

# Journal International De Victimologie

## International Journal Of Victimology

No. 20, avril 2009

### Évaluation d'une consultation en ligne portant sur le traitement des troubles anxieux

Perreault, M.<sup>1</sup>, Chartier-Otis<sup>2</sup>, M., Djawn White<sup>3</sup>, N., Bélanger, C.<sup>4</sup>, Marchand, A.<sup>4</sup>, Zacchia, C.<sup>1</sup>, Bouchard, S.<sup>5</sup> [Québec, Canada]

---

#### **Adresse de correspondance**

*Michel Perreault. Institut universitaire en santé mentale Douglas  
6875, Boulevard LaSalle. Montréal, Qc, Canada H4H 1R3*

---

Au Canada, deux des troubles anxieux les plus répandus sont le trouble d'anxiété sociale (TAS), avec une prévalence annuelle de 3% (Shields, 2004) et le trouble panique (TP), avec une prévalence annuelle de 1,5% (Ramage-Morin, 2004). Les taux de prévalence à vie de ces troubles sont par ailleurs nettement plus élevés. Une étude récente révèle qu'au Québec, c'est environ 11% de la population qui a eu l'un ou l'autre de ces troubles au cours de sa vie (Kairouz et al., 2008).

Le fait que ces personnes consultent peu ou attendent très longtemps avant de le faire est souvent sous-tendu par leurs comportements d'évitement. Ceci contribue au maintien ou même à l'augmentation de leurs difficultés d'interaction sociale et peut en soi représenter un obstacle au traitement. D'ailleurs, de tous les troubles transitoires modérés de santé mentale, les troubles anxieux sont ceux pour lesquels les taux de consultation sont les plus bas (Kessler

et al., 1999; Vasiliadis et al., 2005; Wang et al., 2005). Il importe donc de mieux comprendre les facteurs qui font obstacle au traitement de ces troubles, tout particulièrement ceux reliés à la symptomatologie (Olfson et al., 1998; Perreault et al., 2004).

#### *Les caractéristiques cliniques et les difficultés d'accès au traitement*

Malgré l'existence de traitements reconnus et efficaces tels que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), très peu de personnes souffrant de troubles anxieux ont accès à des traitements spécialisés. Au Canada, seulement 11% des personnes qui en souffrent seraient traitées (Ohayon et al., 2000). Celles qui consultent attendent très longtemps avant de le faire (Olfson et al., 1998; Perreault et al., 2004), et seul un faible pourcentage de celles-ci reçoivent un traitement approprié (Collins et al., 2004; Marchand et al., 2004; Telch et al., 1995; Young et al., 2001). Les caractéristiques cliniques propres aux

---

<sup>1</sup> Ph.D., Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas et département de psychiatrie, Université McGill,

<sup>2</sup> B.A., Université du Québec à Montréal, <sup>3</sup> B.Sc.Soc., Agence de santé et des services sociaux de Montréal,

<sup>4</sup> Ph.D., Université du Québec à Montréal, <sup>5</sup> Ph.D., Université du Québec en Outaouais (Québec, Canada)

personnes qui souffrent de ces troubles se doivent d'être considérées de manière distincte si l'on souhaite véritablement améliorer leur accès à un traitement spécialisé. Comme ces personnes ont souvent peur de l'opinion d'autrui ou éprouvent des difficultés à se déplacer, ceci peut interférer dans leurs démarches de recherche d'un traitement (Christiana et al., 2000; Craske et al., 2005; Olfson et al., 2000; Rodriguez et al., 2004). Dans une étude entreprise à notre laboratoire, plus du tiers des personnes souffrant d'un trouble panique avec agoraphobie (TPA) ayant effectué une demande de soins par téléphone ne se sont pas présentées à leur entrevue d'évaluation. Chez celles qui ont débuté la TCC, plusieurs ont abandonné en cours de route. Des groupes de discussion réalisés auprès de ces participants ont permis de mettre en relief les appréhensions vécues avant le début du traitement (nouveau de la situation, craintes associées au déplacement et peur de consulter dans une clinique psychiatrique). Par ailleurs, le nombre important d'abandons observés lors de la thérapie d'exposition (i.e. le moment durant le traitement où les patients sont confrontés aux situations qui leur sont anxiogènes) rend compte de la nécessité de cibler leurs réactions d'évitement et d'échappement cognitif et comportemental lors de la dispensation du traitement (Perreault et al., 2004).

#### *Stratégies pour surmonter les obstacles reliés aux caractéristiques*

Certaines modalités de traitement permettent de prévenir les comportements d'évitement reliés au fait de venir consulter. Elles sont fondées sur des stratégies d'intervention qui ne requièrent qu'un contact minimal avec le thérapeute, comme le traitement autogéré (Ito et coll., 2001), la bibliothérapie (Goudreau & Côté, 2001), ou encore la TCC administrée par vidéoconférence (Allard et coll., 2007; Bouchard et coll., 2006). Ces approches, où l'on minimise les contacts avec les thérapeutes et les

autres clients, semblent efficaces pour rejoindre la population visée. À des fins de recherche, le recours à l'Internet permet aussi de rencontrer ces conditions. Dans ce contexte, une consultation basée sur un questionnaire Web interactif a été menée afin de mieux cerner l'accès au traitement des personnes ayant des troubles anxieux. Elle avait pour but de vérifier (1) dans quelle mesure cette nouvelle technologie permet de rejoindre efficacement les personnes aux prises avec un TAS ou un TPA et (2) jusqu'à quel point ce type d'administration de questionnaire apparaît convivial pour les répondants, leur permet de mieux décrire leurs difficultés et d'exprimer leur opinion sur les services qu'ils reçoivent ou souhaiteraient recevoir.

#### *Méthode*

Procédure: La consultation par Internet a été annoncée et rendue accessible à partir d'hyperliens affichés sur six sites Internet, dont trois groupes de soutien au Québec (Phobies-Zéro, Revivre et l'Association des Troubles Anxieux du Québec), deux établissements psychiatriques (l'Institut Douglas et l'Hôpital L.-H. Lafontaine) et la filiale de Montréal de l'Association Canadienne en Santé Mentale. Des envois de masse ont été effectués pour promouvoir la participation à l'étude (liste de la Société Québécoise de Recherche en Psychologie et liste d'une Association étudiante de l'UQÀM). Des dépliants et annonces ont aussi été distribués dans les universités francophones de Montréal, ainsi que dans des cliniques spécialisées pour les troubles anxieux. Le recrutement s'est déroulé entre avril et novembre 2008.

Sur chacun des sites Web présentant le projet, les objectifs du questionnaire étaient présentés. Tous les participants devaient donner leur consentement directement sur le Web. Ainsi, suivant les recommandations de Schmidt (1997), le formulaire de

## Évaluation d'une consultation en ligne portant sur le traitement des troubles anxieux

consentement apparaissait à l'écran avant que les participants ne puissent avoir accès à l'étude. Ensuite, les utilisateurs de ces sites étaient invités à remplir le questionnaire Web en cliquant sur un hyperlien. Les données étaient alors dirigées vers un site Web sécurisé sous la responsabilité du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, permettant ainsi de recueillir les réponses au questionnaire et de les traiter automatiquement avec un logiciel prévu à cet effet.

Outil de mesure : Les participants ont complété un questionnaire Web interactif sur *les obstacles au traitement pour les troubles anxieux*, construit pour les fins de l'étude. Le questionnaire comporte 42 questions couvrant leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs symptômes cliniques, la perception de leurs besoins de soins, ainsi que des obstacles reliés à l'accessibilité au traitement. Afin de le rendre convivial, son format a été simplifié et chaque section a été précédée d'une nouvelle page (Dillman et al., 1998). L'ensemble du questionnaire a été ajusté suite à un pré-test et une étude pilote a permis de corriger des problèmes techniques reliés à son administration (Granello & Wheaton, 2004).

### Résultats

#### a) Portrait des répondants

##### Caractéristiques sociodémographiques :

Sept cent quatorze personnes ont rempli le questionnaire. Le projet ayant été principalement diffusé parmi des ressources desservant une clientèle francophone, une très grande proportion des participants a répondu au questionnaire en français (96,8%) plutôt qu'en anglais.

Neuf répondants sur dix (91,3%) ont rempli le questionnaire en fonction de leur propre situation (« personnes atteintes

d'un trouble de santé mentale »), alors qu'un peu moins de dix pour cent (8,6%) ont rempli le questionnaire en tant que « proche aidant ».

Environ la moitié des répondants ont entre 25 et 44 ans. Ce groupe d'âge compte pour 58,7% des personnes atteintes et 31% des proches aidant. Ceux de plus de 45 ans représentent aussi une proportion importante des participants : plus du quart des personnes atteintes (27,3%) et un environ le tiers des proches aidant (32,8%). Les répondants sont principalement des femmes, autant chez les personnes atteintes (73,3%) que chez les proches aidant (78,7%).

##### Caractéristiques cliniques :

Parmi les 642 personnes atteintes ayant complété le questionnaire, 485 (75,5%) affirment être aux prises avec un problème de santé mentale diagnostiqué. Des analyses préliminaires auprès d'un sous-échantillon de 206 participants rapportant avoir eu un diagnostic de TPA, de TAS ou des deux troubles ont été effectuées. Elles indiquent que près des trois quarts (72,5%) prendraient de la médication psychotrope pour ce trouble et que plus de la moitié (62,1%) auraient déjà reçu un diagnostic de dépression (Chartier-Otis et coll., en préparation).

##### b) acceptabilité de la procédure :

À cinq occasions durant l'administration du questionnaire, les répondants se sont vu offrir la possibilité de cesser leur participation (en sauvegardant les réponses déjà fournies). Chez les participants atteints, un peu moins de 10% (9,4%) se sont prévalus de cette option. Une proportion équivalente (9,8%) a été observée chez les proches aidant.

Au terme du questionnaire, tous les participants étaient invités, s'ils le souhaitaient, à poursuivre en remplissant un questionnaire portant sur le soutien social. Six personnes atteintes sur dix

(59,8%) ayant complété le premier questionnaire ont accepté de poursuivre. Cette proportion a été légèrement inférieure chez les proches aidants (53,6%).

#### c) utilisation du Web :

Quarante trois pour cent des participants à l'étude ont indiqué que ce sont les sites Web de deux groupes de soutien offrant des services en rapport aux troubles anxieux qui les ont dirigé vers le questionnaire (Revivre et Phobies Zéro). Les autres sites mentionnés ont été, dans l'ordre : l'Institut Douglas (12,5%), l'Association canadienne de Santé Mentale-filiale de Montréal (4,2%) et l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (1,8%). Un peu plus du tiers (37,9%) ont rapporté d'autres sites que ceux mentionnés. La distribution de dépliants et d'affiches a aussi contribué à promouvoir la consultation.

#### *Conclusion*

Cette consultation Web, menée auprès de plus de 700 personnes concernées par les troubles anxieux, a permis de démontrer :1) la capacité de cette approche à générer des taux élevés de réponse et ce, auprès d'une population considérée comme difficile à rejoindre; 2) que la consultation par le Web permet dorénavant de rejoindre des personnes de tous les groupes d'âges, tel que le suggère le taux élevé de pénétration du Web (85 % de la population canadienne (ITU, 2008)); 3) le potentiel de ce type de consultation pour explorer les attentes et les demandes des personnes atteintes, de même que leurs caractéristiques cliniques et leur évaluation des services, et 4) l'importance d'identifier et de mettre à contribution les différents réseaux fréquentés par ces personnes pour s'assurer de leur participation à des consultations de ce type, compte tenu du rôle important des organismes de soutien et des centres de traitement spécialisés dans leur utilisation du Web.

#### Remerciements

La production de cet article a été financée en partie par une subvention du Réseau de Recherche en Santé des Populations du Québec, du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec et des Instituts de Recherche en Santé du Canada (programme des partenariats pour l'amélioration des services de santé – PASS).

#### Références

- Christiana, J. M., Gilman, S. E., Guardino, M., Mickelson, K., Morselli, P. L., Olfson, M., et al. (2000). Duration Between Onset and Time of Obtaining Initial Treatment among People with Anxiety and Mood Disorders: an International Survey of Members of Mental Health Patient Advocate Groups. *Psychological Medicine*, 30(3), 693-703.
- Collins, K. A., Westra, H. A., Dozois, D. J., & Burns, D. D. (2004). Gaps in Accessing Treatment for Anxiety and Depression: Challenges for the Delivery of Care. *Clinical Psychology Review*, 24(5), 583-616.
- Craske, M. G., Edlund, M. J., Sullivan, G., Roy-Byrne, P., Sherbourne, C., Bystritsky, A., et al. (2005). Perceived Unmet Need for Mental Health Treatment and Barriers to Care Among Patients with Panic Disorder. *Psychiatric Services*, 56(8), 988-994.
- Dillman, D. A., Tortora, R. D., Contradt, J., & Bowker, D. (1998). Influence of Plain vs Fancy Design on Response Rates for Web Surveys.
- Goudreau, A., & Côté, G. (2001). La bibliothérapie: Comment favoriser l'alliance thérapeutique. *Revue québécoise de psychologie*, 22(3), 7-25.
- Granello, D. H., & Wheaton, J. E. (2004). Online Data Collection: Strategies for Research. *Journal of Counseling and Development*, 82, 387-393.

- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M., & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Kessler, R. C., Zhao, S., Katz, S. J., Kouzis, A. C., Frank, R. G., Edlund, M., et al. (1999). Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 156(1), 115-123.
- Marchand, A., Germain, V., & Dupuis, G. (2004). Le TPA et la qualité de vie: impact de différents traitements du trouble panique avec agoraphobie sur la qualité de vie. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 9(1), 12-22.
- Ohayon, M. M., Shapiro, C. M., & Kennedy, S. H. (2000). Differentiating DSM-IV anxiety and depressive disorders in the general population: comorbidity and treatment consequences. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 166-172.
- Olfson, M., Guardino, M., Struening, E., Schneier, F. R., Hellman, F., & Klein, D. F. (2000). Barriers to the treatment of social anxiety. *The American Journal of Psychiatry*, 157(4), 521-527.
- Olfson, M., Kessler, R. C., Berglund, P. A., & Lin, E. (1998). Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 155(10), 1415-1422.
- Perreault, M., Bélanger, C., Marchand, A., Séguin, C., White, N.-D., & Katerelos, D. e. c. (2004). *Adhésion au traitement cognitivo-comportemental pour le trouble panique avec agoraphobie: cheminement et perspective de la clientèle*. Paper presented at the Colloque «Les meilleures pratiques en santé mentale».
- Rodriguez, B. F., Weisberg, R. B., Pagano, M. E., Machan, J. T., Culpepper, L., & Keller, M. B. (2004). Frequency and patterns of psychiatric comorbidity in a sample of primary care patients with anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 45(2), 129-137.
- Telch, M. J., Schmidt, N. B., Jaimez, T. L., Jacquin, K. M., & Harrington, P. J. (1995). Impact of Cognitive—Behavioral Treatment on Quality of Life in Panic Disorder Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 823-830.
- Vasiliadis, H. M., Lesage, A., Adair, C., & Boyer, R. (2005). Service use for mental health reasons: cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 614-619.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 629-640.
- Young, A. S., Klap, R., Sherbourne, C. D., & Wells, K. B. (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58(1), 55-61.