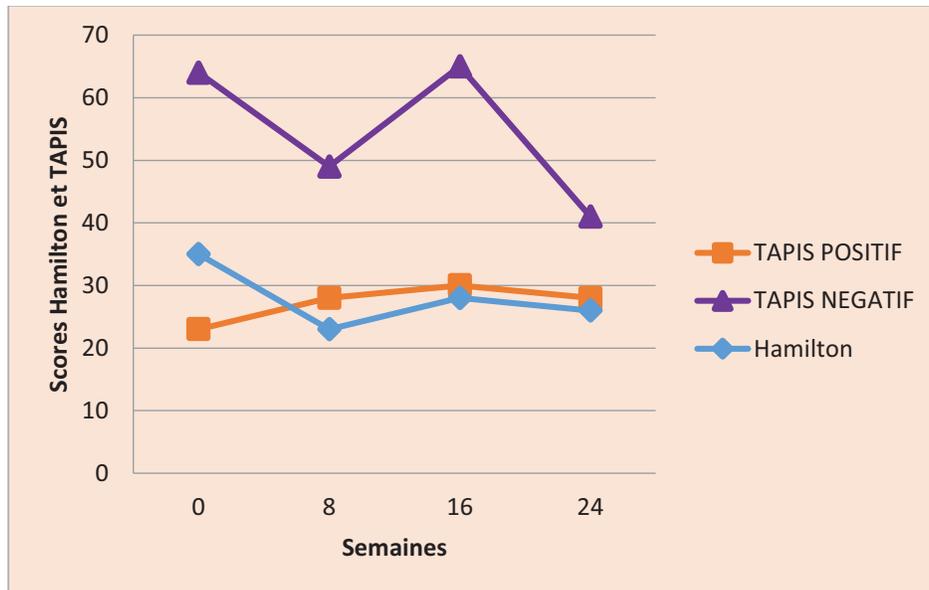


Figure 57 : Scores obtenus à l'Échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton [73], au Test d'Auto-évaluation des pensées en interaction sociale (TAPIS) [56] pour Haroun. Mesures effectuées à : 0, 8, 16 et 24 semaines.

Les résultats obtenus à l'Échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton et au TAPIS négatif ont montré une diminution des scores à la 8^{ème} et à la 24^{ème} semaine. On note par ailleurs une légère augmentation du score à la 16^{ème} semaine pour ces deux échelles de mesure. Les résultats au TAPIS positif ont par ailleurs montré une augmentation des pensées positives. Effectivement, un score de 23 a été obtenu à la ligne de base et ce dernier a augmenté à 28 à la 8^{ème} semaine puis à 30 à la 16^{ème} semaine. On note par ailleurs une très légère diminution du score à la 24^{ème} semaine avec un total de 28. Score qui demeure quand même supérieur au celui obtenu à la ligne de base.

Résultats obtenus aux mesures idiosyncrasiques de Haroun

Tableau IX. Moyenne des cognitions idiosyncrasiques de Haroun

Degré de croyance de la pensée négative	Avant l'amorçage préconscient	Après l'amorçage préconscient
Incapable d'exprimer mes objectifs	70%	40 %
J'ai de la difficulté à demander	80%	70%
J'ai peur des réactions	40%	10%
Je vais dire n'importe quoi	70%	50%
J'ai peur de faire un téléphone	60%	50%
Moyenne	64%	44%

Lorsque nous avons demandé à Haroun de nous indiquer sur une échelle de 0 à 100 son degré de croyance envers ses pensées dysfonctionnelles, la moyenne des pourcentages des mesures auto rapportées à la ligne de base était de 64%, ce taux a baissé à 44% à 24 semaines.

Résultats obtenus à L'inventaire systémique de la qualité de vie pour Haroun

Pour ce qui est du score global de l'ISQV [70], Haroun avait obtenu un score très bas à la ligne de base avec un total de 2. Ce résultat le situait dans une zone problématique qui dénote une qualité de vie nécessitant une intervention. À 24 semaines, le score demeurait toujours dans une zone problématique, cependant il était légèrement plus élevé que celui observé à la ligne de base avec un total de 13.

3.8.4 Discussion du cas de Haroun

On pense que l'augmentation de l'anxiété à certains temps de mesure serait probablement expliquée par deux éléments : le premier serait illustré par le stress important que vit Haroun au travail. Il relate qu'il est accusé de harcèlement sexuel par une collègue en mentionnant qu'il n'y a rien de vrai dans les dires de sa collègue. Il vit très mal cette plainte, qui selon lui est totalement injuste. Il espère obtenir gain de cause et que justice soit faite suite aux investigations de la commission d'enquête.

Le deuxième élément serait probablement relié non seulement aux tensions que vit Haroun dans son milieu de travail mais aussi avec ses parents. Il prend de plus en plus conscience de sa situation. Il nous déclare par exemple qu'il est le soutien de ses deux parents qui n'ont plus de revenus, ce qui ne l'aiderait pas à avoir une vie sociale plus personnelle. Il se sent coincé dans tout cela sans échappatoire, sans vie à lui et sans plaisir.

Pour ce qui est de l'*ISQV*, lorsqu'on a observé le profil de la qualité de vie par domaine à la ligne de base, on a remarqué que les meilleurs scores étaient reliés aux domaines suivant :

« Entretien de la maison, Interactions avec mes parents et Activités non rémunérées ». Il est important de préciser qu'Haroun a répondu à la question sur le domaine : « Interaction avec mes enfants » en la substituant par interactions avec mes parents, puisqu'actuellement Haroun n'a pas d'enfants et vit avec ces derniers. Les résultats observés à 24 semaines indiquent que ces domaines sont en voie de détérioration car ils se sont retrouvés dans la zone « Problématique ». Il serait intéressant de mentionner que le résultat obtenu pour le domaine « Interactions avec mes parents » rejoint selon nous, le témoignage que Haroun nous a partagé. Effectivement, il nous avait mentionné à notre dernière rencontre qu'il réalise ne pas avoir de vie personnelle car il est le seul à s'occuper de ses parents. Cette situation engendrerait selon lui, beaucoup de pression et rendrait favorable la survenue de plusieurs chicanes. En ce qui concerne l'élément « Interaction avec collègues », il se situait dans la zone « Amélioration souhaitable ». À 24 semaines, ce domaine a connu un gain considérable se situant cette fois ci dans une zone de : « Bonne qualité de vie ».

Cependant, ce gain est selon Haroun assez intéressant et encourageant, compte tenu de son anxiété interpersonnelle. Le patient éprouvait clairement auparavant un sentiment d'infériorité paralysant puisqu'il se comparait très défavorablement face aux autres. Étant donné aussi les circonstances difficiles que vivait Haroun à son travail suite aux événements reliés à l'histoire de harcèlement sexuel, le résultat obtenu dans ce domaine spécifique représenterait selon nous un gain assez intéressant.

Haroun nous précise qu'il a progressé avec APAP pour ses téléphones car il les fait plus facilement. Il serait pertinent de souligner qu'au début de sa participation au projet APAP, Haroun échangeait avec nous seulement par courriel et il était capable par exemple à partir de la 7^{ème} semaine de laisser des messages téléphoniques sur le répondeur de la personne qui faisait avec lui le suivi pour le projet. Il a aussi appelé une fois la secrétaire pour dire qu'il arrivait en retard à son rendez-vous de la huitième semaine à cause du trafic. Cependant on remarque que malgré l'amélioration observée au pourcentage des mesures idiosyncrasiques, la pensée « J'ai peur de faire un téléphone » a connu une légère diminution allant de 60% en pré amorçage à 50% en post amorçage. Lorsqu'on questionne Haroun sur cette réflexion, il dit que cela peut être dû à son manque de confiance par rapport à ses gains lorsqu'il doit les mesurer avec des chiffres. Il dit aussi que ses attentes sont de plus en plus hautes et que dans le fond il aimerait être capable de réussir un téléphone d'une façon parfaite. Questionné sur ce que voulait dire pour lui un appel parfait, il répond : « Ma voix doit être sûre et convaincante, le contenu doit être très précis et cohérent et je ne veux pas ressentir aucun stress ou anxiété pendant l'appel ».

3.9 Synthèse des résultats pour évaluer le changement de l'ensemble du groupe

Tel qu'exposé dans le deuxième chapitre qui décrit les aspects méthodologiques de notre étude, nous avons précisé qu'on effectuera en premier lieu une analyse descriptive des données pour chaque patient en pré amorçage et en post amorçage. Le but était d'explorer l'évolution des symptômes pour chaque patient d'une façon détaillée et individuelle. Secondairement et à afin d'explorer l'effet de la stratégie APAP pour l'ensemble du groupe, nous avons également convenu d'analyser et de décrire les résultats des mesures combinées aux deux troubles (PS et TAG) pour évaluer ainsi le changement et les éventuels progrès à l'ensemble du groupe.

3.9.1 Résultats sur la moyenne des cognitions idiosyncrasiques

Tableau X : Moyenne des cognitions idiosyncrasiques pour l'ensemble du groupe

Participants	Degré de croyance en ses pensées dysfonctionnelles Pré amorçage préconscient	Degré de croyance en ses pensées dysfonctionnelles Post amorçage préconscient
Caroline	96,7 %	31,7 %
Natalia	82,1 %	21,4 %
Sharon	90 %	90 %
Isabelle	83,3 %	36,3%
Geneviève	98,9 %	77,8 %
Pierre	66 %	17 %
Claude	88,6 %	68,6 %
Haroun	64 %	44 %
Moyenne	83,7 %	48,35 %
Test de comparaison de moyenne, Wilcoxon	Sig= 0,009 (<0,05)	

Tel que l'illustre le Tableau X, les résultats obtenus indiquent une diminution de la moyenne des cognitions idiosyncrasiques relatives aux pensées dysfonctionnelles propres à chaque patient après avoir eu la stratégie APAP. Effectivement, la moyenne était de 83,7% à la ligne de base, soit avant la stratégie d'amorçage préconscient. Ce taux est passé à 48,35% à la 24^{ème} semaine. Le test de Wilcoxon soulève l'existence de différence significative entre les moyennes, ce qui démontre que la diminution de degré de croyance envers les pensées dysfonctionnelles pour l'ensemble du groupe n'est pas due au hasard ($0,009 < 0,05$).

3.9.2 Résultats sur la qualité de vie

Tableau XI : Moyenne des scores obtenus à l'ISQV pour l'ensemble du groupe

	Scores à ISQV Pré amorçage préconscient	Score à l'ISQV Post amorçage préconscient
Caroline	3	69
Natalia	3	71
Sharon	2	13
Isabelle	3	13
Geneviève	2	13
Pierre	2	48
Claude	3	13
Haroun	2	13
Moyenne	2.5	31.6
Test de comparaison de moyenne, Wilcoxon	Sig= 0,006(<0,05)	

Le tableau XI illustre la moyenne des scores obtenus à l'ISQV pour l'ensemble des huit patients. On peut observer qu'à la ligne de base, le groupe avait obtenu un score très faible avec un total de 2,5 témoignant ainsi d'une très mauvaise qualité de vie. À la 24^{ème} semaine, la moyenne des scores pour le groupe a grimpé à 31.6. Ce total permet de situer le groupe dans une meilleure position qui est représentée par la zone d'amélioration souhaitable. Le test de comparaison des moyennes pour l'ISQV s'est avéré significatif ($0,006 < 0,05$). Ces données qui supportent que l'amélioration observée à la qualité de vie des patients n'est pas due au hasard.

3.9.3 Résultats sur la moyenne des scores obtenus à L'Échelle d'anxiété de Hamilton et au BAI pour l'ensemble du groupe

Tableau XII : Moyenne des résultats obtenus à L'Échelle d'anxiété de Hamilton pour l'ensemble du groupe

	Scores obtenus L'Échelle d'anxiété de Hamilton avant la stratégie d'amorçage préconscient	Score obtenus L'Échelle d'anxiété de Hamilton après la stratégie d'amorçage préconscient
Caroline	18	18
Natalia	17	7
Sharon	46	35
Isabelle	18	10
Geneviève	30	25
Pierre	14	25
Claude	30	21
Haroun	35	26
Moyenne	26	20,9
Test de comparaison de moyenne, Wilcoxon	Sig= 0,091(> 0,05)	

Tableau XIII : Moyenne des résultats obtenus au *BAI* pour l'ensemble du groupe

	Scores obtenus au <i>BAI</i> avant la stratégie d'amorçage préconscient	Scores obtenus au <i>BAI</i> après la stratégie d'amorçage préconscient
Caroline	33	14
Natalia	14	5
Sharon	42	41
Isabelle	10	7
Geneviève	28	21
Pierre	35	20
Claude	9	20
Haroun	13	25
Moyenne	23	19,1
Test de comparaison de moyenne, Wilcoxon	Sig= 0,164 (> 0,05)	

On peut observer par ces résultats que la moyenne des scores obtenus au *BAI* a légèrement diminué allant de 23 avant la stratégie d'amorçage préconscient à 19.1. La moyenne des scores obtenus à L'Échelle d'anxiété de Hamilton, a également diminué, elle est passée de 26 avant la stratégie d'amorçage préconscient jusqu'à 20,9 en post amorçage préconscient. Le résultat du test de comparaison des scores moyens obtenu à l'échelle d'anxiété de Hamilton avant la stratégie d'amorçage préconscient et après la stratégie d'amorçage préconscient montre une tendance vers la significativité ($0,091 > 0,05$). Il s'avère également non significatif pour le *BAI* ($0,164 > 0,05$). Ceci traduit que l'égalité des moyennes de l'échantillon avant la stratégie d'amorçage préconscient et après la stratégie d'amorçage préconscient ne peut être rejetée.

Par ailleurs, les données montrent que la diminution de la moyenne des scores, due au hasard, ne peut être rejetée. Un second article qui expose les résultats obtenus à l'ensemble du groupe a été accepté pour publication dans la revue *Frontiers in Psychiatry*^b.

^b Zidani M, Audet J-S, Borgeat F, Aardema F, O'Connor KP and Khazaal Y (2017). Augmentation of Psychotherapy through Alternative Preconscious Priming: A Case Series Exploring Effects on Residual Symptoms. *Front Psychiatry* 8:8. doi: 10.3389/fpsy.2017.00008

3.10 Synthèse des résultats pour évaluer le changement des deux groupes

Tel que spécifié dans la méthodologie, et dans le but de faciliter l'interprétation des résultats en termes de leur pertinence clinique, il nous a paru essentiel d'examiner les tailles d'effet obtenus chez le groupe de patients souffrant d'une PS composé de quatre participants ainsi que chez le groupe de patients souffrant d'un TAG composé également de quatre personnes. Les tailles d'effet ont été calculé selon la statistique de (d) de Cohen [118], ce qui va permettre d'apprécier l'importance de la différence de moyennes obtenues aux différentes échelles de mesure, associées aux deux temps de mesure soit en pré amorçage préconscient et en post amorçage préconscient. Voici résultats illustrés ci-après.

Tableau XIV : Tailles d'effet, du pré amorçage préconscient au post amorçage préconscient chez le groupe de patients souffrant d'une *phobie sociale*

Échelles de mesure	(d) de Cohen ^c
EASL	0,84
FNE	0,38
TAPIS positif	0,3
TAPIS négatif	0,32
EAAH	0,65
BAI	0,03
ISQV	1,22
Mesures auto rapportées	2,00

Cohen [118] EASL= Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz ; FNE=Échelle de peur de l'évaluation négative; TAPIS positif= Test d'Auto-évaluation des pensées en interaction sociale (pensées positives); TAPIS négatif= Test d'Auto-évaluation des pensées en interaction sociale (pensées négatives); EAAH = Échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton; BAI= Inventaire d'anxiété de Beck; ISQV : Inventaire systémique sur la qualité de vie.

Ces résultats ne révèlent aucun effet pour le *BAI*. Cependant un effet faible a été observé pour la *FNE* ainsi que pour le *TAPIS*. Par ailleurs, les résultats illustrent un effet moyen pour l'*EAAH*. Un effet fort a été constaté pour l'*EASL* et une très grande amplitude de la taille d'effet figure essentiellement pour l'*ISQV* et les mesures auto rapportées. Ces résultats traduisent que la stratégie *APAP* représente une intervention efficace qui aurait considérablement contribué à la diminution des pensées dysfonctionnelles et à l'amélioration considérable de la qualité de vie chez les patients avec phobie sociale.

Tableau XV: Tailles d'effet, du pré amorçage préconscient au post amorçage préconscient chez le groupe de patients souffrant d'un *trouble d'anxiété généralisée*

Échelles de mesure	(<i>d</i>) de Cohen ^c
QIA	0,7
EII	1,52
EAAH	0,28
BAI	0,6
QIPS	0,99
ISQV	1,7
Mesures auto rapportées	1,15

Cohen [118]. QIA= Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété ; EII= Échelle de l'intolérance à l'incertitude ; EAAH= Échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton; BAI= Inventaire d'anxiété de Beck; QIPS : Questionnaire sur les inquiétudes du Penn State; ISQV : Inventaire systémique sur la qualité de vie.

Les résultats obtenus illustrent que la taille de l'effet est : faible pour l'*EAAH*, modérée pour le *BAI* et le *QIA*, forte pour le *QIPS* et considérable pour les mesures auto rapportées, l'*EII* et l'*ISQV*. Ces observations démontrent que la stratégie *APAP* aurait eu une influence positive dans la diminution des symptômes anxieux, les inquiétudes et les pensées dysfonctionnelles chez les patients souffrant de TAG ainsi qu'un impact considérable sur la diminution de leur pensées dysfonctionnelles et l'amélioration de leur qualité de vie.

CHAPITRE 4 :
DISCUSSION GÉNÉRALE

4.1 Synthèse du contenu et des principaux résultats de l'étude

Le présent projet de recherche visait à investiguer si l'ajout de la stratégie d'amorçage préconscient à la TCC chez des personnes souffrant de TAG ou de PS et ayant présenté des résultats partiels ou insuffisants, est bénéfique.

Une riche littérature scientifique rapporte que la psychothérapie constitue une approche et une démarche thérapeutique fondamentale pour la prise en charge des troubles anxieux qui représentent le problème de santé mentale le plus répandu [2,3, 51-53]. D'ailleurs, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), a déployé un effort monumental afin de soutenir cette affirmation, par l'entremise d'une revue de la littérature récente et de bonne qualité effectuée ici au Québec. La période visée par cette revue des revues systématiques est comprise entre 2009 et 2013. Les résultats ont démontré que la psychothérapie a une efficacité comparable à la pharmacothérapie en ce qui concerne la réduction des symptômes des patients souffrant de troubles anxieux ou dépressifs modérés. Les résultats obtenus ont également souligné que la combinaison de la psychothérapie et de la pharmacothérapie présente une efficacité supérieure à celle de la psychothérapie seule uniquement dans les cas chroniques ou graves [52].

Les résultats d'une autre revue systématique mené par Loerinc et ses collègues ont démontré que le taux global de réponse positive par TCC dans les troubles anxieux était de 49,5% en post traitement. Cette recherche a inclus les bases de données allant de l'année 2000 jusqu'à 2014 et les auteurs ont répertorié 87 études au total [52]. En résumé, les résultats les plus probants en matière d'efficacité de la TCC ont permis de générer un résultat fiable qui confirme que son efficacité est équivalente aux traitements pharmacologiques pour plusieurs troubles psychiques sans pour autant présenter certains effets indésirables [50].

Les diverses formes de psychothérapie cherchent à aider les gens à changer et à moins souffrir. La TCC constitue une démarche efficace mais certains patients se retrouvent avec des résultats partiels malgré leurs efforts conscients et rationnels [8,9]. En effet les habitudes de penser et de réagir sont souvent établies depuis de nombreuses années et finissent par constituer de véritables habitudes enracinées. Ces dernières finissent à ressembler à une sorte d'ornières cognitives et affectives qui empêcheraient les patients de se débarrasser de leur anxiété et d'avancer dans la vie malgré leurs efforts rationnels [8,9]. On s'était posé la question si la perception préconsciente

qui semble rejoindre un mode différent du traitement de l'information [70-73, 76-79] pourrait jouer un rôle complémentaire à la TCC. Il a été démontré à maintes reprises que les stimulations préconscientes peuvent produire des effets psychologiques et physiologiques mesurables [75, 92]. Toutefois les études à propos de la perception préconsciente et de l'amorçage préconscient n'ont pas été appliquées d'une façon soutenue en clinique. Elles seraient demeurées de simples curiosités dans l'immensité de la littérature scientifique. La première recherche clinique balisée reposait sur une méthode artisanale exigeante passant d'une démarche TCC à un mixage en studio d'enregistrement [10]. Cette procédure s'avérait trop laborieuse pour espérer qu'une telle démarche devienne utilisable cliniquement. Le fusionnement des différentes étapes de la démarche de l'amorçage préconscient en un seul programme appelé APAP facilement accessible par internet, s'est avéré utile à plusieurs patients qui ont souvent apprécié la possibilité de travail autonome. En effet, les patients pouvaient ainsi progresser d'une étape à l'autre à leur rythme travaillant chez eux grâce à internet, tout en conservant un lien avec leur psychothérapeute qui validait chaque étape. La méthode s'avérait ainsi très personnalisée et permettait au thérapeute de proposer un ajout ou un complément à une démarche de changement dans le cadre d'une psychothérapie.

Cette étude a été réalisée auprès de huit patients : quatre souffrant de PS et quatre autres souffrant d'un TAG. Dans un premier temps, les patients ont participé à une psychothérapie dans le but de réduire leur anxiété, puis la stratégie APAP a débuté vers la fin de leur psychothérapie. APAP avait comme but principal d'augmenter les effets de celle-ci en facilitant le changement cognitif. Pour faire face aux symptômes anxieux résiduels, la démarche APAP proposait, dans sa première partie, des étapes d'inspiration typiquement cognitive-comportementale et, dans une deuxième partie elle permettait de structurer une stratégie nouvelle basée sur l'écoute préconsciente répétitive d'un discours intérieur alternatif. APAP a été donc conçu pour des patients qui se sentent aux prises avec un discours intérieur problématique et qui sont en mesure de définir une cible thérapeutique claire.

Notre hypothèse stipulait que l'ajout de la stratégie d'amorçage préconscient pourrait constituer un bénéfice additionnel au traitement par TCC en facilitant ou en augmentant le changement cognitif et symptomatique. Le but de l'étude était aussi d'investiguer si la stratégie d'amorçage préconscient va mener à une amélioration du fonctionnement global. Nous voulons mentionner que tous les participants de cette étude ont vu une diminution de leur discours intérieur négatif et problématique tel que le témoigne la baisse des pourcentages du degré de croyance envers les pensées négatives dysfonctionnelles en post amorçage préconscient comparativement à ceux obtenus à la ligne de base. Cette diminution s'est avérée significative selon le test de Wilcoxon, ce qui démontre que la baisse de degré de croyance envers les pensées dysfonctionnelles pour l'ensemble du groupe n'est pas due au hasard ($0,009 < 0,05$). Le même test s'est révélé également significatif lorsque les moyennes ont été comparées pour l'ISQV (0,006), ce qui supporte que l'amélioration de la qualité de vie l'ensemble des patients n'est pas due elle non plus au hasard (voir chapitre 3.9).

En examinant les cas d'une façon individuelle, il apparaît que la stratégie APAP aurait eu des résultats excellents chez deux patients, Caroline et Natalia qui souffraient depuis plusieurs années d'un trouble anxieux sévère. Ces deux patientes auraient tiré le plus de bénéfice de l'approche APAP en termes de diminution significative de leurs symptômes anxieux, d'augmentation du changement cognitif et d'amélioration significative de leur qualité de vie. Des gains qui ont été maintenus à 24 semaines. Ce résultat positif a été assez bien appuyé par

les scores obtenus aux différentes échelles de mesure conjointement avec les divers changements positifs qui ont concerné plusieurs sphères de la vie des deux patientes.

Les résultats indiquaient qu'il n'y aurait eu que de petits effets de la stratégie APAP sur la symptomatologie anxieuse de certains patients. D'ailleurs, même si la diminution de la moyenne des scores obtenue à l'Échelle d'anxiété de Hamilton pour l'ensemble du groupe tendait vers la significativité, celle observée pour le BAI n'était pas significative. Toutefois les patients, avaient obtenu quand même des gains satisfaisants sous d'autres aspects. Prenons par exemple le cas de Pierre, qui souffrait d'un TAG sévère réfractaire aux traitements, pour qui la stratégie APAP ne semblait pas diminuer ses symptômes anxieux.

On a observé que cette forme d'intervention aurait eu vraisemblablement un impact positif sur la diminution significative de ses pensées dysfonctionnelles reliées à son anxiété concernant le stationnement. Il est à noter que cette problématique perdurait chez ce patient depuis déjà plusieurs dizaines d'années.

En ce qui concerne l'hétérogénéité observée aux résultats peu satisfaisants de la stratégie APAP sur la symptomatologie anxieuse de certains participants, nous avons jugé convenable d'aller analyser plus profondément le profil de chaque patient afin d'essayer de comprendre les situations où l'application de la stratégie APAP serait moins efficace dans la réduction de l'anxiété. C'est justement par le biais de ces observations que se sont construites nos réflexions et nos interprétations qui suggèrent que l'étude révélerait possiblement une différence de l'impact de la stratégie APAP sur la qualité de vie et les symptômes anxieux, selon, la présence ou non de comorbidités psychiatriques et/ou médicales ainsi que la survenue d'un événement stressant durant leur participation à l'étude. Certaines comorbidités psychiatriques semblent être au cœur de cette différence et de ces résultats hétérogènes, par exemple, Caroline qui souffre seulement d'une PS et Natalia seulement d'un TAG ont vu une nette réduction de leurs symptômes anxieux, une diminution significative de leurs pensées dysfonctionnelles et une bonne amélioration de leur qualité de vie versus les patients qui présentent une comorbidité additionnelle à leur diagnostic primaire. Prenons le cas Haroun, l'analyse approfondie de son cas nous laisserait croire que la présence d'autres problématiques de santé mentale est venue ralentir une diminution significative de ses symptômes anxieux. Effectivement, Haroun souffrait d'un TOC et d'un TDA. Également, d'autres facteurs auraient aussi possiblement contribué à

freiner une éventuelle amélioration des symptômes anxieux de Haroun l'empêchant ainsi d'avoir une meilleure qualité de vie. Dans son cas, il vivait une tension importante à son travail puisqu'il était accusé de harcèlement sexuel. Il était aussi le seul à s'occuper de ses parents, ce qui engendrait beaucoup de pression et amenait des disputes familiales. De plus la prise de conscience de Haroun qu'il était dépourvu de vie personnelle aurait possiblement empêché une diminution significative de ses symptômes anxieux. Cette prise de conscience est un phénomène qui surviendrait également lorsque les personnes font une TCC, il s'agirait d'une tendance potentielle qui peut s'observer par exemple lorsque les pensées dysfonctionnelles sont remises en question en psychothérapie [42, 48, 61]. La même tendance pourrait donc survenir avec la stratégie APAP, étant donné que cette dernière comporte plusieurs étapes structurées comme une étape ou une tranche de psychothérapie. Geneviève représente également un autre exemple de patients présentant d'autres troubles psychiatriques comorbides.

En plus de son TAG, Geneviève était perfectionniste et présentait aussi des éléments de personnalité obsessionnelle et dépendante. Nous pouvons penser que le perfectionnisme observé chez Geneviève aurait entravé la reprise de son travail vu qu'elle aspire à être prête d'une façon parfaite pour accomplir ses tâches lorsqu'elle celle-ci rejoindrait son emploi [119]. Cet élément l'aurait possiblement influencé aussi à sous-estimer une éventuelle amélioration de sa qualité de vie. Tel qu'exposé dans la description de son cas, Geneviève avait souligné les gains que lui a apportés l'utilisation de la stratégie APAP, par sa participation par exemple à une activité bénévole ou par sa planification à rejoindre un groupe thérapeutique pour le retour au travail. Ceci représentait une énorme réalisation pour Geneviève, elle qui était inactive depuis plus d'un an à la suite de son arrêt de travail, Cependant, son trait de personnalité dépendante et sa difficulté à se mobiliser sans ses proches auraient possiblement nuit à reprendre son travail usuel et expliqueraient possiblement aussi sa difficulté à voir ses symptômes anxieux diminuer.

Le cas clinique de Claude qui lui, présentait des enjeux de l'ordre de la personnalité évitante, pourrait illustrer un autre type de personnalité qui répondrait moins efficacement à la stratégie APAP par rapport à la diminution des symptômes anxieux. Un autre élément qui expliquerait possiblement pourquoi APAP n'aurait pas eu un effet considérable sur la réduction de l'anxiété chez Claude ou encore chez d'autres patients, serait attribuable à la prise de conscience de ces derniers par rapport à l'impact de leur problématique sur leur quotidien. Par exemple, Claude précisait qu'il n'arrêtait pas de se souvenir des inconvénients liés à son isolement social. Il nous

avait déclaré qu'avec APAP, il a vu renaître sa motivation pour réintégrer le marché de travail. La démarche qu'il avait entreprise pour entamer un stage de réinsertion à l'emploi aurait exacerbé sa détresse et son appréhension sociale. Cette prise de conscience venait possiblement dans ce cas-là, occuper une grande place de façon plus rationnelle et aurait ainsi influencé le maintien de la symptomatologie anxieuse. Claude avait peu de confiance en ses capacités et présentait aussi une estime de soi très fragile, cet élément aurait possiblement joué un rôle à sous-estimer sa qualité de vie malgré les gains que lui aurait apporté la stratégie APAP après plusieurs années d'absence du marché de travail. On peut observer aussi dans certaines caractéristiques de la vie de Claude des similitudes avec celle d'Isabelle. Effectivement, la patiente se plaignait de ses difficultés interpersonnelles dues à sa PS envahissante qui perturbait son fonctionnement psychosocial.

Cette patiente qui disait ne pas avoir assez confiance en ses capacités relationnelles et qu'elle avait une faible estime, se sentait ébranlée par un passé traumatisant et un présent instable.

Isabelle avait également des symptômes obsessionnels compulsifs, par exemple elle mentionnait qu'elle pouvait avoir besoin d'une heure pour écrire un court courriel électronique, qu'elle a déjà passé presque six heures à faire et à réviser la liste de ses activités et qu'elle pouvait vérifier la nuit et avant de se coucher, le cadran environ une quinzaine de fois pour s'assurer que l'alarme soit à l'heure exacte. Même si Isabelle avait précisé que cette symptomatologie était très fluctuante, il est possible que son TOC représente un élément qui aurait pu entraver une meilleure amélioration de ses symptômes anxieux. Cependant, étant donné qu'aucune échelle de mesure spécifique à l'évaluation du TOC n'ait été utilisée dans le cadre de ce projet de recherche, il aurait été pertinent d'inclure une telle évaluation pour les patients ayant un TOC afin d'explorer l'impact de la comorbidité avec un TOC.

En plus de sa dysthymie, Isabelle évitait tout type d'interaction avec les gens. Elle était incapable de poursuivre ses études universitaires qui pouvaient lui causer par exemple une insomnie de deux semaines avant un exposé oral. Au début de sa participation à notre étude, Isabelle était sous l'aide sociale et rejoindre un milieu de stage ou un travail représentaient un de ses plus importants projets. Son cas représente un exemple additionnel au type de patients pour qui APAP aurait eu peu d'impact sur les symptômes anxieux et sur une amélioration significative de la qualité de vie, cependant il nous semble qu'APAP aurait apporté un avantage majeur chez Isabelle en amorçant possiblement le processus de retour au marché de travail. D'une manière

effective, Isabelle souligne que l'approche APAP l'aurait aidé à structurer sa confiance et à surmonter ses peurs, ce qui lui a permis de décrocher un emploi à temps partiel dans une grande épicerie.

Comme pour Isabelle, Sharon ruminait souvent ses pensées dysfonctionnelles. Par exemple, elle se préoccupait de l'opinion que peuvent avoir les autres sur elle et avait un discours auto-dévaluant. Même si Sharon avait précisé que ses symptômes obsessionnels compulsifs avaient diminué et étaient moins dérangeants, il est possible que ces ruminations s'apparentent au TOC où l'on peut retrouver ce type d'obsessions, ce qui ferait d'APAP une stratégie éventuellement peu efficace sur ce type de pensées.

Cependant, APAP aurait eu de bons résultats sur des changements comportementaux chez Sharon comme peut le témoigner son implication bénévole dans un organisme communautaire offrant des services à des personnes en perte d'autonomie ainsi que sur sa volonté et sa motivation à rejoindre un groupe de recherche d'emploi. Il est important de souligner qu'avant de recevoir la stratégie APAP, Sharon était pratiquement fermée à un éventuel retour au travail. À la suite de l'émergence de cet intérêt qui paraît prometteur, Sharon a été orientée vers un groupe thérapeutique qui a pour mission d'aider les personnes aux prises avec une problématique psychiatrique et qui se sont longtemps absentes du marché de travail, à réintégrer un emploi.

Ces observations ont soulevé des questions, on s'est interrogé par exemple si la présence d'une comorbidité aurait entravé l'obtention d'un meilleur résultat seulement chez les patients ayant participé à la stratégie APAP. En d'autres termes, nous voulions savoir si ces comorbidités auraient également un impact sur l'évolution des patients recevant un autre type d'intervention. Tel que discuté au premier chapitre, les études scientifiques effectuées sur les troubles anxieux et leur traitement précisent que les troubles anxieux se manifestent tôt dans la vie, souvent durant l'adolescence, et ont tendance à évoluer sur un mode chronique, avec ou sans variation de l'intensité des symptômes à long terme [61]. Les troubles anxieux engendrent une détresse subjective considérable et peuvent avoir parfois un effet très handicapant. Même si la TCC représente la forme de psychothérapie vraisemblablement la plus efficace dans le traitement des troubles anxieux, [2, 3, 7, 51-53], plusieurs indices de mauvais pronostic ont été identifiés malgré l'implication des patients dans une psychothérapie qui s'est bien déroulée. Parmi les caractéristiques de ces indices associés à une moins grande efficacité de la TCC, on retrouve :

un début du trouble anxieux avant l'âge de 8 ans; la présence d'une maladie psychiatrique morbide; la sévérité des symptômes à l'entrevue initiale et un problème de santé physique [61, 120, 121].

Ce tour d'horizon qui a permis d'étayer une partie des problématiques personnelles des participants ce qui va permettre possiblement une meilleure compréhension de certains éléments qui auraient possiblement joué un rôle dans l'obtention de résultats hétérogène.

Afin de faciliter l'interprétation des résultats obtenus en termes de leur pertinence clinique, nous avons voulu vérifier l'effet de la stratégie APAP pour chaque groupe, à savoir : pour les quatre patients souffrant de PS, ainsi que pour les patients souffrant de TAG. Les tailles d'effet (*effect sizes*) ont été donc calculés séparément pour chacun de ses groupes. Il est intéressant à noter qu'une amplitude de l'effet très grande a été observée pour les mesures auto rapportées que ce soit pour le groupe de patients souffrant d'un TAG (taille de l'effet= 1,15) ou pour le groupe de patients souffrant d'une PS (taille de l'effet = 2). Ce résultat est en accord avec notre hypothèse qui spécifiait que l'ajout de la stratégie d'amorçage préconscient faciliterait ou augmenterait le changement cognitif. Aussi une très grande amplitude de l'effet a été également notée pour l'ISQV avec une valeur de la taille de l'effet égale à 1,7 pour le groupe de patients souffrant d'un TAG, et une valeur égale à 1,22 pour le groupe de patients souffrant d'une PS. Ce constat principal rejoint également notre hypothèse qui stipulait que la stratégie d'amorçage préconscient mènerait à une amélioration cliniquement significative du fonctionnement global. D'autre part, même s'il y a eu amélioration des scores obtenus à la FNE, le TAPIS et l'EASH pour le groupe de patients souffrant d'une PS; ainsi que ceux obtenus pour le BAI et le QIA pour le groupe de patient souffrant d'un TAG, l'effet était plutôt faible pour ces mesures. D'un autre côté, l'effet fort observé pour l'EASL

L'amélioration significative des mesures auto rapportées ainsi que la série de comportements positifs observés chez la majorité des patients et leur adoption de nouvelles démarches qu'ils ont jugé bénéfiques peuvent être interprétés comme une nouvelle façon d'amorcer une action engagée qui pourrait être utile pour progresser vers un futur meilleur malgré la persistance de certains éléments de la symptomatologie anxieuse.

4.2 Limites de l'étude

Le devis de recherche choisi pour notre étude fait que les résultats obtenus sur l'effet de l'amorçage préconscient chez les patients ne peuvent être généralisés à d'autres patients puisqu'il s'agit d'une étude type série de cas. Il y a donc absence d'un groupe contrôle et les cas ont été analysés individuellement.

Il est jugé important aussi de mentionner que ce projet de recherche s'est déroulé dans une clinique spécialisée dans les troubles anxieux. Bien que la production des données ainsi que leur analyse n'aient pas été effectuées par les thérapeutes des patients, un biais concernant l'impact de l'effet des psychiatres et des psychothérapeutes ayant encadré l'application de la stratégie APAP sur les participants est à considérer. Il faut souligner que même si la possible influence de ce biais ne peut être évaluée convenablement par une étude descriptive, il serait nécessaire d'investiguer d'autres pistes pour pouvoir déterminer la cause des différences observées dans la réponse des patients à la suite de l'utilisation de la stratégie APAP même si ces derniers n'avaient reçu aucun traitement pharmacologique ou psychologique additionnel depuis le début de la stratégie d'amorçage préconscient jusqu'à la 24^{ème} semaine.

La petite taille de l'échantillon représente une autre limite. Un plus grand nombre de participants pouvait s'avérer utile afin de diversifier nos observations et d'obtenir aussi des résultats probants. Si on observe aussi le profil sociodémographique des patients on remarquera qu'il est assez variable, allant de certains qui occupent un emploi et d'autres non; l'échantillon comportait des hommes comme des femmes et la tranche d'âge allait de 22 ans à 71. Ces profils diversifiés pourraient effectivement conduire à des réponses hétérogènes.

De plus, Il apparaît que la stratégie APAP aurait eu peu d'effet sur la réduction des symptômes anxieux chez certains patients ayant un TOC comme comorbidité psychiatrique surajoutée à leur condition primaire. Cependant, l'importance de cette problématique n'a pas été évaluée systématiquement par des échelles de mesures spécifiques au TOC. Il serait donc pertinent que les études futures de recherche considèrent l'inclusion d'une évaluation additionnelle spécifique pour le TOC afin de pouvoir détecter l'impact de cette problématique sur la réponse de la personne qui bénéficie de la stratégie APAP.

De plus, l'absence d'une évaluation standardisée des symptômes de chaque participant en pré et en post amorçage préconscient représente une autre limite de l'étude. Il serait donc important

de prévoir une telle évaluation dans les études futures, cela va permettre de mesurer l'intensité des symptômes avant la stratégie APAP et d'observer les éventuels bienfaits de la stratégie APAP.

En somme, il est à noter que notre étude était de nature exploratoire et qu'elle avait comme objectif avant tout de déterminer si l'ajout de la stratégie APAP à la TCC était bénéfique. Des études futures contrôlées constitueraient des pistes de recherche prometteuses. Elles seraient d'une grande utilité pour évaluer l'efficacité de la stratégie d'amorçage préconscient à d'autres troubles anxieux.

4.3 Forces de l'étude et implication clinique des résultats

En dépit des limites mentionnées plus haut, ce projet de recherche détient des forces considérables.

Tout d'abord, cette étude a été la première à explorer l'effet de la stratégie APAP chez des patients souffrant d'un TAG. Effectivement une étude antérieure s'était déjà intéressé à évaluer l'effet de cette stratégie mais uniquement chez des patients souffrant de PS.

Deuxièmement, cette étude est aussi la première dans son genre qui a pu étudier la stratégie APAP en plusieurs étapes structurées, informatisées et facilement accessibles par internet. Effectivement APAP a été conçu comme une étape ou une tranche de psychothérapie personnalisée afin de compléter une démarche personnelle de changement dans le cadre d'une psychothérapie. Les témoignages des patients ont fait ressortir plusieurs éléments grandement appréciés par ces derniers, comme par exemple leur possibilité de travail autonome tout en pouvant compter sur l'accompagnement et la validation de chacune des étapes d'APAP par leur psychothérapeute. Ils ont aussi apprécié qu'on soit à leur écoute lorsqu'il était parfois nécessaire de retravailler leur cible thérapeutique, à ce propos, ils ont souligné l'importance de pouvoir utiliser un programme souple et fluide qui permet de réadapter le discours alternatif plus adéquat selon les besoins du patient.

Au niveau méthodologique, notre étude s'est intéressée à mesurer l'effet et l'utilité de la stratégie d'amorçage préconscient à long terme, soit six mois après le début de la stratégie APAP. Nous jugeons que ce point est pertinent car il nous a permis d'une façon plus spécifique, de chercher et préciser le lien entre l'utilisation d'une stratégie complémentaire à la TCC, ce qu'est APAP, et le maintien des gains apportées par cette dernière à long terme.

En ce qui concerne les retombées cliniques, notre étude suggère en effet l'intérêt de l'ajout de la stratégie APAP à la TCC chez des patients souffrant de TAG ou de PS anxieux, dans la mesure où ses derniers se sentent aux prises avec un discours intérieur problématique, sont en mesure de définir une cible thérapeutique claire et reconnaissent leur besoin de se créer et d'intérioriser un discours intérieur alternatif plus adéquat. Dans cette optique, la stratégie APAP nous paraît compatible à l'approche de la TCC d'où l'intérêt de les combiner afin de s'attaquer aux problématiques résiduelles selon les caractéristiques personnelles de chaque patient.

4.4 Recommandation et pistes de recherche futures

Étant donné qu'il y a très peu d'études ayant exploré en profondeur l'efficacité de la stratégie d'amorçage préconscient en clinique, il serait souhaitable que des études futures randomisées et contrôlées avec de plus grands échantillons viennent confirmer les résultats observés en permettant également d'identifier les facteurs prédictifs impliqués à une bonne réponse ou à une moins bonne réponse à la stratégie APAP. Il serait également pertinent que ces études incluent une mesure objective qui va permettre d'identifier le nombre d'écoute et l'adhésion à la démarche.

Ces éventuelles études seraient également d'une grande utilité pour évaluer l'efficacité de la stratégie d'amorçage préconscient dans l'augmentation des effets de la psychothérapie dans les troubles anxieux en général ainsi qu'à d'autres conditions psychiatriques. Cela permettrait aussi d'obtenir des conclusions généralisables et d'évaluer éventuellement les effets de cette stratégie à d'autres troubles psychiatriques et à plus long terme.

Conclusion

Tel que nous l'avons évoqué plus haut, l'objectif de cette étude était d'investiguer et d'explorer une stratégie d'augmentation ou de facilitation du changement en psychothérapie basée sur l'amorçage (priming) préconscient. Il est important de souligner que la stratégie d'amorçage préconscient utilisée dans cette étude est un processus bien défini qui repose dans ses premières étapes sur les principes de la TCC. Bien que l'informatisation d'APAP et son accessibilité par internet favorisent le travail autonome du patient, ce dernier pouvait en même temps compter sur son psychothérapeute qui l'a accompagné et a validé chacune des étapes APAP. Ces caractéristiques de la stratégie APAP rajoutent un aspect dynamique et personnalisé. Cette étude réalisée auprès huit patients souffrant de TAG ou de PS avec leurs aspects personnels et cliniques, nous a permis d'observer que l'ajout de la stratégie APAP a constitué un bénéfice additionnel au traitement par TCC en facilitant ou en augmentant les pensées et attitudes positives chez la majorité des patients sans réduire nécessairement d'une façon significative leur anxiété.

Cette étude de cas suggère donc que la stratégie d'amorçage préconscient semble être une méthode efficace pour augmenter l'effet de la TCC dans le cas de la PS et du TAG en matière de diminution du discours intérieur négatif et de réduction des pensées dysfonctionnelles des patients. Il ressort de cette étude que la stratégie APAP a constitué un ajout ou un complément à une démarche de changement dans le cadre d'une psychothérapie. Ces résultats encourageants montrent que cette stratégie à moindre coût, sans ajout pharmacologique et auto-administrée à domicile a eu un impact positif chez les patients en rendant plus accessible des pensées et des attitudes positives et que ces changements favorables ont été également assez bien maintenus à long terme. La stratégie APAP aurait eu peu d'effet sur la diminution des symptômes anxieux ou sur l'amélioration de la qualité de vie chez certains patients. En effet, même si APAP semblait apporter des changements positifs et des gains considérables qui pouvaient toucher certains aspects important de la vie (par exemple : réinsertion au monde du travail, s'engager dans des activités bénévoles, envisager un retour au travail, participer à des ateliers de recherche d'emploi), l'étude a révélé en outre que la stratégie APAP a eu peu d'efficacité sur la réduction des symptômes anxieux de certains patients.

Plusieurs facteurs auraient possiblement contribué à obtenir ces résultats hétérogènes, la présence de comorbidités psychiatriques additionnelles à la condition primaire de certains patients semblent être au cœur de ces différences. Ce facteur parmi tant d'autres aurait possiblement empêché l'aboutissement à des résultats plus prometteur avec APAP, comparativement aux patients qui ont bien répondu à cette stratégie.

Toutefois, le travail clinique avec APAP fait ressortir trois caractéristiques de ce programme : 1. accessible par internet, il favorise le travail autonome et à distance ; 2. il aide le patient et son thérapeute à structurer une démarche TCC visant une cible de changement spécifique ; 3. il offre une stratégie novatrice complémentaire susceptible de favoriser le changement cognitif en amorçant (rendant plus accessible) un discours intérieur alternatif.

Il ressort de cette étude que la stratégie APAP semble avoir eu un effet bénéfique sur les pensées dysfonctionnelles identifiées chez tous les patients qui ont participé à ce projet de recherche. Ceci dit, la conclusion formulée ici souligne le bénéfice de cette approche complémentaire à la TCC. Effectivement les patients et les psychothérapeutes ont apprécié cette stratégie puisqu'elle a permis de mettre en application clinique un processus personnalisé et interactif, ce qui a pu, non seulement diminuer les pensées dysfonctionnelles, mais aussi amorcer des progrès comportementaux malgré la persistance de la symptomatologie anxieuse chez certains. Cet aspect d'APAP qui vise à promouvoir un changement cognitif adéquat en tenant compte des caractéristiques individuelles de chaque patient a été aussi grandement apprécié. L'exploration de l'éventuel intérêt de l'utilisation de la stratégie d'amorçage préconscient à d'autres troubles anxieux et à plus long terme ne pourrait qu'enrichir les connaissances actuelles. L'évaluation de l'impact de cette approche novatrice et additionnelle à la TCC dans l'obtention de changements favorables d'ordre cognitifs et comportementaux pourrait constituer une autre avenue de recherche intéressante afin d'obtenir des gains cliniques additionnels.

Bibliographie

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. Fifth ed. xlv, 947 pages p.
2. Bernier JP, Simard I. Mise à jour dans le traitement des troubles anxieux. *Pharmactuel* 2007;40(4):204-17.
3. Agence de la Santé Publique du Canada. (page consultée le 03/08/2015). Rapport sur les maladies mentales au Canada 2002. [en ligne]. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/chap_4-fra.php#tphp.
4. Kessler K, R. C., Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e psichiatria sociale*. 2009;18(1):23-33.
5. Association des psychiatres du Canada. Guide de pratique clinique. *La revue canadienne de psychiatrie*. 2006;51(8), supplément 2:1S-96S.
6. Ravindran LN, Stein MB. The pharmacologic treatment of anxiety disorders: a review of progress. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(7):839–854.
7. Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008;69(4):621-32.
8. Garakani A, Mathew SJ, Charney DS. Neurobiology of anxiety disorders and implications for treatment. *Mt Sinai J Med* 2006;73(7):941-9.
9. Zidani M, Borgeat F, O'Connor K, Aardema F. Augmentation de la psychothérapie par amorçage préconscient (APAP) : étude d'un cas. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 2015;25(3):85-92.
10. Borgeat F, O'Connor K, Amado D, St-Pierre-Delorme ME. Psychotherapy Augmentation through Preconscious Priming. *Front Psychiatry*. 2013;4:15.
11. Beers MH, Porter RS, editors. *Troubles anxieux. Le Manuel Merck*. 4ème ed. New Jersey: Whitehouse Station; 2006. p. 1673.
12. Van Ameringen M, Mancini C, Pipe B, Bennett M. Optimizing treatment in social phobia: a review of treatment resistance. *CNS spectrums*. 2004;9(10):753-62.
13. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *The Psychiatric clinics of North America*. 2001;24(4):617-41.
14. Gouvernement du Québec. (page consulté le 2016/ 05/02). Trouble d'anxiété généralisé, [en ligne]. <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/trouble-danxiete-generalisee/>.
15. Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (page consultée le 12/04/2016). Phobie sociale, [en ligne] <http://www.iusmm.ca/hopital/usagers/-/famille/info-sur-la-sante-mentale/phobie-sociale.html>
16. Stein MB, Kean YM. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *The American journal of psychiatry*. 2000;157(10):1606-13.
17. Portail Québec. Problèmes de santé et problèmes psychosociaux : Troubles anxieux. [En ligne]. Québec : Gouvernement du Québec; 2016 [consulté le 15 mai 2016]. Disponible :

[http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/troubles-anxieux/#facteurs-de-
risquesv.qc.ca/p](http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/troubles-anxieux/#facteurs-de-risquesv.qc.ca/p).

18. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-27.
19. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2012;21(3):169-84.
20. Statistique Canada. (page consultée le 11/04/2016). Descriptions des états de santé au Canada, [en ligne]. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-619-m/2012004/sections/sectionb-fra.htm#a3>
21. Fricchione G. Clinical practice. Generalized anxiety disorder. *The New England journal of medicine*. 2004;351(7):675-82.
22. Fondation des maladies mentales. (page consulté le 14/04/2016). L'anxiété généralisée, [en ligne]. <http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/la-maladie-mentale.html?t=2&i=3>.
23. Beers MH, Porter RS, editors. *Troubles anxieux*. Le Manuel Merck. 4ème ed. New Jersey: Whitehouse Station; 2006. p. 1672.
24. Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (page consultée le 18/04/2016). Trouble d'anxiété généralisée, [en ligne] <http://www.iusmm.ca/hopital/usagers/-/famille/info-sur-la-sante-mentale/trouble-danxiete-generalisee.html#moment>.
25. BOURGEY, Marion, BROUILLET, Denis, LEROY-VIEMON, Brigitte, et TROUILLET, Raphaël, éd. *L'anxiété: cliniques, modèles et prises en charge*. Les Topos : psychologie. Paris: Dunod, 2012.
26. Keller MB. The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. *Acta Psychiatr Scand Suppl*2003;108(417):85—94.
27. Beers MH, Porter RS, editors. *Troubles anxieux*. Le Manuel Merck. 4ème ed. New Jersey: Whitehouse Station; 2006. p. 1676
28. Agence de santé publique du Canada. *The human face of mental health and mental illness in Canada*, 2006. Ottawa: Government of Canada; 2006. xi, 188 p
29. Kessler RC. The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2003(417):19-27.
30. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 2003(417):4-18.
31. Flament MF, Daoust J-P, Churchill AM, Hudek N. *Troubles anxieux chez l'enfant et aspects liés au développement*. In: Boulenger JP, Lépine J-P, editors. *Les troubles anxieux*. Paris: Lavoisier; 2014. P.290-308
32. Pélirosso A, Huron C, Fanget F, Servant D, Stiti S, Richard-Berthe C, et al. Les phobies sociales en psychiatrie : caractéristiques cliniques et modalités de prise en charge (étude Phœnix). *L'Encéphale*. 2006;32(1):106-12.)
33. Kasper S. Social phobia: the nature of the disorder. *J Affect Disord*. 1998;50 Suppl 1:S3-9.
34. Bolton J, Cox B, Clara I, Sareen J. Use of alcohol and drugs to self-medicate anxiety disorders in a nationally representative sample. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(11):818-25.
35. Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (page consultée le 22/04/2016). *Thérapie d'approche cognitivo-comportementale*, [en ligne]

- <http://www.iusmm.ca/hopital/usagers/-/famille/info-sur-la-sante-mentale/therapie-dapproche-cognitivo-comportementale.html>.
36. Cottraux J. Les thérapies comportementales et cognitives. *Médecine*. 2006;10(6):451-5.
 37. Marchand A, Guay S. Thérapie comportementale. Dans : Lalonde P, Pinard GF. *Psychiatrie clinique : Approche bio-psycho-sociale*. 4^e éd. Montréal : TC Média Livres Inc; 2016. p.1610-1639.
 38. Ngo TL, Chaloutl L. L'historique de la thérapie cognitivo-comportementale. Dans: Chaloutl L, Ngo TL, Goulet J, Cousineau P. *La thérapie cognitivo-comportementale : Théorie et pratique*. Montréal : Les éditions de la Chenelière Inc; 2008. p.2-17.
 39. Malcuit G, Granger L, Larocque A. *Les thérapies comportementales*. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval; 1972.
 40. Wolpe J. *The Practice of Behavior Therapy*. New York ; NY: Pergamon Press; 1969.
 41. Prochaska JO, Diclemente CC. L'approche transthéorique. Dans : Norcross JC, Goldfried Mr. Paris : Desclée de Brouwer; 1998.
 42. Ngô S. Thérapie cognitive. Dans : Lalonde P, Pinard GF. *Psychiatrie clinique : Approche bio-psycho-sociale*. 4^e éd. Montréal : TC Média Livres Inc; 2016. p.1640-1665.
 43. Ellis A. Rational psychotherapy. *J Gen Psychol*. 1958;59(1):35-49.
 44. Chaloutl L, Ngo TL. Le modèle cognitif selon Beck. Dans: Chaloutl L, Ngo TL, Goulet J, Cousineau P. *La thérapie cognitivo-comportementale : Théorie et pratique*. Montréal : Les éditions de la Chenelière Inc; 2008. p.82-96.
 45. Beck JC, Stuck A. Preventing disability. Beyond the black box. *JAMA*. 1996;276(21):1756-7.
 46. Chaloutl L, Ngo TL. Les modifications cognitivo-comportementale. Dans: Chaloutl L, Ngo TL, Goulet J, Cousineau P. *La thérapie cognitivo-comportementale : Théorie et pratique*. Montréal : Les éditions de la Chenelière Inc; 2008. p.56-67.
 47. Institut Douglas universitaire en santé mentale. *Troubles anxieux : causes et symptômes*. [En ligne]. Québec : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest de l'île-de-Montréal; 04/07/2014 [consulté le 03 juin 2016]. Disponible : <http://www.douglas.qc.ca/info/troubles-anxieux>.
 48. Chaloutl L. Premier niveau : le niveau conscient systématisé. Dans: Chaloutl L, Ngo TL, Goulet J, Cousineau P. *La thérapie cognitivo-comportementale : Théorie et pratique*. Montréal : Les éditions de la Chenelière inc; 2008. p.180-206.
 49. Blackburn IM, Cottraux I. *Thérapie cognitive de la dépression*. Paris : Masson. 1988.
 50. Lecompte C, Leblanc J. Fondements de la psychothérapie. Dans : Lalonde P, Pinard GF. *Psychiatrie clinique : Approche bio-psycho-sociale*. 4^e éd. Montréal : TC Média Livres Inc; 2016. p.1567-1586.
 51. Loerinc AG, Meuret AE, Twohig MP, Rosenfield D, Bluett EJ, Craske MG. Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clin Psychol Rev*. 2015;42:72-82.
 52. Fansi A, Jehanno C, Lapalme M, Drapeau M, Bouchard S. Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l'adulte : une revue de la littérature. *Santé mentale au Québec*. 2015;41(4):p. 141-73.
 53. Wampold BE. *The great psychotherapy debate : models, methods, and findings*. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates; 2001. xiii, 263 p.

54. Kraemer HC, Kupfer DJ. Size of treatment effects and their importance to clinical research and practice. *Biol Psychiatry*. 2006;59(11):990-6.
55. Peres J, Nasello AG. Psychotherapy and neuroscience: towards closer integration. *Int J Psychol*. 2008;43(6):943-57.
56. Heimberg RG. Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biol Psychiatry*. 2002;51(1):101-8.
57. Lambert MJ. Presidential address : What have learned from a decade of research at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*. 2007;17(1):p. 1-14
58. Lilienfeld S. Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*. 2007; 2(1):p. 53-70
59. Durham RC, Chambers JA, Power KG, Sharp KR, Macdonald RR, Major KA, et al. Long term outcomes of cognitive behaviour therapy in clinical trials in central Scotland. *Health Technology Assessment*: 2005;9(42):p. 1-174.
60. Treatment of obsessive-compulsive disorder. The Expert Consensus Panel for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1997;58 Suppl 4:2-72.
61. Todorov C, Borgeat F, Labrecque J. Troubles anxieux, panique, phobies. Dans : Lalonde P, Pinard GF. *Psychiatrie clinique : Approche bio-psycho-sociale*. 4^e éd. Montréal : TC Média Livres Inc; 2016. p.411-445.
62. Liddell BJ, Williams LM, Rathjen J, Shevrin H, Gordon E. A temporal dissociation of subliminal versus supraliminal fear perception: an event-related potential study. *J Cogn Neurosci*. 2004;16(3):479-86.
63. Kouider S, Dupoux E. Subliminal speech priming. *Psychol Sci*. 2005;16(8):617-25.
64. Ruiz-Padial,E, Mata JL, Rodriguez S, Fernandez MC, Vila J. (2005). Non-conscious modulation of cardiac defense by masked phobic pictures. *Int.J.Psychophysiol*; 2005.p. 271–281.
65. Elliott R, Dolan RJ. Neural response during preference and memory judgments for subliminally presented stimuli: a functional neuroimaging study. *J Neurosci*. 1998;18(12):4697-704.
66. Silverman LH, Lachmann FM, Milich,R.H. *The Search for Oneness*. New York: International Universities Press; 1982.
67. Corteen RS, Wood B. Autonomic responses to shock-associated words in an unattended channel. *J Exp Psychol*. 1972;94(3):308-13.
68. Borgeat F, Sauvageau I, David H, Saucier JF. Perceptual defense and vigilance to perinatal stimuli. *Percept Mot Skills*. 1997;85(3 Pt 1):1136-8.
69. Poloni C, Riquier F, Zimmermann G, Borgeat F. Perceptual defense in anxiety disorders. *Percept Mot Skills*. 2003;97(3 Pt 1):971-8.
70. Borgeat F, Boissonneault J, Chaloult L, Elie R. Psychophysiological responses to subliminal auditory suggestions for activation. *Percept Mot Skills*. 1989;69(3 Pt 1):947-53.
71. Borgeat F, Elie R, Chaloult L, Chabot R. Psychophysiological responses to masked auditory stimuli. *Can J Psychiatry*. 1985;30(1):22-7.
72. Borgeat F, Goulet J. Psychophysiological changes following auditory subliminal suggestions for activation and deactivation. *Percept Mot Skills*. 1983;56(3):759-66.
73. Van den Bussche E, Van den Noortgate W, Reynvoet B. Mechanisms of masked priming: a meta-analysis. *Psychological bulletin*. 2009;135(3):452-77.

74. Kouider S, Dehaene S. Levels of processing during non-conscious perception: a critical review of visual masking. *Philosophical transactions of the Royal Society of London Series B, Biological sciences*. 2007;362(1481):857-75.
75. Daltrozzo J, Signoret C, Tillmann B, Perrin F. Subliminal semantic priming in speech. *PloS one*. 2011;6(5):e20273.
76. Marcel AJ. Conscious and unconscious perception: experiments on visual masking and word recognition. *Cognitive Psychology*. 1983;15(2):197-237.
77. Dehaene S, Naccache L, Cohen L, Bihan DL, Mangin JF, Poline JB, et al. Cerebral mechanisms of word masking and unconscious repetition priming. *Nat Neurosci*. 2001;4(7):752-8
78. Naccache L, Dehaene S. Unconscious semantic priming extends to novel unseen stimuli. *Cognition*. 2001;80(3):215-29.
79. Dehaene S, Naccache L. Towards a cognitive neuroscience of consciousness: basic evidence and a workspace framework. *Cognition*. 2001;79(1-2):1-37.
80. Poetz O. (1917) The relationship between experimentally induced dream images and indirect vision. *Psychological Issues*. 1960 ; 2(3) Monograph 7:41-120.
81. Fisher C, Paul IH. The effect of subliminal visual stimulation on images and dreams: a validation study. *J Am Psychoanal Assoc*. 1959;7(1):35-83.
82. Silverman LH. A technique for the study of psychodynamic relationships: the effects of subliminally presented aggressive stimuli on the production of pathological thinking in a schizophrenic population. *J Consult Psychol*. 1966;30(2):103-11.
83. Silverman LH. An experimental approach to the study of dynamic propositions in psychoanalysis. The relationship between the aggressive drive and ego regression--initial studies. *J Am Psychoanal Assoc*. 1967;15(2):376-403.
84. Silverman LH. An experimental technique for the study of unconscious conflict. *Br J Med Psychol*. 1971;44(1):17-25.
85. Silverman LH. Unconscious symbiotic fantasy: a ubiquitous therapeutic agent. *Int J Psychoanal Psychother*. 1978;7:562-85.
86. Silverman LH, Kwawer JS, Wolitzky C, Coron M. An experimental study of aspects of the psychoanalytic theory of male homosexuality. *J Abnorm Psychol*. 1973;82(1):178-88.
87. Silverman LH, Martin A, Ungaro R, Mendelsohn E. Effect of subliminal stimulation of symbiotic fantasies on behavior modification treatment of obesity. *J Consult Clin Psychol*. 1978;46(3):432-41.
88. Silverman LH, Pettit TF, Dunne EJ. On the relationship between self-object differentiation, symbiotic experiences and pathology reduction in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 1971;152(2):118-28.
89. Silverman LH, Bronstein A, Hendelsohn E. The further use of the subliminal activation method for the experimental study of the clinical theory of psychoanalysis: On the specificity of relationships between manifest psychopathology and unconscious conflict. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. 1976;13:2-16.
90. Silverman LH, Candell P. On the relationship between aggressive activation, symbiotic merging, intactness of body boundaries, and manifest pathology in schizophrenics. *J Nerv Ment Dis*. 1970;150(5):387-99
91. Ionescu S. 15 approches de la psychopathologie. 4^e éd. Paris : Arman Colin; 2015.

92. Marcel AJ. Conscious and unconscious perception: experiments on visual masking and word recognition. *Cognitive Psychology*. 1983;15(2):197-237.
93. Lee I, Tyrer P. Responses of chronic agoraphobics to subliminal and supraliminal phobic motion pictures. *J Nerv Ment Dis*. 1980;168(1):34-40.
94. Tyrer P, Horn S, Lee I. Treatment of agoraphobia by subliminal and supraliminal exposure to phobic cine film. *Lancet*. 1978;1(8060):358-60.
95. Tyrer P, Lewis P, Lee I. Effects of subliminal and supraliminal stress on symptoms of anxiety. *J Nerv Ment Dis*. 1978;166(2):88-95.
96. Borgeat F, David H, Saucier JF, Dumont M. Perceptual defense and vulnerability to postpartum depression. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;90(6):455-8.
97. Durham RC, Chambers JA, Power KG, Sharp KR, Macdonald RR, Major KA. Long term outcomes of cognitive behaviour therapy in clinical trials in central Scotland. *Health Technology Assessment*. 2005. p.174.
98. Osman A, Markway K, Osman JR. Psychometric properties of the Social Interaction Self-Statement Test in a college sample. *Psychological reports*. 1992;71(3 Pt 2):1171-7.
99. Yao SN, Cottraux J, Mollard E, Robbe-Grillet P, Albuissou E, Dechassey M, et al. The french version of The Social Interaction Self-Statement Test (SISST): A Validation and sensitivity study in social phobics. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1998;26(03):247-59.
100. Liebowitz MR. Social phobia. *Modern problems of pharmacopsychiatry*. 1987;22:141-73.
101. Yao SN, Note I, Fanget F, Albuissou E, Bouvard M, Jalenques I, et al. [Social anxiety in patients with social phobia: validation of the Liebowitz social anxiety scale: the French version]. *L'Encephale*. 1999;25(5):429-35.
102. Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1969;33(4):448-57.
103. Musa C, Kostogianni N, Lépine JP. Échelle de peur de l'évaluation négative (FNE) : propriétés psychométriques de la traduction française. *L'Encephale*. 2004;30(6):517-24.
104. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1988;56(6):893-7.
105. Freeston MH, Ladouceur R, Thibodeau N, Gagnon F, Rheaume J. [The Beck Anxiety Inventory. Psychometric properties of a French translation]. *L'Encephale*. 1994;20(1):47-55.
106. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour research and therapy*. 1990;28(6):487-95.
107. Gosselin P, Dugas MJ, Ladouceur R, Freeston MH. Évaluation des inquiétudes: validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'encéphale*. 2001;27:475-84.
108. Belleville G, Belanger L, Ladouceur R, Morin CM. [Sensitivity and specificity of the worry and anxiety questionnaire (WAQ) in a sample of health-care users in the province of Quebec]. *L'Encephale*. 2008;34(3):240-8.
109. Dugas MJ, Freeston MH, Provencher M, Lachance S, Ladouceur R, Gosselin P. Le Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété : validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 2001;11:31-6.

110. Buhr K, Dugas MJ. The Intolerance of Uncertainty Scale: psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*. 2002;40(8):931-45.
111. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Personality and Individual Differences*. 1994;17 (6):791-802.
112. Ladouceur R, Freeston MH, Dugas MJ, Rhéaume J, Gagnon F, Thibodeau N, et al. Specific association between Generalized Anxiety Disorder and intolerance of uncertainty among anxiety disorder patients. Communication présentée au Congrès annuel de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC 1995.
113. Duquette RL, Dupuis G, Perrault J. A new approach for quality of life assessment in cardiac patients: rationale and validation of the Quality of Life Systemic Inventory. *The Canadian journal of cardiology*. 1994;10(1):106-12.
114. Laboratoire d'Étude en psychologie de la Santé et Qualité de vie. Profil de Base. [En ligne]. Québec : Université du Québec à Montréal ; 2013 [consulté le 15 juillet 2015]. Disponible : <http://www.qualitedevie.ca/fr/content/exemple-profil-de-base>.
115. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*. 1959;32:50-5.
116. Cottraux J, Bouvard M, Légeron P . Méthodes et échelles d'évaluation des comportements. Issy-les-Moulineaux, France : Éditions EAP. 1985 p.117-120.
117. Von Frenckel R. Reparamétrisation et analyse de l'échelle d'anxiété de M. Hamilton. *Psychologie Médicale*. 1980;12(13):2769-72.
118. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates; 1988. xxi, 567 p.
119. Todorov C, Bazinet A. Le perfectionisme : Aspects conceptuels et cliniques. *Rev can psychiatrie* 1996 ;41(5):291-8.
120. Durham RC, Allan T, Hackett CA. On predicting improvement and relapse in generalized anxiety disorder following psychotherapy. *Br J Clin Psychol*. 1997;36 (Pt 1):101-19.
121. Provencher MD, Ladouceur R, Dugas MJ. La comorbidité dans le trouble d'anxiété généralisée : prévalence et évolution suite à une thérapie cognitivo-comportementale. *La revue canadienne de psychiatrie-Recherche originale*. 2006 [consulté le 2 decembre 2016];51(2) :1-9. Disponible : <https://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2006/february/cjp-feb-06-provencher-RO.pdf>.

ANNEXE 1 : APPROBATION ÉTHIQUE DU

PROJET DE RECHERCHE

Le 15 mars 2013

Madame Melha Zidani
Centre de recherche Fernand-Seguin

PAR COURRIEL

Objet : Approbation finale du Comité d'éthique de la recherche

Projet n° 2013-003 – Augmentation de l'effet de la psychothérapie par amorçage préconscient dans l'anxiété généralisée et la phobie sociale.

Chercheure principale : Melha Zidani
Cochercheurs : Frederick Aardema et François Borgeat
Collaborateurs : Kieron O'Connor et Vincent Borgeat

Madame Zidani,

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, a passé en revue, en comité restreint, les documents suivants :

- Formulaire 20-460 : réponse aux recommandations;
- Protocole de recherche, version mars 2013;
- Formulaire d'information et de consentement, version 14 mars 2013;

Le CÉR approuve les modifications qui ont été apportées aux documents mentionnés ci-dessus, tel que suggéré par le comité dans sa lettre du 8 mars 2013.

J'ai le plaisir de vous informer que votre projet est approuvé par le Comité d'éthique de la recherche. La présente décision vaut pour une année, soit jusqu'au 14 mars 2014.

En terminant, je vous demanderais de bien vouloir mentionner, dans votre correspondance, le numéro attribué à votre demande par notre institution, soit le 2013-003

Espérant le tout à votre entière satisfaction, je vous prie d'agréer, madame Zidani, mes meilleures salutations.

Me Odette Beaudoin, présidente
Comité d'éthique de la recherche

/kl

Le 5 mars 2013

Madame Melha Zidani
Centre de recherche
de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Objet : Renouvellement annuel de l'approbation éthique

Projet n° 2013-003 - Amorçage préconscient - *Augmentation de l'effet de la psychothérapie par amorçage préconscient dans l'anxiété généralisée et la phobie sociale*

Madame Zidani,

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, accuse réception du "Formulaire de demande de renouvellement annuel de l'approbation éthique" (F9-1437) soumis le 4 mars 2014.

Le CÉR approuve le suivi de projet de recherche et renouvelle le certificat d'éthique pour une période d'un an, soit du 15 mars 2014 au 14 mars 2015.

Je vous prie d'agréer, Madame Zidani, mes meilleures salutations.

Me Odette Beaudoin, présidente
Comité d'éthique de la recherche

/kl

Le 9 février 2015

Madame Melha Zidani
Centre de recherche
de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Objet : Renouvellement annuel de l'approbation éthique

Projet n° 2013-003 - Amorçage préconscient - *Augmentation de l'effet de la psychothérapie par amorçage préconscient dans l'anxiété généralisée et la phobie sociale*

Madame Zidani,

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, en comité restreint, a pris connaissance de votre « Formulaire de renouvellement annuel de l'approbation éthique » (F9-2407) soumis le 5 février 2015.

Le CÉR approuve le suivi de projet de recherche et renouvelle le certificat d'éthique pour une période d'un an, soit *du 15 mars 2015 au 15 mars 2016*.

Je vous prie d'agréer, madame Zidani, mes meilleures salutations.

Me Odette Beaudoin, présidente
Comité d'éthique de la recherche

/kl

ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LES PARTICIPANTS DE L'ÉTUDE

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Étude exploratoire d'une méthode d'augmentation de la psychothérapie par amorçage préconscient (APAP) dans le traitement des symptômes anxieux persistants après une thérapie cognitive-comportementale

Chercheurs : Melha Zidani, étudiante, Dr. François Borgeat, M.D., psychiatre, HLHL
Frédéric Aardema Ph.D., psychologue, chercheur, CRFS

Collaborateurs : Kieron P. O'Connor, Ph.D., psychologue, chercheur, CRFS,
Vincent Borgeat, B.Ing

Personne-contact : Melha Zidani, Centre de recherche Fernand-Seguin

Nous vous invitons à participer à une étude sur l'évaluation de l'efficacité d'une stratégie: augmentation de la psychothérapie par amorçage préconscient (APAP), comme ajout à votre thérapie cognitive-comportementale pour les troubles anxieux. Avant de signer le formulaire de consentement, il est important de lire attentivement les informations et de poser toutes les questions nécessaires afin de bien comprendre les implications de votre participation.

Description du projet

Le but de cette étude est d'évaluer l'ajout d'une nouvelle stratégie expérimentale visant la facilitation, dite préconsciente, du changement en psychothérapie, à une thérapie cognitive et comportementale pour le traitement des troubles anxieux. La facilitation préconsciente s'appuie sur des résultats cliniques et sur une vaste littérature scientifique démontrant que des perceptions reçues en dehors du champ de conscience habituel peuvent influencer nos attitudes, nos émotions et nos pensées. En d'autres termes, les perceptions reçues hors du champ de conscience faciliteraient l'activation de discours intérieurs qui favoriseront le changement désiré. La technique utilisée dans cette étude ressemblera à la fois à une démarche de changement de vos symptômes anxieux combinée à une méthode de relaxation.

En général, les traitements psychologiques consistent, d'une part, à apprendre à confronter de façon systématique et progressive les situations qui génèrent de l'anxiété et, d'autre part, à générer des nouvelles façons de penser et de se comporter dans ces situations. Ces approches ont démontré leur efficacité, cependant, certains symptômes persistent malgré les efforts des patients et de leurs thérapeutes et ces symptômes correspondent souvent à des habitudes de penser automatiques ancrées depuis longtemps.

Avec l'aide d'un psychothérapeute et du programme APAP, vous établirez des objectifs en termes d'attitudes ou de façons de penser plus harmonieuses ou adaptées. En utilisant les stratégies apprises lors de votre psychothérapie et avec les étapes du programme APAP, vous aurez à décrire des pensées, des images ou des attitudes que vous souhaiteriez acquérir. On vous proposera certaines règles de formulation : par exemple, il sera préférable que la formulation soit en termes simples et positifs. Les formulations ressembleront à des suggestions de type hypnotique, méthode avec laquelle la facilitation préconsciente possède des similitudes.

Lorsque vous et votre psychothérapeute serez satisfaits des formulations, celles-ci seront enregistrées sur une enregistreuse audio. On leur associera quelques suggestions sur le bien-être et la détente, afin de favoriser une attitude passive et réceptive. On ajoutera une musique de votre choix qui vous amène vers un état de relaxation et de bien-être. Cette musique servira à masquer les suggestions afin de les rendre préconscientes.

Vous devrez écouter ces enregistrements pendant 20 minutes deux fois par jour pendant 8 semaines.

Procédures

Vous êtes présentement accepté(e) dans le programme APAP, un délai de 15 jours vous sera accordé pour votre consentement pour participer à l'étude. Si vous décidez de participer à ce projet de recherche voici vos engagements:

1- Évaluations :

- une entrevue d'évaluation de vos symptômes anxieux et d'explication sur la méthode proposée avec un membre de l'équipe de recherche (2h) et la complétion de questionnaires (1h);
- quatre évaluations de suivi (30-45 mn à chaque évaluation) avec un membre de l'équipe de recherche et la complétion de différents questionnaires informatisés (1h). qui auront lieu avant le début du programme APAP, 8 semaines, 16 semaines et 24 semaines suivant le début du programme.

2- Traitement :

- Le programme informatisé APAP requiert l'utilisation d'un ordinateur connecté à internet. Ces connexions sont sécurisées par des codes personnels qui assurent la confidentialité de vos données personnelles. Seuls les membres de l'équipe de recherche que vous aurez autorisés y auront accès.
- utiliser le programme APAP qui est basé sur la méthode de facilitation préconsciente comme complément à votre psychothérapie. Vous êtes d'accord pour participer à une entrevue avec un psychothérapeute relié au programme APAP (1h), afin de collaborer à la formulation des messages, suggestions et images qui seront mixés à une musique relaxante pour servir aux exercices de facilitation préconsciente. Cette liste sera élaborée avec l'aide du programme APAP en fonction de votre travail en psychothérapie.
- Un membre de l'équipe de recherche va vous contacter une fois par semaine afin de faire le suivi du déroulement du traitement.

- Vous ne pourrez pas poursuivre une autre thérapie en même temps que votre participation à ce programme.
- Nous vous demandons de ne pas débuter une nouvelle médication (psychotrope).
- Ces directives sont valables pour la durée du traitement et des suivis.

Inconvénients et risques

Le programme APAP requiert un effort afin de cibler un problème précis et le définir en termes de pensées, d'émotions et de comportements et tous les patients n'y parviennent pas aisément.

Avantages et bénéfiques

Une diminution de votre discours intérieur anxieux, et peut-être une diminution de l'évitement des situations génératrices d'anxiété.

Retrait de l'étude

Nous nous réservons le droit d'interrompre votre participation à l'étude pour les raisons suivantes :

- a) Votre état physique ou psychologique nécessite un traitement alternatif plus approprié; vous serez alors référé à des services appropriés.
- b) Vous refusez de suivre les consignes que nous venons de mentionner.

Par ailleurs, votre participation à cette étude est tout à fait volontaire et vous pouvez l'interrompre en tout temps si vous le désirez.

Confidentialité

- les dossiers seront conservés dans des classeurs fermés à clé dans un bureau spécialement désigné pour cette étude;
- L'accès aux informations informatisées est protégé par l'utilisation d'un mot de passe. Seuls les membres de l'équipe de recherche et les collaborateurs nommés ci-haut y auront accès.

Nota Bene : une copie des rapports d'évaluation sera conservée aux archives médicales de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, avec la mention « Recherche ». Personne ne peut y avoir accès sans une autorisation écrite de votre part. Le Comité d'Éthique de la recherche qui surveille la qualité de la recherche dans l'institution et qui a approuvé cette étude pourrait demander d'examiner certains dossiers.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude

Vous êtes libre de vous retirer de l'étude. Ce retrait ne vous causera aucun préjudice et n'entravera aucunement les soins que vous êtes en droit de recevoir pour vos difficultés.

Personnes-ressources

Vous pouvez rejoindre madame Melha Zidani au 514-251-4015 ou le Dr François Borgeat au 514-354-1261, si vous avez des questions ou des problèmes en lien avec votre participation à ce projet.

Pour toutes questions sur vos droits à titre de participant à une recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter :

Commissaire aux plaintes et à la qualité
Hôpital Louis H. Lafontaine
7401 Hochelaga, Pavillon Bédard, 2^e étage, porte BE-2148
Montréal, QC, H1N 3M5
Téléphone : 514-251-4015 p2920
Télécopieur : 514-251-2964

Le comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche Fernand-Seguin a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. À ce sujet, vous pouvez contacter:

Secrétariat du comité d'éthique de la recherche
Hôpital Louis- H. Lafontaine
7401, rue Hochelaga, Montréal, QC H1N 3M5
Téléphone : 514-251-4015, poste 2442
Télécopieur : 514-251-2964
Courriel : comite.ethique@crfs.rtss.qc.ca

Consentement

Je, soussigné(e), ai pris connaissance des objectifs du projet de recherche ci-haut mentionnés et j'accepte d'y participer. Cette recherche vise à évaluer l'efficacité du programme APAP dans le traitement des symptômes anxieux persistants après une thérapie cognitive-comportementale, je sais que ma participation au projet de recherche implique ce qui suit :

1. Il y aura une entrevue d'évaluation et d'information avec un membre de l'équipe de recherche (2h) et la complétion de questionnaires (1h). La rencontre aura lieu à la clinique des troubles anxieux et de l'humeur d'Anjou.
2. Il y aura quatre évaluations de suivi (30-45 min à chaque évaluation) avec un membre de l'équipe de recherche et la complétion de différents questionnaires informatisés (1h) qui auront lieu avant le début du programme APAP, 8 semaines, 16 semaines et 24 semaines suivant le début du programme.
3. Je suis d'accord pour participer à une entrevue avec un psychothérapeute relié au programme APAP (1h), afin de collaborer à la formulation des messages, suggestions et images qui seront mixés à une musique relaxante pour servir aux exercices de facilitation préconsciente. Cette liste sera élaborée avec l'aide du programme APAP en fonction de mon travail fait en psychothérapie.
4. J'autorise un membre de l'équipe de me contacter par téléphone une fois par semaine, afin de faire le suivi du déroulement du traitement.
5. Le programme informatisé APAP requiert l'utilisation d'un ordinateur connecté à internet. Ces connexions sont sécurisées par des codes personnels qui assurent la confidentialité de mes données personnelles. Seuls les membres de l'équipe de recherche que j'aurai autorisé y auront accès.
6. Je ne pourrai pas poursuivre une autre thérapie en même temps que ma participation à ce programme.
7. Je m'engage à ne pas modifier la dose, ni le type de médicament sauf si mon médecin ou mon psychiatre le juge essentiel. J'en informerai alors la responsable de l'étude.
8. Ces directives sont valables pour la durée du traitement et des suivis.
9. Dans le cas où je ne pourrai respecter ces directives, je m'engage à aviser le chercheur ou les chercheurs afin d'être dirigé vers les ressources appropriées
10. J'ai été informé(e) que tous les résultats aux questionnaires et aux entrevues seront traités de manière tout à fait confidentielle. Seuls les membres de l'équipe de recherche ont accès aux résultats. Ces derniers seront gardés sous clé dans un local réservé à cette fin. Il est entendu que les résultats de la présente étude pourront servir à des fins de publication scientifique tout en respectant les règles de confidentialité.
11. Je comprends que cette étude ne comporte aucun risque pour ma santé physique ou mentale.

12. Si je le désire, je peux demander à voir le certificat d'éthique du Comité d'éthique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine pour m'assurer que le projet de recherche auquel je participe est approuvé par cette institution et qu'il est acceptable sur le plan de l'éthique médicale.
13. J'ai été informé(e) du fait que je peux me retirer de la recherche à tout moment. Dans ce cas, le chercheur m'aidera à trouver un endroit où je pourrai obtenir l'aide dont j'ai besoin.
14. Je comprends qu'on me remettra une copie signée du présent formulaire d'information et de consentement après sa signature.

Nom et prénom du participant : _____

Signature : _____

Date : _____

Je certifie

- a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire d'information et de consentement;
- b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet de recherche;
- d) que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom du chercheur ou du
représentant autorisé

Signature

Date

ANNEXE 3 : GUIDE D'UTILISATION D'APAP



APAP - Guide de l'utilisateur





Vue générale

APAP en quelques mots

- ▣ Application web installée sur un serveur distant
- ▣ Utilisation d'un navigateur web pour se connecter
- ▣ Conçu avec les dernières technologies
- ▣ Capacité de gérer beaucoup d'information (patients, psychothérapeutes, messages, etc.)

Signification des acronymes utilisés dans ce guide

- ▣ APAP : **A**ugmentation de la **P**sychothérapie par **A**morçage **P**réconscient
- ▣ SAP : **S**tratégie par **A**morçage **P**réconscient
- ▣ RSA : **R**éseau **S**émantico-**A**ffectif

Notes : Le genre masculin a été utilisé dans tout le guide. De plus, les captures d'écran comportent des informations fictives à titre d'exemples.



Les pré-requis

Navigateurs web recommandés

- 🐼 Chrome
- 🐼 **Safari**
- 🐼 **Firefox**
- 🐼 **Internet Explorer**

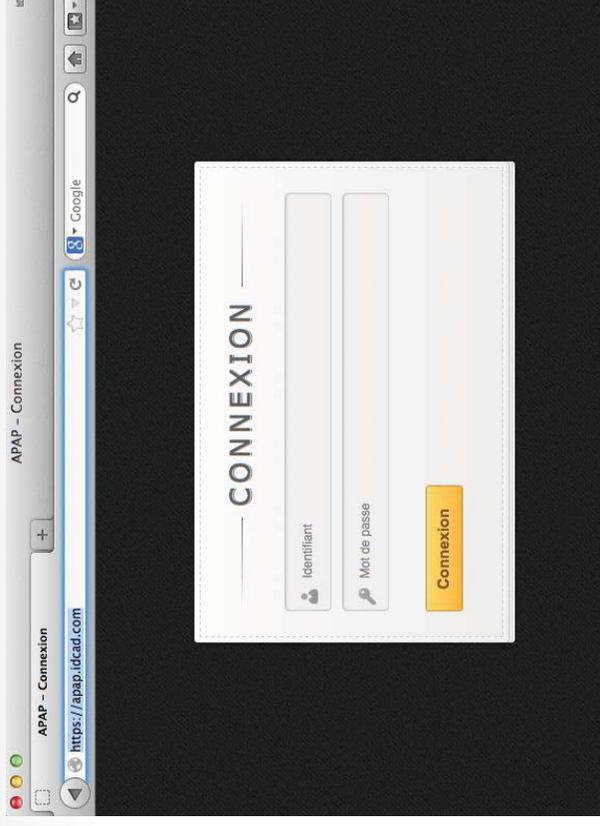
Hardwares testés

- 🐼 PC
- 🐼 Mac
- 🐼 Tablette Androids
- 🐼 iPad (sauf pour l'enregistrement de la voix)
 - 🐼 Important : L'enregistrement de la voix directement au travers d'APAP utilise un plugin en Flash (n'étant pas supporté par l'iOS d'Apple). Donc, il ne sera pas possible d'utiliser cette fonctionnalité dans APAP. Dans ce cas, il faudra fournir un fichier audio (fait, par exemple avec une application dictaphone) et le télé versé dans APAP.



Comment se connecter?

Pour se connecter, il suffit d'aller sur <https://www.hwmat.com>



- Le champs **Identifiant** correspond à l'identifiant unique qui a été donné à la création du patient ou du psychothérapeute.
- L'identifiant est unique dans la base de données des patients et des psychothérapeutes. De plus, il est toujours en minuscule. Il est recommandé de mettre l'identifiant à la même valeur que l'adresse courriel.
- Le mot de passe par défaut est égal à l'identifiant.



Accueil (en tant que psychothérapeute)



Sur la page d'accueil, nous retrouvons :

- Le menu supérieur droit
 - Documentation
 - Configuration
 - Utilisateur connecté sur la présente session
- Les icônes
 - Patients
 - Psychothérapeutes
 - Messages
- La barre de notifications
 - Visible si le psychothérapeute a des patients
 - Changer le mot de passe**
 - Visible si le mot de passe a la valeur par défaut qui correspond à son identifiant

Note : Retour à la page d'accueil en cliquant sur le logo APAP du coin supérieur gauche





Accueil - Menu supérieur droit

Documentation ▼ Configuration ▼ Prénom et Nom ▼

- Documentation (visible uniquement par les psychothérapeutes)
 - Guide de l'utilisateur
 - ⚙ Le présent guide en format pdf
 - Présentation générale
 - ⚙ Présentation générale du projet APAP

Documentation ▼

- Guide de l'utilisateur
- Présentation générale

- Configuration (visible uniquement par les psychothérapeutes)

- Propositions
- Musiques

Configuration ▼

- Propositions
- Musiques

- Utilisateur connecté sur la présente session (Prénom et nom de famille)

- Profil
 - ⚙ Accès à son profil utilisateur (courriel, téléphone, adresse, etc.)
- Déconnexion
 - ⚙ Permet de déconnecter de l'application APAP. Sinon, l'utilisateur reste toujours connecté.

Prénom et Nom ▼

- Profil
- Déconnexion



Administration des Propositions

The screenshot shows the APAP software interface. On the left, a sidebar menu includes 'Configuration', 'Propositions', and 'Musiques'. An arrow points from the 'Propositions' menu to the main window. The main window is titled 'APAP Propositions' and has a sub-header 'Problèmes et propositions'. It features a search bar with the text 'anxiété sociale / social anxiety' and a dropdown menu with 'Ajouter un problème'. Below this is a table with two columns: 'Français' and 'Anglais'. The table contains various psychological and social issues, such as 'Délicieux', 'Anxiété autistique / autistique', 'Émotions et réactions physiologiques problématiques', 'Comportements inadéquats', 'Peur des relations', 'Émotions et réactions physiologiques plus aigües', 'Comportements plus fonctionnels', and 'Suppressions'. An arrow points from the table to a detailed view of a proposition.

Problèmes et propositions	Français	Anglais
Délicieux		
Anxiété autistique / autistique	Je suis timide	Je suis timide
Émotions et réactions physiologiques problématiques	Je suis capable d'exprimer mes opinions	
Comportements inadéquats	Je suis capable de me concentrer sur ma tâche	Je prend le temps
Peur des relations	Je suis capable d'exprimer mes opinions	
Émotions et réactions physiologiques plus aigües	Je suis capable de me concentrer sur ma tâche	Je prend le temps
Comportements plus fonctionnels	Je suis capable d'exprimer mes opinions	
Suppressions	Je suis capable de me concentrer sur ma tâche	Je prend le temps

Les propositions sont reliées directement aux problèmes. Par exemple, anxiété sociale.

Deux manières d'introduire des propositions :

- Manuellement : Par un psychothérapeute
- Automatiquement : Par un patient (Par contre, elles ne sont visibles que si le psychothérapeute a validé l'étape concernée.)

Lorsque le patient est dans une étape qui utilise ces propositions. Ces dernières sont classées par ordre de fréquence d'utilisation par les autres patients et, ensuite, par ordre alphabétique.

Pensées plus réalistes (max. 6)

Je suis capable d'exprimer mes opinions
Je reste calme et concentré sur ma tâche
J'ai le droit d'être moi-même
Je prend le temps plus fonctionnels (r
Mes voisins sont sympathiques



Administration des Musiques



La page Musique permet de proposer aux patients des musiques offertes par APAP. Cela n'empêche pas que le patient peut aussi utiliser sa propre musique, mais si tel est le cas, il faut le faire directement dans la SAP à l'étape Musiques.

Quelques règles de fonctionnement :

- Mise à la disposition de musiques offertes
 - Il faut cliquer sur **Parcourir**... et choisir un fichier audio.
 - Tous les psychothérapeutes peuvent mettre à disposition des musiques et ces dernières sont accessibles à tous les patients mêmes les patients qui ne sont pas les siens.
- Effacer une musique
 - Il faut cliquer sur le **X** à côté du nom de la musique qu'il faut effacer.
 - Par contre, il n'est pas possible d'effacer une musique si elle est déjà utilisée par un patient!

Important : Assurez-vous d'avoir le droit légal de mettre une musique à disposition des patients.



Profil d'un psychothérapeute



APAP Profil

Documentation Configuration Prénom et Nom

Information

Identifiant (non modifiable & en minuscule) @mail.com

Courriel @mail.com

Numéro de téléphone

Adresse

Changer le mot de passe

Le profil d'un psychothérapeute a les champs suivants :

- ☛ Identifiant
 - Il est non modifiable et toujours en minuscule.
 - Il est unique. Donc, aucun psychothérapeute ou patient ne peut partager le même identifiant.
- ☛ Courriel
 - Aucun mécanisme d'envoi de courriels a été implémenté dans APAP.
- ☛ Numéro de téléphone
- ☛ Adresse
- ☛ Changer le mot de passe permet de mettre la valeur de son choix à son mot de passe.
- ☛ Réinitialiser un mot de passe permet de mettre la valeur par défaut qui correspond à l'identifiant du psychothérapeute.
- ☛ Il est très recommandé de changer le plus rapidement un mot de passe afin de ne pas garder celui par défaut.

Le courriel, le numéro de téléphone et l'adresse servent à garder les informations concernant un psychothérapeute. Note : Ces informations ne sont pas visibles par les patients.



Création d'un patient

The screenshot shows the 'APAP Patients' interface. At the top left, there is a 'Patients' button with a folder icon. Below it, a list of patients is displayed with columns for 'Identifiant', 'Prénom', 'Nom de famille', and 'Étape courante'. Two arrows point from the list to a detailed 'Nouveau patient' form. The form has a title bar with 'APAP Patients' and a menu with 'Documentation', 'Configuration', and 'Prénom et Nom'. The main area contains the following fields:

- Identifiant: patient1@gmail.com
- Prénom: patient1
- Nom de famille: patient1@gmail.com
- Pat: patient1@gmail.com
- Prénom et Nom: patient1@gmail.com
- Délégué(e):

At the bottom right of the form, there are 'Ok' and 'Cancel' buttons.

Voici les différents champs à remplir lors de la création :

- Prénom
 - Non modifiable après la création du patient.
- Nom de famille
 - Non modifiable après la création du patient.
- Identifiant
 - Non modifiable après la création du patient et toujours en minuscule.
 - Unique. Donc, aucun psychothérapeute ou patient ne peut partager le même identifiant.
 - Il est recommandé de mettre la valeur du courriel.
- Courriel
 - Aucun mécanisme d'envoi de courriels a été implémenté dans APAP.
- Principal(e)
 - Psychothérapeute principal(e)

Le courriel peut être modifié après la création du patient.



Dossier patient 1/3

Identifiant
patient1@mail.com

APAP Dossier patient Documentation Configuration Prénom et Nom

Pat Ient1

- ▶ Psychothérapeutes assigné(e)s
- ▶ Information
- ▶ Notes privées (Non visibles par le patient)
- ▶ Fichiers
- ▶ Consentement

Consentement-APAP.ott Imprimer

Parcourir...

Réinitialiser le mot de passe

Le dossier patient contient les onglets suivants :

- ▶ Psychothérapeutes assigné(e)s
- ▶ Information
- ▶ Notes privées
- ▶ Fichiers
- ▶ Si la SAP n'a pas débuté, Consentement. Sinon, Processus.
- ▶ Réinitialiser le mot de passe

▶ Permet de mettre la valeur par défaut qui correspond à l'identifiant du patient.

- ▶ Il est très recommandé de demander au patient de changer rapidement un mot de passe afin de ne pas garder celui par défaut.



Dossier patient 3/3

Voici la suite des différents onglets :



Notes privées

- Elles ne sont pas visibles par le patient et permettent au(x) psychothérapeute(s) de rajouter des informations au dossier du patient.

Notes privées (Non visibles par le patient)



Fichiers

- Les fichiers sont visibles par le patient et le psychothérapeutes assignés au patient.
- Important : Les fichiers téléchargés dans APAP ne peuvent être effacés!**

Fichiers

Fichier bidon.rtf

Parcourir...



Si la SAP n'a pas débuté, Consentement. Sinon, Processus.

Consentement

Consentement-APAP.ott

Imprimer

Parcourir...

Processus

Accédez à la S.A.P.



Messagerie 1/2



Les fonctionnalités de la messagerie :

- Quand l'icône message est en jaune, cela signifie qu'il y a au moins un message non lu. Le chiffre entre parenthèse indique le nombre de messages non lus.

- Quand le message a été lu par le patient ou le psychothérapeute, on peut voir « Vu par » suivi du destinataire ayant lu le message.

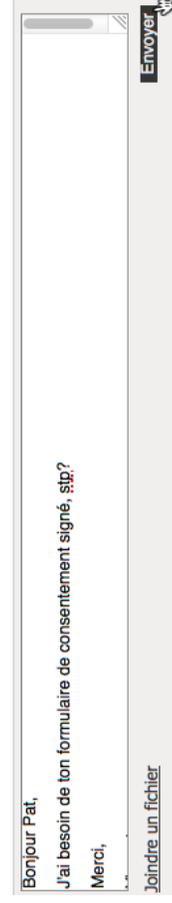
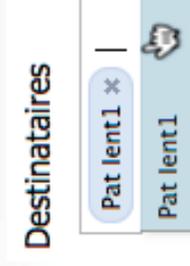
- Il est possible de joindre un fichier dans un message.

Important : APAP permet de centraliser et de bien garder un historique des échanges.



Messagerie 2/2

Voici le fonctionnement de la messagerie :



Écrire le message, joindre un fichier au besoin et, finalement, cliquer sur **Envoyer**.



Barre de notifications

Patient	Principal(e)	Délegué(e)	Dernière mäj	Étape courante
Pat_Ient1	Prénom et Nom	Prénom et Nom	27 Feb 16:46	Description

La barre de notifications classifie les patients selon la dernière mise à jour.

Note : La barre de notification est visible uniquement si le psychothérapeute a un ou plusieurs patients.

Dans la barre de notifications,

- ☰ si on clique sur la valeur d'un patient, il y a un renvoi directement au dossier de ce patient.
- ☰ si on clique sur la valeur de l'étape courante d'un patient, il y a un renvoi directement dans la SAP à l'étape courante du patient.

Une ligne en jaune indique que le patient est en attente d'une validation par le psychothérapeute.

Patient	Principal(e)	Délegué(e)	Dernière mäj	Étape courante
Pat_Ient1	Prénom et Nom	Prénom et Nom	27 Feb 17:38	Description



Accueil (en tant que patient)



Avant validation du consentement

Après validation du consentement

Sur la page d'accueil, nous retrouvons :

- Le menu supérieur droit
 - Utilisateur connecté sur la présente session
 - Profil
 - Déconnexion
- Les icônes
 - Présentation générale
 - SAP (icône visible uniquement si la SAP a débuté)
 - Messages
- Changer le mot de passe**
 - Visible si le mot de passe a la valeur par défaut qui correspond à son identifiant



Profil d'un patient (en tant que patient)



APAP Profil Pat Ient1

Information

Identifiant (non modifiable & en minuscule) patient1@mail.com

Courriel patient1@mail.com

Numéro de téléphone

Adresse

Fichiers

Changer le mot de passe

Le profil d'un patient a les champs suivants :

- Information
 - Identifiant
 - Il est non modifiable et toujours en minuscule.
 - Il est unique. Donc, aucun psychothérapeute ou patient ne peut partager le même identifiant.
 - Courriel
 - Aucun mécanisme d'envoi de courriels a été implémenté dans APAP.
 - Numéro de téléphone
 - Adresse
- Fichiers
 - Les fichiers peuvent être téléchargés par le patient, mais ils ne peuvent être effacés.
- Changer le mot de passe
 - Permet de mettre la valeur de son choix à son mot de passe.

Le courriel, le numéro de téléphone et l'adresse servent à garder les informations concernant un patient.



Validation du patient avant de débiter la SAP

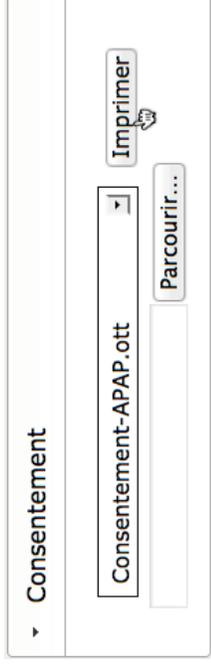
Un patient peut se qualifier pour une SAP si

- ▣ Le patient a déjà fait ou fait actuellement une démarche de psychothérapie ;
- ▣ Malgré le bon déroulement de cette démarche, des symptômes persistent ;
- ▣ Il est capable de déterminer une cible réaliste de changement spécifique et personnelle validée par le psychothérapeute du patient
- ▣ Cette cible a pour objectif d'améliorer le discours intérieur ;
- ▣ Le patient est informé quant à la nature de la SAP.

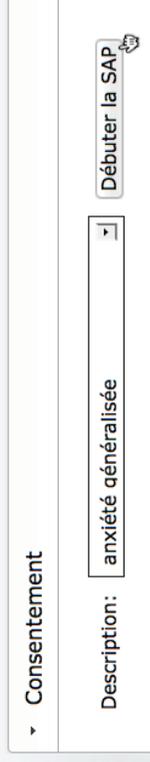


Comment démarrer la SAP

La première étape implique d'avoir le formulaire de consentement signé par le patient et de le télé verser dans APAP. Voir les étapes ci-dessous :



La deuxième étape consiste ensuite à bien choisir la description du problème pour ensuite débiter la SAP





Les directives

Pour chacune des étapes de la SAP, il y a des directives. En tant que patient, elles sont affichées la première fois lorsque le patient débute une étape. En tant que psychothérapeute, il faut cliquer sur **Directives** pour les voir.

▼ DIRECTIVES ▼

Description de votre *anxiété sociale*.



Je tente de cibler un problème précis et de le décrire en peu de mots (max. 500 caractères).

APAP ne peut résoudre tous les problèmes, ni convenir à tout le monde. APAP sera utile pour aider à modifier des pensées ou des attitudes qui subsistent comme de pénibles habitudes mentales. APAP sera un peu une physiothérapie psychique par la pratique répétitive d'une façon de penser plus adaptée. Un peu comme quelqu'un qui a un membre blessé et doit réapprendre certains mouvements par des exercices répétitifs après la guérison des os ou des muscles.

Le type de problèmes visés par APAP correspond habituellement à des discours intérieurs automatiques qui résistent à vos efforts de changements. Ils sont souvent décrits comme des cassette ou des CDs intérieurs qui démarrent automatiquement dans certains contextes malgré vos efforts pour être plus rationnels.

Par exemple : « Quand je rencontre mes voisins par hasard et qu'ils me parlent de choses et d'autres comme banalement la température, je me sens inadéquat, naïsieux, immature...Je perds mes mots et je veux m'enfuir stupidement... »

Par contre, des objectifs comme « Je ne veux plus être anxieux » ou « Je veux être heureux et aimer la vie » sont beaucoup trop flous et irréalistes pour constituer une cible appropriée pour la stratégie APAP. Il faut une cible bien plus précise.

Ce qui s'avère souvent utile est d'écrire spontanément sur une feuille de papier les mots, images, souvenirs qui correspondent à ce que vous voulez changer en vous. Vous pouvez par la suite tenter de sélectionner ceux qui ferment le plus votre problème, puis tenter de les compléter, de les relier, de les rattacher à des images...

Puis vous pourriez de là formuler une cible en quelques mots dans l'espace qui vous est présenté. C'est un travail difficile et vous aurez besoin de l'avis et peut-être de l'aide de votre psychothérapeute.

Note : Toute stratégie d'amorçage préconscient (SAP) constitue une procédure interactive entre un patient et son (ou parfois ses) psychothérapeute(s). Cela vise à éviter de travailler sur un problème mal défini ou trop vaste, une cible irréaliste, un réseau sémantico-affectif pas suffisamment clair ou des suggestions mal formulées. Pour cette raison, à chacune des étapes, APAP demandera la validation de votre psychothérapeute. S'il n'est pas disponible, cette validation sera demandée à un psychothérapeute attaché au programme APAP. Ainsi le psychothérapeute impliqué pourra valider une étape ou vous suggérer de la retravailler avant de passer à l'étape suivante.

▲ DIRECTIVES ▲

Description de votre *anxiété sociale*.



Les différents états d'une étape de la SAP

Voici les différents états possibles d'une étape de la SAP

☰ En cours

Description



☰ En attente (d'approbation par le psychothérapeute)

Description



☰ En révision (par le patient)

Description



☰ Approuvé

Description





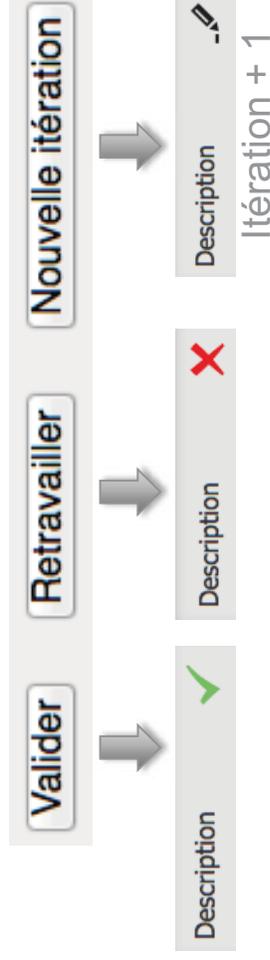
Mécanismes communs aux étapes de la SAP

Après qu'un patient considère avoir fini une étape en suivant bien les directives, il l'a soumet à son psychothérapeute. Même si le patient a déjà soumis, il peut apporter des modifications qui seront automatiquement soumises à son psychothérapeute.



Le psychothérapeute peut :

- ☛ **Valider** l'étape faite par le patient.
- ☛ Demander au patient de **Retravailler** l'étape.
 - Si nécessaire, les indications peuvent être faites à l'aide de la messagerie APAP.
- ☛ Faire une **Nouvelle itération** de la SAP.



Le principe décrit ci-haut est similaire pour toutes les étapes de la SAP.

Mode « échange » VS mode « accompagnement »

- ☛ En mode « accompagnement », le patient n'a pas besoin d'être connecté sous APAP. Il est assis et passe au travers d'APAP en compagnie de son psychothérapeute. Donc, il n'a pas à **Soumettre** au psychothérapeute, car celui-ci le valide directement.



Les itérations

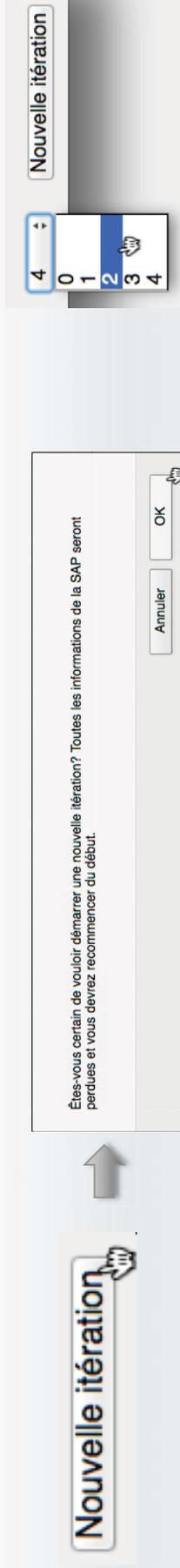
Le concept d'itérations a été implémenté principalement pour les raisons suivantes :

- Modifier la cible thérapeutique ou les suggestions ;
- Modifier la musique ;
- Modifier l'intensité du mixage.

Note : Il faut éviter de les utiliser autant que possible. Le psychothérapeute doit être sûr avant de valider une étape afin de ne pas utiliser les itérations pour corriger les erreurs de validation... Une nouvelle itération recommence automatiquement la SAP à l'étape de Description.

Par défaut, la première itération est la « 0 ».

Voici comment procéder pour créer une nouvelle itération :





Étapes de la SAP après le consentement

APAP S.A.P.	
Description	✓
RSA-	✓
RSA+	✓
Suggestions	✓
Enregistrement	✓
Musiques	✓
Mixage	✓

Les prochaines slides expliquent le mécanisme des différentes étapes de la SAP après le consentement en mode accompagnement.



Description (en mode accompagnement)

The screenshot shows a web interface for APAP S.A.P. de Pat Ient1. At the top, there is a dark blue header with the company name and a dropdown menu for 'Prénom et Nom'. Below the header, there is a navigation menu with options: 'Description', 'RSA+', 'Suppléments', 'Enregistrement', 'Musiques', and 'Mixage'. The main content area is titled 'Description de votre anxiété sociale.' and contains a text input field with the placeholder text 'Mon anxiété est...'. To the right of the input field, there is a counter that reads 'Nombre de caractères restants: 482'. At the bottom of the form, there are three buttons: 'Valider', 'Retravailler', and 'Nouvelle itération'. A dropdown menu labeled 'DIRECTIVES' is also visible at the top of the main content area.

Le patient cible son problème et le décrit en peu de mots. Il y a une limite de 500 caractères.



RSA- (en mode accompagnement)

APAP S.A.P. de Pat Tent1

Prénom et nom ▼

▼ DIRECTIVES ▼

Description

RSA-

RSA-

Suspensions

Engagement

Humour

Mouges

Déclencheurs (max. 2)
Être le centre d'attention

Pensées automatiques dysfonctionnelles (max. 6)
Je me sens inadéquat Je m'exprime mal
Je bafouille Je suis vulnérable

Émotions et réactions physiologiques problématiques (max. 3)
Difficulté à respirer Rouger

Comportements mésadaptés (max. 2)
Envie de disparaître

Description
Mon anxiété est...

Valider Retravailler Nouvelle itération

Le patient construit son réseau sémantico-affectif problématique (RSA-).

Le patient précise son ou ses :

- ☛ Déclencheurs (1 à 2)
- ☛ Pensées automatiques dysfonctionnelles (1 à 6)
- ☛ Émotions et réactions physiologiques problématiques (1 à 3)
- ☛ Comportements mésadaptés (1 à 2)



RSA+ (en mode accompagnement)

APAP S.A.P. de Pat Jentl

Prénom et nom ▼

▼ DIRECTIVES ▼

Description	✓
RSA-	✓
RSA+	✎

Explications

Entièrement

Mixte

Progr...

Déclencheurs

Être le centre d'attention

Pensées plus réalistes (max. 6)

Je suis capable d'exprimer mes opinions
Je reste calme et concentré sur ma tâche
J'ai le droit d'être moi-même Je prend le temps

Émotions et réactions physiologiques plus adaptées (max. 3)

J'accepte mes émotions
Je soutiens le regard des autres

Comportements plus fonctionnels (max. 2)

Plus de plaisir avec les gens

RSA-

Pensées automatiques dysfonctionnelles

Je me sens inadéquat Je m'exprime mal
Je baïllotte Je suis vulnérable

Émotions et réactions physiologiques problématiques

Difficulté à résoudre Rougir

Comportements mésadaptés

Être et disparaître

Valider Retravailler Nouvelle itération

Le patient construit le réseau sémantico-affectif qu'il désire (RSA+).

Le patient définit les:

- Pensées plus réalistes (1 à 6)
- Émotions et réactions physiologiques plus adaptées (1 à 3)
- Comportements plus fonctionnels (1 à 2)



Suggestions (en mode accompagnement)

APAP S.A.P. de Pat Ient1 Prénom et nom ▼

Description ✓
RSA+ ✓
RSA+ ✓
Suggestions ✎

Propositions (max. 20)

- J'entre ici des suggestions qui me feront me sentir mieux >
- J'ai du succès grâce à ces suggestions
- Je me sens de plus en plus à l'aise avec les gens
- Je prends plaisir à ces conversations
- On me trouve sympa

▼ DIRECTIVES ▼

RSA+

Déclencheurs

- Être le centre d'attention

Pensées plus réalistes

- Je suis capable d'exprimer mes opinions
- Je reste calme et concentré sur ma tâche
- J'ai le droit d'être moi-même
- Je prend le temps

Émotions et réactions physiologiques plus adaptées

- J'accepte mes émotions
- Je soutiens le regard des autres

Comportements plus fonctionnels

- Plus de plaisir avec les gens

Valider Retravailler Nouvelle itération

Le patient formule des suggestions pour lui-même. Celles-ci ne doivent pas dépasser 20 suggestions.

Note : Pour insérer une suggestion avant ou après une déjà existante, il faut utiliser les curseurs **droit** ou **gauche** du clavier.



Enregistrement (en mode accompagnement) 1/2

APAP S.A.P. de Pat Ient1 Prénom et Nom ▼

▼ DIRECTIVES ▼

Description	✓
RSA-	✓
RSA+	✓
Suggestions	✓
Enregistrement	✎

Enregistrement(s)

0:00 / 0:00

Parcourir...

Suggestions

- J'entre ici des suggestions qui me feront me sentir mieux
- J'ai du succès grâce à ces suggestion
- Je me sens de plus en plus à l'aise avec les gens
- Je prends plaisir à ces conversations
- On me trouve sympa

Valider Retravailler Nouvelle itération

Cette étape consiste à faire l'enregistrement vocal des suggestions.

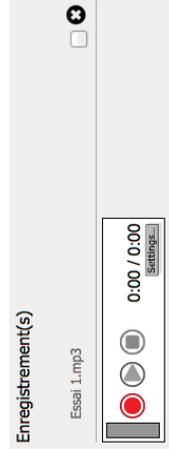
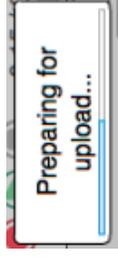
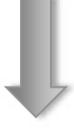
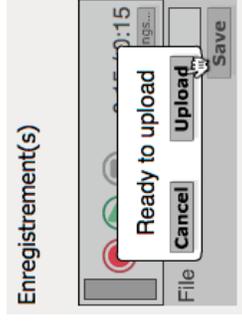
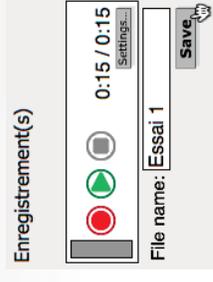
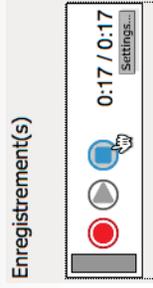
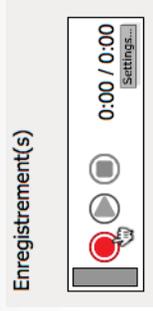
Selon le désir du patient, l'enregistrement peut être fait par le patient lui-même ou par le psychothérapeute.

Le patient peut faire un ou plusieurs enregistrements vocaux qui peuvent être soumis et validés par le psychothérapeute afin de pouvoir faire plusieurs tests lors du mixage.

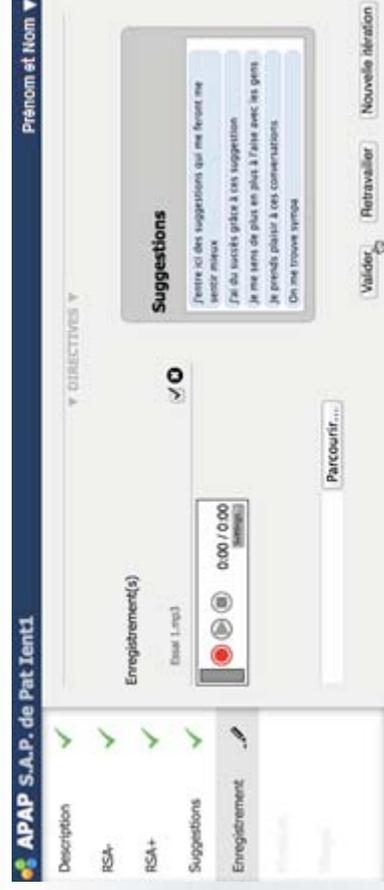
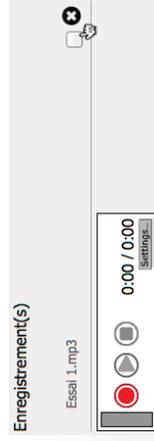


Enregistrement (en mode accompagnement) 2/2

Voici le fonctionnement de l'enregistrement :



Choisir une ou des enregistrements pour le mixage :





Musiques (en mode accompagnement) 1/2

The screenshot shows a web interface for 'APAP S.A.P. de Pat Ient1'. At the top right, there is a dropdown menu for 'Prénom et nom'. Below this, a section titled 'Y DIRECTIVES Y' contains two columns: 'Musiques personnelles' and 'Musiques offertes'. The 'Musiques offertes' column lists two items: '08 - Liquid Stranger - Minimum.mp3' and 'lounge music.mp3', each with a checkbox. A 'Parcourir...' button is located below the 'Musiques personnelles' column. On the left side, there is a vertical navigation menu with the following items: 'Description' (with a green checkmark), 'RSA-' (with a green checkmark), 'RSA+' (with a green checkmark), 'Suggestions' (with a green checkmark), 'Enregistrement' (with a green checkmark), 'Musiques' (with a pencil icon), and 'Médias'. At the bottom right, there are three buttons: 'Valider', 'Retravailler', and 'Nouvelle itération'.

Le patient choisit une musique parmi les **Musiques offertes** sur APAP ou en choisir une parmi les siennes.

Tout comme pour les enregistrements, le patient peut sélectionner plusieurs musiques qui peuvent être soumises et validées par le psychothérapeute afin de pouvoir faire plusieurs tests lors du mixage.

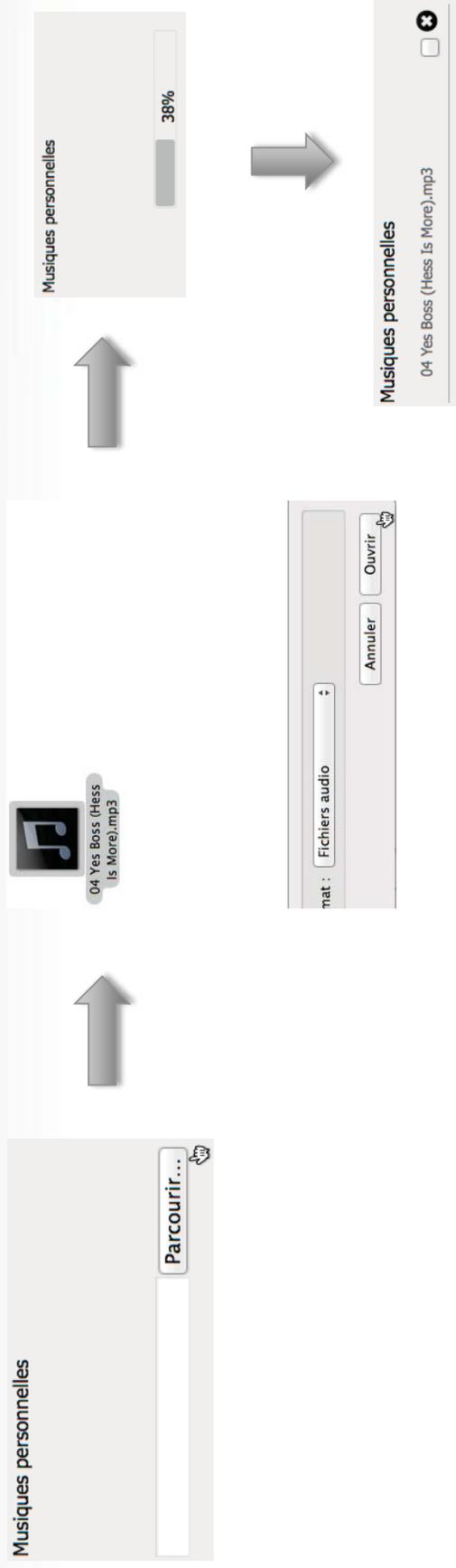
Le patient peut lui-même télécharger ces propres musiques et les effacer au besoin.

Important : Assurez-vous du droit légal de la ou des musiques utilisées par le patient.



Musiques (en mode accompagnement) 2/2

Voici comment télécharger une musique :



Choisir une ou des musiques pour le mixage :





Mixage (en mode accompagnement) 1/2

The screenshot shows the 'Mixage' (Mixing) screen of the APAP S.A.P. de Pat Ient1 software. The interface includes a sidebar with a checklist of steps: Description, RSA-, RSA+, Suggestions, Enregistrement, Musiques, and Mixage. The main area is titled 'DIRECTIVES' and contains two vertical sliders for volume adjustment, a 'Voix moyenne' dropdown menu, and a 'Mixage' button. At the bottom, there are buttons for 'Valider', 'Retravailler', and 'Nouvelle itération', along with a 'Prénom et Nom' field.

L'étape de mixage consiste à mixer l'enregistrement vocal avec la musique. C'est un fichier audio en format mp3 qui est créé avec une durée de 20 minutes. Le mixage est fait automatiquement et peut prendre environ 2 minutes. Par contre, il faut choisir l'intensité suivantes avant de procéder :

- Voix inaudible (-20 dB)

Note : Entre parenthèses, l'écart en décibels entre l'enregistrement vocal et la musique.



Téléchargement et Écoute

APAP S.A.P. Pat Ient1 ▾

Description	✓	Pat Ient1 - 05 Mar 18:24.mp3	<input type="checkbox"/>
RSA-	✓	Pat Ient1 - 06 Mar 10:53.mp3	<input type="checkbox"/>
RSA+	✓	Pat Ient1 - 06 Mar 10:55.mp3	<input checked="" type="checkbox"/>

Directives d'écoute

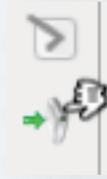
Voici les directives d'écoute :

- Écouter passivement, sans effort, sans essayer de retrouver les formulations mêlées à la musique
- L'objectif est de créer de nouveaux automatismes de pensée : il faut donc écouter beaucoup le CD surtout au début...
- Visons au minimum 20 minutes d'écoute 2 fois par jour.
- L'écoute peut se faire comme un exercice de détente, en particulier au moment de s'endormir, ou en faisant autre chose.
- Elle peut aussi se faire en plus (mais pas seulement) avant ou pendant les situations angoissantes.

1

La dernière étape de la SAP est le téléchargement du mixage par le patient pour le patient pour fin d'écoute. Il faut s'assurer que le patient lise bien les directives d'écoute.

Un fichier en format mp3 peut être télécharger localement sur un ordinateur, une tablette ou un téléphone.



Vous avez choisi d'ouvrir :

Pat Ient1 - 06 Mar 10_55.mp3
qui est un fichier de type : iTunes Document (9.7 Mo)
à partir de : <https://apap.idcad.com>

Que doit faire Firefox avec ce fichier ?

- Ouvrir avec iTunes (défaut)
- Enregistrer le fichier
- Toujours effectuer cette action pour ce type de fichier.

Annuler OK

*ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRES UTILISÉS DANS
LE CADRE DE L'ÉTUDE*

ÉCHELLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE DE LIEBOWITZ

ECHELLE DE PHOBIE SOCIALE DE LIEBOWITZ

Nom :

Prénom :

Date de l'examen:

Sexe:

Age:

	ANXIETE 0 = Aucun 1 = Légère 2 = Moyenne 3 = Sévère	EVITEMENT 0= Jamais 1= Occasionnel(0-33%) 2= Fréquent (33-66%) 3= Habituel (67-100%)
1. Téléphoner en public (P)		
2. Participer au sein d'un petit groupe (P)		
3. Manger dans un lieu public (P)		
4. Boire en compagnie dans un lieu public (P)		
5. Parler à des gens qui détiennent une autorité (S)		
6. Jouer, donner une représentation ou une conférence (P)		
7. Aller à une soirée (S)		
8. Travailler en étant observé (P)		
9. Ecrire en étant observé (P)		
10. Contacter par téléphone quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien (S)		
11. Parler à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S).		
12. Rencontrer des inconnus (S)		
13. Uriner dans les toilettes publiques (P)		
14. Entrer dans une pièce alors que tout le monde est déjà assis (P)		
15. Etre le centre d'attention (S)		
16. Prendre la parole à une réunion (P)		
17. Passer un examen (P)		
18. Exprimer son désaccord ou sa désapprobation à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
19. Regarder dans les yeux des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
20. Faire un compte-rendu à un groupe (P)		
21. Essayer de "draguer" quelqu'un (P)		
22. Rapporter des marchandises dans un magasin (S)		
23. Donner une soirée (S)		
24. Résister aux pressions d'un vendeur insistant (S)		
Total	A =	E =
Deux scores : S = Interaction sociale	A.S =	E.S =
P = Performance	A.P =	E.P =

TEST D'AUTO-EVALUATION DES PENSEES
EN INTERACTION SOCIALE

NOM: _____ DATE: _____

QUESTIONNAIRE SUR LES AUTO-VERVALISATIONS DANS LES INTERACTIONS SOCIALES

Instructions

Il est évident que les gens pensent à plusieurs choses quand ils se trouvent dans différentes situations sociales.

Vous trouverez plus bas une liste de choses auxquelles vous avez peut-être déjà pensé en vous-même, soit avant, pendant ou après une interaction dans laquelle vous étiez impliqué-e. Lisez chaque item et écrivez à quelle fréquence vous avez eu une pensée semblable avant, pendant ou après une interaction. Utilisez l'échelle suivante pour indiquer la nature de vos pensées:

- 1 = Je n'ai presque jamais eu cette pensée
- ~~2~~ = J'ai rarement eu cette pensée
- 3 = J'ai parfois eu cette pensée
- 4 = J'ai souvent eu cette pensée
- 5 = J'ai très souvent eu cette pensée

S.V.P. répondez le plus honnêtement possible.

- ___ 1. Quand je n'ai rien à dire, je me sens devenir très anxieux-se.
- ___ 2. D'ordinaire, je suis capable de parler aux gens assez bien.
- ___ 3. J'espère que je ne serai pas ridicule.
- ___ 4. Je commence à me sentir plus à l'aise.
- ___ 5. J'ai vraiment peur de ce que l'autre personne va penser de moi.
- ___ 6. Je n'ai pas d'inquiétudes, pas de peurs, pas d'anxiété.
- ___ 7. J'ai peur à en mourir.
- ___ 8. L'autre personne ne s'intéressera probablement pas à moi.
- ___ 9. Je peux peut-être mettre l'autre personne à l'aise en commençant la conversation.
- ___ 10. Au lieu de m'inquiéter, je peux essayer de voir comment faire de mon mieux pour connaître l'autre personne.
- ___ 11. Je ne suis pas très à l'aise quand je rencontre des gens; alors, ça va aller mal, c'est certain.

Questionnaire sur les auto-verbalisations - 2

- 12. Je n'ai pas à m'en faire; le pire qui peut arriver, c'est que l'autre personne ne s'intéresse pas à moi.
- 13. L'autre personne a peut-être autant le goût de me parler que moi, j'ai le goût de lui parler.
- 14. Voilà une bonne occasion d'échanger avec quelqu'un.
- 15. Si je rate cette conversation, je vais sûrement perdre confiance en moi.
- 16. Je vais probablement dire des choses qui auront l'air ridicules.
- 17. Qu'est-ce que j'ai à perdre? Ca vaut certainement la peine d'essayer.
- 18. C'est une situation gênante, mais je suis capable d'y faire face.
- 19. Non, je ne veux pas faire cela.
- 20. Je me sentirai déprimé-e si l'autre personne ne me répond pas.
- 21. Il faut que je fasse une bonne impression sur l'autre personne, sinon je me sentirai très mal.
- 22. Je ne suis qu'un-e stupide inhibé-e.
- 23. De toutes façons, je vais probablement fuir la situation.
- 24. Je peux faire face à n'importe quelle situation.
- 25. Même si tout ne va pas très bien, ce n'est pas une catastrophe.
- 26. Je me sens gêné-e et ridicule et l'autre personne va s'en apercevoir.
- 27. Nous avons probablement beaucoup de choses en commun.
- 28. Peut-être que nous deviendrons de très bons amis.
- 29. Je souhaiterais pouvoir éviter cette situation.
- 30. Ah! Au diable, la prudence!

Traduction et adaptation de Jean-Marie Boisvert, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Décembre 1986.

Référence: Glass, C.R., Merluzzi, T.V., Biever, J.L., Larsen, K.H. Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. Cognitive Therapy and Research, 1982, 6, 37-55.

*ÉCHELLE DE PEUR DE L'ÉVALUATION
NÉGATIVE*

INVENTAIRE D'ANXIÉTÉ DE BECK

L'inventaire d'anxiété de Beck

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

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

*QUESTIONNAIRE SUR LES INQUIÉTUDES DU
PENN STATE*

Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State

Veillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (écrivez le numéro vous représentant, à l'avant de chacun des énoncés).

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant

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

Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.

© Tous droits réservés, Université Laval, 1991. Traduit par Hélène Letarte, Mark Freeston & Robert Ladouceur. Ladouceur, R., Freeston, M.H., Dumont, J. Letarte, H., Rhéaume, J. Thibodeau, N. & Gagnon, F. (1992). The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties of a French translation. *Canadian Psychology/ Psychologie Canadienne*, 33, 240.

*QUESTIONNAIRE SUR L'INQUIÉTUDE ET
L'ANXIÉTÉ*

QIA

No. Dossier _____

Date _____

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

a) _____

d) _____

b) _____

e) _____

c) _____

f) _____

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

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

Aucunement
excessives

Modérément
excessives

Complètement
excessives

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

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

Jamais

1 jour
sur 2

À tous
les jours

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

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

Aucune
difficulté

Difficulté
modérée

Difficulté
extrême

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

5. Durant les derniers six mois, avez-vous souvent été troublé-e par une ou l'autre des sensations suivantes lorsque vous étiez inquiet-ète ou anxieux-se? Cotez chaque sensation en encerclant un chiffre (0 à 8).

a) Agité-e, surexcité-e ou avoir les nerfs à vif

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....	.....1.....	.....2.....
.....3.....	.....4.....	.....5.....
.....6.....	.....7.....	.....8.....

b) Facilement fatigué-e

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....	.....1.....	.....2.....
.....3.....	.....4.....	.....5.....
.....6.....	.....7.....	.....8.....

c) Difficulté à se concentrer ou blanc de mémoire

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....	.....1.....	.....2.....
.....3.....	.....4.....	.....5.....
.....6.....	.....7.....	.....8.....

d) Irritabilité

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....	.....1.....	.....2.....
.....3.....	.....4.....	.....5.....
.....6.....	.....7.....	.....8.....

e) Tensions musculaires

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....	.....1.....	.....2.....
.....3.....	.....4.....	.....5.....
.....6.....	.....7.....	.....8.....

f) Problèmes de sommeil (difficulté à tomber ou rester endormi-e ou sommeil agité et insatisfaisant)

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....	.....1.....	.....2.....
.....3.....	.....4.....	.....5.....
.....6.....	.....7.....	.....8.....

6. À quel point est-ce que l'anxiété ou l'inquiétude interfère avec votre vie, c'est-à-dire votre travail, activités sociales, famille, etc?

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....	.....1.....	.....2.....
.....3.....	.....4.....	.....5.....
.....6.....	.....7.....	.....8.....

*ÉCHELLE DE L'INTOLÉRANCE À
L'INCERTITUDE*

ÉII

No. Dossier _____

Date _____

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

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

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

- | | Pas du tout
correspondant | Un peu
correspondant | Assez
correspondant | Très
correspondant | Tout à fait
correspondant |
|--|------------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 12. Lorsque c'est le temps d'agir,
l'incertitude me paralyse. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 13. Être incertain(e) veut dire que
je ne suis pas à la hauteur. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 14. Lorsque je suis incertain(e),
je ne peux pas aller de l'avant. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 15. Lorsque je suis incertain(e), je
ne peux pas bien fonctionner. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 16. Contrairement à moi, les autres
semblent toujours savoir où
ils vont dans la vie. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 17. L'incertitude me rend vulnérable,
malheureux(se) ou triste. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 18. Je veux toujours savoir ce
que l'avenir me réserve. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 19. Je déteste être pris(e) au dépourvu. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 20. Le moindre doute peut
m'empêcher d'agir. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 21. Je devrais être capable de
tout organiser à l'avance. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 22. Être incertain(e), ça veut dire
que je manque de confiance. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 23. Je trouve injuste que d'autres
personnes semblent certaines
face à leur avenir. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 24. L'incertitude m'empêche
de bien dormir. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 25. Je dois me retirer de
toute situation incertaine. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |

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

26. Les ambiguïtés de la vie me stressent.1.....2.....3.....4.....5.....

27. Je ne tolère pas d'être indé-
cis(e) au sujet de mon avenir.1.....2.....3.....4.....5.....

*ÉCHELLE D'APPRÉCIATION DE L'ANXIÉTÉ
DE HAMILTON*

Échelle d'Anxiété d'Hamilton

(Ref: Hamilton MC.(1959), «Hamilton

Anxiety rating scale -HAM A-»).

Parmi les quatorze propositions suivantes, déterminez celles qui correspondent le mieux à votre état en affectant à chaque groupe de symptômes une note entre 0 et 4:

0: Abscent, 1: Léger, 2: Moyen, 3: Fort, 4: Maximal.

Humeur anxieuse: Inquiétude - Attente du pire - Appréhension (anticipation avec peur) – Irritabilité- Consommation de tranquillisants	0 | 1 | 2 | 3 | 4
Tension: Impossibilité de se détendre - Réaction de sursaut - Pleurs faciles - Tremblements - Sensation d'être incapable de rester en place – Fatigabilité.	0 | 1 | 2 | 3 | 4
Peurs: De mourir brutalement - D'être abandonné - Du noir - Des gens - Des animaux - De la foule - Des grands espaces - Des ascenseurs - Des avions - Des transports ...	0 | 1 | 2 | 3 | 4
Insomnie: Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil - Rêves pénibles - Cauchemars –angoisses ou malaises nocturnes.	0 | 1 | 2 | 3 | 4
Fonctions intellectuelles (cognitives): Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire – Recherche ses mots – Fait des erreurs.	0 | 1 | 2 | 3 | 4
Humeur dépressive: Perte des intérêts - Ne prend plus plaisir à ses passe-temps - Tristesse - Insomnie du matin.	0 | 1 | 2 | 3 | 4
Symptômes somatiques généraux (musculaires): Douleurs et courbatures - Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Grincements des dents - Contraction de la mâchoire - Voix mal assurée.	0 | 1 | 2 | 3 | 4
Symptômes somatiques généraux (sensoriels): Sifflements d'oreilles - Vision brouillée - Bouffées de chaleur ou de froid - Sensations de faiblesse - Sensations de fourmis, de picotements.	0 | 1 | 2 | 3 | 4
Symptômes cardiovasculaires: Tachycardie - Palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux - Sensations syncopales - Extra-systoles.	0 | 1 | 2 | 3 | 4
Symptômes respiratoires: Oppression, douleur dans la poitrine - Sensations de blocage, d'étouffement - Soupirs – Respiration rapide au repos.	0 | 1 | 2 | 3 | 4
Symptômes gastro-intestinaux: Difficultés pour avaler - Douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, reflux, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "Coliques" abdominales - Borborygmes - Diarrhée - Constipation.	0 | 1 | 2 | 3 | 4
Symptômes génito-urinaires: Règles douloureuses ou anormales - Troubles sexuels (impuissance, frigidité) - Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.	0 | 1 | 2 | 3 | 4
Symptômes du système nerveux autonome: Bouche sèche - Accès de rougeur - Pâleur - Sueur - Vertiges - Maux de tête -	0 | 1 | 2 | 3 | 4
Comportement lors de l'entretien: <u>Général</u> : Mal à l'aise - Agitation nerveuse - Tremblement des mains - Front plissé - Faciès tendu - Augmentation du tonus musculaire, <u>Physiologique</u> : Avale sa salive - Eructations - Palpitations au repos – Accélération respiratoire - Réflexe tendineux vifs - Dilatation pupillaire - Battements des paupières.	0 | 1 | 2 | 3 | 4
TOTAL: (Le seuil admis en général pour une anxiété significative est de 20 sur 56). N'hésitez pas à en discuter avec votre médecin.	

*INVENTAIRE SYSTÉMIQUE SUR LA QUALITÉ
DE VIE*

(Référence : Tiré à partir de : <http://www.qualitedevie.ca/fr/content/qualite-de-vie>).

Les exemples proposés dans cette section sont en général basés sur l'inventaire systématique de qualité de vie au travail (*ISQVT*) ©, cependant toutes les explications données sont également valables pour l'*ISQV* ©. La passation des deux questionnaires se déroule exactement de la même manière, seuls les domaines de vie sont différents d'un questionnaire à l'autre.

Domaines et sphères de la vie personnelle

L'*ISQV* (Dupuis et al., 1989) couvre 28 domaines de la vie personnelle, regroupés en neuf sphères différentes. Référence : Tiré à partir : <http://www.qualitedevie.ca/fr/content/qualite-de-vie>

1. Santé physique
 - Sommeil
 - Capacités physiques
 - Habitudes alimentaires
 - Douleur physique
 - Santé globale
2. Travail
 - Type de travail
 - Efficacité au travail
 - Interactions avec les collègues
 - Interactions avec les employés
 - Revenu
 - Activité non-rémunérées
3. Affectivité
 - Estime de soi
 - Moral
 - Tranquillité d'esprit
4. Spiritualité
 - Vie spirituelle et religieuse
 - Activités spirituelles et religieuses
5. Loisirs
 - Loisirs de détente
 - Loisirs actifs
 - Sorties
6. Environnement social
 - Interactions avec enfants
 - Interactions avec famille
 - Interactions avec amis
7. Travaux domestiques
 - Travail domestique
 - Entretien de la maison

8. Cognition
 - Mémoire
 - Attention/concentration
9. Couple
 - Relation de couple
 - Relations sexuelles

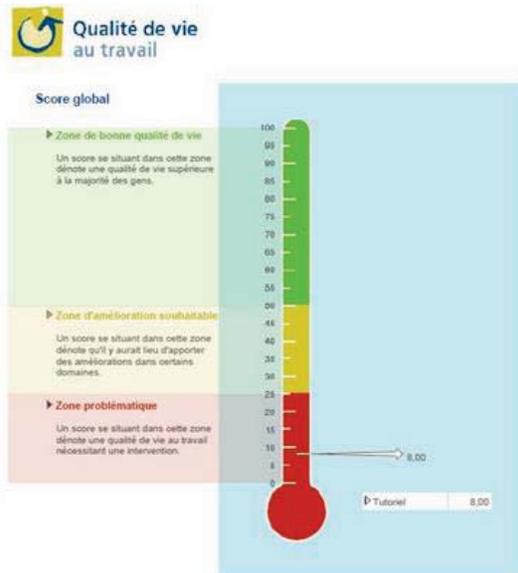
✚ Déroulement du questionnaire et fonctionnement de l'ISQV en ligne

Le lien : <http://www.qualitedevie.ca/fr/content/tutoriel> permet la visualisation d'une vidéo présentée par Gilles Dupuis, permettant de bien comprendre le déroulement et le fonctionnement du questionnaire. L'exemple proposé dans le tutoriel est basé sur l'inventaire systémique de qualité de vie au travail, cependant toutes les explications données sont également valables pour l'ISQV. (Référence : Qualité de vie au travail [Internet]. Montréal : centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales ; 2013. Tutoriel; consulté le 15 juillet 2015. Disponible sur : <http://www.qualitedevie.ca/fr/content/tutoriel>).

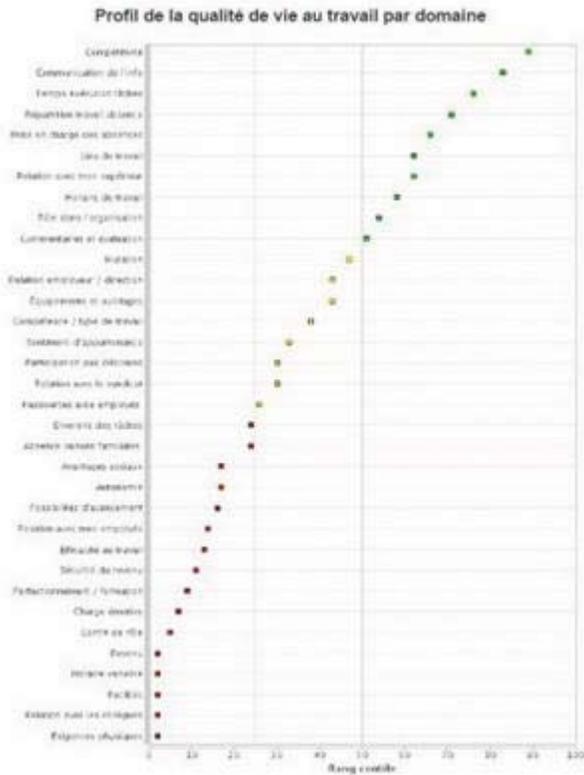
✚ Interprétation de résultats:

Tiré à partir du lien : <http://www.qualitedevie.ca/fr/content/exemple-profil-de-base>

➤ Score Global :



➤ Profil de la qualité de vie par domaine



Les points de ce graphique représentent les scores de QVT obtenus pour chacun des domaines, par l'ensemble des répondants de l'entreprise ou d'un autre type d'organisation. Les domaines y sont classés en fonction des scores de QVT (du meilleur au plus faible) et la couleur des points varie selon qu'ils se situent dans la zone «Bonne qualité de vie» (points verts), dans la zone «Améliorations souhaitables» (points jaunes) ou dans la zone «Problématique» (points rouges). L'échelle située au bas du graphique est exprimée en centile et permet encore une fois de comparer les résultats obtenus à ceux de l'ensemble des gens ayant déjà rempli le questionnaire à ce jour.

