



LES
CAHIERS
DU SAVOIR

NUMÉRO 2 DÉCEMBRE 2021

LES TROUBLES
ANXIEUX

TABLE DES MATIÈRES



Nous avons employé le masculin dans le but d'alléger la lecture du texte.

Ordre des psychologues du Québec

1100, avenue Beaumont, bureau 510
Mont-Royal (Québec) H3P 3H5

Téléphone : 514 738-1881
1 800 363-2644

ordrepsy.qc.ca
info@ordrepsy.qc.ca

Dépôt légal – 2021

Bibliothèque et Archives
nationales du Québec
ISBN 978-2-923164-63-2

Bibliothèque et Archives Canada
ISSN 2564-3800 (imprimé)

- 1 Mot de la présidente
1 Mot de la rédactrice en chef
-
- 2 **Chapitre 1 – L'évaluation des troubles anxieux**
D^{re} Geneviève Gauthier et D^{re} Marie-Ève Rouleau, psychologues
- 8 **Chapitre 2 – La thérapie cognitivo-comportementale pour l'anxiété : conceptualisation et principes d'intervention**
D^r Michel Dugas, psychologue
- 16 **Chapitre 3 – La thérapie centrée sur l'émotion (TCÉ) pour les troubles anxieux : attachement et régulation d'affect**
D^r Paul S. Greenman, psychologue
- 21 **Chapitre 4 – Compréhension psychodynamique de l'anxiété et de l'anxiété au service d'une pratique clinique de la régulation psychique et de l'accueil de la singularité**
D^{re} Raphaële Noël, psychologue
- 29 **Chapitre 5 – Anxiété et meilleures pratiques en intervention systémique**
D^{re} Alison Paradis, psychologue, et Andréanne Fortin, candidate au doctorat en psychologie
- 36 **Chapitre 6 – Troubles anxieux en contexte d'évaluation neuropsychologique : devrait-on s'en inquiéter ?**
D^r Jean-Pierre Chartrand et D^{re} Sophie Tessier, neuropsychologues
- 43 **Chapitre 7 – Anxiété, pharmacologie et prise en charge médicale**
D^r Pierre Landry, psychiatre, et D^r Gabriel Thériault, résident en psychiatrie
- 50 **Chapitre 8 – L'anxiété chez les enfants et les adolescents : enjeux spécifiques**
D^{re} Lyse Turgeon, psychologue, et Emmanuelle Ayotte, candidate au doctorat en psychologie
- 57 **Chapitre 9 – L'anxiété d'évaluation en milieu scolaire : un facteur de risque pour un développement optimal du potentiel de l'élève**
Thérèse Bouffard, Ph. D. en psychologie, et Élisabeth Parent-Taillon, candidate au doctorat en psychologie
- 64 **Chapitre 10 – L'anxiété chez les personnes âgées : démystifier les symptômes pour mieux intervenir**
D^r Sébastien Grenier, psychologue
- 71 **Chapitre 11 – Les troubles anxiodépressifs : la collaboration interprofessionnelle pour favoriser l'accès à la psychothérapie en première ligne**
D^r Alain Lesage, médecin
- 76 **Chapitre 12 – Aider une personne ayant un trouble anxieux à s'accomplir dans son travail**
D^{re} Estelle M. Morin, psychologue
- 83 **Chapitre 13 – Anxiété et diversité culturelle**
Yann Zoldan, Ph. D., et Diana Miconi, Ph. D., psychologues
-
- 92 Biographies des auteurs
94 Références bibliographiques

MOT DE LA PRÉSIDENTE



Cette seconde édition des *Cahiers du savoir* marque le début de sa pérennité. Vous avez été nombreux à nous témoigner de votre satisfaction à l'égard du premier numéro. Un ouvrage rigoureux, en français, produit par nos propres membres, experts de renom, qui ont accepté de mettre leur savoir au profit de notre communauté de pratique. Avec sa mise en page soignée et sa grille graphique conviviale, le premier tome a été littéralement un pur bonheur à recevoir pour certains d'entre vous. Je suis heureuse de savoir que cette publication remplit bien le mandat que je lui souhaitais, celui de soutenir la formation continue et le développement professionnel des psychologues en proposant des textes inédits et de grande qualité. Je suis fière et heureuse de pouvoir offrir ce second numéro qui permettra à bon nombre d'entre nous de mettre nos connaissances à jour et d'élargir notre culture psychologique.

Je tiens à remercier les administrateurs de l'Ordre d'avoir eu foi en ce projet et de l'avoir appuyé. Je remercie également la Direction des communications pour la production de ce cahier. Je suis très reconnaissante à mes collègues d'avoir à nouveau donné vie à ce projet qui me tient à cœur. Je remercie la directrice de la qualité et du développement de la pratique, Isabelle Marleau, rédactrice en chef des *Cahiers du savoir*, qui coordonne la production des contenus de la publication avec

rigueur et professionnalisme. Je remercie chaleureusement les membres du comité scientifique, qui ont généreusement offert leur expertise et effectué une révision des articles afin d'assurer la crédibilité scientifique des textes. Enfin, et non les moindres, je remercie les auteurs, qui ont accepté de rédiger des articles de grande qualité au bénéfice de leurs collègues psychologues.

Les troubles anxieux sont courants, et la pandémie de COVID-19 a entraîné inévitablement une augmentation de leur manifestation. Ce thème d'actualité vous interpellera puisque vous voyez, dans vos bureaux, assurément des personnes aux prises avec l'un de ces troubles. J'espère que vous pourrez parfaire vos connaissances à la lecture des articles, et que cela vous donnera un souffle renouvelé afin d'aider vos clients, qui ont plus que jamais besoin de vos services. Je souhaite finalement que nous puissions traiter les personnes qui en souffrent, tout en nous rappelant que l'anxiété n'est pas toujours un ennemi, mais qu'elle est aussi et souvent un mécanisme de protection et d'adaptation essentiel dans bien des situations.

D^{re} Christine Grou, psychologue, neuropsychologue
Ph. D. (psychologie), M.A. (bioéthique), ASC
Présidente de l'Ordre des psychologues du Québec



MOT DE LA RÉDACTRICE EN CHEF

La publication de ce numéro arrive alors que nous sommes toujours aux prises avec la pandémie de COVID-19, un événement suscitant de multiples défis dont, non le moindre, celui de se maintenir en santé mentale. Au cours des derniers mois, nous avons été face à l'isolement, parfois en proie à l'inquiétude, à l'insécurité et à une certaine morosité. Ce contexte a malheureusement entraîné chez plusieurs l'écllosion de troubles mentaux, dont les troubles anxieux (TA), ce dont la recherche fait actuellement état. Ainsi, il n'a jamais été aussi important de nous doter d'outils afin de comprendre et de traiter ces troubles. C'est dans ce contexte que ce second numéro s'inscrit, afin de soutenir les pratiques professionnelles des psychologues soucieux d'optimiser leurs interventions.

On peut notamment lire dans ce cahier que les TA, bien qu'ils soient parmi les troubles mentaux les plus fréquents dans la population, peuvent encore être banalisés, et ce, malgré la souffrance et le bris de fonctionnement qu'ils sont susceptibles d'engendrer. Les psychologues qui sont confrontés quotidiennement aux TA sont souvent appelés à travailler avec les impacts de cette banalisation ou encore de certaines simplifications issues, notamment, d'un manque de diffusion des connaissances. Or, il existe différentes avenues de traitements psychologiques efficaces pour les TA. Pour favoriser l'accès à ces traitements, il est essentiel de reconnaître les manifestations multiples de ces troubles complexes, car seule une identification juste, incluant notamment une analyse des comorbidités ainsi que des facteurs contextuels, permettra d'offrir un traitement adapté.

Je me joins finalement à notre présidente pour remercier les auteurs ainsi que les membres du comité scientifique, non sans souligner le travail soutenu de la D^{re} Marie-Ève Rouleau, psychologue et conseillère à la qualité et au développement de la pratique.

D^{re} Isabelle Marleau, psychologue
Directrice de la qualité et du développement de la pratique,
Ordre des psychologues du Québec

L'ÉVALUATION DES TROUBLES ANXIEUX

D^{re} Geneviève Gauthier,
Ph. D., psychologue,
Clinique externe de psychiatrie
Bois-de-Boulogne du CIUSSS
du Nord-de-l'Île-de-Montréal
et **D^{re} Marie-Ève Rouleau,**
Psy. D., psychologue, Service
des troubles anxieux et de
l'humeur de l'IUSMM¹

Les troubles anxieux sont relativement fréquents dans la population. Il est estimé qu'environ une personne sur trois présentera un trouble anxieux au cours de sa vie (Bandelow et Michaelis, 2015 ; Kessler et al., 2012). Chez les femmes, il s'agit d'une des raisons de consultation les plus fréquentes et pour les hommes, ce motif arrive au second rang, après la consommation d'alcool et de drogues (Rector et al., 2016).

Les troubles anxieux tendent à être chroniques s'ils ne sont pas traités, avec la présence de fluctuations dans l'intensité des symptômes et parfois avec une alternance entre des périodes de rechute et de rémission (Angst, 2009). Ils sont associés à un niveau élevé de détresse, engendrent des répercussions importantes sur le fonctionnement personnel et professionnel (Barrera et Norton, 2009 ; Comer et al., 2011), et ce, sans compter les impacts économiques sur les plans individuel et collectif tels que la baisse de la productivité, l'absentéisme, les consultations médicales récurrentes et les hospitalisations (Leon et al., 1995 ; Waghorn et al., 2005 ; Wittchen, 2002).

Heureusement, des traitements dont l'efficacité a été reconnue, comme la psychothérapie et la pharmacothérapie, ont été identifiés (Bandelow et al., 2007 ; Hofmann et Smits, 2008) et peuvent être proposés afin de réduire la souffrance, de prévenir le développement de troubles secondaires et d'empêcher les effets délétères.

La réalisation d'une évaluation rigoureuse et spécifique aux troubles anxieux revêt ainsi une importance capitale afin de favoriser l'accès aux soins indiqués et d'orienter au besoin les clients vers des traitements spécialisés.

1. Au moment de la publication, D^{re} Rouleau est conseillère à la qualité et au développement de la pratique à l'Ordre des psychologues du Québec.

Dans un premier temps : établir si l'anxiété est normale ou pathologique

Comme psychologues, nous revenons bien souvent avec nos clients sur le rôle de messagers des émotions, sur leur fonction. Notre but est de les aider à en faire des alliées pour qu'ils apprennent à mieux se connaître, à se réguler et à s'adapter à leur environnement. Dans ce cadre, nous expliquons quotidiennement le rôle protecteur de l'anxiété. En effet, cette émotion permet à une personne de faire face à une menace en fuyant, en luttant ou en figeant. La poussée d'anxiété est alors jugée utile et est de relative courte durée, et la personne arrive à réguler son expérience une fois la menace passée.

Dans le cas de l'anxiété pathologique, la personne décrit des symptômes cognitifs (p. ex. anticipations, inquiétudes, croyances), physiques (réactions du système nerveux sympathique) et comportementaux (p. ex. comportements d'évitement expérientiel) persistants et sévères, et la réponse anxieuse est bien souvent perçue par la personne elle-même comme étant disproportionnée. La réponse provoque également chez cette dernière une détresse et un bris de fonctionnement.

Dans le cadre de notre évaluation, il importe de ne pas perdre de vue cette distinction entre l'anxiété normale et l'anxiété pathologique. En effet, il arrive qu'un client se présente de lui-même ou nous soit « référé » pour un « trouble anxieux » et qu'en fait, il vive plutôt une situation menaçant réellement son intégrité psychologique (p. ex. harcèlement au travail) ou physique (p. ex. violence conjugale) et que cela entraîne des réactions anxieuses saines (p. ex. attaque de panique en présence de la personne harcelante) que nous nous devons de remettre en contexte pour que la personne recherche de la sécurité. De plus, il faut considérer la possibilité qu'un autre trouble puisse mieux expliquer le tableau clinique. Par exemple, une personne épuisée ou déprimée pourrait rapporter de l'anxiété et des attaques de panique spontanées sans toutefois satisfaire aux critères d'un trouble anxieux.

Finalement, il faut s'assurer qu'un bilan médical complet a été effectué au préalable, car une période de plus forte anxiété et même parfois la présence d'attaques de panique peuvent s'expliquer par une cause médicale (p. ex. dérèglement hormonal, affection cardiaque ou pulmonaire) ou par l'abus de substances (Swinson et al., 2006).

Comorbidité : la norme plutôt que l'exception

Les troubles anxieux sont répertoriés en fonction du type d'objet ou de situation qui induit l'anxiété. Selon la dernière édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013)*, les principaux troubles anxieux sont la phobie spécifique (p. ex. peur des animaux, d'éléments de l'environnement naturel, du sang et des injections ou de certaines situations spécifiques comme la

La réalisation d'une évaluation rigoureuse et spécifique aux troubles anxieux revêt ainsi une importance capitale afin de favoriser l'accès aux soins indiqués et d'orienter au besoin les clients vers des traitements spécialisés.

conduite automobile), le trouble panique (c.-à-d. la peur des sensations physiques de l'anxiété), l'agoraphobie (c.-à-d. la peur de ne pas arriver à trouver de l'aide ou à s'échapper d'un lieu public en cas d'attaque de panique), le trouble d'anxiété généralisée (c.-à-d. la peur engendrée par des inquiétudes excessives et incontrôlables concernant plusieurs situations et activités), le trouble d'anxiété sociale (c.-à-d. la peur du jugement), le mutisme sélectif (c.-à-d. l'incapacité à parler dans des situations sociales) et l'anxiété de séparation (c.-à-d. la peur d'être séparé de la maison ou d'une figure d'attachement). Notons que le trouble obsessionnel-compulsif, l'état de stress aigu et l'état de stress post-traumatique ont historiquement été considérés comme faisant partie des troubles anxieux, mais qu'ils sont maintenant associés à des catégories diagnostiques différentes dans la plus récente version du *DSM*.

Bien qu'un système catégoriel puisse présenter des avantages, il peut induire l'idée que chacun des troubles va se présenter de façon franche et isolée. Dans les faits, il est plutôt la norme qu'une personne qui répond aux critères d'un trouble anxieux présente également un trouble comorbide, dont bien souvent un autre trouble anxieux ou dépressif (Brown et al., 2001; Rodriguez et al., 2004) ou encore un trouble lié à l'utilisation de substances (Kessler et al., 2005; Lai et al., 2015; McLean et al., 2011). À noter que les troubles anxieux peuvent représenter par ailleurs un facteur prédisposant au développement de la dépression et de l'abus de substance. En outre, les personnes aux prises avec un trouble anxieux peuvent souffrir pendant plusieurs années sans consulter, et rencontrer un professionnel de la santé seulement lorsqu'une dépression s'est surajoutée (Savard et Bugeaud, 2016). De plus, il n'est pas rare que, pendant cette attente, les personnes aient tenté de s'automédiquer avec des substances telles que l'alcool (Turner et al., 2018).

Ainsi, il importe de ne pas se limiter à l'analyse catégorielle par symptômes des troubles anxieux, mais plutôt de formuler une évaluation globale de la personne en incluant son histoire développementale et sa structure de personnalité, ainsi qu'en tenant compte de son environnement social. Cela nous permet de mieux appréhender la fonction des symptômes anxieux de la personne dans son équilibre homéostatique et ainsi d'établir un plan de traitement qui est mieux adapté et qui a plus de chances de trouver écho chez la personne souffrante. Par exemple, le plan de traitement ne sera pas le même pour une personne qui

Il importe de ne pas se limiter à l'analyse catégorielle par symptômes des troubles anxieux, mais plutôt de formuler une évaluation globale de la personne en incluant son histoire développementale et sa structure de personnalité, ainsi qu'en tenant compte de son environnement social.

présente les symptômes s'apparentant à un trouble panique et qui a une structure névrotique, un bon réseau de soutien et un emploi que pour une personne présentant des symptômes anxieux similaires, mais ayant une structure limite de bas niveau, des agirs impulsifs et des relations chaotiques.

Facteurs communs et spécifiques

Lors de l'évaluation psychologique, la détection de certains éléments généraux (p. ex. peur excessive ou déraisonnable, sentiment d'appréhension, tendance à anticiper le pire, présence d'inquiétudes) suggérera initialement la possibilité d'un trouble anxieux. Les croyances négatives face à l'anxiété (Reiss et al., 1986) seront également à considérer, ces croyances étant bien répandues auprès des individus souffrant de troubles anxieux et en particulier auprès de ceux aux prises avec un trouble panique (Taylor et al., 1991). L'intolérance à l'incertitude, décrite comme étant la tendance excessive d'un individu à considérer comme inacceptable la possibilité qu'un événement négatif survienne, indépendamment de sa probabilité d'occurrence et de ses conséquences associées (Dugas, Gosselin et Ladouceur, 2001), pourra aussi laisser entrevoir la présence d'un trouble d'anxiété, une forte intolérance à l'incertitude se retrouvant particulièrement chez les personnes souffrant d'un trouble d'anxiété généralisée (Dugas et Ladouceur, 2000; Dugas et al., 2005), mais aussi chez celles ayant d'autres troubles anxieux (Boelen et Reijntjes, 2009; Carleton et al., 2014).

Dans le but d'avoir une compréhension exacte des difficultés et de favoriser la clarification de la nature du trouble anxieux, il est essentiel de cerner avec précision les antécédents ou les déclencheurs de la réponse de peur ainsi que le contexte dans lequel cette dernière se déclenche. Une attention particulière doit également être accordée à l'évaluation des symptômes physiques d'anxiété ainsi qu'aux pensées catastrophiques et aux croyances leur étant associées. Par exemple, dans le cas d'un trouble d'anxiété sociale, l'anxiété pourra être exacerbée par la présence de manifestations physiques apparentes comme les tremblements ou les rougissements, alors que dans le cas d'une phobie de vomir, la sensation de nausée ou d'inconforts digestifs pourra favoriser l'anxiété.

Il est ensuite primordial de se pencher sur la spécificité de la peur (c.-à-d. la nature de la crainte) puisque cet élément diffère pour chacun des troubles anxieux. Par exemple, la crainte d'avoir une

attaque de panique ou la peur des sensations physiques d'anxiété seront observées dans le cadre d'un trouble panique, la crainte de la survenue d'un événement négatif occupera une place centrale en présence d'un trouble d'anxiété généralisée, alors que la peur de montrer des signes d'anxiété ou d'agir de façon embarrassante ou humiliante marquera le tableau clinique lors d'un trouble d'anxiété sociale.

Analyse fonctionnelle

Au-delà de la spécification des déclencheurs, des symptômes physiques et des peurs, c'est l'analyse précise des facteurs prédisposants, précipitants et de maintien de la problématique qui permettra de conclure à la présence d'un trouble anxieux et de déterminer duquel ou desquels il s'agit (Barlow, 2014; Leahy et al., 2012). Une bonne connaissance des conditions entourant le développement d'un trouble anxieux est ainsi essentielle à la formulation de la compréhension clinique et sera fort utile en ce qui a trait au développement du plan de traitement et à la conduite cohérente de ce dernier.

Facteurs prédisposants et précipitants

Pendant l'évaluation, il est important de sonder les facteurs développementaux prédisposant au développement d'un trouble anxieux (p. ex. tempérament de la personne dès l'enfance, attachement insécurisant, parents surprotecteurs, négligents ou violents, membre de l'entourage souffrant d'un trouble anxieux, historique d'intimidation, maladie ou mort d'une figure d'attachement, événement traumatisant). Il est également avisé d'établir quel était l'environnement psychosocial au moment de l'apparition des symptômes (p. ex. rupture, grossesse, événement traumatique, maladie) ainsi que dans les mois ou années précédents (p. ex. histoire d'humiliation, accumulation de facteurs de stress). L'exploration des premières manifestations du trouble anxieux et du contexte dans lequel elles se sont présentées fournira souvent des informations importantes à cet effet.

Facteurs de maintien

La détection des facteurs de maintien (p. ex. évitement expérientiel, comportements sécurisants, schèmes de croyances dysfonctionnels, relation à soi souffrante) occupe une place importante dans l'évaluation puisque ce sont ces derniers qui, en plus d'avoir favorisé le développement du ou des troubles anxieux, contribuent au maintien du ou des troubles. Il est important d'honorer auprès de nos clients la fonction de ces différentes stratégies, soit de chercher à s'éloigner de la douleur émotionnelle et de tenter de retrouver un équilibre psychique. Cela est on ne peut plus humain. Malheureusement, lesdites stratégies, lorsqu'utilisées de façon fréquente et massive, finissent par engendrer davantage de souffrance chez la personne, car elles ne lui permettent pas d'apprendre à réguler fondamentalement l'expérience émotionnelle évitée et l'apaisent temporairement tout au plus. Le fait d'être constamment positionné dans ce type d'impasse est érogivore, et pendant ce

temps, la personne est éloignée de ce qui est important pour elle dans sa vie, tels ses besoins et ses valeurs. La thérapie d'acceptation et d'engagement, dont le fondateur est Steven Hayes, propose un éclairage important pour illustrer cette lutte émotionnelle, et différentes grilles d'analyse, comme la matrice, permettent de bien conceptualiser cette impasse (Schoendorff et al., 2011). Voici différentes formes que peut prendre la lutte émotionnelle.

Évitement

La présence d'évitement (comportemental, émotionnel, cognitif et des sensations physiques) est observée de façon marquée chez les individus souffrant d'un trouble anxieux comme moyen de tenter de composer avec leur détresse. Il n'est ainsi pas rare que les personnes aux prises avec un trouble anxieux modifient leurs activités quotidiennes (p. ex. ne plus aller à certains endroits, cesser certaines activités) ou leurs habitudes de vie (p. ex. arrêter de boire du café ou de l'alcool, ne plus faire de sport) afin de tenter de réduire leur anxiété ou d'essayer de prévenir la survenue de cette dernière. Bien que généralement répandu, notons que l'évitement situationnel n'est pas toujours présent dans la même proportion chez les individus souffrant de troubles anxieux, certains d'entre eux ayant davantage tendance à adopter des comportements dit contraphobiques, c'est-à-dire à affronter les situations anxiogènes malgré le haut niveau de détresse ressenti, en étant submergés par l'anxiété et en se faisant violence, ou en les affrontant tout en étant dissociés. La nature de l'évitement ainsi que le type de situations qui induit l'anxiété ou l'évitement permettent ainsi d'orienter le diagnostic différentiel. De plus, une bonne évaluation des conduites d'évitement ou des comportements contraphobiques aide à préciser le niveau de fonctionnement de la personne ainsi que l'interférence créée par les symptômes. Cela permet également de bien préparer le plan de traitement lorsque l'exposition est une stratégie d'intervention retenue.

Par ailleurs, il arrive que l'évitement prenne des formes plus subtiles, et que bien que la personne n'évite pas la situation, elle s'y rende ou l'affronte en n'étant pas « pleinement présente » à son expérience interne. Il s'agira alors plutôt d'un évitement expérientiel qui peut entre autres prendre la forme de distractions (p. ex. parler sans arrêt), de ruminations (p. ex. retourner dans tous les sens une situation conflictuelle), d'engourdissement (p. ex. engagement excessif dans certaines activités) ou de consommation de substances.

Comportements sécurisants

L'emploi de comportements sécurisants est fortement répandu auprès des individus souffrant de troubles anxieux et doit être évalué judicieusement puisque leur présence contribue au maintien de l'anxiété. Ainsi, comme le suggèrent Antony et Swinson (2000), il sera utile de questionner les patients à savoir s'il y a des choses qu'ils font ou qu'ils apportent avec eux afin de se sentir plus à l'aise dans les situations appréhendées. Par exemple,

certaines personnes sortent seulement les jours où elles se sentent bien, s'assoient près de la sortie quand elles sont dans un lieu public, serrent fortement les objets en présence d'anxiété ou apportent systématiquement avec elles une bouteille d'eau ou des médicaments qu'elles pourraient prendre au besoin. Le recours à des compagnons phobiques et la recherche de réassurance sont également fréquents.

Autres facteurs de maintien

D'autres facteurs de maintien sont également à investiguer en fonction de la nature suspectée du trouble anxieux, comme la présence de certaines croyances (p. ex. interprétation catastrophique des sensations physiques, sous-estimation des habiletés sociales, croyances quant à l'utilité de s'inquiéter, surestimation du danger), la présence d'anxiété d'appréhension ou la tendance à repenser aux situations anxiogènes une fois ces dernières terminées en se centrant sur les problèmes réels ou imaginaires rencontrés.

La présence de bénéfices secondaires (c.-à-d. les effets positifs ou avantages pouvant être retirés d'un symptôme ou d'un dysfonctionnement) doit aussi être considérée. En effet, bien que ces derniers puissent être sous le champ de la conscience de la personne, ils n'en demeurent pas moins des facteurs de maintien bien souvent imposants et qui peuvent influencer lourdement le pronostic du traitement s'ils ne sont pas bien évalués.

Relation avec les émotions et avec soi

Les personnes que nous évaluons nous parlent de « leur anxiété », et plus précisément des manifestations de celle-ci qui les font le plus souffrir et qui sont les plus envahissantes dans leur quotidien. Cela peut faire en sorte que nous soyons nous-mêmes portés à nous intéresser principalement à ce pan de leur monde affectif, tellement la plainte à ce sujet est pressante et détaillée. Mais qu'en est-il de la relation que la personne entretient avec ses autres émotions ? Arrive-t-elle à les conscientiser dans son corps ? À les identifier ? À les accueillir et à les utiliser comme des alliées ? Comme une expérience peut susciter diverses émotions chez une même personne, il est toujours intéressant d'explorer ce qui est « à côté de l'anxiété » lorsque celle-ci est présente. Par exemple, la personne qui consulte peut se sentir honteuse de vivre de l'anxiété, et le fait de vivre cette émotion peut tour à tour la dégoûter d'elle-même, la mettre en colère, la rendre triste, etc. Et l'inverse est aussi vrai. Une expérience de colère ou de honte intense peut entraîner des attaques de panique chez un individu qui finira ou pas par développer la peur de celles-ci, comme dans le trouble panique. Ainsi, il peut être fort utile d'accompagner la personne afin qu'elle voie au-delà de son anxiété pour mieux comprendre la teneur et l'étendue de sa lutte émotionnelle.

Il s'avère également judicieux de s'attarder à un autre type de lutte, soit au regard que peut poser la personne sur elle-même et sur ses difficultés. En effet, il peut arriver qu'un individu ait un

Bien que la personne mette de l'avant ses difficultés et sa souffrance lors de l'évaluation, il ne faut jamais négliger la recension des ressources de cette dernière, qui en possède assurément puisqu'elle est devant nous malgré sa détresse.

regard bien dur, voire impitoyable sur lui-même. Comme pour la lutte émotionnelle, cela engendre de la souffrance additionnelle et peut faire en sorte par moments qu'il est même difficile pour la personne de s'ouvrir à l'autre sur sa vulnérabilité, notamment lorsque l'expérience de la culpabilité ou de la honte est greffée à celle de l'anxiété. Cela sera plus ou moins perceptible selon le type de défenses activé dans le contexte d'entrevue. Pour sonder la qualité du regard que la personne pose sur elle-même, les questions suivantes peuvent guider le clinicien : Quel type de relation la personne souffrante adopte-t-elle envers elle-même ? Comment se parle-t-elle dans son for intérieur ? Comment se soutient-elle face à ses difficultés ? Les travaux de Kristin Neff (2013), pionnière en Amérique du Nord dans le domaine de recherche de l'autocompassion, peuvent apporter un éclairage précieux au clinicien pour développer sa sensibilité à cette relation et à son impact sur le maintien des difficultés psychologiques, dont les troubles anxieux.

Ressources personnelles, besoins et valeurs

Bien que la personne mette de l'avant ses difficultés et sa souffrance lors de l'évaluation, il ne faut jamais négliger la recension des ressources de cette dernière, qui en possède assurément puisqu'elle est devant nous malgré sa détresse. Sans cette information, le portrait de son fonctionnement ne saurait en effet être juste. Que ce soient des ressources sur les plans intellectuel, social ou pragmatique ou relativement aux qualités relationnelles, par exemple, il importe de faire ressortir celles-ci, car en raison de sa souffrance, la personne peut en être venue à considérer seulement ses vulnérabilités, et le fait de la ramener vers ses ressources peut éventuellement l'aider à sortir de l'impuissance. L'encourager à en dire davantage sur ses besoins (p. ex. sécurité, amour, stimulation intellectuelle) et ses valeurs (p. ex. famille, bien-être personnel) est également fort utile dans l'établissement ultérieur du plan de traitement qui tient compte de ses motivations. Cela peut en effet lui permettre de retrouver un sens de direction pour soutenir son espoir d'aller mieux, et aussi pour appuyer tous les efforts qu'elle devra faire dans le cadre de sa psychothérapie (Schoendorff et al., 2011). En ce sens, Russ Harris (2012, p. 259) explique : « Les valeurs sont les désirs qui se cachent au plus profond de notre cœur et qui déterminent la façon dont nous voulons interagir avec le monde, les autres, et nous-mêmes. Elles sont ce pour quoi nous voulons nous battre dans la vie [...] »

Aspects systémiques

Tout au long de l'évaluation, qui doit d'ailleurs être réalisée de manière continue pendant le suivi, il importe de garder en tête que les clients sont des individus faisant partie d'un système plus large et d'évaluer les impacts que peut avoir la présence du trouble anxieux sur leur vie personnelle et familiale. Le risque de transmission des troubles anxieux d'une génération à une autre étant bien documenté (Lawrence et al., 2019 ; Micco et al., 2009), il demeure ainsi avisé d'être attentif à tous signaux qui pointeraient en ce sens et d'aborder la question de la prévention ou de la réduction de la transmission intergénérationnelle des troubles anxieux avec nos clients ultérieurement dans le traitement.

L'existence d'un soutien social ainsi que les impacts possibles associés à la présence du trouble anxieux au sein du réseau social du client sont aussi à explorer. De plus, la possibilité que certains membres du réseau social puissent contribuer au maintien de la problématique, notamment en permettant des accommodations à la personne anxieuse (p. ex. laisser la personne éviter une situation), est à considérer.

Afin de parfaire l'évaluation, il est également essentiel de s'attarder à la présence de stressors additionnels (p. ex. difficultés conjugales, stress financier) ainsi qu'au contexte environnemental dans lequel s'inscrivent les difficultés. Il est aussi de mise de mesurer l'impact négatif du trouble anxieux sur la qualité de vie de la personne ainsi que sur son fonctionnement, notamment en les comparant avec les niveaux prémorbides. L'exploration des différentes sphères de vie comme les relations, le travail, les loisirs et les habitudes de vie (Antony et Swinson, 2000) sera finalement un ajout important à l'évaluation.

Outils d'évaluation standardisés

En complément à l'évaluation clinique, plusieurs outils d'évaluation standardisés (entrevues semi-structurées, questionnaires autoadministrés) peuvent être employés afin de parfaire ou de guider l'évaluation. Ces derniers peuvent également permettre d'évaluer l'évolution et l'efficacité d'une intervention dans le cadre d'un traitement. Rappelons que ces outils doivent toujours être utilisés comme ajout à l'évaluation clinique et ne peuvent s'y substituer.

Afin d'évaluer la présence et la sévérité des différents troubles anxieux ainsi que de favoriser l'établissement d'un diagnostic différentiel, il peut s'avérer utile de recourir à des entrevues d'évaluation semi-structurées. Parmi les entrevues semi-structurées les plus connues se trouvent l'*Entrevue structurée pour les troubles anxieux selon le DSM-IV* (ADIS-IV ; Brown et al., 1994 ; version française : Marchand et Boivin, 1997) et l'*Entretien clinique structuré du DSM-IV-TR* (SCID-IV-TR ; First et al., 2002 ; version française : Lapalme et Hodgins, 1998), qui est généralement davantage utilisé en recherche. Des outils basés sur la plus récente version

du DSM ont été développés pour l'ADIS (Brown et Barlow, 2014) et pour le SCID (First et al., 2016), mais ils n'ont à notre connaissance pas encore été traduits et validés en français.

Des questionnaires autoadministrés permettant d'évaluer la présence spécifique de certains troubles anxieux ont également été mis au point, comme le *Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété* (Dugas, Freeston et al., 2001), le *Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State* (Meyer et al., 1990; traduction et adaptation françaises : Gosselin et al., 2001), l'*Inventaire d'intolérance à l'incertitude* (Gosselin et al., 2008), l'*Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz* (Liebowitz, 1987; traduction française : Lépine et Cardot, 1990), l'*Inventaire de phobie sociale* (Connor et al., 2000; traduction française : Charrette et al., 2003) et le *Questionnaire des peurs* (Marks et Mathews, 1979; traduction et adaptation françaises : Cottraux et al., 1987).

Enfin, des questionnaires autoadministrés permettant d'évaluer des composantes spécifiques à certains troubles anxieux peuvent aussi aider à avoir une compréhension plus détaillée des difficultés. Par exemple, le *Questionnaire sur les pensées phobiques* (Chambless et al., 1984; traduction française : Marchand et Lalonde, 1985), le *Questionnaire sur les sensations physiques* (Chambless et al., 1984; traduction française : Stephenson et al., 1998) et l'*Inventaire de mobilité pour l'agoraphobie* (Chambless et al., 1985; traduction française : Langlois et al., 1985) peuvent être employés en présence d'un trouble panique ou d'agoraphobie, alors que l'*Échelle de peur de l'évaluation négative* (Watson et Friend, 1969; traduction française : Musa et al., 2004) ou l'*Échelle d'affirmation de soi de Rathus* (Rathus, 1973; traduction française : Bouvard et al., 1986) peuvent s'avérer pertinents en ce qui a trait au trouble d'anxiété sociale. Nous vous suggérons de vous référer au livre *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie* de Bouvard et Cottraux (2019) pour obtenir plus d'informations concernant les outils d'évaluation relatifs aux troubles anxieux.

Autres modalités d'évaluation

En plus de l'évaluation clinique et de l'utilisation d'outils standardisés, le recours à d'autres modalités d'évaluation peut fournir un apport important à notre évaluation. En effet, les auto-observations, les jeux de rôle ainsi que les observations dans le milieu naturel ou face à des situations anxiogènes peuvent notamment permettre d'évaluer la réponse de peur et de relever la présence de comportements sécurisants plus subtils dont le client pourrait ne pas être conscient. Leur utilisation peut être particulièrement utile lorsque la verbalisation des craintes est difficile. De plus, l'évaluation comportementale peut également mettre en relief la présence de déficits sur le plan des habiletés sociales ou de certaines compétences qui seront éventuellement à aborder lors du traitement.

Rapport personnel de l'intervenant à l'anxiété

L'individu qui souffre de troubles anxieux nous arrive bien souvent avec un niveau d'activation sympathique élevé, que nous devons être en mesure d'accueillir et de contenir non seulement pour faire une évaluation la plus juste possible des difficultés de la personne, mais également pour favoriser les prémisses d'une relation thérapeutique sécurisante et bienveillante. Il s'agit d'un élément essentiel, car bien que la majorité des personnes que nous aidons considèrent l'intensité de leur peur comme déraisonnable, elles n'en sont pas moins souffrantes, et lorsqu'elles sont submergées par celle-ci et par d'autres émotions comme la honte, venir nous en parler est déjà une exposition en soi.

La connaissance de nos propres zones de vulnérabilité nous permet d'éviter les pièges du manque de sensibilité, si l'objet de la peur rapporté par le client est loin de nos propres angoisses, ou à l'opposé, les embûches engendrées par une trop grande sympathie. La présence à notre propre expérience interne en rencontre d'évaluation est primordiale, car non seulement elle fournit des informations précieuses pour nos hypothèses cliniques en devenir, mais elle nous permet également de conscientiser notre état au point de vue de la régulation émotionnelle et de faire les ajustements nécessaires. Le phénomène de corégulation demeure l'un de nos leviers importants dans une démarche psychothérapeutique et prend un sens tout particulier quand la personne qui est devant nous est submergée par la peur.

Conclusion

Beaucoup de personnes qui nous consultent pour un trouble anxieux se sont fait dire plus d'une fois « arrête de t'en faire comme ça, tu te fais du mal pour rien ! », « change-toi les idées, ça va te faire du bien ! » ou encore « Détresse un peu, détends-toi ! ». « Et si c'était si simple... », avons-nous le goût de répondre avec elles. Pour ne pas tomber dans le même panneau, il faut considérer les troubles anxieux à leur juste titre, soit des troubles souvent bien plus complexes qu'il n'y paraît et qui exigent une évaluation exhaustive conduite avec tout le soin et toute l'expertise nécessaires. Plus complexes certainement que l'idée que l'on peut s'en faire en lisant des manuels qui proposent des protocoles de traitement par étapes, pour des clients triés avec des critères d'inclusion stricts et surtout avec peu ou pas de comorbidités.

Les troubles anxieux sont les témoins d'un bris de fonctionnement de plus ou moins longue date chez la personne et constituent souvent la pointe d'un iceberg dont il faut sonder l'étendue et comprendre la mécanique pour aider la personne à y trouver un sens, puis pour poser les jalons d'une relation de confiance qui lui permettra pas à pas de remonter à la surface, de développer ses ressources personnelles, ses besoins et ses valeurs ou de reprendre contact avec eux.

LA THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE POUR L'ANXIÉTÉ : CONCEPTUALISATION ET PRINCIPES D'INTERVENTION

D^r Michel Dugas,
Ph. D., psychologue,
professeur titulaire au
Département de psycho-
éducation et de psychologie
de l'Université du Québec
en Outaouais

L'essor de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour l'anxiété repose avant tout sur le développement et la validation de traitements spécifiques à chacun des troubles anxieux. Par exemple, la TCC pour le trouble panique vise à diminuer la sensibilité à l'anxiété (Marchand et al., 2018), tandis que la TCC pour le trouble d'anxiété généralisée tente d'augmenter la tolérance à l'incertitude (Robichaud et al., 2019). Malgré la multitude de protocoles de TCC pour les troubles anxieux, certains éléments communs se dégagent de la littérature. Dans cet article, je tenterai d'extraire ces éléments communs afin de présenter un modèle générique de la théorie et de la thérapie cognitivo-comportementale pour l'ensemble des troubles anxieux (incluant le trouble obsessionnel-compulsif, qui n'est plus considéré comme un trouble d'anxiété dans le *DSM-5* [American Psychiatric Association (APA), 2013]). Je ne présenterai pas les techniques d'intervention pour chacun des troubles anxieux, mais je ferai parfois référence à des troubles spécifiques afin d'illustrer l'application théorique ou clinique des principes généraux.

Quelques précisions avant de commencer

Afin de bien situer le présent article, deux précisions s'imposent *a priori*. Premièrement, il faut savoir que l'efficacité thérapeutique s'explique par deux catégories de facteurs : les facteurs communs et les facteurs spécifiques. Les facteurs communs (ou trans-théoriques) comprennent tous les facteurs jouant un rôle dans la psychothérapie, indépendamment de l'orientation théorique (Lecomte et Castonguay, 1987). Ces facteurs incluent, par exemple, les caractéristiques du client (Bohart et Tallman, 1999), l'alliance thérapeutique (Bordin, 1979) et la compétence du thérapeute (Fairburn et Cooper, 2011). Bien que ces facteurs soient déterminants pour l'efficacité thérapeutique (Asay et Lambert, 1999), ils ne seront pas discutés dans le présent article puisqu'ils ne sont pas spécifiques à la TCC. Il importe cependant de souligner que l'efficacité des interventions spécifiques décrites dans ce texte est tributaire de ces mêmes facteurs communs. Par exemple, sans alliance thérapeutique chaleureuse et productive, même les interventions les plus puissantes auront peu d'effet (Norcross, 2011). Ainsi, l'absence de discussion des facteurs communs ne signifie pas que ceux-ci jouent un rôle négligeable dans l'efficacité de la TCC. Au contraire, ces facteurs constituent la fondation même des interventions cognitivo-comportementales (Safran et Segal, 1996).

La deuxième précision concerne l'aspect « actif » de la TCC. À l'instar des autres psychothérapies « orientées vers l'action » (p. ex. la psychothérapie interpersonnelle), l'efficacité de la TCC dépend en grande partie de la motivation des clients (Naar et Safren, 2017). En effet, les clients qui ne sont pas prêts à poser des gestes concrets dans leur quotidien ne pourront pas profiter pleinement de la TCC. Pour cette raison, l'entretien motivationnel s'avère un complément indispensable à la TCC. Essentiellement, l'entretien motivationnel permet d'explorer les sources d'ambivalence des clients afin d'augmenter leur niveau de motivation au changement (Miller et Rollnick, 2012). Les données confirment que l'utilisation de l'entretien motivationnel permet d'augmenter l'efficacité de la TCC pour l'anxiété (Westra et al., 2016). Or, parce que l'entretien motivationnel n'est pas considéré comme une forme de TCC, il ne sera pas discuté dans cet article. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une intervention complémentaire ayant une grande utilité clinique pour cibler l'ambivalence face au changement dans le contexte d'une TCC.

Étiologie de l'anxiété

Illustration clinique

Jean (nom fictif) est un homme de 30 ans qui consulte pour un problème d'anxiété au travail. Lors de son évaluation psychologique, il raconte que lorsqu'il était enfant (4-5 ans), son père faisait souvent des crises de colère en arrivant à la maison après sa journée de travail. À ces moments, son père pouvait menacer de s'en prendre physiquement à Jean et sa mère. Évidemment,

Les données confirment que l'utilisation de l'entretien motivationnel permet d'augmenter l'efficacité de la TCC pour l'anxiété.

le petit Jean en était terrifié, et il tentait de se rendre « invisible » en se cachant sous son lit. Quelques semaines avant qu'il ne commence la maternelle, sa mère décida de se séparer de son père. Elle amena Jean avec elle et s'installa dans une nouvelle maison tout près de l'école de quartier. La vie de Jean devint alors beaucoup plus harmonieuse. Il fut un élève modèle à l'école primaire ; il excella dans ses cours et était aimé des autres élèves. Après le primaire, Jean continua de connaître du succès dans son parcours scolaire. Au secondaire, il réussit bien dans ses cours et il découvrit qu'il était un sportif doué. Il fit ensuite son cégep en sciences humaines avant d'étudier le droit à l'université. Tout au long de ses études, Jean réussit à bien performer, tout en maintenant une vie sociale et sportive active. Bien qu'il pût vivre de l'anxiété par moments (p. ex. avant un examen important), il ne se considérait pas comme une personne anxieuse.

Après ses études universitaires, Jean fut engagé dans un cabinet d'avocats. Il aimait son emploi, mais il remarqua rapidement que son patron était un homme sévère, exigeant et impatient. Lors d'une réunion d'équipe, son patron fit une crise de colère et blâma Jean pour une erreur de documentation dans un dossier important. Jean ne réagit pas sur le coup, mais il fit une crise d'anxiété en arrivant chez lui et ne dormit pas de la nuit. Les semaines suivantes furent très difficiles pour Jean. Il devint hyper-vigilant et se mit à chercher sans cesse des indices qu'il avait fait une erreur. De plus, il commença à interpréter de façon négative les commentaires de ses collègues et de son patron, surtout ceux qui lui semblaient flous ou ambigus (« C'est un dossier complexe... »). Au niveau émotionnel, Jean vivait énormément d'anxiété. Il se sentait tendu et agité dès qu'il se réveillait le matin et il remarqua que son rythme cardiaque augmentait souvent, parfois sans raison. Au niveau cognitif, Jean avait tendance à anticiper le pire dans plusieurs situations non seulement au travail, mais aussi dans sa vie sociale. Il s'inquiétait de tout et de rien, et lorsqu'il commençait à prévoir le pire, c'était très difficile de s'arrêter. Finalement, au niveau comportemental, Jean avait commencé à éviter de se rendre au travail lorsque c'était possible. Alors qu'il disait à ses collègues qu'il était plus « productif » à la maison, la vérité était qu'il ne se sentait plus en sécurité au travail. Lorsqu'il devait s'y rendre, il tentait d'éviter les réunions d'équipe. S'il ne pouvait éviter d'être présent à une réunion, il s'assurait de ne pas boire de café au cours de la journée et d'avoir une bouteille d'eau en sa possession pendant la réunion. Selon Jean, ces stratégies l'aidaient à contrôler son anxiété et lui apportaient un sentiment de sécurité.

L'objectif ultime de la thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes anxieuses est de les aider à développer de nouvelles croyances qui pourront inhiber leurs croyances menaçantes initiales.

Modèle cognitivo-comportemental de l'anxiété

Le cas clinique précédent illustre les éléments principaux du modèle cognitivo-comportemental de l'anxiété. Dans un premier temps, l'histoire développementale de chaque personne mène à la mise en place de croyances fondamentales au sujet de soi, des autres et du monde (Beck et al., 1985). Ces croyances, qui ne sont pas directement accessibles à la conscience, vont par la suite jouer un rôle capital sur la vulnérabilité à développer un trouble d'anxiété (Delattre et al., 2004). Dans l'illustration clinique, il est plausible que des croyances fondamentales en lien avec la vulnérabilité telles que « les autres sont dangereux » et « je ne suis pas assez fort pour me défendre » se soient installées chez Jean. Selon le modèle cognitivo-comportemental, lorsque la personne ne vit pas de stress significatif, les croyances fondamentales demeurent latentes (Clark et Beck, 2010). Dans ce contexte, les croyances n'affectent pas indûment le traitement de l'information et ne mènent pas à des symptômes d'anxiété excessifs. Pour Jean, même si ses croyances fondamentales le rendent vulnérable à l'anxiété, il a vécu peu d'anxiété excessive pendant son parcours scolaire.

Les croyances fondamentales d'un individu cessent d'être latentes lorsque celui-ci est confronté à une situation stressante en lien avec ses croyances (Cámara et Calvete, 2012). Nous dirons alors que les croyances fondamentales ont été activées par un événement précipitant. Dans notre exemple, la crise de colère du patron de Jean s'avère, sans contredit, l'événement qui active les croyances fondamentales de ce dernier. Lorsque les croyances fondamentales d'une personne sont activées, celle-ci aura tendance à « filtrer » son vécu de façon à confirmer ses croyances (Ouimet et al., 2009). Selon le modèle cognitivo-comportemental, les croyances fondamentales provoqueront alors des biais de traitement de l'information qui, à leur tour, viendront confirmer (de façon autoconfirmatoire) les croyances en question (Clark et Beck, 2010). Dans l'illustration clinique, Jean rapporte qu'il est hypervigilant quant aux indices qu'il aurait fait une erreur et qu'il a tendance à interpréter de façon négative les commentaires flous ou ambigus. Il s'agit de biais de traitement de l'information venant « confirmer » ses croyances.

Finalement, l'activation des croyances fondamentales menaçantes et des biais négatifs de traitement de l'information mèneront à l'augmentation de l'anxiété et de ses manifestations cognitives

et comportementales (Dobson et Dobson, 2009). S'installera alors le « triangle TCC », où les réactions émotionnelles, cognitives et comportementales s'influencent mutuellement. On parlera dès lors de relation causale bidirectionnelle entre les émotions, les pensées et les actions. En effet, les études démontrent que le changement d'une des trois facettes de l'anxiété mène à des changements correspondants dans les deux autres (pour une synthèse, voir Tolin, 2016). Dans notre exemple clinique, l'anxiété de Jean au travail se manifeste par des symptômes émotionnels (anxiété subjective, tension, agitation et tachycardie), cognitifs (anticipation du pire, inquiétude) et comportementaux (éviter et utilisation de comportements sécurisants). Évidemment, les réactions émotives, cognitives et comportementales de Jean s'influencent mutuellement, ce qui favorise le maintien, l'exacerbation et la généralisation de son anxiété.

Objectifs et cibles de traitement

L'objectif ultime de la thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes anxieuses est de les aider à développer de nouvelles croyances qui pourront inhiber leurs croyances menaçantes initiales. En effet, les données cliniques et neuropsychologiques indiquent que les croyances initiales (et leurs traces neuronales) ne sont pas modifiées à la suite de la psychothérapie (Bouton, 1993). Les clients développent plutôt de nouvelles croyances plus flexibles et moins menaçantes qui pourront « faire compétition » aux croyances initiales afin de déterminer leurs réactions en situation stressante. Notons que la notion du développement de nouvelles croyances plus flexibles pouvant inhiber les premières revêt une importance théorique et clinique capitale. En effet, comme les croyances initiales demeurent présentes et intactes, le client devra développer des croyances alternatives très robustes afin que ces dernières soient plus accessibles et disponibles que les croyances initiales, même dans les situations particulièrement stressantes. Si cet objectif n'est pas atteint, le client sera à risque de rechute après la thérapie (Craske et al., 2008).

Étant donné la discussion précédente, la question suivante s'impose : quels sont les moyens disponibles en TCC pour favoriser le développement des croyances inhibitoires ? Puisqu'il existe une relation bidirectionnelle entre les réactions émotionnelles, cognitives et comportementales, les thérapeutes peuvent intervenir sur n'importe laquelle de celles-ci pour amorcer un changement systémique. Les thérapeutes doivent donc déterminer la « meilleure porte d'entrée » pour aider leurs clients en tenant compte de plusieurs facteurs pouvant influencer l'efficacité de l'intervention. Par exemple, ils doivent considérer l'importance des différents facteurs de maintien de l'anxiété, les préférences de leurs clients et, bien sûr, leurs propres compétences (Spring, 2007).

Alors qu'en théorie la TCC pour l'anxiété offre trois cibles d'intervention (cognitive, comportementale et émotionnelle),

la réalité clinique est toutefois quelque peu différente. En effet, plus de 60 ans de recherche sur le traitement de l'anxiété mènent à une conclusion inéluctable : l'utilisation de l'exposition, dans une forme ou une autre, est essentielle afin de maximiser l'efficacité du traitement. Sommairement, l'exposition implique la confrontation de stimuli menaçants (externes ou internes) dans le but de créer de nouvelles associations moins menaçantes entre les stimuli et la perception de danger (André, 2004). Plusieurs méta-analyses confirment que l'exposition est la stratégie thérapeutique névralgique pour tous les troubles anxieux. Par exemple, une méta-analyse de Parker et al. (2018) indique que, comparativement aux thérapeutes qui n'utilisent pas l'exposition, ceux qui s'en servent obtiennent de plus grands changements cliniques pour les différents troubles anxieux. Dans une deuxième méta-analyse, Carpenter et al. (2018) concluent que les protocoles de TCC à base d'exposition sont plus efficaces que ceux utilisant d'autres types d'interventions cognitives et comportementales. Finalement, dans leur revue de plusieurs méta-analyses, Abramowitz et al. (2011) concluent que l'exposition produit des changements très importants (de grandes tailles d'effet) pour tous les troubles anxieux. Ainsi, même si diverses stratégies d'intervention ciblant les manifestations cognitives, comportementales et émotionnelles de l'anxiété peuvent être utiles, l'utilisation de l'exposition constitue la pièce maîtresse des meilleures pratiques en ce qui concerne la TCC pour l'anxiété, et ce, sous toutes ses formes.

Interventions cognitives

Bien que l'exposition soit la stratégie d'intervention centrale pour l'anxiété, les interventions cognitives occupent néanmoins une place importante dans l'arsenal des thérapeutes d'orientation cognitivo-comportementale. Cela dit, d'après les données des trois dernières décennies, l'impact des interventions cognitives (p. ex. la réévaluation cognitive) serait plus modeste que ce que la « vague cognitive » des années 1980 laissait présager. Il semblerait que les interventions « cartésiennes » telles que la réévaluation cognitive sont souvent insuffisantes, à elles seules, pour produire une diminution cliniquement significative de l'anxiété. En effet, les données de plusieurs études indiquent que les interventions comportementales (surtout expérientielles) sont plus efficaces pour réduire l'anxiété que ne le sont les interventions cognitives (p. ex. McManus et al., 2011).

Pour bien comprendre les limites des interventions cognitives, il est utile de se pencher sur leurs mécanismes d'action. Alors que les pionniers de cette approche avançaient que les interventions cognitives permettent aux clients d'interpréter leur vécu de façon plus rationnelle (Ellis, 1962) ou productive (Beck, 1976), cela ne semble pas être le cas. Selon des études en sciences cognitives, le mécanisme d'action des interventions cognitives est en fait beaucoup plus simple : ces interventions permettent plutôt aux clients d'apprendre qu'une pensée n'est pas un fait (Barnard et

Teasdale, 1991). Elles les amènent donc à être plus critiques face à leurs pensées automatiques et à concevoir que celles-ci ne reflètent pas nécessairement la réalité. Ainsi, ces interventions favorisent : 1) la distanciation face aux pensées automatiques ; 2) la génération de pensées alternatives ; 3) le déploiement d'un style cognitif plus flexible et nuancé (Teasdale, 1993). Si l'atteinte de ces objectifs n'est pas toujours suffisante pour traiter l'anxiété clinique, les interventions cognitives s'avèrent néanmoins importantes afin de « préparer le terrain » pour le travail comportemental subséquent. Pour les thérapeutes, il peut être utile de concevoir le travail cognitif comme la période d'échauffement avant une activité physique ; même si les exercices d'échauffement ne constituent pas le cœur de l'entraînement, ils sont essentiels afin de préparer l'organisme pour les exercices plus exigeants à venir.

Plus de 60 ans de recherche sur le traitement de l'anxiété mènent à une conclusion inéluctable : l'utilisation de l'exposition, dans une forme ou une autre, est essentielle afin de maximiser l'efficacité du traitement.

La réévaluation cognitive

La réévaluation cognitive commence habituellement avec une discussion psychoéducative sur la distinction entre les pensées (p. ex. « Je vais échouer à mon examen. »), les actions (p. ex. remettre l'étude à plus tard) et les émotions (p. ex. anxiété et culpabilité). S'ensuit une discussion concernant le lien bidirectionnel entre ces trois facettes (le triangle TCC). Par la suite, la notion des pensées automatiques est introduite et discutée afin que les clients puissent saisir l'aspect spontané de leur « monologue interne ». Les thérapeutes peuvent ensuite suggérer aux clients de noter leurs pensées automatiques entre les séances afin de les rendre de plus en plus accessibles à leur conscience (Beck, 2011).

Pour favoriser la distanciation face aux pensées automatiques, les thérapeutes peuvent introduire la notion des distorsions cognitives. Ces dernières constituent la manifestation clinique des biais de traitement de l'information dans le modèle cognitivo-comportemental (Dobson et Dobson, 2009). Pour les personnes anxieuses, les distorsions cognitives (ou filtres cognitifs) peuvent prendre plusieurs formes (p. ex. l'attention sélective aux dangers potentiels, l'interprétation menaçante de l'incertitude et les obligations fictives). Par contre, peu importe la forme des distorsions cognitives, celles-ci visent un objectif commun : la « confirmation » des craintes des clients anxieux (biais de confirmation ; Clark et Beck, 2010). Par exemple, les clients qui craignent le jugement social ont tendance à diriger leur attention vers les personnes non souriantes dans leur environnement social. Ils peuvent ainsi conclure que ces visages graves sont la « preuve » de jugements

sévères à leur égard. En introduisant la notion des distorsions cognitives, les thérapeutes sont en mesure d'aider leurs clients à développer une attitude plus critique face à leurs pensées automatiques (Beck, 2011).

Finalement, les thérapeutes peuvent aborder la réévaluation directe des pensées automatiques. Dans un premier temps, les clients peuvent être invités à se questionner sur la probabilité que leur pensée automatique se concrétise (p. ex. « Quelle est la probabilité que j'échoue à mon examen ? »). Les clients peuvent ensuite réfléchir aux conséquences d'une telle éventualité (p. ex. « Si j'échoue à mon examen, qu'arrivera-t-il par la suite ? »). Finalement, les clients peuvent générer des pensées ou interprétations alternatives (p. ex. « Puisque j'ai plus de difficulté dans cette matière, mon résultat sera peut-être plus faible, mais sans être un échec. »). Ici, les clients n'ont pas à identifier « la bonne » interprétation ; ils doivent simplement générer plusieurs interprétations possibles afin de favoriser le développement d'un style cognitif plus flexible (Teasdale, 1993). Ce dernier point est d'une grande importance puisque le but de la réévaluation cognitive n'est pas de « penser correctement », mais plutôt d'apprendre que la pensée automatique n'est qu'une interprétation parmi tant d'autres (distanciation de la pensée initiale). Lorsque les clients sont en mesure d'appliquer ces principes dans leur vie quotidienne, les thérapeutes pourront passer aux interventions comportementales (Robichaud et al., 2019).

Interventions comportementales

Les thérapeutes d'orientation cognitivo-comportementale disposent de plusieurs techniques comportementales pour intervenir auprès de leurs clients anxieux. Comme il a été mentionné précédemment, l'exposition constitue sans contredit la pièce maîtresse de la TCC pour l'anxiété, et ce, pour tous les troubles anxieux. Néanmoins, d'autres interventions comportementales telles que l'entraînement à la résolution de problèmes et la relaxation musculaire progressive ont aussi fait leurs preuves dans le traitement de l'anxiété (voir Manzoni et al., 2008 ; Provencher et al., 2004). Ces interventions ne seront toutefois pas discutées dans la présente section puisque, comparées à l'exposition, elles sont : 1) moins efficaces pour le traitement de l'anxiété (Antony et Swinson, 2000) ; 2) moins généralisables à tous les troubles anxieux (Siev et Chambless, 2007) ; 3) moins liées au modèle étiologique cognitivo-comportemental de l'anxiété (Dobson et Dobson, 2009). Pour les lecteurs s'intéressant à ces

La compréhension des mécanismes d'action de l'exposition est d'une importance capitale puisque ceux-ci détermineront ses applications cliniques précises.

interventions comportementales alternatives, il existe plusieurs excellents écrits sur la théorie, l'application et l'efficacité de celles-ci (p. ex. Davis et al., 2008 ; Nezu et al., 2013).

L'exposition

Bien que l'efficacité de l'exposition soit établie hors de tout doute (Abramowitz et al., 2011), ses mécanismes d'action demeurent l'objet d'un vif débat (McNally, 2007). Or, la compréhension des mécanismes d'action de l'exposition est d'une importance capitale puisque ceux-ci détermineront ses applications cliniques précises. À cet effet, deux modèles des mécanismes de l'exposition sont particulièrement influents : la théorie du traitement émotionnel et la théorie de l'apprentissage par inhibition. La théorie du traitement émotionnel a été mise de l'avant par Edna Foa et Michael Kozak en 1986. Dans sa version initiale, cette théorie postule que « l'activation complète du réseau de la peur » s'avère une condition essentielle à l'exposition efficace. Ainsi, la personne qui s'expose à un stimulus menaçant doit être activée aux niveaux émotionnel (ressentir la peur ou l'anxiété), cognitif (être attentive au stimulus sans utiliser de neutralisation) et comportemental (être en contact avec le stimulus sans utiliser de comportements sécurisants). Dans ce contexte, la neutralisation désigne toute pensée visant à réduire ou à éliminer l'anxiété (p. ex. les pensées distrayantes ou positives), et les comportements sécurisants font référence à toutes les actions ayant comme but d'éviter un danger anticipé ou de réduire l'anxiété (p. ex. préparer une liste détaillée de questions à poser avant de se rendre dans une rencontre sociale). Selon Foa et Kozak, l'habituation intraséance (diminution de l'anxiété pendant la séance d'exposition) et l'habituation interséances (diminution de l'anxiété d'une séance d'exposition à l'autre) permettent de déterminer l'efficacité de l'exposition. Bien que la théorie du traitement émotionnel ait été révisée à quelques reprises depuis 1986 (p. ex. Foa et McNally, 1996 ; Foa et al., 2006), l'activation complète du réseau de la peur demeure son principe central. L'implication clinique principale de la théorie du traitement émotionnel est donc la suivante : la personne qui s'expose à un stimulus menaçant doit ressentir de l'anxiété pendant l'exposition, et ce, sans utiliser de la neutralisation ou des comportements sécurisants.

Plus récemment, Michelle Craske et ses collègues (2014) ont mis de l'avant la théorie de l'apprentissage par inhibition. Cette théorie, qui s'appuie sur plusieurs études fondamentales et appliquées, postule que l'efficacité de l'exposition s'explique par huit principes d'apprentissage. Parmi ceux-ci, le plus important est le principe de l'optimisation de l'écart (*expectancy violation*), c'est-à-dire que plus la différence entre les attentes et le résultat de l'exposition est grande (le résultat étant meilleur que la prédiction), plus les clients pourront faire un nouvel apprentissage significatif. Ce nouvel apprentissage servira ensuite à inhiber l'activation des croyances anxieuses lorsque la personne sera

à nouveau confrontée au stimulus menaçant (Craske et al., 2008). Comme il en a été question dans la section sur la réévaluation cognitive, le principe de l'optimisation de l'écart repose sur l'idée que les croyances initiales menaçantes (p. ex. « Les chiens sont dangereux. ») ne sont pas éliminées à la suite de l'exposition. En fait, la diminution de la peur s'explique plutôt par le développement de nouvelles croyances (p. ex. « Certains chiens sont dangereux, mais pas tous. ») qui pourront faire compétition aux croyances plus menaçantes afin de déterminer la réaction émotionnelle, cognitive et comportementale de la personne. L'implication clinique qui découle du principe de l'optimisation de l'écart est que les thérapeutes doivent viser à produire des apprentissages inhibitoires en maximisant la différence entre les attentes des clients et le résultat de l'exposition (le résultat étant meilleur que les attentes).

Les derniers principes de la théorie de l'apprentissage par inhibition qui seront discutés ici sont ceux de la variabilité et des contextes multiples. Ces deux principes interreliés s'appuient sur la notion que lorsque nous apprenons à craindre un stimulus, nous apprenons une règle générale (p. ex. « Faire une marche le soir est dangereux. »). Par contre, lorsque nous sommes exposés au stimulus et que l'éventualité crainte ne se produit pas, nous apprenons une exception à la règle (p. ex. « Faire une marche avant 22 heures sur cette rue n'est pas dangereux. »). Cette notion est confirmée par de nombreuses études témoignant de la non-généralisation des apprentissages à la suite d'une exposition trop étroite (voir Bouton, 1993). L'efficacité de l'exposition est donc augmentée lorsque celle-ci est conduite de façon variable (p. ex. stimuli utilisés, délais entre les séances d'exposition) et dans différents contextes (p. ex. lieu, moment de la journée). Les thérapeutes voudront donc varier l'exposition et utiliser différents contextes afin de maximiser l'efficacité thérapeutique, de favoriser la généralisation des acquis et de prévenir les rechutes (Craske et al., 2014).

En résumé, les données probantes montrent que l'efficacité de l'exposition sera maximisée si : 1) il y a activation complète du réseau de la peur (présence d'anxiété sans neutralisation et sans comportement sécurisant) ; 2) l'écart entre les attentes des clients et le résultat de l'exposition est maximisé (le résultat étant meilleur que la prédiction) ; 3) les séances d'exposition sont conduites de manière à varier les stimuli et les contextes. Il est à noter que même si certaines données (Kozak et al., 1988 ; Lang et Craske, 2000) ne soutiennent pas l'importance de la diminution de l'anxiété pendant l'exposition (habituation intraséance) et entre les séances d'exposition (habituation interséances), ces principes peuvent néanmoins s'avérer utiles pour guider les thérapeutes dans l'utilisation de l'exposition.

Il va de soi que l'exposition ne doit pas être appliquée selon les mêmes modalités pour chaque trouble d'anxiété. Puisqu'une discussion approfondie des différentes modalités d'exposition

Les thérapeutes voudront donc varier l'exposition et utiliser différents contextes afin de maximiser l'efficacité thérapeutique, de favoriser la généralisation des acquis et de prévenir les rechutes.

pour chacun des troubles anxieux n'est pas possible dans le présent contexte, notons simplement que l'exposition *in vivo* sera utilisée lorsqu'il est possible et souhaitable d'être en présence du stimulus menaçant (Abramowitz et al., 2011). Dans le cas contraire (p. ex. la peur d'être impliqué dans un accident de voiture), l'exposition en imagination (Robichaud et al., 2019) ou *in virtuo* (Wiederhold et Bouchard, 2014) sera privilégiée. Finalement, lorsque les clients présentent une peur excessive de leurs symptômes d'anxiété (comme dans le trouble panique), les thérapeutes voudront utiliser l'exposition intéroceptive, c'est-à-dire l'exposition aux sensations physiques de l'anxiété (Gould et al., 1995). Selon les besoins particuliers des clients, les thérapeutes pourront combiner différentes modalités d'exposition afin de maximiser l'efficacité de l'intervention (Craske et al., 2014).

Les expériences comportementales

Depuis quelques années, les expériences comportementales ont reçu un appui empirique considérable pour le traitement de l'anxiété (p. ex. Hebert et Dugas, 2019). Celles-ci comprennent quatre étapes : 1) planifier l'expérience (identifier la croyance anxigène, générer l'expérience et noter la prédiction) ; 2) faire l'expérience ; 3) noter le résultat ; 4) faire un retour sur l'expérience afin de mettre en évidence la différence entre la prédiction et le résultat de l'expérience (Bennett-Levy et al., 2004). Les buts visés par les expériences comportementales peuvent être très variés (p. ex. le client pourrait décider d'augmenter son évitement afin de constater l'effet de l'évitement sur sa confiance en soi). Cependant, ces expériences sont typiquement utilisées pour amener le client à s'exposer à l'objet de sa peur (Butler et al., 2008). Ainsi, les expériences comportementales peuvent être utilisées pour structurer l'exposition pour les clients anxieux.

Selon le principe de l'optimisation de l'écart discuté précédemment, plus les clients anxieux perçoivent une différence entre leurs attentes et le résultat de l'exposition (le résultat étant meilleur), plus l'exposition sera efficace (Craske et al., 2014). En amenant les clients à formuler une prédiction précise avant de s'exposer et en faisant un retour explicite sur la différence entre la prédiction et le résultat de l'exposition, les expériences comportementales augmentent la probabilité que les clients perçoivent l'écart entre les deux. Ainsi, l'utilisation des expériences comportementales pour conduire l'exposition peut avoir pour effet d'augmenter l'efficacité de cette dernière.

Les données probantes montrent que les interventions basées sur la méditation constituent des interventions complémentaires qui ne doivent pas remplacer l'exposition, la pièce maîtresse de la TCC pour l'anxiété.

Certaines données empiriques indiquent effectivement que les expériences comportementales, de par leur structure, se comparent avantageusement à l'exposition « sans prédiction explicite » (McMillan et Lee, 2010).

Interventions émotionnelles

C'est un truisme de dire que les interventions émotionnelles ont le vent dans les voiles. Les interventions méditatives occupent énormément de place dans les écrits scientifiques et les médias populaires, et ce, depuis plusieurs années déjà (Nolet et al., 2020). Contrairement aux interventions discutées précédemment, les interventions méditatives ne visent pas directement la modification des réactions émotionnelles, cognitives et comportementales, mais plutôt la transformation de la réponse métacognitive à celles-ci (Tolin, 2016). Par exemple, l'entraînement à la pleine conscience vise à favoriser le déploiement de l'attention aux expériences personnelles (incluant les émotions, les pensées et les actions) dans le moment présent, et ce, sans jugement de sens ou de valeur (Kabat-Zinn, 1994). Les interventions méditatives font souvent partie de protocoles de TCC multidimensionnels tels que la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes et al., 2012), la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (Segal et al., 2002) et la thérapie comportementale dialectique (Linehan, 2015).

L'efficacité des interventions méditatives pour l'anxiété a été mesurée de deux façons : 1) en évaluant l'efficacité des protocoles de TCC qui incluent une composante de méditation ; 2) en comparant, en laboratoire, des interventions métacognitives (acceptation) à des interventions cognitives (réévaluation). Les études sur l'efficacité des protocoles de TCC à base de méditation indiquent généralement que ceux-ci sont efficaces pour l'ensemble des troubles anxieux (voir, p. ex., Hofmann et al., 2010 ; Khoury et al., 2013). Par contre, les résultats de Strauss et al. (2014) donnent à penser que ces protocoles ont peu d'effet sur les symptômes anxieux, mais un effet marqué sur les symptômes dépressifs. Cette conclusion n'est pas surprenante lorsqu'on considère que la plupart des protocoles à base de méditation n'ont pas été pensés spécifiquement pour les troubles anxieux. Par exemple, la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (Segal et al., 2002) et la thérapie comportementale dialectique (Linehan, 2015) ont été développées pour prévenir la rechute de la dépression et pour traiter le trouble de la personnalité limite,

respectivement. En ce qui concerne la comparaison directe des protocoles à base de méditation aux protocoles de TCC sans méditation, les résultats des études indiquent soit qu'ils sont équivalents (p. ex. Khoury et al., 2013 ; Öst, 2014), soit que la TCC sans méditation est supérieure pour diminuer les symptômes de peur (de Abreu Costa et al., 2019).

En ce qui concerne les études en laboratoire, l'ensemble des données comparant les interventions basées sur l'acceptation à celles reposant sur la réévaluation révèle que ces dernières sont supérieures. Par exemple, Hofmann et al. (2009) ont observé que la réévaluation des pensées anxiogènes s'avère plus efficace que l'acceptation de celles-ci pour diminuer l'anxiété des personnes ayant peur de parler en public. De plus, Rood et al. (2012) ont montré que la réévaluation des pensées intrusives est supérieure à l'acceptation de ces dernières pour ce qui est de réduire les émotions négatives des individus ayant récemment vécu un événement stressant. Ainsi, malgré la grande popularité des interventions basées sur l'acceptation, les résultats d'études expérimentales bien contrôlées ne soutiennent pas la notion que celles-ci sont plus efficaces que les interventions basées sur la réévaluation pour réduire les symptômes anxieux.

En résumé, les données issues d'études cliniques et expérimentales indiquent que les interventions basées sur la méditation (et donc l'acceptation des expériences personnelles) ne jouissent pas d'un appui empirique suffisant pour être considérées comme le traitement de choix pour l'anxiété. En particulier, l'exposition bénéficie d'un appui empirique plus important provenant d'études fondamentales, neuropsychologiques, appliquées et cliniques (voir Abramowitz et al., 2011 ; Tolin, 2016). En conclusion, les données probantes montrent que les interventions basées sur la méditation constituent des interventions complémentaires qui ne doivent pas remplacer l'exposition, la pièce maîtresse de la TCC pour l'anxiété.

Efficacité de la TCC

Il existe une vaste littérature sur l'efficacité de la TCC pour les troubles anxieux. Afin de dégager les grandes tendances de cette littérature, examinons les méta-analyses récentes regroupant plusieurs études de traitement. Carpenter et al. (2018) ont combiné les données de 41 études contrôlées (2 843 participants). Leurs résultats montrent que la TCC pour les troubles anxieux est supérieure à diverses conditions placebos et que la taille d'effet (de la différence entre les deux) est modérée ($g = 0,56$). De plus, les participants dans les conditions TCC avaient 2,97 fois plus de chances de faire des progrès thérapeutiques que ceux dans les conditions placebos. Dans une méta-analyse encore plus vaste, van Dis et al. (2020) ont colligé les résultats de 69 essais cliniques randomisés (4 118 participants) comparant la TCC et différentes conditions témoins (p. ex. traitement habituel, thérapie de soutien) pour les troubles anxieux. Leurs résultats révèlent la supériorité de la TCC sur les conditions témoins pour chacun

des troubles anxieux (incluant le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble de stress post-traumatique). Ils montrent aussi que les progrès thérapeutiques découlant de la TCC se maintiennent jusqu'à 12 mois après la fin de la thérapie, et même au-delà de cette période pour le trouble d'anxiété généralisée, le trouble d'anxiété sociale et le trouble de stress post-traumatique.

Afin d'évaluer l'efficacité de la TCC au niveau de l'individu, Loerinc et ses collègues (2015) ont recensé, à partir de 87 études, les taux de réponse des clients anxieux recevant une TCC. Spécifiquement, ces chercheurs ont calculé le pourcentage de participants satisfaisant à des critères d'amélioration prédéfinis (p. ex. diminution sur plusieurs mesures de symptômes, changement cliniquement significatif, évaluation indépendante) pour chaque trouble d'anxiété. Ils en sont arrivés aux taux de réponse suivants : 59 % pour le trouble de stress post-traumatique, 53 % pour le trouble panique, 53 % pour la phobie spécifique, 47 % pour le trouble d'anxiété généralisée, 45 % pour le trouble d'anxiété sociale et 43 % pour le trouble obsessionnel-compulsif. C'est donc dire que la TCC pour les différents troubles anxieux produirait une amélioration cliniquement significative, telle que mesurée par plusieurs critères opérationnels, chez 43 % à 59 % des clients.

Conclusion

Alors qu'il existe des modèles de TCC spécifiques à chaque trouble d'anxiété, il est possible d'en extraire les éléments communs et de mettre de l'avant une conceptualisation cognitivo-comportementale générique de l'anxiété pathologique. Selon le modèle

présenté dans cet article, l'histoire développementale de l'individu peut mener à la mise en place de croyances fondamentales menaçantes sur soi, les autres et le monde. Ces croyances fondamentales, lorsqu'elles sont activées par un événement précipitant, contribuent à l'utilisation excessive de biais de traitement de l'information, ces derniers ayant comme objectif de « confirmer » les croyances fondamentales. S'ensuivra l'apparition de symptômes anxieux qui se manifesteront aux niveaux émotionnel, cognitif et comportemental.

En lien avec ce modèle, la TCC pour l'anxiété vise le développement et la consolidation de nouveaux apprentissages pouvant inhiber les croyances fondamentales anxigènes des clients. Pour ce faire, les thérapeutes peuvent puiser parmi les multiples interventions cognitives, comportementales et émotionnelles validées. Parmi les interventions sélectionnées, les données probantes indiquent cependant que l'exposition s'avère indispensable. Afin de maximiser l'efficacité de l'exposition, celle-ci pourra être conduite dans le cadre d'expériences comportementales, ces dernières permettant de rendre explicite l'écart entre les attentes des clients et le résultat de l'exposition. Cela dit, d'autres interventions cognitives (p. ex. la réévaluation cognitive), comportementales (p. ex. l'entraînement à la résolution de problèmes) et émotionnelles (p. ex. l'entraînement à la pleine conscience) peuvent s'avérer très utiles afin de permettre au client de faire des apprentissages complémentaires et de profiter pleinement de l'exposition.

LA THÉRAPIE CENTRÉE SUR L'ÉMOTION (TCÉ) POUR LES TROUBLES ANXIEUX : ATTACHEMENT ET RÉGULATION D'AFFECT

D^r Paul S. Greenman,

Ph. D., psychologue,
professeur de psychologie
clinique et directeur du
Département de psychoéducation
et de psychologie à l'Université
du Québec en Outaouais

*« Autrui, aimé ou haï, est un composant “organique” de la vie de chacun. »
(Fromage, 2019, p. 97)*

Un postulat fondamental en psychologie humaniste est que nous ne pouvons pas dissocier l'être humain de son environnement, et plus particulièrement de ses relations avec autrui. Si nous voulons vraiment comprendre sa nature, son comportement, sa personnalité et sa façon d'être, nous avons besoin de considérer, en tout temps, la personne comme étant un « être dans le monde », dont l'identité et même la souffrance psychologique relèvent de ses expériences personnelles et subjectives dans ses relations avec d'autres personnes significatives (Frankl, 1946 ; Fromage, 2019 ; Merleau-Ponty, 1945).

Une autre prémisse de la psychologie humaniste, qui s'applique spécifiquement aux interventions cliniques, est que le « blocage », c'est-à-dire le manque de conscience de ses émotions, le manque d'accès aux informations vitales fournies par les émotions relativement aux besoins socio-affectifs ainsi que la difficulté à pleinement vivre et à terminer des expériences émotionnelles, est au cœur des problèmes de santé mentale (Corbeil et Poupard, 1978 ; Perls, 1973 ; Rogers, 1942/2005 ; Watson et Greenberg, 2017). D'après cette perspective, les êtres humains deviennent déprimés, anxieux et traumatisés lorsqu'ils ne sont pas en mesure d'accueillir un répertoire complet d'émotions, de l'écouter et de s'en servir pour guider leur comportement, et lorsqu'ils ne réussissent pas à traiter à fond leurs expériences émotionnelles difficiles, celles-ci étant souvent en lien avec les personnes significatives dans leur vie (Greenberg et al., 1993).

Dans ce chapitre, nous allons présenter des interventions humanistes pour le traitement de l'anxiété qui reposent sur des résultats scientifiques pertinents et pour lesquels des données probantes montrent l'efficacité. Il s'agit principalement de deux approches centrées sur l'émotion, soit celle de Greenberg et ses collègues (p. ex. O'Brien et al., 2019; Timulak, 2018; Watson et Greenberg, 2017) et celle de Johnson (2019; Johnson et Campbell, sous presse).

Conceptualisation de l'anxiété

Comme l'explique le *DSM-5* (American Psychiatric Association [APA], 2013), il y a plusieurs manifestations typiques d'anxiété chez les personnes cherchant de l'aide psychologique : le trouble d'anxiété généralisée (TAG), le trouble panique (avec ou sans agoraphobie), le trouble d'anxiété sociale et des phobies spécifiques. Fidèles à la tradition de Carl Rogers (1942/2005), les cliniciens qui pratiquent les thérapies humanistes n'ont pas tendance à percevoir leurs clients comme étant malades ou souffrant nécessairement d'une pathologie quelconque; leurs symptômes sont plutôt compris comme étant des tentatives d'adaptation à des circonstances difficiles dans lesquelles leurs besoins fondamentaux d'amour et de sécurité n'ont pas été comblés. Les conceptualisations et interventions présentées ici ont été développées principalement pour le TAG et l'anxiété sociale, mais elles peuvent potentiellement s'appliquer à d'autres troubles anxieux dans le contexte d'une évaluation et d'un traitement transdiagnostique (Barlow et al., 2011; Johnson, 2019).

L'anxiété chronique en tant que tentative d'adaptation à la douleur émotionnelle

Comme dans les approches cognitivo-comportementales (p. ex. Robichaud et al., 2019), les inquiétudes excessives et la panique qui caractérisent les troubles anxieux sont perçues ici comme étant des mécanismes d'évitement. Les personnes ont recours aux inquiétudes afin de tenter de composer avec les expériences interpersonnelles douloureuses passées (p. ex. la négligence émotionnelle, l'abus physique, sexuel ou psychologique) et actuelles (p. ex. les ruptures relationnelles) qui engendrent un sentiment du soi comme étant vulnérable et endommagé (Timulak, 2018; Watson et Greenberg, 2017).

Les personnes qui développent des troubles anxieux apprennent, selon cette perspective, qu'elles doivent se débrouiller seules dans un monde dangereux (Johnson, 2019). On s'inquiéterait afin de se sentir en contrôle et de contrecarrer des événements potentiellement douloureux. Les inquiétudes au sujet des éventualités (p. ex. les problèmes de santé, les menaces à sa sécurité et à celle des êtres chers, les finances, les échecs) sont ainsi comprises comme étant des tentatives inefficaces de réguler l'affect et d'établir un sentiment de pouvoir sur les circonstances incertaines auxquelles la personne fait face. Or, la détresse occasionnée par les inquiétudes, en plus d'être débilitante en tant que telle, empêche la personne d'aborder la peine et la vulnérabilité à

Selon la perspective centrée sur l'émotion, les gens souffrant d'anxiété chronique n'ont probablement pas reçu le soutien affectif nécessaire pendant leur développement pour apprendre à faire face à des défis de la vie de manière efficace.

l'origine de celles-ci et, en outre, limite l'accès à des expériences émotionnelles qui mènent aux comportements plus adaptés (p. ex. l'affirmation de soi en lien avec un sentiment de colère, la recherche du réconfort en lien avec la tristesse).

Il est important de noter qu'en général, dans le cas des troubles dépressifs ou anxieux, la douleur émotionnelle qui dépasse les capacités d'adaptation des personnes semble très souvent avoir des origines interpersonnelles. À titre d'exemple, dans une étude récente, 77,2 % des personnes d'un échantillon de patients ayant reçu un diagnostic de trouble anxieux ou de trouble de l'humeur rapportaient, entre autres, avoir vécu au moins un des événements indésirables suivants pendant l'enfance : l'abus physique, l'abus sexuel, la négligence émotionnelle ou l'abandon de la part des figures d'attachement ou de pourvoyeurs de soins (van der Feltz-Cornelis et al., 2019). Ce taux était de 19,6 % dans un échantillon de personnes sans trouble psychiatrique (Allen et al., 2019). Il peut également y avoir des séquelles à long terme en lien avec des événements qui sont moins traumatisants, mais qui laissent des traces tout de même, tels la maladie grave d'un parent, la séparation des parents, l'intimidation à l'école ou le sentiment chronique d'être rejeté ou de ne pas être aimé (O'Brien et al., 2019).

L'attachement insécurisant et les troubles anxieux

Les événements indésirables de cette nature risquent d'occasionner des styles d'attachement insécurisants, et il y a un lien fort entre une orientation d'attachement anxieuse et l'étiologie des troubles anxieux (Mikulincer et Shaver, 2016; Nolte et al., 2011). À l'âge adulte, l'attachement insécurisant de type anxieux est caractérisé par une hyperactivation du système d'attachement; la personne cherche des liens proches avec les autres, mais ne perçoit pas la disponibilité émotionnelle d'autrui, ce qui a pour effet d'augmenter ses sentiments de solitude et de peur (Mikulincer et Shaver, 2016). Bref, selon la perspective centrée sur l'émotion, les gens souffrant d'anxiété chronique n'ont probablement pas reçu le soutien affectif nécessaire pendant leur développement pour apprendre à faire face à des défis de la vie de manière efficace. Ils se sentent abandonnés et vulnérables, et l'idée de faire face à cette vulnérabilité seul est vécue comme étant insupportable, ce qui mène au blocage émotionnel. Le traitement des émotions et la réponse efficace au sentiment de vulnérabilité ne sont pas possibles, car l'accès aux expériences émotionnelles fondamentales est restreint ou inexistant.

Les résultats d'un nombre croissant d'études corroborent ce lien entre l'attachement anxieux et les troubles anxieux ainsi que le rôle important de la régulation de l'émotion en tant que médiateur (Marganska et al., 2013; Marques et al., 2018; Nielsen et al., 2017; Nolte et al., 2011). La qualité de l'attachement d'un individu semble donc affecter sa capacité à réguler son affect et pourrait occasionner des stratégies de régulation inefficaces, telles les inquiétudes excessives. Mentionnons par ailleurs l'étude de Nielsen et al. (2019), selon laquelle l'efficacité de certains traitements courants pour l'anxiété (p. ex. la thérapie cognitivo-comportementale de groupe) serait réduite lorsque les clients ont une orientation d'attachement anxieuse. À la lumière de tous ces résultats, nous trouvons pertinent d'aborder les enjeux liés à l'attachement et à la régulation émotionnelle directement dans l'intervention psychothérapeutique auprès des personnes ayant un trouble anxieux.

La thérapie centrée sur l'émotion (TCÉ) pour le traitement de l'anxiété

Deux approches actuelles centrées sur l'émotion constituent des ressources intéressantes pour les thérapeutes d'orientation humaniste travaillant auprès de personnes aux prises avec l'anxiété : la *Emotion-Focused Therapy* (Elliott et al., 2004; Kramer et Ragama, 2020; Watson et Greenberg, 2017) et la *Emotionally Focused Individual Therapy* (Johnson, 2019; Johnson et Campbell, sous presse). En thérapie centrée sur l'émotion (TCÉ), l'émotion est à la fois la cible et l'instrument du changement, ce qui est typique des approches humanistes. L'objectif de l'intervention est, dans un premier temps, d'aider le client à maîtriser ses inquiétudes ou sa panique suffisamment pour qu'il puisse, dans un deuxième temps, apprendre à reconnaître, à écouter et à soulager efficacement la partie de soi qui se sent vulnérable, triste et apeurée. Cette deuxième partie du travail en thérapie assure le bien-être psychologique à long terme et la résistance à la rechute.

Le processus thérapeutique implique également l'accroissement de l'accès à la gamme d'émotions (p. ex. la colère saine en réaction à l'injustice de l'abus ou de l'abandon, la tristesse face à la perte, la joie vécue dans les interactions ou les relations de soutien mutuel, le dégoût envers l'auteur d'abus sexuel ou de maltraitance) qui portent la personne à se comporter de manière à pouvoir assouvir ses besoins socioaffectifs fondamentaux (p. ex. en s'affirmant, en cherchant du réconfort, en posant des

Les interventions visent à aider la personne à apprendre à reconnaître et à soulager sa peur, via la construction d'un concept de soi où elle est aimable et digne d'amour et de liens proches. Ce sentiment d'efficacité personnelle et de connexion émotionnelle avec autrui représente l'antidote ultime à l'anxiété.

gestes pour prolonger ou répéter les expériences plaisantes, en s'éloignant des situations ou des personnes qui posent un risque). Un autre élément important dans cette démarche thérapeutique, qui relève de la Gestalt-thérapie (Perls, 1973; Polster et Polster, 1973), est la terminaison des « expériences inachevées » avec les personnes significatives dans sa vie : parents, amis ou partenaires amoureux. Dans l'ensemble, les interventions visent à aider la personne à apprendre à reconnaître et à soulager sa peur, via la construction d'un concept de soi où elle est aimable et digne d'amour et de liens proches. Ce sentiment d'efficacité personnelle et de connexion émotionnelle avec autrui représente l'antidote ultime à l'anxiété (Johnson, 2019; Johnson et Campbell, sous presse; Watson et Greenberg, 2017).

Principes et interventions en thérapie centrée sur l'émotion (TCÉ)

Les approches centrées sur l'émotion pour le traitement de l'anxiété ont plusieurs points en commun, y compris : 1) la primauté de la relation thérapeutique; 2) le recadrage de l'inquiétude en tant que tentative d'adaptation; 3) l'importance accordée à la symbolisation et à l'approfondissement de l'émotion; 4) l'accès aux émotions et aux besoins socioaffectifs via l'expérience corporelle; 5) la guérison des blessures d'attachement au cœur du problème d'anxiété.

La primauté de la relation thérapeutique

Aucun progrès réel et significatif n'est possible en TCÉ sans une alliance thérapeutique solide et soutenue. En tout temps, le thérapeute fait preuve d'empathie et de congruence, avec un regard positif inconditionnel pour le client (Johnson, 2019; Rogers, 1942/2005; Watson et Greenberg, 2017). Le thérapeute doit communiquer directement au client, dans ses mots, gestes et tentatives de compréhension, les messages suivants : « je suis là avec toi », « je t'accepte et je te valorise *comme tu es* » et « je ne t'abandonne pas ». Les reflets empathiques, la validation et l'absorption du thérapeute dans le monde du client sont des fondations sur lesquelles toutes les autres interventions reposent. Plus le client se sent respecté, valorisé et en sécurité, plus il sera en mesure de prendre les risques en thérapie (p. ex. reconnaître, approfondir et passer à travers ses sentiments de panique et de peine). De plus, les reflets, la validation et l'entrée du thérapeute dans le monde du client sont des éléments actifs dans l'amélioration de l'anxiété de ce dernier. Plus un client ressent la présence, l'intérêt sincère et la disponibilité émotionnelle de la part du thérapeute, moins il se sent seul face aux défis, ce qui représente un soulagement important dans le travail avec l'anxiété.

Le recadrage de l'inquiétude en tant que tentative d'adaptation

Tel qu'il est mentionné ailleurs dans le présent chapitre, en TCÉ, le thérapeute comprend la tendance à s'inquiéter comme étant une tentative de composer avec un sentiment de vulnérabilité ou de fragilité qui est perçu par le client comme étant insupportable.

En s'inquiétant, le client essaie de se protéger et de développer un sentiment de contrôle sur un monde incertain (Watson et Greenberg, 2017). Cette façon de conceptualiser la tendance à s'inquiéter est communiquée directement au client, et le thérapeute travaille avec lui pour l'aider à ressentir et à nommer ce fardeau qu'il s'impose et pour l'aider à y réagir. Afin d'aborder les inquiétudes et d'en réduire l'intensité, le thérapeute peut mener un « exercice de deux chaises » (Kramer et Ragama, 2020; Timulak et McElvaney, 2018; Watson et Greenberg, 2017), dans lequel le client est guidé dans un processus de différenciation et d'articulation de l'impact du fardeau de l'anxiété. Il s'agit d'un dialogue avec soi-même; le côté du client qui endure les inquiétudes apprend à s'affirmer contre le côté qui les impose. À l'aide de questions évocatrices (« Qu'est-ce qui se passe pour toi quand...? ») et d'attention dirigée vers ses réactions corporelles (p. ex. tension musculaire) aux nombreuses inquiétudes, le client accède à sa fatigue, à sa frustration et à son besoin de répit de l'anxiété. C'est ainsi que l'on aborde en TCÉ les inquiétudes directement. L'objectif de ce travail est l'assouplissement du côté qui impose les inquiétudes et l'encouragement de l'accès à la peur fondamentale qui sous-tend cette tendance (« Je te fais l'inquiéter parce que je veux te protéger dans ce monde dangereux plein de peine et de peur. »).

Il est aussi possible d'accéder à la vulnérabilité fondamentale et de calmer l'anxiété sans recours aux chaises. Dans un tel contexte, le client peut être encouragé, via des conjectures empathiques, des reflets et des interactions imaginées, à accéder à sa peur (« Le monde est dangereux. ») et à travailler cette dernière à l'aide du thérapeute, ou bien à faire appel, en imagination, à des figures d'attachement rassurantes (p. ex. parents, amis, conjoints, autres personnes). Il s'agit d'un processus appelé « ressourcement » (Johnson, 2019; Johnson et Campbell, sous presse).

L'importance accordée à la symbolisation et à l'approfondissement de l'émotion

Un postulat fondamental des approches centrées sur l'émotion est que la modification d'une expérience émotionnelle telle que l'anxiété se fait lorsque le client accède à d'autres émotions (p. ex. la colère, la joie, la tristesse) et qu'il pose ensuite des gestes efficaces en réponse aux émotions dont il est nouvellement conscient (p. ex. l'affirmation, la poursuite d'interactions rassurantes, la recherche du réconfort) [Greenberg et al., 1993; Johnson, 2019; Kramer et Ragama, 2020].

Afin de pouvoir reconnaître et intégrer les données fournies par les émotions et de les utiliser pour guider l'action, la personne doit dans un premier temps devenir consciente de la présence de ces émotions et de leur impact en les ressentant pleinement. Cela incarne la notion du « contact » (Corbeil et Poupard, 1978; Perls, 1973). Pour cette raison, la simple discussion d'émotions ou l'analyse rationnelle et intellectuelle de leur impact ne suffisent pas

pour effectuer du changement. Il est essentiel que le thérapeute, à l'aide, entre autres, de questions ou de réponses évocatrices (« Comment est-ce que c'est pour toi quand...? »), de répétitions de mots clés empreints de signification (« Tu te sentais seul, abandonné, pas important. »), de reflets (« Je vois des larmes dans tes yeux quand tu me racontes l'histoire du décès de ta grand-mère. ») ou de conjectures empathiques (« Ça fait mal, comment elle t'a traité, c'est ça? »), évoque l'émotion en séance. La transformation de l'expérience s'ensuit lorsque le client, pleinement en contact avec sa peur ou sa vulnérabilité fondamentale (à ne pas mélanger avec les « inquiétudes », qui sont une tentative de ne pas ressentir la peur fondamentale), reçoit une réponse empathique, validante et encourageante de la part du thérapeute, d'une partie de soi-même ou d'une autre personne significative dont la présence est imaginée en séance (Johnson, 2019). Un autre élément transformateur est l'accès à la colère « primaire » (c'est-à-dire à une réaction appropriée et souhaitée face à une violation) [Kramer et Ragama, 2020]. Une fois que le client a reconnu l'expérience émotionnelle via un processus d'attention aux signaux viscéraux (voir la section suivante), le thérapeute l'aide à trouver les mots justes pour décrire l'expérience, un processus nommé « symbolisation » (Rogers, 1942/2005). Il est important que le client verbalise, au moyen du langage, ses émotions et son expérience afin de faciliter la transformation (p. ex. « Je suis *fâché* contre lui parce qu'il m'a profondément *blesé* alors que j'avais besoin de lui. »).

L'accès aux émotions et aux besoins socioaffectifs via l'expérience corporelle

Le corps est essentiel dans le processus d'identification et de changement des expériences émotionnelles. Les interventions en TCÉ qui aident les clients à reconnaître leurs émotions et à agir sur elles, relèvent principalement du processus de *focusing*, une technique d'identification et de symbolisation des émotions développée par Eugene Gendlin (1996). Le thérapeute qui pratique la TCÉ dirige régulièrement l'attention du client vers les différentes parties du corps qui s'activent ou réagissent lors de son expérience d'une émotion ou d'un besoin en lien avec une émotion. Il s'agit d'un processus ascendant (*bottom-up*) qui implique la vérification de diverses étiquettes verbales afin de trouver celles qui concordent avec l'expérience physiologique. Par exemple, le thérapeute pourrait demander « Où dans ton corps est-ce que tu ressens cette pression que tu me décris? » ou bien « Qu'est-ce que cette tension dans ta poitrine te dit en ce moment? ». L'objectif est d'aider le client à devenir plus conscient de ses sensations physiologiques, puisqu'elles contiennent des informations importantes sur ses réactions à ce qui se passe à l'intérieur et autour de lui. Le corps est ainsi une porte d'entrée aux besoins socioaffectifs, dont la satisfaction diminue l'anxiété et favorise un sentiment de puissance et de bien-être (Watson et Greenberg, 2017).

La guérison des blessures d'attachement au cœur du problème d'anxiété

Selon la perspective centrée sur l'émotion, le client doit reconnaître et aborder son sentiment de vulnérabilité et sa peur fondamentale afin de se débarrasser de son anxiété chronique de façon définitive. Les peurs fondamentales prennent régulièrement la forme de peurs de l'abandon, du rejet et de la solitude (Johnson, 2019; Kramer et Ragama, 2020; Timulak, 2018; Watson et Greenberg, 2017). Tel qu'il est indiqué dans la section précédente, ces peurs ont besoin d'être nommées et assumées par le client afin que celui-ci puisse y répondre. Ensuite, le thérapeute s'engage avec le client dans des démarches qui visent à lui permettre d'exprimer ses peurs, sa peine, sa honte et sa vulnérabilité et de chercher du réconfort et de la rassurance. Par exemple, au moyen d'exercices de « chaise vide », lors desquels ils sont invités à parler directement à des personnes significatives qu'ils imaginent assises dans une autre chaise dans la salle (Shahar, 2017; Kent et al., 2021; Watson et Greenberg, 2017), les clients apprennent à s'affirmer et à exprimer pleinement leurs besoins d'amour et de respect. Cet exercice a un effet anxiolytique, car il leur permet d'accéder à leur force et à un sentiment de puissance. Ce contact et cette expression viennent atténuer la peur et la vulnérabilité fondamentales qui déclenchent les inquiétudes, ce qui les rend moins nombreuses et moins envahissantes.

Le thérapeute peut également proposer cet exercice à ses clients sans leur demander de parler directement à une chaise vide; ils peuvent tout simplement imaginer la présence de l'autre personne (Johnson, 2019). En plus d'encourager ces interactions (toujours en imagination en psychothérapie individuelle) avec des auteurs de blessures, le thérapeute structurera également lors des séances des rencontres imaginaires avec des personnes significatives qui ont fait preuve d'amour, de bienveillance et de soutien auprès du client (p. ex. des amis, des partenaires de vie, des parents, des grands-parents, d'autres membres de la famille, des collègues, des enseignants, des entraîneurs) afin de renforcer le sentiment de sécurité et de favoriser un concept de soi positif chez le client (Johnson, 2019; Johnson et Campbell, sous presse).

Particularités des approches centrées sur l'émotion

Bien qu'il y ait des recouvrements importants entre les principales approches centrées sur l'émotion décrites ici, il y a également des différences importantes. D'abord, Greenberg et ses collègues se servent de techniques spécifiques comprenant des « tâches thérapeutiques » appliquées à des moments précis selon les « indices » présentés par le client en séance (Kramer et Ragama, 2020; Watson et Greenberg, 2017). Des exemples d'interventions qui doivent être appliquées à des moments particuliers sont l'exercice de deux chaises, l'exercice de la chaise vide, le *focusing* et l'exploration systématique du point de réaction problématique.

En revanche, Johnson (2019) favorise plutôt une séquence de cinq macro-interventions qu'elle nomme le « tango de la TCÉ » (*EFT tango*), qui sont employées du début à la fin du travail psychothérapeutique. Il s'agit : 1) du reflet des processus intra- et interpersonnels actuels; 2) de l'assemblage et de l'approfondissement de l'affect; 3) de « mises en acte » (*enactments*) en imagination avec les personnes significatives; 4) du traitement (*processing*) de l'expérience; 5) de l'intégration des nouvelles informations et réactions et de la validation (Johnson, 2019). Comparativement à l'approche de Greenberg et ses collègues, l'approche de Johnson implique un travail plus explicite et immédiat relativement à l'attachement en thérapie, puisque les blessures d'attachement et les orientations d'attachement insécurisantes qui s'ensuivent sont réputées être au cœur de la genèse de l'anxiété.

Données probantes

Quatre études sur l'efficacité de la TCÉ pour l'anxiété ont été publiées jusqu'à maintenant : deux sur la TCÉ en tant que traitement pour le trouble d'anxiété sociale (Elliott, 2013; Shahar et al., 2017) et deux sur la TCÉ en tant que traitement pour le TAG (Kent et al., 2021; Timulak et al., 2017). Ces études ont privilégié l'approche de Greenberg. La première étude randomisée contrôlée de Johnson est présentement en cours.

Dans toutes les études publiées, les chercheurs ont détecté des changements significatifs pré- et post-intervention, avec des tailles d'effet élevées (*d* de Cohen entre 1 et 2,56). Cependant, seule l'étude d'Elliott (2013) comportait un groupe de comparaison et un échantillon de plus de 50 personnes (*N* = 53). Les autres études avaient de petits échantillons, allant de *N* = 12 (Shahar et al., 2017) à *N* = 14 (Timulak et al., 2017), et n'avaient pas de groupes de comparaison. Il reste donc un travail important de validation à faire pour que l'efficacité de la TCÉ pour l'anxiété soit reconnue.

Conclusion

À la lumière de la recherche mettant en évidence la nature interpersonnelle de la détresse au cœur des troubles anxieux et des difficultés de régulation émotionnelle qui les caractérisent ainsi que des indications que certaines personnes souffrant de troubles anxieux semblent réfractaires aux interventions psychothérapeutiques courantes (Timulak, 2018), la thérapie centrée sur l'émotion peut être une alternative intéressante dans le traitement de l'anxiété. Des clients ayant suivi ce traitement indiquent que le travail émotionnel qui s'y rattache, quoique difficile, leur apporte beaucoup de changements positifs, tels qu'une diminution de leur anxiété, un accroissement de la conscience et de la compréhension de leurs émotions ainsi qu'une augmentation de leur confiance et de leur résilience (Timulak et al., 2017). Il s'agit alors d'une approche enracinée dans la science et pour laquelle les données probantes sont prometteuses.

COMPRÉHENSION PSYCHODYNAMIQUE DE L'ANGOISSE ET DE L'ANXIÉTÉ AU SERVICE D'UNE PRATIQUE CLINIQUE DE LA RÉGULATION PSYCHIQUE ET DE L'ACCUEIL DE LA SINGULARITÉ

D^{re} Raphaële Noël,

Ph. D., psychologue, professeure
agrégée au Département de
psychologie de l'Université
du Québec à Montréal

Introduction

En raison de ses liens significatifs avec la psychanalyse, la psychologie dynamique partage avec celle-ci un certain nombre de caractéristiques qui définissent sa spécificité par rapport à d'autres approches. Nous présenterons dans ces lignes une conception des troubles psychiques enracinée dans une compréhension commune du fonctionnement psychique ainsi que la pratique clinique qui en découle. Les illustrations cliniques proposées seront spécifiquement choisies dans le champ des manifestations anxieuses, exposant ainsi comment les troubles anxieux peuvent être entendus et traités en psychothérapie psychodynamique (PP).

Racines psychanalytiques classiques et contemporaines et perspective psychodynamique

La psychanalyse est à la fois un corpus théorique et une thérapeutique, et elle se définit également comme une métapsychologie, soit une psychologie des psychologies singulières. Cela témoigne de son souci de conceptualiser les processus psychiques communs à tous tout en rendant compte des variations cliniques individuelles, préservant ainsi la spécificité du sujet (Roussillon, 2018).

La psychanalyse contemporaine allie une perspective résolument intersubjective à la perspective intrapsychique caractérisant la psychanalyse classique (Eiguer, 2013 ; Tisseron, 2013). La vie psychique se construit au cœur du lien à l'autre : la qualité de l'environnement relationnel et affectif conditionnera le développement des potentialités psychiques (Ciccone et Lhopital, 2019). Cette épigénèse interactionnelle de la subjectivité n'est pas sans rappeler les récentes perspectives de l'épigénétique, rejoignant cette idée de causalités multifactorielles (Roussillon, 2018) départageant difficilement les influences génétiques des influences environnementales (Bougnères, 2014).

L'objectif d'une psychothérapie psychodynamique visera le retour à un équilibre sans que la résolution symptomatique soit recherchée en premier lieu, bien que le retour à une santé psychique satisfaisante pour le client consultant soit visé.

La compréhension psychanalytique et psychodynamique des troubles mentaux s'enracine dans une conceptualisation commune du fonctionnement psychique humain reconnaissant une part centrale à l'existence d'un inconscient et d'une conflictualité psychique interne. Ainsi, la célèbre formule de Sigmund Freud (1916/2015) selon laquelle « le Moi n'est pas maître en sa demeure » vient souligner la participation de cette part inconnue et non consciente de notre personnalité à nos motivations et à nos comportements : un inconscient à découvrir, à mettre en forme et à mettre en sens au fil de l'intervention. Découvrir qu'il existe plusieurs facettes de la personnalité permet également de reconnaître les tensions qui règnent entre celles-ci. Dans la mesure où cette conflictualité psychique caractérise l'existence humaine, il faut se garder de la pathologiser : il s'agit donc plus d'aménager cette conflictualité interne que de penser la résoudre au fil de la vie ou de la psychothérapie. Ainsi, l'objectif d'une psychothérapie psychodynamique (PP) visera le retour à un équilibre sans que la résolution symptomatique soit recherchée en premier lieu, bien que le retour à une santé psychique satisfaisante pour le client consultant soit visé (Shelder, 2010). Il faut comprendre cette notion bien particulière de la guérison (Widlöcher, 2009) comme ce qui caractérise la thérapie psychanalytique de la souffrance psychique humaine : le symptôme est entendu comme un langage (Bergeret, 2008, 1975/2021), et s'il s'en trouve régulé (disparition de l'insomnie ou diminution du perfectionnisme, par exemple), c'est en conséquence du travail psychothérapeutique, notamment d'un décodage de ce langage et d'une mise au jour de la fonction du symptôme dans l'économie psychique du sujet. C'est à ce prix que la liberté de ce dernier peut être préservée, au même titre que sa singularité jusque dans sa façon d'exprimer sa souffrance psychique (Bergeret, 2021).

La métaphore du lampadaire illustre remarquablement l'investigation psychanalytique et son rapport avec les symptômes : « À quatre pattes sous un lampadaire, un homme cherche ses clés. Quelques passants l'aident pendant de longues minutes, puis l'un d'eux lui demande : "Vous êtes certain que c'est bien ici que vous avez perdu vos clés ?" L'homme répond : "Non, c'est de l'autre côté de la rue, mais au moins ici, c'est éclairé." » La compréhension du sujet et de sa souffrance psychique passe donc par celle de son fonctionnement psychique conscient et inconscient, dont les clés ne se situent pas forcément sous l'éclairage de la symptomatologie (Brunet, 2008).

Ces bases psychanalytiques constituent toujours les fondations de l'approche psychodynamique qui envisage l'intervention de façon plus large sur un spectre allant de la psychothérapie de soutien à la psychothérapie d'exploration ou d'introspection (Cabaniss et al., 2017 ; Gabbard, 2010 ; Shelder, 2010). En effet, la fragilité des fonctions du moi soit dans l'ensemble du fonctionnement psychique, soit dans certaines zones amène à privilégier dans l'intervention le recours au soutien, faisant alors passer l'introspection au second plan sans jamais la perdre de vue comme objectif ultime, puisque c'est ce qui permet de mettre au jour la dimension plus inconsciente de la personnalité et ainsi de combattre la répétition des enjeux et des scénarios relationnels pathologiques, donc souffrants. La mise au jour par Freud (1920/2010) de la compulsion de répétition comme un au-delà du principe de plaisir reste d'une actualité désarmante : on répète tout, le bon comme le mauvais (Roussillon, 2009), et au-delà de la recherche de plaisir serait inconsciemment recherchée par la répétition une tentative de mise en forme de la souffrance (dans le corps, les comportements, les relations) dont le décodage par l'interprétation permettrait au bout du compte de se dégager de ce qui est délétère.

La cinquième version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)* ; American Psychiatric Association [APA], 2013) constitue un langage commun qui trouve son utilité dans le cadre du travail en équipe multidisciplinaire : il décrit une liste de symptômes associés à des troubles ou syndromes. Les troubles anxieux y sont présentés comme une série de manifestations d'anxiété allant de l'anxiété la plus générale (anxiété généralisée) à l'anxiété la plus spécifique (phobie). En appui sur les bases psychanalytiques que nous venons de décrire, les PP ne manalisent pas leurs tâches thérapeutiques, qui ne sont d'ailleurs pas établies en fonction des catégories diagnostiques. Des principes généraux prenant racine dans la perspective psychanalytique sont par contre bien décrits dans les littératures classique et contemporaine (Cabaniss et al., 2017 ; Gabbard, 2010 ; Shelder, 2010), et nous les exposerons plus loin en veillant à les illustrer au regard des problématiques anxieuses qui nous intéressent plus particulièrement ici. Il est important de comprendre qu'il n'y a donc pas de thérapie particulière appliquée aux troubles anxieux puisque selon l'approche psychanalytique/psychodynamique,

la symptomatologie présentée par le client ne permet aucunement de présumer de son fonctionnement psychique (pensons à la métaphore du lampadaire), et que c'est la nature de ce fonctionnement psychique qui va orienter les paramètres de la psychothérapie, en particulier concernant le dosage de l'intervention de soutien (ce qui a pu par le passé être nommé *travail de moi-auxiliaire*; Racamier, 1980/2001) par rapport à une intervention qui favoriserait l'introspection. En effet, il ne sera par exemple pas possible de travailler en psychothérapie de la même façon avec un client anxieux qui présente un contact fluctuant avec la réalité qu'avec un client anxieux qui présente un bon jugement et qui dispose de capacités réflexives.

Les paramètres psychodynamiques du fonctionnement psychique dont il faut tenir compte afin d'établir un diagnostic renvoient aux types de relations d'objet, à la question des limites et à leurs éventuels troubles, aux caractéristiques et fonctions du moi, à la nature de l'angoisse, aux mécanismes de défense et enfin aux processus de pensée et aux fonctions cognitives (Cabaniss et al., 2017; Husain, 2015; Husain et al., 2001). Ces repères descriptifs permettent de construire un diagnostic psychodynamique dont l'objectif est de rendre compte du type d'organisation psychique (Bergeret, 2008, 1975/2021) tout en expliquant les symptômes du client. L'entretien clinique est l'outil principal qui permet la collecte de ces données en y plaçant ce qui se joue entre le client et le thérapeute au centre de l'observation clinique (Chiland, 1983/2006; Gilliéron, 2004) : la dynamique transfert/contre-transfert, soit l'ensemble de ce que vit le client à l'égard du thérapeute et l'ensemble de ce que celui-ci vit à l'égard du client (Bergeret, 2008; Freud, 1905/2009, 1912/2013; Gabbard, 2010; Heimann, 1950), dès le début de la rencontre et sur les plans à la fois conscient et inconscient, est une spécificité de l'approche psychanalytique/psychodynamique. Le vécu du thérapeute ainsi que son appareil psychique (Bion, 1962/2003) sont conceptualisés comme des voies d'accès au vécu du client, par-delà ce que celui-ci peut en dire verbalement et consciemment.

Angoisse et anxiété : considérations théoriques et cliniques

L'angoisse, expression de la souffrance psychique et signal pour l'adaptation

Dans la perspective psychanalytique, l'angoisse représente le prototype de la souffrance psychique (Kapsambelis, 2017), et au fil du développement de la psychanalyse, Freud en a élaboré deux théories (Bergeret, 2008; Freud, 1905/1920/2014, 1926/2014; Quinodoz, 2004; Roussillon, 2018), les faisant dialoguer avec ses différentes théories des pulsions (Bergeret, 2008; Freud, 1905/2009, 1915/2012; Quinodoz, 2004; Roussillon, 2018) au gré de ses conceptualisations de l'appareil psychique. La première topique décrit trois espaces psychiques (inconscient, préconscient et conscient), et lorsque combinée à la perspective économique

Les paramètres psychodynamiques du fonctionnement psychique dont il faut tenir compte afin d'établir un diagnostic renvoient aux types de relations d'objet, à la question des limites et à leurs éventuels troubles, aux caractéristiques et fonctions du moi, à la nature de l'angoisse, aux mécanismes de défense et enfin aux processus de pensée et aux fonctions cognitives.

(décrivant les mouvements psychiques dans ces trois espaces), l'angoisse apparaît conceptualisée comme la part d'énergie psychique qui est libérée lorsqu'une représentation se trouve refoulée dans l'inconscient et que l'affect s'en dissocie : il s'agit de l'*angoisse-débordement*. Le travail clinique consistera à retrouver la représentation refoulée grâce au travail d'association libre qui permettra également de retrouver l'affect (les émotions) qui y est rattaché, celui-ci permettant alors de pister le matériel inconscient. D'où l'idée que l'affect ne ment jamais (Cabaniss et al., 2017) et sert ainsi de fil rouge au travail d'introspection (Green, 1973/2015) visant à transformer le matériel inconscient en matériel conscient (Papageorgiou, 2020). La deuxième topique (Bergeret, 2008; Freud, 1923/2010) décrit l'appareil psychique sous forme d'instances en relation les unes avec les autres; ainsi, le Moi, tel un cavalier, aurait trois maîtres à satisfaire : le Ça (les pulsions), le Surmoi (les interdits et les valeurs morales) et la réalité. Lorsque les tensions entre ces différentes instances se révèlent trop intenses, il se crée une angoisse dite *angoisse-signal* qui permet au Moi de mettre en place des stratégies défensives (les mécanismes de défense) afin de se protéger d'une angoisse qui le déborderait et ferait ainsi effraction, celle-ci entraînant alors une désorganisation (on retrouve ici l'*angoisse-débordement*). Le travail clinique s'enrichit de cette perspective : identifier les mécanismes de défense mis en place, les concevoir comme une adaptation à une situation perçue comme menaçante (Freud, 1949/2001) et comme venant signaler la présence d'un conflit psychique interne, permet de déterminer entre quelles instances ce conflit se situe, ce qui est utile pour établir un diagnostic psychodynamique et la suite du travail de psychothérapie. Ainsi, par exemple, une anxiété de performance (symptôme) lors d'un concours peut avoir comme origine des conflits psychiques différents : la crainte de ne pas réussir en raison d'une grande insécurité narcissique concernant la valeur de soi (l'anticipation de l'échec est accompagnée d'un sentiment de honte) ou bien la crainte de réussir et de dépasser ses images parentales (l'anticipation de la réussite est accompagnée d'un sentiment de culpabilité). Cette lecture (en lien avec la deuxième théorie de l'angoisse) peut également s'enrichir de la considération selon laquelle il s'agirait d'évaluer dans quelle mesure cette

Identifier la nature de l'angoisse pour une personnalité donnée s'avère donc fondamental pour dégager un diagnostic dit psychodynamique à côté de l'identification des autres paramètres du fonctionnement psychique.

angoisse-signal parvient à mettre en place des mécanismes de défense efficaces protégeant le Moi d'un vécu d'angoisse (refoulement, isolation affective, sublimation) ou dans quelle mesure l'angoisse déborde le Moi (première théorie), conduisant alors à la production de symptômes (évitement, procrastination, insomnie, par exemple).

Ces deux conceptions de l'angoisse permettent de décrire une diversité de réalités psychiques et d'offrir une diversité de pistes cliniques guidant l'intervention. Elles rendent compte de la complexité humaine et de sa singularité, sans que jamais nous oublions qu'une théorie ne reste qu'une construction de la réalité. Roussillon (2018), citant Edgar Morin (2004), nous rappelle que la réalité humaine est un objet hypercomplexe : elle ne peut être appréhendée que par l'une ou l'autre de ses facettes, chaque effort de théorisation correspondant à une tentative d'appréhension de la réalité psychique.

L'angoisse, un marqueur diagnostique

Que ce soit dans une perspective structurale (Bergeret, 2008, 1975/2021) ou via le modèle des positions psychiques (Roussillon, 2018), l'angoisse occupe une place centrale dans la description psychanalytique des psychopathologies. Chaque structure ou organisation psychique (névrose, psychose, organisations limites) serait caractérisée par un type d'angoisse donné qui serait prédominant par rapport aux autres déclinaisons possibles de l'angoisse. Ainsi, les angoisses de morcellement, d'anéantissement, d'effondrement et de persécution (paranoïdes et paranoïaques) renverraient aux angoisses archaïques dites psychotiques ; les angoisses d'abandon, de séparation, de perte d'objet et d'incomplétude narcissique correspondraient aux angoisses caractéristiques des organisations limites ; enfin, les angoisses de perte d'amour de l'objet et de castration seraient typiques des angoisses dites névrotiques (Bergeret, 1975/2021 ; Kernberg, 1989). Identifier la nature de l'angoisse pour une personnalité donnée s'avère donc fondamental pour dégager un diagnostic dit psychodynamique à côté de l'identification des autres paramètres du fonctionnement psychique, soit la nature des enjeux relationnels ou du type de relation d'objet, les caractéristiques du Moi (forces et fragilités du Moi, organisateurs psychiques, traits de caractère, et rapport avec les autres instances, soit le Surmoi, l'idéal du moi, le Ça ou les pulsions, etc.), le type de

mécanismes de défense ainsi que les processus de pensée (processus primaires et secondaires, recours possible à l'imaginaire, capacités de symbolisation/mentalisation) [de Mijolla, 2013 ; Husain et al., 2001 ; Laplanche et Pontalis, 1988]. Les perspectives contemporaines (Cabaniss et al., 2017 ; McWilliams, 2011) reprennent ces paramètres dits psychodynamiques de la personnalité en les présentant comme des domaines de fonctionnement à évaluer.

Angoisse et anxiété, entre souffrance et symptôme

Personne ne semble s'entendre pour distinguer *angoisse* et *anxiété*, termes tantôt utilisés comme synonymes, tantôt comme recouvrant des champs différents (Kapsambelis, 2017). Si l'on reste avec cette idée que l'angoisse est le prototype de la souffrance humaine susceptible de se décliner sur un spectre allant des effondrements psychotiques à l'angoisse dépressive névrotique, en passant par les craintes d'abandon typiquement associées aux organisations limites, il est possible de réserver le terme *anxiété* à une catégorie de manifestations symptomatiques de l'angoisse parmi d'autres. Cela permettrait de rester en cohérence avec le *DSM-5*. Ainsi, l'ensemble des troubles anxieux qui y sont décrits (TOC, TAG, phobies, anxiété de séparation, hypocondrie, etc.) renverrait à un ensemble de symptômes traduisant différentes angoisses possibles, parallèlement à d'autres traductions symptomatiques possibles telles que le délire ou les hallucinations, les agirs ou troubles de comportement, les somatisations, la dépression et l'ensemble des troubles de l'humeur.

Le statut particulier du symptôme conceptualisé comme un langage en soi à décoder en fait une source d'information, puisque le symptôme correspond à une formation de compromis entre les désirs et les interdits qu'il est alors possible de décoder par convergence d'indices avec le reste des paramètres psychodynamiques évalués (Bergeret, 2008 ; Roussillon, 2018). Également conceptualisé comme permettant la mise en forme ou canalisation d'une partie de l'énergie psychique (libérée lors du refoulement des représentations conflictuelles, par exemple), le symptôme contribue aussi à un certain équilibre psychique ; il s'agit donc de le manier avec intérêt et prudence en raison de ses possibles fonctions pour le sujet.

Dans la mesure où c'est le fonctionnement psychique du sujet, en particulier la nature de ses angoisses et les forces/fragilités de son Moi (ses ressources et ses vulnérabilités), qui va déterminer le type de PP qui pourra être proposé, une évaluation allant au-delà de la description des symptômes et des demandes manifestes du client s'avère donc indispensable. Rappelons que l'anxiété appartiendrait au registre des symptômes, soit une forme d'expression de la souffrance psychique parmi d'autres, et que l'angoisse, dans l'approche psychanalytique, est une conceptualisation générale de la souffrance psychique humaine, dont nous avons décliné plus haut la diversité.

Intervention psychodynamique : de l'évaluation à la psychothérapie

L'évaluation, première étape de l'intervention

L'évaluation psychologique psychodynamique a pour objectif de formuler une théorie explicative du fonctionnement psychique du client (Bergeret, 2008, 1975/2021) s'appuyant sur les différents paramètres décrits plus haut et visant à expliquer les symptômes présentés, à l'origine de la demande de consultation : pourquoi et comment monsieur X est-il anxieux ? de quelles façons son insomnie et son perfectionnisme s'expriment-ils ou s'exprimaient-ils, et dans quelles circonstances ? quel est l'historique de ces symptômes ? quelle serait l'angoisse sous-jacente et quels sont les mécanismes de défense employés pour tenter de réguler cette angoisse qui s'exprime sous forme de symptômes d'anxiété ? quels sont les enjeux relationnels et les principaux conflits de monsieur X ? de quelles ressources dispose-t-il (forces et fragilités du Moi) ? est-il en conflit avec ses valeurs morales ou bien avec ses idéaux ? a-t-il la possibilité d'avoir recours à son imaginaire et présente-t-il des capacités de symbolisation (processus de pensée et fonctions cognitives) ? C'est ce qui correspond à ce que Cabaniss et al. (2017) appellent la formulation psychodynamique : l'investigation clinique doit permettre de préciser la demande latente (de nature préconsciente et inconsciente) en arrière de la demande manifeste (de nature consciente) et de mettre au jour la dimension plus inconsciente de la personnalité en lien avec les difficultés rencontrées. Ainsi, monsieur X souhaite arriver à mieux dormir et passer moins de temps à préparer ses dossiers de travail (demande manifeste reliée aux motifs de consultation) et, au fil des premières entrevues (étape d'évaluation), il formule qu'il souhaiterait avoir d'une façon générale plus de plaisir dans la vie et comprendre pourquoi ses standards ou exigences internes sont si élevés depuis toujours et dans autant de sphères de sa vie. Au cours des rencontres d'évaluation, il en vient également à s'interroger sur le lien possible avec son vécu d'enfant adopté ayant grandi avec des parents accueillants et prévenants, mais fragilisés dans leur identité parentale par de nombreuses années de traitements de fertilité précédant la démarche d'adoption.

L'évaluation psychologique psychodynamique va permettre de mettre à jour des hypothèses explicatives, proposant des liens entre les enjeux actuels et leur expression symptomatique et les enjeux passés, incluant ainsi dans la compréhension une dimension inconsciente qu'il faudra continuer d'investiguer (Cabaniss et al., 2017 ; Gilliéron, 2004). Il ne s'agira bien évidemment pas de faire le procès des parents de monsieur, mais de comprendre comment celui-ci a pu vivre psychiquement les insécurités parentales en se donnant, par exemple, un mandat de réparation narcissique et comment ces insécurités entrent en interaction avec son tempérament et ses ressources et fragilités internes. La prise de conscience d'une telle réalité psychique permet

notamment de poser comme l'un des objectifs de la psychothérapie un travail psychique de différenciation entre lui et ses parents, au chapitre de la réalisation personnelle, avec toute la strate de culpabilité inconsciente que celle-ci suppose, et tous les enjeux d'affirmation de soi et de confiance en soi sous-jacents.

Bien sûr, la prise de conscience de certains enjeux psychiques ainsi que les quelques pistes psychothérapeutiques dégagées lors de cette étape d'évaluation psychologique ne constituent que le début de l'intervention, dont nous allons préciser les caractéristiques un peu plus loin.

L'évaluation collaborative

Cette première étape d'évaluation dont nous venons de décrire les fonctions est clairement identifiée et conceptualisée dans l'approche psychodynamique, alors que dans une perspective plus classiquement psychanalytique, évaluation et intervention se fondent dans un même mouvement distinguant peu la transition d'une étape à l'autre. Rompant avec la tradition psychanalytique des années 1960, qui prescrivait la nécessité de deux thérapeutes différents pour la phase d'évaluation et pour la phase de traitement, la perspective psychodynamique inclut l'évaluation comme première étape indispensable de l'intervention psychologique, et depuis les années 1990, la pratique de la restitution des résultats au client devient un incontournable tout autant qu'une habileté thérapeutique à développer du côté du clinicien (Castro, 2011 ; Finn, 2005). Il s'en est suivi une évolution encore très actuelle vers une modalité dite collaborative caractérisée par une coconstruction avec le client d'une compréhension de son fonctionnement psychique, le tout visant à soutenir le développement d'une curiosité pour son propre monde interne (Finn, 2014 ; Goldman, 2013). C'est dans cette mouvance collaborative que l'évaluation psychologique a pu être conceptualisée comme un premier acte thérapeutique (Finn, 2016), puisque cette dimension collaborative présente des effets thérapeutiques clairs en parallèle avec les objectifs d'évaluation (Finn et Chudzik, 2010). Soulignons combien cette modalité collaborative offre un potentiel de régulation intéressant concernant l'accueil et l'évaluation d'une clientèle anxieuse : la construction et le maintien d'une alliance thérapeutique se réalisent en appui sur la tâche d'évaluation au cœur de laquelle le client passe d'une position classique d'objet d'évaluation à une position de sujet curieux et actif dans son investigation et sa recherche de sens.

La construction et le maintien d'une alliance thérapeutique se réalisent en appui sur la tâche d'évaluation au cœur de laquelle le client passe d'une position classique d'objet d'évaluation à une position de sujet curieux et actif dans son investigation et sa recherche de sens.

Médiation des épreuves projectives et clinique de la passation

À côté d'une tradition d'évaluation dite « à mains nues » (Halley et Chiarelli, 2014), l'approche psychodynamique présente une tradition d'utilisation d'épreuves projectives comme outils d'évaluation au cœur de l'entretien clinique (Anzieu et Chabert, 1987 ; Chabert, 2014). La réalisation de dessins, y compris chez les adultes (dessin libre, dessin de la personne, dessin de la famille, dessin du couple, etc.), et la passation d'épreuves thématiques telles que le Thematic Apperception Test (TAT) [Bellak et Abrams, 1997 ; Brelet-Foulard et al., 2019] ou de l'épreuve structurale du Rorschach (Anzieu et Chabert, 1987 ; Chabert et al., 2020) permettent au clinicien et à son client de plonger au cœur d'un espace psychique et relationnel potentiellement transitionnel (Winnicott, 1971/1975). Ainsi, momentanément, les frontières entre réalité interne et réalité externe se suspendent, favorisant alors la création d'une aire de jeu médiée par la passation de ces planches projectives, et cela au service de la mise au jour des caractéristiques du fonctionnement psychique du client (Chabert, 2018). C'est la raison pour laquelle de tels outils ont été décrits comme des « loupes à empathie » (Finn et Tonsager, 1997) : ils permettent d'avoir accès aux profondeurs les plus inconscientes du psychisme, en particulier les fantasmes et les paramètres organisateurs de la vie psychique, dans un cadre intersubjectif. La notion de clinique de la passation (Chabert, 2019) rappelle que la prise en compte des mouvements transférentiels et contre-transférentiels reste au centre de l'observation clinique : les schémas relationnels activés dans un tel dispositif d'évaluation, avec son cortège de projections, de déplacements, de condensations et de symbolisations, et les affects ressentis parlent tout autant que les histoires racontées dans le contexte du TAT et que les représentations construites via l'activité de perception/projection à partir des taches d'encre du Rorschach. À aucun moment il ne s'agit d'oublier que ce qui se joue entre le client et son thérapeute constitue la réédition d'une partition affective et relationnelle antérieure.

À aucun moment il ne s'agit d'oublier que ce qui se joue entre le client et son thérapeute constitue la réédition d'une partition affective et relationnelle antérieure.

Ainsi, monsieur X pourrait, par exemple, exprimer tout son perfectionnisme, entravant la production de réponses au fil de la passation des différentes épreuves projectives, projeter l'ensemble de ses enjeux et conflits psychiques sur la situation ainsi que sur le thérapeute et revivre dans le lien avec celui-ci ce qu'il pouvait vivre dans le lien avec ses imagos parentales (parents et autres figures d'autorité de son histoire passée et actuelle). Au-delà du contenu des réponses à analyser, c'est toute la situation projective

(Bossé, 2008 ; Chabert, 2018) qui devient la scène du théâtre intérieur de monsieur X (McDougall, 1982/2004) : ce matériel qui émerge *in vivo* dans la séance peut être repris au moment des séances dites collaboratives installées entre les séances de passation, et ce, pour que client et thérapeute réfléchissent ensemble et dégagent le sens des différents contenus (réponses aux tests, enjeux affectifs et relationnels autour de la situation d'évaluation), coconstruisant ainsi une compréhension du fonctionnement psychique de monsieur X.

Il n'est pas possible de détailler ici toutes les méthodes d'analyse concernant les épreuves projectives thématiques et structurales : il existe plusieurs grilles (p. ex. Brelet-Foulard et al., 2019) ou systèmes de cotation quantitatifs (p. ex. : Exner, 2002, 2003) de même que plusieurs méthodes qualitatives (méthode de Lausanne : Husain et al., 2001 ; Husain, 2015 ; école de Paris : Chabert et al., 2020) dont les critères de saturation verticale et horizontale (présence répétée des mêmes indices au sein d'une même épreuve ou au sein de différentes épreuves), de convergence d'indices et de principe de parcimonie constituent des balises favorisant une certaine rigueur (Brunet, 2008). Il est également important de souligner combien ce dispositif d'évaluation et la situation projective qu'il propose (et qui est à préserver – ce qui constitue également l'un des apprentissages du thérapeute) fournissent aux clients qui ont besoin de soutien et de régulation un étayage précieux tout au long de la plongée dans leur monde intérieur que suppose une évaluation psychologique. Tels les dispositifs à médiation thérapeutique, celui-ci offre aux angoisses les plus profondes et archaïques une possibilité de mise en forme précieuse (Brun et al., 2019). Outre son utilité diagnostique, une telle modalité d'évaluation permet également de faire des pronostics quant aux possibilités de profiter d'une psychothérapie et à la forme que celle-ci peut prendre.

Intervention clinique : écouter, accueillir et réguler l'angoisse et ses manifestations

Exposons maintenant la situation thérapeutique en décrivant les différents paramètres et les différents espaces qui la caractérisent selon une perspective psychodynamique. Quels sont les ingrédients qui font la spécificité de cette approche et comment l'anxiété pourra-t-elle être traitée ?

Du côté du client : ses différentes voies d'expression

Il est important de garder en tête le fait que dans toute demande du client, mais aussi dans l'ensemble de ce qu'il exprime, se trouvent un registre manifeste (conscient) et un registre latent (inconscient) : il faut donc chercher à entendre ces deux niveaux. Par ailleurs, il existe une multiplicité de modalités de communication qu'il convient de prendre en considération, comme nous le rappelle la clinique infantile : il est possible de s'exprimer verbalement, mais aussi par le langage du corps, que ce soit le corps moteur (les comportements, les agirs, les postures)

ou le corps somatique sous forme de sensations corporelles (Marty, 2011 ; Smadja, 2012). Enfin, les symptômes sont entendus comme une autre forme de langage à décoder et ils peuvent appartenir à n'importe quel registre, que ce soit le corps, les comportements ou la pensée. Ainsi, notre client anxieux peut nous « parler » de son anxiété en la nommant clairement verbalement ou bien en nous racontant une série de comportements évocateurs (prises de risques, isolement, comportement d'addiction) ou encore en détaillant précisément toutes sortes de perceptions somatiques (accélération cardiaques, malaises gastriques, démangeaisons). Le passage par le corps ou par l'acte pour dire (Roussillon, 2009) rappelle l'époque de l'enfance caractérisée par une souplesse et une diversité des langages ou modes de communication. C'est pourquoi on peut parler de régression lorsque l'on quitte le registre verbal pour s'exprimer. Tout comme l'enfant que l'on pousse vers le langage verbal pour communiquer, dans la perspective psychanalytique, l'ensemble du dispositif thérapeutique est conçu pour concentrer l'expression vers une modalité verbale (Diatkine, 2012), et le thérapeute qui écoute et accueille ces différents messages se retrouve dans un travail de décodage visant à les verbaliser pour le client et ainsi à les rendre psychiques.

Du côté du thérapeute : fonctions et utilisation de son appareil psychique

S'intéresser au monde interne de l'autre et l'appréhender en passant par son propre monde interne, voilà la spécificité de la thérapie psychanalytique (Freud, 1912/2013), qui propose une conceptualisation riche et nuancée des activités psychiques du thérapeute lorsqu'il est en séance. Accueillir, décoder, refléter et faire sens des messages verbaux et non verbaux du client (Cabaniss et al., 2017 ; Gabbard, 2010) demandent une écoute particulière orientée à la fois vers le client et vers soi, et à la fois dans une dimension consciente et une dimension inconsciente. L'attention flottante permet ce dédoublement du Moi (Bergeret, 2008, 1975/2021) chez le thérapeute, qui s'emploie à rester enraciné dans le moment présent afin de se situer au plus près de ce qui se joue dans la relation avec le client et à se consacrer à celui-ci tout en ayant suffisamment travaillé sur soi pour départager ce qui lui appartient de ce qui appartient au client, dans ce qu'il vit et ressent. Cette disposition psychique vers laquelle tendre est résumée par la célèbre formulation de Bion (1967/2005) : « sans mémoire ni désir ». Ce même auteur parle d'un appareil à penser les pensées ainsi que d'une capacité de rêverie maternelle ou fonction alpha (Bion, 1962/2003) visant à transformer les éléments bruts ou archaïques des messages du client (souffrances physiques, par exemple) en éléments verbaux secondarisés, telle une mère traduisant verbalement à son bébé les comportements qu'il lui donne à voir. Ce travail de mise en sens renvoie à la description que fait Winnicott (1971/1975) de la fonction miroir de la mère, prolongée par les nouvelles conceptualisations de Roussillon : un objet « échoisant » (c'est-à-dire un autre qui renvoie

Les symptômes sont entendus comme une autre forme de langage à décoder et ils peuvent appartenir à n'importe quel registre, que ce soit le corps, les comportements ou la pensée.

en écho ce qui est exprimé) qui permet le travail d'appropriation subjective de l'expérience, essence même de la psychothérapie (Roussillon, 2009, 2012). Préoccupation maternelle primaire et *holding* (soutenir psychiquement) [Winnicott, 1989] sont également des conceptualisations qui permettent de décrire la sensibilité et la fonction contenante du thérapeute, préalables indispensables au travail sur le contenu que constitue la fonction interprétative, préparée par des tâches de reflet, de clarification et de confrontation (Cabaniss et al., 2017 ; Gabbard, 2010 ; Gilliéron, 2004 ; Kernberg, 2016).

Entre client et thérapeute : un espace de jeu et de régulation et une relation marquée par la répétition

Rien de tout cela ne serait possible sans la construction d'une alliance thérapeutique, alliance de travail au service de cette plongée introspective, quand elle est possible, préparée par des tâches thérapeutiques de soutien, lorsqu'elles sont nécessaires (Cabaniss et al., 2017). C'est aussi un espace relationnel de répétitions des enjeux hérités du passé, puisqu'au cœur de la dynamique transfert/contre-transfert, les inconscients de chacun et chacune vont s'accorder pour remettre en scène la névrose infantile du client, constituant alors ce qui est appelé la névrose de transfert (Freud, 1912/2013 ; Quinodoz, 2004), sorte de concentré des fantasmes de base caractéristiques du client et de son histoire. Ce sont ces fantasmes qui se rejouent sans cesse dans les histoires relationnelles malheureuses, par exemple, et que l'on souhaite voir se rejouer dans la relation au thérapeute (le transfert) afin de les travailler *in vivo* dans l'ici et maintenant de la séance grâce aux informations transmises par le contre-transfert du thérapeute, véritable outil thérapeutique. La séance devient alors un espace de confiance protégé par le cadre. Notre monsieur X viendra remettre en scène sa relation avec ses imagos parentales, projetant sur son thérapeute l'insécurité parentale et prenant alors soin de celui-ci plutôt que de travailler à se réaliser et à se construire autour de ses désirs. Ici, les concepts d'objet trouvé-crée, d'objet détruit-trouvé et d'utilisation de l'objet (Winnicott, 1971/1975, 1989) permettent de comprendre non seulement la nature des enjeux inconscients des répétitions transférentielles, mais aussi leur fonction de construction psychique au service du vrai soi. C'est parce que le thérapeute de monsieur X se révélera bien différent de ce à quoi ce dernier s'attendait (p. ex. bienveillant, étayant et centré sur les besoins de celui-ci) que monsieur X parviendra à faire la différence entre ses fantasmes et la réalité, ce qui lui permettra de se différencier et de se séparer de ses

imagos parentales. Un tel travail sur ses représentations parentales intériorisées lui permettra de faire de la place pour son vrai soi, au cœur d'un espace thérapeutique qui peut alors se concevoir comme un espace transitionnel, un espace où peuvent se jouer et se rejouer différents scénarios au service de la régulation affective puisque l'anxiété se trouve contenue.

Le cadre : ses différentes facettes et ses fonctions

Bien que le thérapeute soit perçu par le client comme un *sujet supposé savoir* (Freymann, 2020 ; Lacan, 1973), fantasme constituant un moteur de la psychothérapie, le thérapeute d'approche psychodynamique ne se place pas en position d'expert. C'est un accompagnateur, « sans mémoire ni désir » (Bion, 1967/2005), prêtant son appareil psychique pour décoder l'inconscient refoulé de son client et pour mettre en forme les enjeux archaïques de celui-ci – un pas en avant, bien souvent guère plus –, tout en étant garant d'un cadre protecteur qu'il s'engage à définir, à installer et à maintenir afin d'optimiser les conditions de la symbolisation (Roussillon, 2016). Cette capacité à coconstruire le cadre avec son client et son souci de le maintenir afin que l'inconscient puisse s'exprimer en toute sécurité pour l'un comme pour l'autre constituent la spécificité de l'approche psychodynamique. Ce cadre psychique, véritable tiers qui permet le déploiement de l'espace thérapeutique comme espace transitionnel, s'étaye sur un cadre logistique et un cadre contractuel (Houzel et al., 2011). Une série de règles logistiques (le cadre logistique) permettent l'établissement d'une continuité psychique : les séances ont lieu dans le même bureau, le même jour de la semaine, à la même heure et pour une même durée. Une série d'ententes (le cadre contractuel) vont permettre l'expression de l'inconscient et son écoute : du côté du client, la règle de l'association libre, qui vise à exprimer sans censure toute pensée, et du côté du thérapeute, l'attention flottante et la neutralité bienveillante (Bergeret, 2008 ; Freud, 1912/2013 ; Quinodoz, 2004).

Un tel dispositif thérapeutique est conceptualisé pour concentrer l'expression de l'inconscient afin que thérapeute et client travaillent à construire du sens, au cœur de ce qui se joue dans leur relation, au service du client et de son monde interne. C'est parce que le thérapeute évite de se positionner comme expert tout en garantissant sa fonction de maintien du cadre que la singularité du sujet et de son histoire est préservée ; la simple *supposition du sujet* dans un tel cadre (Golse, 2020) contribue à le faire advenir (Aulagnier, 1975/2003 ; McDougall, 1982/2004). Cela présume du côté du thérapeute des qualités de patience et de continuité bien souvent méconnues et confondues avec une simple passivité ; elles mériteraient d'être revalorisées (Zaloum, 2014).

Conclusion

Le psychothérapeute psychodynamique ou d'inspiration psychanalytique s'intéresse avant tout à la conflictualité psychique, qui s'exprime entre autres à travers les symptômes, dont l'anxiété. La relation qu'il offre au client en lui prêtant son appareil psychique tout en se portant garant d'un cadre souple et protecteur constitue la voie de régulation de l'angoisse et de ses manifestations anxieuses par un travail de mise en sens qui, s'il ne vise pas la gestion du symptôme en première intention, en apporte très certainement un aménagement, voire une résolution secondaire. Concevoir qu'il existe une part inconsciente dans le fonctionnement psychique de chacun permet non seulement de rendre compte de la complexité de la psyché humaine, mais aussi de restituer à chacun sa singularité. L'accueil de cette singularité est au cœur de la clinique psychodynamique/psychanalytique.

L'époque actuelle appelle à une humanisation des situations de soins : gageons que travailler à construire du sens pour nos clients et pour nous-mêmes permet de rester sujets face à l'anxiété. La penser pour la réguler au cœur d'un lien qui permet de la réguler pour la penser.

ANXIÉTÉ ET MEILLEURES PRATIQUES EN INTERVENTION SYSTÉMIQUE

D^{re} Alison Paradis,

Ph. D., psychologue,
professeure au Département
de psychologie de l'Université
du Québec à Montréal,
et **Andréanne Fortin,**
candidate au doctorat en
psychologie à l'Université
du Québec à Montréal

Introduction

La théorie systémique considère l'individu comme une partie intégrante d'un système complexe dans lequel le symptôme est apparu et s'est développé (Ausloos, 2005). Selon cette théorie, les problèmes de santé mentale sont liés aux processus interactionnels. Un symptôme ne peut donc pas être compris ni traité hors du contexte systémique dans lequel il est intégré. Dans le cas des thérapies familiales, ce contexte est celui de la famille, restreinte ou étendue, et les symptômes vécus par un individu sont perçus comme intimement liés aux systèmes d'interactions entre les membres de la famille (Hazelrigg et al., 1987; Wittenborn et al., 2020). Ainsi, au lieu d'être centrée sur l'individu qui présente le symptôme, comme c'est le cas en psychothérapie individuelle, l'intervention s'adresse au groupe familial dans son ensemble, et le but premier est de changer certains aspects du système familial (Hardy et al., 2020).

Introduction (suite)

Bien connues pour aider les familles à résoudre leurs difficultés, les thérapies familiales sont encore peu répandues dans le domaine des troubles intériorisés, voire rarissimes, en ce qui concerne l'anxiété. L'expérience de stress et d'anxiété a longtemps été considérée uniquement comme un phénomène personnel et individuel. La croyance étant que les symptômes d'anxiété se développent et se maintiennent au sein de l'individu lui-même. Pour cette raison, la compréhension des troubles anxieux et leur traitement se sont principalement limités aux processus intra-personnels, mettant en évidence les processus cognitifs, affectifs, comportementaux, physiologiques et génétiques qui alimentent et renforcent l'anxiété. Toutefois, il est apparu au cours des dernières décennies que les relations familiales et les processus interpersonnels sont également importants pour comprendre l'anxiété. Par exemple, il a été démontré que la qualité des relations de couple permet de prédire le développement d'un trouble anxieux jusqu'à trois ans plus tard (Overbeek et al., 2006).

Il importe ainsi de se demander quel est l'apport des dynamiques familiales dans l'apparition et le maintien des symptômes d'anxiété. Il est notamment important de réfléchir à la manière dont les relations familiales peuvent aider à favoriser l'évitement et à maintenir la peur. En effet, il peut être très difficile de supporter la souffrance d'un proche aux prises avec de l'anxiété et de composer avec le sentiment d'impuissance pouvant y être associé. Pour cette raison, un parent peut, par exemple, tenter de soulager les symptômes de son enfant souffrant d'un trouble d'anxiété sociale en acceptant qu'il évite les rassemblements sociaux qui lui créent de l'inconfort. Il est compréhensible que les membres de la famille cherchent à soulager leurs proches de leurs symptômes d'anxiété afin de diminuer leur détresse. Toutefois, bien que ces comportements se veuillent réconfortants, ils n'aident pas à éliminer les peurs et peuvent, au contraire, servir à maintenir les symptômes (Lebowitz et al., 2013; Thompson-Hollands, Kerns et al., 2014).

Ce chapitre vise donc à explorer l'apport des thérapies familiales dans le traitement des troubles anxieux et se décline en trois parties. Nous commençons par présenter les constats empiriques sur les liens entre la famille et l'anxiété. Suit une présentation des dynamiques familiales comme principaux mécanismes de changement. Finalement, nous donnons un aperçu des données probantes sur l'efficacité des interventions familiales pour l'anxiété.

Les comportements de surcontrôle ou de surprotection à l'endroit des enfants peuvent limiter leurs occasions d'exposition à de nouvelles situations et entraver leur développement d'une bonne confiance en leur capacité à relever les défis de la vie.

Associations entre anxiété et famille

À l'instar de nombreuses difficultés de santé mentale, les troubles anxieux sont particulièrement courants au sein d'une même famille; près de 60 % des enfants ayant des parents anxieux présenteraient également des symptômes d'anxiété atteignant un seuil clinique, et inversement, jusqu'à 80 % des parents dont l'enfant souffre d'anxiété auraient également un trouble anxieux (Ginsburg et Schlossberg, 2002). Or, les enfants dont l'un des parents présente un trouble anxieux seraient deux fois plus susceptibles de développer également ce type de difficulté, tandis que le risque serait jusqu'à cinq fois plus élevé chez les enfants dont les deux parents sont anxieux (Helenius et al., 2014). De plus, un historique familial d'anxiété serait associé à une apparition plus précoce des symptômes anxieux (Helenius et al., 2014). Selon les études de jumeaux, particulièrement utiles afin d'isoler l'influence spécifique de la génétique, les facteurs héréditaires permettraient d'expliquer environ 40 % de la variance dans le développement d'un trouble anxieux (Shimada-Sugimoto et al., 2015). Ainsi, les facteurs génétiques semblent ne contribuer que partiellement à expliquer la concomitance élevée des troubles anxieux entre les membres d'une même famille. Au-delà du tempérament et de la génétique des enfants, la dynamique familiale ainsi que les apprentissages qui y sont faits sont perçus comme jouant un rôle clé dans le développement et le maintien de l'anxiété (Drake et Ginsburg, 2012). L'environnement familial comprend, en effet, plusieurs facteurs de risque associés à l'anxiété (p. ex. expériences traumatisantes et vicariantes), mais également des facteurs de protection pouvant servir à prévenir les troubles anxieux ou, dans les cas d'anxiété clinique, à atténuer la gravité des symptômes (p. ex. soins empreints de réceptivité et de chaleur). Il convient donc de s'attarder à ces relations entre l'environnement familial et l'anxiété afin de bien comprendre les raisons pour lesquelles les interventions familiales peuvent être des traitements efficaces pour les troubles anxieux.

Influence des comportements parentaux et des dynamiques familiales

Certains comportements parentaux fournissent un contexte pouvant, avec le temps, contribuer au développement de troubles anxieux chez les enfants. Dans leur recension des écrits portant sur l'anxiété et la parentalité, Wood et ses collègues (2003) ont relevé trois principaux comportements parentaux associés au développement de l'anxiété, soit : a) le contrôle/la surprotection; b) le rejet/la critique; c) le modelage/le renforcement des comportements anxieux et évitants. Depuis, d'autres recensions ont permis de soutenir ces associations entre les comportements parentaux et les troubles d'anxiété chez les enfants et les adolescents (Negreiros et Miller, 2014; Rapee et al., 2009). Les effets les plus importants et les résultats les plus consistants proviennent de la surprotection parentale (Rapee, 1997; Wood et al., 2003). Les comportements de surcontrôle ou de surprotection à l'endroit

Les comportements parentaux et les dynamiques familiales sont associés au développement et au maintien de l'anxiété et, donc, peuvent influencer positivement ou négativement l'efficacité des traitements.

des enfants peuvent limiter leurs occasions d'exposition à de nouvelles situations et entraver leur développement d'une bonne confiance en leur capacité à relever les défis de la vie. Il a également été démontré que les parents d'enfants anxieux entretiennent moins d'attentes positives quant aux compétences et aux capacités d'adaptation de leurs enfants que les parents d'enfants non anxieux (Micco et Ehrenreich, 2008).

Bien que les critiques et les comportements d'hostilité ou de rejet de la part des parents soient plus souvent associés à la dépression qu'à l'anxiété (Rapee, 1997), il a été montré que ceux-ci réduisent le sentiment de compétence ainsi que l'estime de soi des enfants et contribuent donc à l'augmentation des symptômes anxieux (Ginsburg et Schlossberg, 2002). Le modelage et l'apprentissage vicariant sont également fréquemment invoqués pour expliquer la transmission intergénérationnelle des troubles anxieux (Murray et al., 2008). Les enfants exposés aux pensées négatives et aux inquiétudes constantes de leurs parents risquent d'adopter une vision d'eux-mêmes et du monde en conformité avec les observations qu'ils font des comportements et des attitudes de leurs parents. Ainsi, un parent lui-même anxieux et agissant de manière craintive et évitante peut fournir à l'enfant des informations sur les dangers potentiels de l'environnement et sur la valeur d'éviter certaines situations bien que celles-ci ne constituent pas toujours de réelles menaces. De plus, les parents anxieux seraient davantage sensibles au stress parental, ce qui les inciterait à utiliser davantage de comportements parentaux anxiogènes (p. ex. surprotection, hostilité, rejet) pouvant contribuer au développement de l'anxiété chez leurs enfants (Lieb et al., 2000).

Au-delà des comportements parentaux, les processus interpersonnels de communication et de résolution de problèmes dans la famille peuvent également jouer un rôle dans le développement de symptômes anxieux. Il a en effet été démontré que les enfants membres de familles où la fréquence de conflits est élevée ont des niveaux d'anxiété supérieurs à ceux de familles moins conflictuelles (Bögels et Brechman-Toussaint, 2006; Cummings et al., 2003, 2012; Zemp et al., 2016). Les données disponibles indiquent que l'impact négatif des conflits familiaux dépend de l'interprétation que l'enfant en fait; par exemple, l'impact sera plus grand pour l'enfant qui se juge responsable de la survenue du conflit ou qui perçoit celui-ci comme étant incontrôlable, imprévisible ou menaçant que pour l'enfant qui

ne partage pas cette vision des choses (Grych et al., 2000; Jouriles et al., 2000). La fréquence des conflits familiaux pourrait également perturber la qualité du lien parent-enfant et ainsi augmenter les symptômes d'anxiété chez l'enfant (Drake et Ginsburg, 2012).

Alors que les relations avec les parents sont particulièrement importantes durant l'enfance et l'adolescence, l'influence des relations familiales tend à diminuer avec le temps au profit des relations amoureuses et conjugales. Ainsi, à l'âge adulte, le système familial fait davantage référence au partenaire de vie qu'au noyau familial d'origine composé des parents et de la fratrie (Wittenborn et al., 2020). Comme pour la famille, les conflits, la communication et la satisfaction dans les relations de couple sont associés aux troubles anxieux (Overbeek et al., 2006; Whisman, 2007; Wittenborn et al., 2020). Par exemple, dans leur étude sur l'interaction conjugale et les troubles anxieux, Chambless et ses collègues (2002) rapportent que les couples où la femme souffre d'un trouble d'agoraphobie sont moins susceptibles de s'engager dans un processus positif de résolution de problèmes lors d'un désaccord que les couples sans trouble anxieux. Les conjoints seraient également perçus comme étant plus critiques de leur partenaire (Chambless et al., 2002).

En résumé, les comportements parentaux et les dynamiques familiales sont associés au développement et au maintien de l'anxiété et, donc, peuvent influencer positivement ou négativement l'efficacité des traitements. Toutefois, il est encore difficile d'établir la direction des associations entre les processus familiaux et les symptômes anxieux. Par exemple, l'anxiété des enfants suscite-t-elle l'adoption de comportements parentaux anxiogènes, comme la surprotection, l'hostilité ou le rejet, ou est-ce plutôt le processus d'apprentissage vicariant qui amène les enfants à développer les traits anxieux de leurs parents ?

Influence bidirectionnelle de l'anxiété et de la dynamique familiale

Alors que plusieurs études ont démontré l'influence des facteurs familiaux dans le développement et le maintien de l'anxiété, il importe de mentionner que les difficultés d'anxiété peuvent à leur tour entraver les dynamiques familiales. Les familles d'enfants anxieux seraient jusqu'à 3,5 fois plus susceptibles de faire état d'un impact négatif des comportements de leurs enfants sur le fonctionnement familial que les familles d'enfants sans trouble d'anxiété (Towe-Goodman et al., 2014). Cet impact serait d'ailleurs comparable à celui des troubles disruptifs et de déficit de l'attention/hyperactivité (Towe-Goodman et al., 2014). Il a également été démontré que l'inhibition comportementale (c.-à-d. davantage de vigilance, de peur et de retrait en réponse à des situations nouvelles) des enfants d'âge préscolaire permet de prédire jusqu'à deux ans plus tard les comportements surprotecteurs des parents (Liu et al., 2020). D'autres chercheurs font observer que les enfants anxieux sont plus susceptibles que les enfants non anxieux de rechercher la proximité ou l'attention

de leurs parents en pleurant ou en criant, ce qui peut, en retour, susciter des comportements de rejet ou d'hostilité de la part des parents (Lindhout et al., 2009). De plus, les enfants présentant un trouble anxieux sont plus nombreux que ceux sans trouble anxieux à dire que leurs frères et sœurs reçoivent un traitement parental préférentiel et à être jaloux de ces derniers (Lindhout et al., 2003). Cette jalousie, qu'elle découle d'une injustice réelle ou perçue quant aux différences dans l'attention parentale, alimente l'anxiété présente chez l'enfant anxieux et affecte négativement la qualité de la relation avec sa fratrie. Ainsi, les relations entre les membres d'une fratrie où l'un des enfants présente un trouble anxieux sont généralement caractérisées par davantage d'hostilité, de conflits et de comportements de contrôle que celles entre les membres de fratries non anxieuses (Fox et al., 2002). Dans le même ordre d'idées, les résultats d'études longitudinales indiquent que les symptômes d'anxiété nuisent à la qualité des relations intimes et, en retour, que les relations intimes de faible qualité contribuent à maintenir les symptômes anxieux, alimentant ainsi un cercle vicieux de difficultés interpersonnelles et de santé mentale. (Starr et Davila, 2012; Zaidler et al., 2010).

Les travaux de recherche conduits jusqu'à présent soutiennent ainsi l'idée d'influences bidirectionnelles et complexes entre les facteurs familiaux et les symptômes d'anxiété chez les enfants (Bögels et Brechman-Toussaint, 2006; Gouze et al., 2017; Keeton et al., 2013) ainsi que dans les relations amoureuses (p. ex. Rehman et al., 2015). En effet, les problèmes relationnels

vécus dans la famille peuvent contribuer à maintenir, voire à exacerber les symptômes anxieux, et, inversement, les manifestations de l'anxiété peuvent engendrer davantage de difficultés à établir et à maintenir des relations familiales satisfaisantes (Snyder et al., 2010). Cette notion de bidirectionnalité est d'autant plus évidente dans un contexte où à la fois le parent et son enfant présentent des symptômes d'anxiété : chacun étant régulièrement exposé aux comportements anxieux et aux schémas de pensées dysfonctionnels de l'autre, ils travaillent mutuellement à maintenir l'homéostasie au sein de la famille (Affrunti et Ginsburg, 2012; Eley et al., 2010). Malheureusement, cette influence réciproque peut être culpabilisante, voire stigmatisante, pour les familles, qui sont désormais présumées comme étant à l'origine de leur propre dysfonctionnement et des difficultés de santé mentale chez leurs membres (Roussel, 2004). Pourtant, l'inverse est aussi vrai : le milieu familial est une ressource centrale et considérable dans le processus thérapeutique. En effet, les relations familiales étroites peuvent protéger les membres de la famille en leur offrant un soutien social qui permet de limiter les répercussions négatives des événements stressants (Pietromonaco et Collins, 2017; Slatcher et Selcuk, 2017). Ainsi, les changements qui se produisent au sein de la famille peuvent également influencer positivement le bien-être de chacun de ses membres, d'où l'intérêt d'une approche systémique. Les psychologues doivent donc être sensibilisés à la présence d'influences bidirectionnelles entre l'anxiété et les dynamiques familiales et considérer la pertinence des thérapies familiales (voir la vignette clinique ci-dessous).

Vignette clinique : Maxime

Maxime est un adolescent de 13 ans qui habite avec ses parents et ses deux sœurs, âgées de 9 et 16 ans. Maxime n'a pas fréquenté son école secondaire depuis plus de quatre mois. Ses parents, monsieur et madame M., expliquent que Maxime était trop anxieux pour aller à l'école. Il avait de la difficulté à sortir de la voiture le matin, faisait des crises de panique dans le stationnement de l'école et devenait agressif le soir lorsqu'il anticipait son retour à l'école le lendemain. Maxime présente également des symptômes d'anxiété sociale qui nuit à ses relations interpersonnelles. Bien qu'il exprime le désir d'élargir son cercle social, il a du mal à se faire de nouveaux amis. En entrevue, les deux parents décrivent leur fils comme un adolescent très anxieux. Maxime a peur du noir et de dormir seul la nuit. Il a également peur de rester seul à la maison. Les parents ont donc adapté leur horaire afin de répondre aux besoins de leur fils. Ainsi, madame M. a quitté son travail et ne sort plus de la maison sans son fils, et monsieur M. dort avec lui chaque nuit. Les parents mentionnent qu'il arrive à Maxime de faire de grosses crises de colère lorsqu'ils tentent de le convaincre de faire quelque chose qu'il ne veut pas (p. ex. dormir seul). Il peut alors devenir agressif; il pousse ses parents,

crache et lance des objets. Selon les parents, la seule façon de le calmer dans de telles situations est de le retenir physiquement. Les sœurs de Maxime expliquent combien les crises de leur frère leur font peur.

Les parents de Maxime signalent qu'il n'est pas le seul membre de la famille à vivre des difficultés d'anxiété. Monsieur M. décrit ses relations interpersonnelles comme étant plutôt difficiles en raison de son caractère introverti. Il mentionne sortir très peu de la maison et être nerveux lorsqu'il est entouré d'autres personnes. Monsieur M. aurait également fait de nombreuses attaques de panique par le passé et mentionne que son pire épisode s'est produit à l'âge de 22 ans, lorsqu'il a dû être hospitalisé. Sur le plan conjugal, monsieur et madame M. disent vivre une relation conflictuelle, notamment concernant l'éducation des enfants, où chaque conjoint exprime un fort désaccord face aux méthodes employées par l'autre. Ainsi, monsieur M. est convaincu que sa femme fait volontairement obstacle à la discipline familiale qu'il tente d'instaurer, tandis que madame M. considère que son mari est trop strict avec les enfants, bien qu'elle reconnaisse avoir de

la difficulté à faire respecter les consignes familiales et à imposer des conséquences à ses enfants. Madame M. tend également à minimiser l'intensité des comportements agressifs de Maxime et leur impact sur ses sœurs.

Monsieur et madame M. mentionnent que le refus scolaire de Maxime a commencé deux ans auparavant, alors qu'il était en 5^e année. Ils ont alors consulté un psychologue au privé, qui l'aurait aidé à retourner à l'école à la suite d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour l'anxiété. Maxime aurait ensuite été en mesure de faire sa 6^e année sans interruption. Toutefois, seulement un mois après son entrée au secondaire, Maxime a été conduit aux urgences après avoir manqué trois semaines d'école consécutives. Puisque le problème consistait en un refus d'école, le cas a été signalé à la DPJ, qui l'a retenu. Maxime a alors été envoyé pour une évaluation en pédopsychiatrie, où il a reçu un diagnostic de trouble d'anxiété sociale et de trouble oppositif avec provocation. Il a ensuite été dirigé vers le programme de jour du programme de soins pédopsychiatriques, où il suit ses cours dans des classes réduites (six élèves maximum) et reçoit

de l'aide pour ses symptômes d'anxiété. Bien qu'il fréquente le programme depuis plus de trois mois, Maxime n'a pas encore été en mesure de retourner à l'école.

L'anxiété de Maxime exerce un fort contrôle sur la dynamique familiale et se traduit par des comportements d'accommodation de la part des parents visant à prévenir les crises de colère et l'agressivité. De façon générale, monsieur et madame M. ne parviennent pas à établir des limites et se disputent fréquemment devant les enfants. La famille M. semble isolée et ne bénéficie pas d'un soutien social adéquat de la part des membres de la famille ou des amis. Il est donc recommandé que la famille M. obtienne des services de thérapie familiale afin d'aider Maxime à réduire son anxiété. Participer à des séances en famille pourrait également aider monsieur et madame M. à communiquer davantage et à réduire leurs conflits, en plus de leur permettre d'obtenir des conseils afin de devenir plus confiants dans leur rôle de parent. Il s'agirait aussi pour les deux sœurs de Maxime d'un lieu où elles pourraient exprimer leurs sentiments et discuter des difficultés qu'elles traversent à la maison.

Quelques pistes d'intervention pour l'anxiété auprès des couples et des familles

Nous tournons maintenant notre attention vers le rôle que peuvent jouer les dynamiques familiales dans le traitement des troubles anxieux. Il faut cependant rappeler que la majorité des interventions pratiquées actuellement misent principalement sur les processus intrapersonnels, et force est de constater que, jusqu'ici, peu d'attention a été portée au contexte interpersonnel dans lequel l'anxiété est intégrée (Woody et Ollendick, 2006). Pourtant, à la lumière des données relatives aux liens entre les relations familiales et l'anxiété, il devient impératif de considérer l'implication des parents, du partenaire ou d'autres membres de la famille dans le traitement des troubles anxieux.

La majorité des interventions pour les troubles anxieux menées auprès des couples et des familles partagent plusieurs éléments clés. Premièrement, l'évaluation des processus en jeu au sein de la famille permet de planifier les interventions thérapeutiques qui pourront être mises en œuvre. Pour ce faire, il est nécessaire de bien évaluer les symptômes d'anxiété ainsi que leur impact sur le fonctionnement de l'individu dans de multiples domaines, y compris les relations familiales et amoureuses. À cette étape, il est également important de déterminer les comportements – de l'individu et de son entourage – qui contribuent à maintenir l'anxiété, tels l'évitement des situations anxiogènes ou la minimisation des conflits liés aux symptômes. Deuxièmement, la plupart des interventions incluent aussi de l'éducation à propos de la nature de l'anxiété ainsi que des sujets spécifiques comme le

conditionnement et l'évitement. Puisque l'environnement et les relations familiales jouent un rôle important dans le développement et le maintien de l'anxiété, ces facteurs sont particulièrement importants à aborder avec la famille. Les interventions auprès des couples et des familles comprennent également des composantes visant à améliorer le fonctionnement relationnel, notamment par le développement de stratégies adéquates de communication et de résolution de problèmes, ainsi qu'à favoriser l'intimité et le sentiment de connexion entre les individus.

L'un des traitements les plus largement reconnus pour son efficacité à traiter les troubles anxieux, tant chez les enfants et les adolescents que chez les adultes, provient de l'approche cognitivo-comportementale (p. ex. Higa-McMillan et al., 2016; Stewart et Chambless, 2009). Ainsi, les thérapies familiales et conjugales basées sur la TCC (F-TCC) sont considérées comme des interventions prometteuses. Pour les enfants, cette approche serait particulièrement efficace lorsque l'un des parents présente également des symptômes anxieux (Bögels et Siqueland, 2006; Creswell et Cartwright-Hatton, 2007; Kendall et al., 2008). En plus des composantes régulières de la TCC individuelle, les F-TCC incluent généralement des composantes éducatives, de gestion de l'anxiété, de développement des compétences de communication et de résolution de problèmes et de gestion des contingences (Drake et Ginsburg, 2012). L'investissement des parents ou du partenaire permet d'agir sur les comportements d'accommodation ou d'évitement dans la famille, la présence de psychopathologie chez les individus touchés et l'occurrence de conflits familiaux et conjugaux, et ce, afin de favoriser les progrès de

l'individu souffrant d'anxiété (Negreiros et Miller, 2014). Par exemple, dans le cas d'un trouble d'anxiété de séparation, souvent caractérisé par un refus de se rendre à l'école, les parents tout comme l'enseignant peuvent être impliqués dans la thérapie afin qu'ils soient outillés pour soutenir et renforcer les comportements d'approche et les habiletés de gestion de l'anxiété chez l'enfant, et ce, dans l'objectif de rétablir une fréquentation scolaire régulière (Heyne et Sauter, 2013; Kearney et Sheldon, 2017). Dans ce contexte, l'inclusion des parents dans le traitement de l'anxiété chez l'enfant est particulièrement importante afin d'aborder et de limiter les comportements d'accommodation, qui sont trop souvent adoptés par les parents dont l'enfant présente des difficultés d'anxiété (Lebowitz et al., 2013; Thompson-Hollands, Kerns et al., 2014). Ces comportements qui contribuent au maintien des symptômes chez l'enfant peuvent consister en de simples modifications à la routine de la famille, comme permettre à l'enfant de dormir dans le lit des parents, ou aller jusqu'à des comportements qui interfèrent grandement avec la dynamique familiale, tels que le fait de répondre aux questions à la place de l'enfant ou encore de lui permettre de rester à la maison lors d'une journée d'école (Thompson-Hollands, Kerns et al., 2014).

La plupart du temps, les thérapies familiales et conjugales basées sur la TCC ne visent pas à modifier directement les processus familiaux, mais plutôt à outiller tous les membres afin de mieux soutenir l'individu qui présente des symptômes anxieux.

Ainsi, le développement des compétences dans la F-TCC vise plus particulièrement à amener les parents à renforcer les comportements d'approche de leur enfant afin d'éteindre progressivement les réponses anxieuses, à mieux cerner et gérer leurs propres réactions émotionnelles et leur anxiété ainsi qu'à favoriser les compétences familiales en matière de communication et de résolution de problèmes (Khanna et Kendall, 2009). Les thérapies conjugales comprennent également une formation à la communication interpersonnelle, l'exposition graduelle aux situations anxiogènes, assistée par le partenaire, l'amélioration des capacités d'adaptation des partenaires et la restructuration cognitive pour traiter les croyances et les attentes problématiques qui sous-tendent les comportements d'évitement et maintiennent la symptomatologie anxieuse (Carr, 2020). Même si les interventions auprès des couples et des familles comportent plusieurs éléments en commun, il est reconnu qu'une relation parent-enfant est qualitativement différente d'une relation de couple (ou de toute autre relation entre adultes), et que des considérations développementales doivent donc toujours être prises en compte lors du traitement (Reuman et al., 2021).

Il importe de préciser que, la plupart du temps, les F-TCC ne visent pas à modifier directement les processus familiaux, mais plutôt à outiller tous les membres afin de mieux soutenir l'individu qui présente des symptômes anxieux. Les interventions systémiques postulent que le développement et le maintien de l'anxiété chez les individus découlent du contexte relationnel des familles et des couples. En ce sens, si le système familial n'est pas modifié, les symptômes risquent fortement de réapparaître au fil du temps. Dans les thérapies familiales, la modification des relations entre les membres de la famille constitue généralement le principal mécanisme de changement. L'accent n'est donc pas mis sur la structure, mais plutôt sur les processus qui coexistent entre les membres d'une même famille en tant que système. Selon cette logique, une intervention dans laquelle un membre de la famille assiste aux séances afin d'observer le thérapeute et d'agir comme *coach*, mais sans aborder les relations, ne serait pas considérée comme étant de la thérapie familiale. Les interventions qui s'adressent directement aux membres de la famille en tant que coclients et qui exigent qu'ils jouent un rôle actif conduiraient à des changements plus durables que les interventions où l'implication de la famille est davantage passive (Reuman et al., 2021). De façon générale, les objectifs des thérapies familiales devraient viser : 1) à améliorer les relations qui sont problématiques pour l'ensemble de la famille ou pour certains de ses membres ; 2) à renforcer les capacités du système familial à s'adapter à divers stressors, ou encore à en minimiser les répercussions ; 3) à soutenir la famille afin de faciliter le respect des protocoles de traitement destinés à un membre particulier ; 4) à modifier les relations familiales pouvant interférer avec le rétablissement de l'un des membres du système (Wampler et Patterson, 2020). Compte tenu de la bidirectionnalité entre l'anxiété et le fonctionnement des couples et des familles, le thérapeute devrait cerner les processus par lesquels les cognitions, les réponses émotionnelles et les comportements de chacun des membres de la famille s'influencent mutuellement ainsi que les facteurs contextuels externes à la famille pouvant également avoir un impact sur le système familial (Epstein et Dattilio, 2020).

Résultats empiriques sur l'efficacité des interventions pour les couples et les familles

Les thérapies familiales peuvent être employées dans le traitement d'une grande diversité de troubles psychologiques, allant des difficultés d'adaptation aux psychopathologies plus sévères, pourvu que l'accent soit toujours mis sur la modification des relations entre les différents membres du système familial. Leur efficacité à court et à long terme a été maintes fois démontrée, mais les données probantes confirmant l'efficacité des interventions auprès des familles et des couples pour le traitement de l'anxiété sont encore assez limitées (Carr, 2019; Piquart et al., 2016; Riedinger et al., 2017). La F-TCC serait l'une des rares

formes de thérapie incluant la famille ayant reçu un soutien empirique pour son efficacité à traiter les troubles anxieux ainsi que les troubles obsessionnels-compulsifs et de stress post-traumatique (Carr, 2020).

Les résultats d'une méta-analyse conduite par Manassis et ses collègues (2014) indiquent que l'inclusion des parents dans le traitement est particulièrement efficace pour traiter les symptômes anxieux de l'enfant et maintenir les gains à long terme. Les résultats des recherches empiriques révèlent que la F-TCC est plus efficace que les thérapies individuelles dans lesquelles les parents sont peu impliqués (Manassis et al., 2014), ce qui est cohérent avec les conclusions de recensions systématiques antérieures indiquant que la F-TCC est aussi, voire plus efficace que la TCC individuelle lorsque les parents présentent également un trouble anxieux (Creswell et Cartwright-Hatton, 2007 ; Drake et Ginsburg, 2012 ; Silverman et al., 2008). En outre, les interventions familiales préventives peuvent être utiles pour réduire le développement de l'anxiété chez les enfants dont l'un des parents souffre d'un trouble anxieux. Ginsburg et ses collègues (2015) ont démontré que la thérapie familiale peut contribuer à limiter la prévalence de l'anxiété chez les enfants de parents anxieux. En effet, les résultats de leur étude ont permis d'établir, chez 136 familles dont au moins un parent avait reçu un diagnostic de trouble anxieux, que l'incidence de développement de troubles anxieux était significativement moins élevée chez les enfants dont la famille avait reçu huit semaines de thérapie familiale que chez les familles du groupe témoin, et ce, un an plus tard (5 % contre 31 %).

L'efficacité des interventions de couple a également été démontrée dans le traitement du trouble panique avec agoraphobie (Byrne et al., 2004), du trouble obsessionnel-compulsif (Thompson-Hollands, Edson, et Comer, 2014) et du trouble de stress post-traumatique (Monson et al., 2015). Les études montrent que l'inclusion du partenaire lors de techniques d'exposition est associée à une amélioration des symptômes de panique et d'agoraphobie chez 54 à 86 % des individus, des résultats comparables à ceux de la TCC individuelle (Byrne et al., 2004). Concernant les troubles obsessionnels-compulsifs, les résultats d'une méta-analyse font état d'une amélioration des symptômes, avec maintien des gains, chez 93 % des individus ayant reçu une intervention de couple, comparativement au

groupe témoin (Thompson-Hollands, Edson, et Comer, 2014). Les interventions les plus efficaces comprenaient des composantes d'éducation et de prévention de la réponse visant spécifiquement à réduire les comportements d'accommodation du partenaire aux symptômes obsessionnels-compulsifs. Les études tendent aussi à confirmer l'efficacité des interventions cognitivo-comportementales de couple dans le traitement du trouble de stress post-traumatique, notamment par l'éducation, la gestion de la colère dans le couple, l'entraînement à la communication et la résolution de problèmes, la réduction de l'évitement face aux éléments associés au trauma ainsi que la restructuration cognitive du système de croyances du couple en lien avec les enjeux d'acceptation, de blâme, de contrôle et d'intimité (Monson et al., 2015).

Conclusion

Au cours des dernières années, des avancées significatives ont été réalisées dans la compréhension et le traitement des troubles anxieux. En élargissant notre champ de vision et en considérant les processus interpersonnels, nous pouvons développer des interventions mieux adaptées à l'éventail des symptômes anxieux. Toutefois, il importe de préciser que les modèles interpersonnels ne doivent pas être considérés comme étant en concurrence avec d'autres cadres bien établis pour comprendre et traiter les troubles anxieux. La prémisse étant plutôt que l'intervention gagne en efficacité si elle se base sur une double lecture complémentaire du symptôme, d'abord selon une perspective intrapersonnelle, et ensuite selon une compréhension du système dans son ensemble. Par ailleurs, si l'efficacité des thérapies familiales dans le traitement des troubles anxieux fait l'objet d'un nombre grandissant d'études, les conclusions de ces études présentent néanmoins encore plusieurs incohérences concernant les bénéfices additionnels associés à l'implication des proches dans l'intervention (Reuman et al., 2021). Ainsi, bien que l'inclusion de la famille dans le traitement des troubles anxieux soit une avenue prometteuse, les recherches futures doivent encore examiner les mécanismes d'action et les contextes favorisant l'implication parentale ou conjugale afin d'attester de l'efficacité des interventions systémiques au-delà de la contribution des composantes individuelles pour le traitement des troubles anxieux.

TROUBLES ANXIEUX EN CONTEXTE D'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE : DEVRAIT-ON S'EN INQUIÉTER ?

D^r Jean-Pierre Chartrand,
Ph. D., neuropsychologue,
et **D^{re} Sophie Tessier,**
Psy. D./Ph. D.,
neuropsychologue

Introduction

Une idée répandue en neuropsychologie clinique est que l'anxiété est souvent présente en contexte d'évaluation et qu'elle peut avoir un effet non négligeable sur les résultats neuropsychologiques. Qu'elle se présente sous la forme d'un trouble ou de symptômes sous-cliniques, l'anxiété est considérée comme un facteur pouvant influencer l'interprétation neuropsychologique (Arnett, 2013). À cet effet, plusieurs manuels de pratique en neuropsychologie suggèrent de mettre en place des mesures pour réduire l'anxiété des clients (Strauss et al., 2006, p. 81), sans quoi la performance aux tests risquerait de chuter (Lezak et al., 2004, p. 130). Le présent article a donc pour objectif d'éclairer les cliniciens concernant les bases neuro-anatomiques de l'anxiété, la considération du type d'anxiété présentée par les clients ainsi que l'impact de l'anxiété sur l'interprétation des tests cognitifs. Divers aspects à considérer dans la pratique clinique seront également abordés.

Bases neuroanatomiques de l'anxiété

Nous retenons principalement deux grandes régions d'intérêt qui interagissent pour constituer les bases cérébrales de l'anxiété : les régions sous-corticales, où l'on s'intéresse notamment à l'amygdale, à l'hippocampe et à l'insula, ainsi que le cortex frontal, incluant le cortex cingulaire antérieur et le cortex préfrontal (Hofmann et al., 2012).

L'amygdale procède initialement à une analyse de l'information sensorielle pour détecter des menaces potentielles (Daviu et al., 2019; Hofmann et al., 2012), par exemple des distracteurs externes ou même des ruminations internes (Derakshan et Eysenck, 2009). Lorsqu'une menace est détectée, un signal est envoyé à l'insula, qui déclenche diverses réactions physiologiques, comme l'augmentation de la fréquence cardiaque (Etkin, 2009; Hofmann et al., 2012). L'hippocampe, qui joue un rôle crucial dans la mémoire, peut aussi influencer l'amygdale en signalant qu'un stimulus correspond à une menace déjà perçue et stockée en mémoire. En retour, l'amygdale peut faciliter la consolidation de nouveaux souvenirs à la suite d'une réaction anxieuse (Hofmann et al., 2012). Le cortex préfrontal permet ensuite d'analyser le contexte, de mettre en place des stratégies d'adaptation et d'inhiber l'activation de l'amygdale (Daviu et al., 2019; Hofmann et al., 2012).

Il est intéressant de noter l'absence de distinction majeure entre les bases cérébrales de la peur et de l'anxiété (Hofmann et al., 2012; LeDoux et Pine, 2016). En fait, il s'agirait d'un continuum où l'anxiété provoquerait une réactivité des régions sous-corticales plus intense à un éventail plus large de stimuli ainsi qu'une hypoactivation des systèmes préfrontaux pour la régulation émotionnelle (Hofmann et al., 2012).

Anxiété et performance cognitive : la théorie du contrôle attentionnel

Yerkes et Dodson (1908) ont été les premiers à décrire une relation curvilinéaire (courbe en « U » inversé) entre le niveau de performance et l'anxiété. Selon ce modèle, l'activation aurait un effet positif sur la performance jusqu'à un niveau d'activation modéré, ce qui permettrait une performance cognitive optimale. Après un certain seuil, l'augmentation du niveau d'activation aurait des effets néfastes sur la performance. Plus tard, de nombreuses études ont tenté de décrire et de comprendre le rôle de l'anxiété sur la cognition. Un des modèles les plus souvent évoqués est celui du contrôle attentionnel (Eysenck et al., 2007). Ce modèle postule que l'anxiété nuit au contrôle exécutif central, une composante du modèle de mémoire de travail de Baddeley (2002) qui coordonne les processus attentionnels (Derakshan et Eysenck, 2009; Eysenck et Derakshan, 2011). Plusieurs études supportent cette théorie en démontrant de plus faibles résultats à des mesures cognitives complexes en présence d'une forte anxiété, comme l'intelligence fluide, l'inhibition et la flexibilité mentale (Shi et al., 2019). L'anxiété nuirait aussi à l'efficacité cognitive, soit

Il est intéressant de noter l'absence de distinction majeure entre les bases cérébrales de la peur et de l'anxiété.

en réduisant le temps de réaction, soit en sollicitant davantage de ressources cérébrales afin d'offrir une performance équivalente quant à la précision (Eysenck et Derakshan, 2011; Shi et al., 2019). L'utilisation des mécanismes de contrôle attentionnel serait moindre chez les personnes anxieuses pour les tâches non exigeantes ou sans objectif particulier, comme les tâches quotidiennes, ce qui occasionnerait davantage d'erreurs d'inattention. Par contre, lorsque la tâche est plus exigeante, qu'un objectif clair est visé et que le niveau de motivation est accru, les personnes anxieuses mobiliseraient davantage leur attention, utiliseraient plus de stratégies compensatoires et activeraient de façon plus importante les mécanismes de contrôle attentionnel, ce qui masquerait les difficultés (Eysenck et Derakshan, 2011). Ainsi, l'effet de l'anxiété sur les performances cognitives ne serait pas nécessairement déterminant vu cette compensation cognitive.

Malgré ce qui est décrit précédemment, il n'existe pas de consensus clair sur la direction du lien de causalité entre l'anxiété et la cognition (Moran, 2016). D'une part, les personnes qui présentent une meilleure mémoire de travail auraient de meilleures capacités de régulation émotionnelle et présenteraient des affects négatifs moins intenses face à des stressors quotidiens (Garrison et Schmeichel, 2020; Schmeichel et Tang, 2015). D'autre part, l'entraînement de la mémoire de travail en laboratoire améliorerait la régulation émotionnelle (Schweizer et al., 2013; Xiu et al., 2018). Une des explications possibles est que la mémoire de travail et le contrôle attentionnel contribuent chacun à deux composantes de la régulation émotionnelle, soit la suppression de l'expression émotionnelle et la réévaluation des événements qui comportent un contenu émotionnel (Schmeichel et Tang, 2015; Xiu et al., 2018). Selon cette hypothèse, une réserve cognitive limitée, définie par un faible quotient intellectuel (QI) et une mémoire de travail peu efficace, serait un facteur de risque pour développer certains troubles anxieux (Koenen et al., 2009).

En résumé, la présence d'anxiété est associée à une utilisation accrue des ressources limitées en mémoire de travail. Par exemple, on traite souvent de la notion de menace perçue qui occupe le champ attentionnel et qui rivalise avec l'attention portée à la tâche en cours. Dans l'ensemble, l'anxiété peut engendrer une performance sous-optimale, mais uniquement sous certaines conditions. On peut penser que dans une évaluation neuropsychologique, les résultats aux épreuves ne seraient que légèrement affectés par l'anxiété et dépendraient davantage de facteurs individuels comme le fonctionnement pré morbide, la complexité de la tâche et le degré de motivation.

Effet de l'anxiété sur les tests cognitifs

Bien que l'anxiété soit considérée comme un facteur devant être pris en compte lors de l'évaluation neuropsychologique (Clarke et MacLeod, 2013), très peu d'études démontrent qu'une forte anxiété, quoique sous-clinique, puisse causer un trouble cognitif. En fait, un niveau élevé d'anxiété autoévaluée semble avoir un effet minime sur diverses fonctions neuropsychologiques, dont la mémoire (Kizilbash et al., 2002; O'Jile et al., 2005), les fonctions exécutives (Smitherman et al., 2007), l'attention, la flexibilité mentale et la coordination visuomotrice (Waldstein et al., 1997). Deux méta-analyses ont étudié la relation entre l'anxiété et le contrôle attentionnel (Shi et al., 2019), puis entre l'anxiété et la mémoire de travail (Moran, 2016). Elles démontrent que l'anxiété autoévaluée est associée à une légère faiblesse de ces deux sphères cognitives, ce qui supporte en partie la théorie du contrôle attentionnel. La figure 1 représente les tailles d'effets globaux de ces deux études et les compare à d'autres résultats qui seront abordés.

L'ensemble de ces résultats, qui indique une faible influence de l'anxiété sur le fonctionnement cognitif, va à l'encontre de ce qui avait été initialement proposé dans la littérature, où d'anciennes études démontraient un effet important de l'anxiété sur la performance, mesurée par des tâches expérimentales sans données normatives. Par ailleurs, ces études ne considéraient habituellement pas certaines variables démographiques comme l'âge, le niveau d'éducation ou certaines habitudes de vie comme la consommation d'alcool. En fait, une des hypothèses soulevées pour expliquer l'absence d'effet notable de l'anxiété sur la performance neuropsychologique est qu'un niveau modéré et sous-clinique d'anxiété serait bénéfique pour la cognition, tels que l'expliquent Yerkes et Dodson (1908) par le modèle de la courbe en « U » inversé.

Même si un niveau léger ou modéré d'anxiété a peu de conséquences négatives sur la performance cognitive, qu'en est-il des troubles anxieux, qui impliquent un niveau d'anxiété plus élevé ? Il a été démontré que les personnes anxieuses orientent leur attention vers les stimuli qui sont perçus comme menaçants (Shechner et al., 2012). Ainsi, certaines études s'intéressent aux biais cognitifs dans le traitement de l'information affective ou menaçante, comme le jugement d'expressions faciales ou la mémorisation de mots affectifs. Par exemple, les personnes qui ont un trouble d'anxiété sociale mémorisent plus facilement les visages présentant une émotion à valence négative (Coles et Heimberg, 2005; Foa et al., 2000). On sait également que certaines informations autobiographiques sont plus facilement accessibles chez cette population, vu la valence négative et le niveau de détails associés aux événements sociaux enregistrés en mémoire (Morgan, 2010).

Notons que les études citées ci-haut portent sur la cognition « chaude », c'est-à-dire la cognition teintée par une valence affective (Robinson et al., 2013). Elles sont intéressantes pour mieux comprendre les processus cognitifs sous-jacents et mieux cibler le traitement clinique, mais ce type d'étude nous informe davantage sur les styles cognitifs que sur les difficultés cognitives qui peuvent émerger lors de l'examen neuropsychologique. Pour cette raison, nous exposerons uniquement les résultats d'études qui portent sur les tâches neuropsychologiques neutres (cognition « froide ») et qui permettent d'informer les cliniciens des répercussions possibles d'un trouble anxieux sur les performances cognitives aux tests les plus couramment utilisés en pratique clinique.

Effet des troubles anxieux sur la cognition

Aux fins de la présente section, nous n'aborderons pas l'état de stress post-traumatique et le trouble obsessionnel-compulsif,

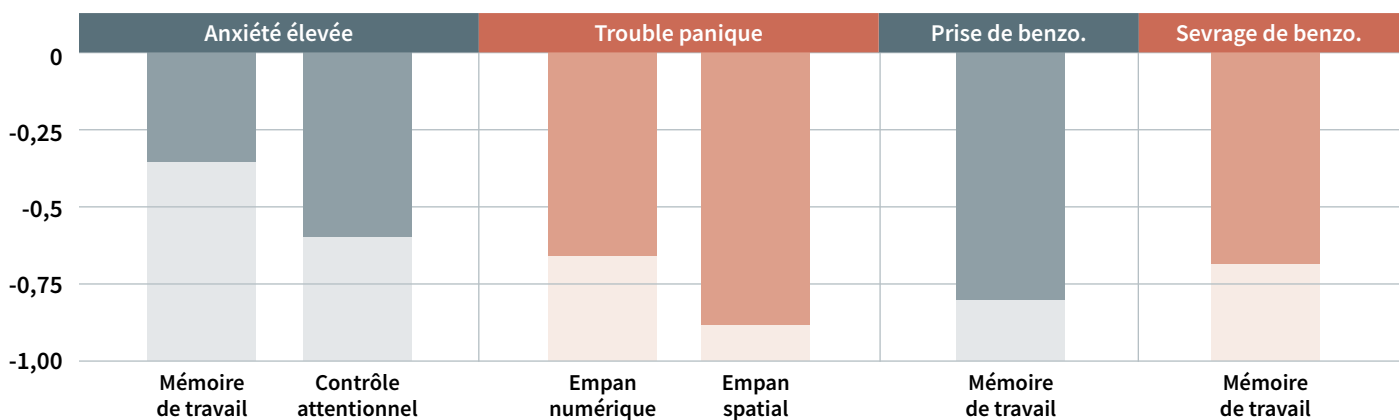


Figure 1 – Effets d'une anxiété élevée, du trouble panique et des benzodiazépines sur la mémoire de travail, le contrôle attentionnel, l'empan numérique et l'empan spatial. Les tailles d'effet sont exprimées avec le g de Hedges (Hedges, 1981). Haute anxiété – Mémoire de travail (Moran, 2016), 152 études, 19 989 participants; Haute anxiété – Contrôle attentionnel (Shi et al., 2019), 58 études, 8 292 participants; Trouble panique – Empan numérique et empan spatial (Harber et al., 2019), 4 études, 158 participants; Prise de benzodiazépines – Mémoire de travail (Crowe et Stranks, 2018), 6 études; Sevrage de benzodiazépines – Mémoire de travail (Crowe et Stranks, 2018), 2 études, 6 à 10 mois d'abstinence au moment du suivi.

ces deux problématiques n'étant plus répertoriées dans la catégorie des troubles anxieux dans le *DSM-5*. Nous référons les lecteurs aux méta-analyses respectives de Shin et al. (2014) et de Scott et al. (2015) pour de plus amples informations sur la neuropsychologie de ces deux troubles.

Dans leur revue systématique portant sur le fonctionnement neuropsychologique des personnes qui ont un trouble d'anxiété sociale, O'Toole et Pedersen (2011) ont relevé très peu de difficultés cognitives dans cette population, à l'exception d'une performance légèrement plus faible au balayage visuel, aux habiletés visuoconstructives et en mémoire verbale. Par la suite, ces résultats n'ont été que partiellement répliqués (O'Toole et al., 2015; Okawa et al., 2020), et d'autres études ont démontré une absence de difficultés cognitives (Sutterby et Bedwell, 2012; Troller-Renfree et al., 2015). Dans le trouble d'anxiété sociale, on retrouve des comportements qui peuvent augmenter la charge cognitive, mais qui ne sont pas liés à un état persistant, comme la suppression de l'expression des émotions, l'auto-observation, la génération d'une image négative de soi ainsi que la rumination (O'Toole et Pedersen, 2011). De façon plus spécifique, comme une situation d'évaluation n'est pas neutre pour les personnes qui ont un trouble d'anxiété sociale, la tendance à l'auto-observation peut exercer une charge supplémentaire sur les capacités attentionnelles visuelles et expliquer les faiblesses que l'on retrouve en situation d'évaluation cognitive (O'Toole et Pedersen, 2011). En somme, les difficultés observées chez les personnes qui présentent un trouble d'anxiété sociale seraient davantage liées à une anxiété situationnelle élevée qui affecte la charge cognitive.

Peu d'études se sont penchées sur le fonctionnement neuropsychologique des personnes qui ont un trouble d'anxiété généralisée. Cela est surprenant, car une étude utilisant des données de l'Organisation mondiale de la santé a démontré que dans les pays développés, 56 % des personnes qui ont reçu un diagnostic de trouble d'anxiété généralisée présentent un niveau d'invalidité sévère, dépassant la proportion estimée pour les autres troubles anxieux et la douleur chronique (Kessler et al., 2009). Malgré quelques résultats divergents, on retient essentiellement un profil neuropsychologique intact chez les adultes (Airaksinen et al., 2005; Becker et al., 1999; Leonard et Abramovitch, 2019; Zalewski et al., 1994). Diverses hypothèses permettent d'expliquer ces résultats, dont l'environnement contrôlé des laboratoires de recherche et l'utilisation d'épreuves cognitives qui comportent peu de menaces et qui ne présentent pas de charge cognitive significative (Leonard et Abramovitch, 2019). Chez les personnes âgées, on constate un déclin sur les plans de la mémoire (DeLuca et al., 2005; Mantella et al., 2007) et des fonctions exécutives (Butters et al., 2011), probablement en raison d'une réserve cognitive réduite.

Chez les personnes qui présentent un trouble panique, les études individuelles affichent des données contradictoires, et deux revues de littérature soulèvent la rareté des études portant

Il est donc important de considérer l'anxiété en contexte d'évaluation comme facteur confondant, surtout lorsqu'on doit se prononcer sur la nature, l'intensité et l'étiologie des difficultés objectivées aux tests cognitifs.

sur la cognition et ce trouble (Alves et al., 2013; O'Sullivan et Newman, 2014). Ces deux revues concluent à la possible présence d'une faiblesse relative en mémoire immédiate, c'est-à-dire lors de rappels immédiats dans des tâches de mémoire verbale ou visuelle. Il faudrait cependant d'autres études comportant des groupes plus grands et mieux contrôlés pour corroborer ces résultats et pour déterminer la spécificité des faiblesses cognitives (O'Sullivan et Newman, 2014). Une méta-analyse plus récente conclut à l'absence de différences significatives aux épreuves d'empans spatial et numérique, malgré des tailles d'effet moyennes à élevées obtenues à partir de quatre études (Harber et al., 2019). On peut penser que des résultats significatifs auraient été obtenus avec un plus grand nombre d'études. Ces deux résultats sont affichés à la figure 1.

En résumé, les données de la littérature ne semblent pas indiquer que l'anxiété sous-clinique ou pathologique entraîne des troubles neuropsychologiques significatifs ou persistants aux épreuves cognitives. Chez les personnes âgées, l'effet pourrait possiblement être plus important.

Anxiété de performance en contexte d'évaluation neuropsychologique

Plus du quart des clients ressentent une anxiété importante au moment d'être dirigés en neuropsychologie (Bennett-Levy et al., 1994). Pour plus du tiers d'entre eux, le processus d'évaluation en soi peut générer de l'anxiété (Mountjoy et al., 2017). De fait, les clients présentent souvent une détresse et un dysfonctionnement significatifs qui les amènent à consulter. À cela s'ajoutent la méconnaissance du processus d'évaluation, l'anxiété de performance ou encore la crainte du diagnostic et de son impact dans le futur (Dorenkamp et Vik, 2020). Il est donc important de considérer l'anxiété en contexte d'évaluation comme facteur confondant, surtout lorsqu'on doit se prononcer sur la nature, l'intensité et l'étiologie des difficultés objectivées aux tests cognitifs.

On définit l'anxiété de performance comme l'appréhension et la peur des conséquences d'échouer à une tâche ou de l'exécuter en deçà d'attentes de performance encore plus élevées. Selon le dictionnaire en ligne de l'*American Association of Psychology* (<https://dictionary.apa.org/>), l'anxiété d'évaluation (*test anxiety*) est un sous-type d'anxiété de performance spécifique à la tension ou à l'appréhension associée à un test. D'une part, l'anxiété liée aux tests peut se manifester comme un trait de caractère qui outrepassé les situations d'évaluation spécifique, concept

davantage associé à l'anxiété de trait. D'autre part, l'anxiété d'évaluation peut être spécifique à une situation unique d'évaluation (Dorenkamp et Vik, 2018).

En ce qui concerne la propension générale à être anxieux en contexte d'évaluation à l'école, O'Donnell (2017) a démontré qu'une perception négative de son propre fonctionnement exécutif ou que de faibles habiletés en mémoire de travail provoqueraient respectivement une augmentation de l'anxiété d'évaluation et une anxiété d'évaluation précoce dans le parcours scolaire. Dans un contexte d'évaluation particulièrement stressant, la perception subjective d'un haut niveau d'anxiété, même temporaire, peut avoir un effet néfaste sur les résultats en mémoire de travail et en mémoire verbale. Ce phénomène se produirait malgré l'absence d'effets sur une mesure physiologique comme le niveau de cortisol (Leininger et Skeel, 2012).

L'anxiété d'évaluation peut aussi être plus marquée chez les personnes âgées, où plusieurs éléments sont susceptibles d'augmenter l'anxiété dans le contexte d'une évaluation en neuropsychologie. D'abord, la demande de consultation est souvent faite dans un contexte de déclin cognitif, ce qui peut susciter une appréhension d'un éventuel diagnostic de trouble neurocognitif majeur (Dorenkamp et Vik, 2020). En outre, certaines études révèlent un fonctionnement sous-optimal du cortex préfrontal dans le vieillissement, alors que cette région cérébrale joue justement un rôle important non seulement dans la cognition, mais aussi dans la régulation de l'anxiété (Dorenkamp et Vik, 2018). Le contexte de l'évaluation neuropsychologique est également un facteur dont il faut tenir compte, y compris la familiarité avec le lieu d'évaluation, l'âge de l'examineur, la plage horaire de la rencontre et le type de tâche utilisée (Sindi et al., 2013). Dans l'étude de Sindi et al. (2013), le niveau de stress et la performance à des tâches mnésiques semblent affectés par un contexte d'évaluation défavorable chez les personnes âgées, tandis que cela n'a pas d'effet chez de jeunes adultes. Une autre étude (Schlemmer et Desrichard, 2018) démontre que ce sont les personnes âgées qui entretiennent une faible estime de leurs habiletés mnésiques qui performant le moins bien aux épreuves de mémoire dans un contexte d'évaluation dit « médical » et peu convivial. Cependant, une autre étude menée auprès d'une population âgée ne montre aucun effet de l'anxiété autorapportée ou des mesures physiologiques, comme le cortisol, sur la mémoire prospective. Cette dernière est définie comme la capacité pour une personne de se souvenir dans l'avenir d'une action planifiée

D'un point de vue strictement clinique, peu de données probantes permettent de croire que l'anxiété d'évaluation puisse nuire à la performance cognitive au point d'influencer un potentiel diagnostic neuropsychologique.

tout en étant engagée dans une activité (Ihle et al., 2014). Afin de mieux orienter les recherches futures, des chercheurs ont élaboré un questionnaire pour mieux mesurer et mieux qualifier l'anxiété d'évaluation chez les personnes âgées (Dorenkamp et Vik, 2020). Ce questionnaire permettra de connaître l'effet de cette anxiété d'évaluation sur la performance cognitive et de mieux adapter notre pratique clinique.

En somme, retenons que la perception de son propre fonctionnement cognitif et de son propre niveau d'anxiété influence la performance cognitive, ce qui rappelle la notion de perception de menace dans les modèles neurophysiologiques et cognitifs des troubles anxieux. Il est donc important de tenter de réduire l'anxiété d'évaluation chez les clients, surtout chez les personnes âgées. Néanmoins, d'un point de vue strictement clinique, peu de données probantes permettent de croire que l'anxiété d'évaluation puisse nuire à la performance cognitive au point d'influencer un potentiel diagnostic neuropsychologique.

Quelques considérations cliniques

En raison des différents devis de recherche et des questions qui y sont associées, les études portant sur le fonctionnement neuropsychologique des personnes qui ont une anxiété élevée ou un trouble anxieux ne répondent que partiellement aux questions des cliniciens. Malgré cette diversité, certaines thématiques cliniques sont discutées de façon récurrente dans la littérature. Parmi celles-ci, nous en avons retenu quatre qui pourront, dans une certaine mesure, favoriser une utilisation judicieuse des résultats décrits jusqu'ici : la considération des facteurs confondants associés à l'anxiété, l'absence de spécificité des profils neuropsychologiques, l'interprétation des tailles d'effet à des fins cliniques et la mise en place de mesures pour réduire l'anxiété pendant l'évaluation.

Facteurs confondants

Les personnes aux prises avec un trouble anxieux peuvent présenter plusieurs types de comorbidités ou avoir recours à diverses médications, lesquelles peuvent aussi avoir un impact sur le fonctionnement cognitif, voire contribuer de façon plus importante que l'anxiété aux difficultés cognitives.

En effet, l'anxiété peut exercer un effet synergique en présence d'autres affections cliniques. Par exemple, la comorbidité de symptômes anxieux et dépressifs nuit à différents aspects de la mémoire verbale, dont la récupération (Kizilbash et al., 2002). Chez des personnes ayant subi un traumatisme crânien modéré ou sévère, la présence d'un trouble anxieux est associée à un affaiblissement des capacités cognitives, incluant la mémoire de travail, la vitesse de traitement et les fonctions exécutives (Gould et al., 2014). Comme nous l'avons évoqué précédemment, ces études ne permettent pas d'établir un lien causal, et il est toujours possible que la présence de faibles capacités cognitives soit à l'origine d'une anxiété plus élevée chez ces personnes.

En ce qui concerne l'effet de la médication, ce sont les benzodiazépines qui ont l'effet le plus délétère sur la cognition. On estime que près du quart des patients au Québec qui consultent en première ligne et qui ont un trouble anxieux en consomment (Bernard et al., 2018). De ce nombre, près de 90 % en font une utilisation à long terme, soit depuis plus de 12 semaines (Bernard et al., 2018) ; or, cette classe de médicaments devrait être utilisée à court terme (Katzman et al., 2014). Dans un contexte d'évaluation, si l'on retrouve une consommation active ou passée de benzodiazépines, l'effet de cette médication sur la mémoire de travail est semblable à celui que l'on associe habituellement aux troubles anxieux, comme on peut le voir dans la figure 1. En outre, cette médication est associée à des effets marqués sur la vitesse de traitement et la mémoire récente, même chez les patients qui sont en sevrage depuis plusieurs mois (Crowe et Stranks, 2018).

Absence de spécificité des profils neuropsychologiques

Ce serait une erreur de penser que les résultats énoncés précédemment puissent être utilisés pour contribuer au diagnostic différentiel des troubles anxieux, puisque la majorité des troubles mentaux (p. ex. trouble déficitaire de l'attention, dépression, trouble obsessionnel-compulsif, état de stress post-traumatique, trouble bipolaire, schizophrénie) sont associés à une baisse de la performance aux tests cognitifs (Abramovitch et al., 2021 ; East-Richard et al., 2019 ; Millan et al., 2012). Par conséquent, les difficultés plus ou moins grandes observées sur le plan cognitif ne permettent pas de bien distinguer les troubles de santé mentale, même pour des problématiques dont les corrélats cognitifs ont fait l'objet de nombreuses recherches. Entre autres, il existe un chevauchement non négligeable du profil cognitif entre le trouble déficitaire de l'attention et le trouble obsessionnel-compulsif sur le plan attentionnel et exécutif (Winkworth et Thomas, 2019), puis entre la schizophrénie et le fonctionnement normal à une batterie neuropsychologique abrégée (Harvey, 2012). Cette présence presque universelle de difficultés cognitives en présence d'un trouble mental ainsi que le chevauchement fréquent entre diverses problématiques signifient qu'une sous-performance aux tests neuropsychologiques pourrait être associée à n'importe quelle psychopathologie (Abramovitch et Schweiger, 2015). Ainsi, l'évaluation neuropsychologique en présence d'un trouble anxieux serait probablement plus valide pour répondre à des questions autres que le diagnostic différentiel, comme la précision des troubles cognitifs ou des limitations fonctionnelles, ou encore le pronostic et la réponse au traitement, ces deux dernières applications de l'évaluation neuropsychologique en santé mentale ayant été démontrées empiriquement (Watt et Crowe, 2018).

Tailles d'effet : faiblesses relatives ou trouble clinique ?

Les tailles d'effet sont souvent utilisées dans les méta-analyses pour représenter l'étendue d'une différence ou d'un effet. Lorsqu'elle est utilisée pour décrire l'impact d'un facteur sur une mesure cognitive, une taille d'effet hypothétique de -1 signifie

que le groupe clinique se retrouve généralement sous un écart-type de la moyenne du groupe témoin (Coe, 2002 ; Lakens, 2013 ; Turner et Bernard, 2006). En dépit du vocabulaire utilisé dans diverses études pour qualifier ou interpréter ces différences intergroupes (p. ex. *impairment*, *deficit*, *disorder*), les tailles d'effet recensées dans la littérature concernant l'effet de l'anxiété ou d'un trouble anxieux sur la cognition sont tout au plus modérées. Or, cela n'atteint pas le seuil habituellement suggéré pour qu'une difficulté aux tests cognitifs soit considérée comme notable ou préoccupante sur le plan clinique (Bezeau et Graves, 2001 ; Guilmette et al., 2020). Il faut donc retenir qu'une différence de groupe significative sur le plan statistique n'indique pas nécessairement la présence d'un trouble cliniquement significatif (East-Richard et al., 2019). De façon similaire, lorsqu'on constate une différence significative entre deux groupes, il faudrait, selon O'Toole et Pedersen (2011), user de prudence avant de qualifier la fonction d'« affaiblie » (*impaired*). En pratique, vu l'état actuel des connaissances et ces mises en garde, il faudrait miser davantage sur la prévention, c'est-à-dire sur la réduction de l'anxiété en contexte d'évaluation, plutôt que sur une fine interprétation de l'effet de l'anxiété sur les tests neuropsychologiques.

Recommandations pour diminuer l'anxiété chez les clients

Très peu d'études se sont intéressées à « l'expérience client » en contexte d'évaluation neuropsychologique, aux éléments anxio-gènes de l'évaluation et aux différentes avenues pour améliorer la pratique clinique. Nous retenons ici quelques recommandations, tirées principalement des articles de Dorenkamp et Vik (2018) et de Bennett-Levy et al. (1994).

Il est recommandé de bien informer les clients sur les modalités de l'évaluation avant de procéder à celle-ci. Il est donc important de former les intervenants avec qui le client sera en contact si le neuropsychologue ne procède pas lui-même à la prise de rendez-vous, ou encore de fournir de la documentation écrite à cet effet. Le neuropsychologue peut aussi inviter le client à être accompagné d'un proche.

Au début de la rencontre, on peut questionner le client et discuter avec lui de ses appréhensions quant au processus d'évaluation. On pourrait aussi inclure des mesures objectives pour mieux quantifier son niveau d'anxiété ou de détresse. Afin de réduire le niveau d'anxiété du client avant de procéder à l'évaluation cognitive, Dorenkamp et Vik (2018) proposent d'appliquer, si nécessaire, des techniques de relaxation. À notre avis, l'essentiel est surtout de vérifier si le client présente ou non de l'anxiété ou des appréhensions par rapport à l'évaluation et de lui offrir un soutien approprié pour réduire son niveau d'anxiété et pour créer une bonne alliance thérapeutique.

Il est aussi possible de rassurer le client avant l'évaluation en lui expliquant qu'il est normal de faire des erreurs et que la majorité des tests sont conçus pour éviter d'obtenir un effet plafond, c'est-à-dire que l'on ne s'attend pas à un résultat de 100 %

Il est recommandé de s'assurer d'utiliser plusieurs tests pour mesurer une même habileté cognitive, surtout dans les domaines les plus susceptibles d'être influencés par l'anxiété.

(Strauss et al., 2006, p. 81). Durant la passation des tests, on peut tenter de rassurer ou d'encourager le client dans la mesure du possible, c'est-à-dire sans nuire au bon déroulement de l'évaluation. Il est aussi important de bien observer les signes de l'augmentation de l'anxiété chez le client, comme l'agitation motrice, la distractibilité, les commentaires ou les questionnements excessifs ou encore la présence de signes d'activation accrue du système nerveux autonome. Quant au choix des épreuves à administrer, il est recommandé de s'assurer d'utiliser plusieurs tests pour mesurer une même habileté cognitive, surtout dans les domaines les plus susceptibles d'être influencés par l'anxiété (p. ex. mémoire de travail, inhibition et mémoire verbale).

Même si cela ne permet pas de diminuer l'anxiété d'évaluation pendant le processus, il est essentiel de fournir à la fin du processus d'évaluation une rétroaction concise, claire et utile au client. Cette façon de faire aura pour effet de maximiser l'adhésion aux recommandations ainsi que d'augmenter le niveau de satisfaction quant au processus d'évaluation et le sentiment d'efficacité.

Il est à noter que le niveau de confiance des personnes présentant un haut niveau d'anxiété est plus susceptible d'être influencé par le processus d'évaluation, que ce soit de manière positive ou négative, alors que l'expérience globale de l'évaluation neuropsychologique a beaucoup moins d'impact chez les gens peu anxieux (Bennett-Levy et al., 1994).

En somme, retenons l'importance de l'alliance thérapeutique, de l'écoute et de l'observation du client pour mieux adapter nos interventions et rendre son expérience la plus conviviale possible, surtout si celui-ci présente un haut niveau d'anxiété.

Conclusion

Qu'elle soit de niveau sous-clinique ou qu'elle constitue un trouble de santé mentale, l'anxiété est une des variables les plus fréquemment considérées lors de l'évaluation neuropsychologique. Toutes choses étant égales par ailleurs, les données en provenance de la littérature permettent difficilement de conclure que l'anxiété puisse être la cause principale d'un trouble neuropsychologique, du moins avec les mesures typiquement utilisées en neuropsychologie clinique. Néanmoins, les troubles anxieux peuvent être associés à des atteintes cognitives plus subtiles, qu'on pourrait qualifier cliniquement de faiblesses relatives ou de performances sous-optimales, lesquelles pourraient être corroborées par des plaintes concernant le fonctionnement au quotidien. À notre connaissance, il n'existe pas dans la littérature

de données sur les troubles anxieux qui relie l'intensité des difficultés cognitives à l'intensité des plaintes fonctionnelles, contrairement à ce qui semble être le cas pour des problématiques comme la dépression et la schizophrénie (Cambridge et al., 2018; Evans et al., 2014; Ventura et al., 2009). L'identification des difficultés cognitives dans les troubles anxieux demeure tout de même très utile pour, entre autres, énoncer des hypothèses quant au pronostic et des recommandations thérapeutiques.

Malgré le manque relatif d'études pour certaines problématiques de santé mentale et les enjeux méthodologiques concernant l'évaluation des impacts cognitifs, un bassin grandissant d'auteurs avancent que les difficultés cognitives liées aux troubles mentaux sont de nature transdiagnostique et qu'il n'est plus nécessaire de mener d'autres études sur les mesures neuropsychologiques traditionnelles (Abramovitch et Schweiger, 2015; Abramovitch et al., 2021; Snyder et al., 2015). On devrait plutôt s'intéresser aux aspects motivationnels qui affectent les fonctions cognitives dans les populations cliniques et non cliniques, puis examiner les changements longitudinaux (Abramovitch et al., 2021). Les futures études devront aussi incorporer des mesures de validité de la performance, tenir compte de la polypharmacie, examiner la performance en fonction de la réponse au traitement, puis intégrer des mesures comportant une meilleure validité écologique (Abramovitch et al., 2021).

Points à retenir

- Dans la littérature, des résultats statistiquement significatifs n'impliquent pas nécessairement la présence de difficultés cognitives sur le plan clinique.
- Si l'évaluation neuropsychologique démontre la présence de résultats extrêmement faibles ou d'un trouble cognitif, il y a peu de chances que l'anxiété ou le trouble anxieux soit le facteur contributif principal.
- Par manque de spécificité, les profils neuropsychologiques ne peuvent être utilisés pour distinguer les différents types de troubles anxieux.
- La perception de son propre fonctionnement cognitif et de son propre niveau d'anxiété exerce une influence sur la performance cognitive.
- L'effet de l'anxiété ou d'un trouble anxieux sur la cognition semble plus marqué chez les personnes âgées que chez les personnes plus jeunes.
- La présence de facteurs confondants tels que la comorbidité avec d'autres troubles mentaux ou encore la prise de benzodiazépines actuelle ou passée est également à considérer dans l'interprétation du profil neuropsychologique.

ANXIÉTÉ, PHARMACOLOGIE ET PRISE EN CHARGE MÉDICALE

D^r Pierre Landry,

M. D., Ph. D., FRCPC, psychiatre,
Institut universitaire en santé
mentale de Montréal et professeur
agrégé à la Faculté de médecine
de l'Université de Montréal,

et D^r Gabriel Thériault,

M. D., résident en psychiatrie,
Institut universitaire en santé
mentale de Montréal

Introduction

Dans ce chapitre, nous tenterons de répondre à la question suivante : à quel moment un psychothérapeute doit-il considérer une évaluation médicale ou un traitement pharmacologique ? Dans les faits, ces décisions peuvent se prendre dès l'évaluation psychologique initiale ou durant la psychothérapie. Lorsque la décision est prise, elle est communiquée au client, et il faudrait lui demander de consulter un médecin de famille. Ce dernier a les connaissances nécessaires pour évaluer les conditions médicales qui pourraient sous-tendre certains symptômes anxieux ou somatiques, pour stabiliser un problème de santé connu ou pour entreprendre un traitement psychopharmacologique. Il pourra procéder à un bilan de santé physique de base, qui consistera à obtenir une analyse de la formule sanguine, à doser les électrolytes et à évaluer la fonction thyroïdienne, hépatique et rénale. Le médecin généraliste peut éventuellement diriger le client en psychiatrie si le traitement pharmacologique s'avère plus complexe, insuffisant ou inefficace. Par ailleurs, nous décrirons certains enjeux de santé physique qui peuvent avoir un impact sur la psychothérapie, donc sur l'efficacité du traitement d'un trouble anxieux. Enfin, nous résumerons les traitements psychopharmacologiques recommandés dans les troubles anxieux.

Anxiété et comorbidité médicale

La somatisation est souvent un mode d'expression chez des patients anxieux. Néanmoins, il existe une distinction entre les symptômes physiques d'une pathologie connue, qui parfois se manifeste par de la somatisation, et ceux d'une pathologie physique non diagnostiquée, qui peuvent se manifester sous forme de symptômes anxieux. Par ailleurs, les symptômes d'une maladie physique déjà connue peuvent s'avérer indirectement significatifs lors des séances de psychothérapie puisqu'une personne qui éprouve une problématique médicale a généralement un niveau d'anxiété plus élevé comparativement aux gens sans problème de santé (Aquin et al., 2017). Donc, lors de l'évaluation psychologique, il est préférable de s'enquérir des antécédents médicaux du client afin de s'assurer que le problème médical, particulièrement si celui-ci est accompagné par de la douleur, est stabilisé médicalement pour maximiser le traitement psychologique. Sans avoir démontré un lien de cause à effet, les études épidémiologiques indiquent qu'à long terme et comparativement aux autres personnes, les gens souffrant d'un trouble anxieux manifesteront de plus en plus de problèmes médicaux tels que de l'arthrite, une maladie cardiovasculaire, un diabète, des problèmes gastro-intestinaux ou de l'asthme (Aquin et al., 2017 ; Bhattacharya et al., 2014 ; Harter, 2003). Cette population a aussi tendance à consulter davantage les services de soins de santé.

Quelques exemples de présentations cliniques qui mériteraient une évaluation médicale

Somatisation, symptômes atypiques

Devant un tableau de somatisation chez un client sans antécédents personnels connus, une évaluation médicale est appropriée pour rassurer le client et le psychothérapeute.

Dans le trouble panique, des malaises d'origine cardiaque sont souvent mis de l'avant par la personne qui consulte. Un électrocardiogramme permettra de vérifier si un trouble du rythme ou de la conduction cardiaque est à l'origine de l'anxiété.

Lorsqu'un client présente une symptomatologie atypique, telle qu'un tableau de dépersonnalisation, de déréalisation, de sentiment de déjà vu, d'automatismes ou de bruits auditifs qui ne correspondent pas à la description d'hallucinations auditives classiques, une évaluation neurologique est indiquée. Parfois, une épilepsie partielle du lobe temporal peut se manifester sous forme de crise de panique (Ghods et al., 2013). Un électroencéphalogramme et une tomodensitométrie cérébrale permettront de vérifier s'il y a une anomalie neurologique pouvant expliquer les symptômes. Ces situations sont peu fréquentes, mais la vigilance est de mise devant des présentations cliniques atypiques.

Âge avancé

L'apparition à un âge plus ou moins avancé d'un trouble anxieux, surtout chez une personne avec peu ou pas d'antécédents personnels, pourrait être un indice d'un problème médical sous-jacent. La vérification des antécédents familiaux permet d'évaluer la possibilité d'un trouble médical survenant à un âge avancé. Un trouble neurocognitif léger ou même une démence peut d'abord se manifester par une augmentation de l'anxiété (Ismail et al., 2018 ; Stella et al., 2014). Dans le doute, l'administration d'un court questionnaire tel que le *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) [Nasreddine et al., 2005] ou le mini-examen de l'état mental (MMSE) facilitera le dépistage des problèmes neurocognitifs. L'utilisateur de ces questionnaires devrait être formé convenablement.

Chez la femme, la période de la périménopause et de la ménopause est souvent accompagnée de symptômes anxieux (Santoro, 2015). La décision d'un traitement avec supplément hormonal sera prise en fonction :

- de la gravité du trouble anxieux ;
- de la présence concomitante d'autres symptômes affectifs (symptômes dépressifs, irritabilité), physiques (insomnie, bouffées de chaleur, fatigue) et cognitifs (trouble de concentration) ;
- des risques et effets indésirables associés à un traitement hormonal.

Alcool, drogues

Lorsqu'un trouble anxieux est présent en comorbidité avec un problème d'abus d'alcool ou de drogues, il devient important de questionner le client sur l'étendue et le type de consommation et, si elle vous apparaît excessive, de lui suggérer un bilan médical afin que son état de santé physique puisse être évalué. Dans le cas d'une hépatite virale (hépatite A, B ou C), les clients peuvent présenter après quelques jours, voire quelques mois, les symptômes suivants : fatigue, perte d'appétit, douleur abdominale, nausées, vomissements, diarrhée et, parfois, peau et yeux jaunâtres (ictère). Les hépatites virales peuvent, selon leur type, se transmettre lors de relations sexuelles non protégées, de partages d'aiguilles ou de tatouages ou perçages réalisés avec du matériel non stérile. Une évaluation de la fonction hépatique et un dépistage du virus responsable de l'hépatite permettront de préciser l'étendue et la source de la maladie. Un traitement peut par la suite être proposé au patient. Lorsqu'il y a abus d'alcool, il est préférable de préciser la quantité et la durée de la consommation avant de recommander de cesser l'alcool. Un arrêt abrupt peut comporter des risques de convulsions durant la période de sevrage. Il vaut donc mieux dans une telle situation diriger la personne vers des ressources spécialisées et recommander un suivi médical, notamment pour vérifier la fonction hépatique.

Le traitement pharmacologique des troubles anxieux

À quel moment un psychothérapeute devrait-il envisager d'orienter son client vers un traitement pharmacologique ?

Puisque la prévalence des troubles anxieux dans la population est élevée, il n'est pas surprenant que le profil des personnes orientées pour un traitement pharmacologique soit très variable. Néanmoins, nous pouvons affirmer qu'il s'agit généralement de gens dont l'anxiété ne répond pas de façon optimale à la psychothérapie. Ainsi, un traitement pharmacologique devrait être considéré dans les situations suivantes :

- les symptômes du trouble anxieux persistent avec peu de changements après quelques mois de psychothérapie ou un nombre de séances habituellement requis pour améliorer le trouble ;
- les symptômes anxieux s'accroissent ;
- une comorbidité dépressive apparaît ;
- le client perd du poids ;
- le client a des idées suicidaires ;
- le client souffre d'une insomnie persistante causée ou non par de l'anxiété ;
- le client éprouve de la difficulté à reprendre le travail ou à retrouver son niveau de fonctionnement habituel.

Bien entendu, il faut souligner l'option de la pharmacothérapie lorsque, pour diverses raisons, les clients n'ont pas accès aux services psychologiques.

Quels sont les médicaments prescrits pour les troubles anxieux ?

Il existe plusieurs classes de psychotropes qui peuvent modifier le parcours d'un trouble anxieux. Généralement, les antidépresseurs sont considérés comme le traitement de première ligne.

Pourquoi prescrire un « antidépresseur » et non un « antianxiété » pour l'anxiété ?

En fait, cette classe de médicaments est commercialisée sous le nom « antidépresseur », car les études cliniques ont d'abord été réalisées auprès d'une clientèle déprimée. Une fois qu'un antidépresseur est commercialisé, des études cliniques subséquentes peuvent démontrer son efficacité dans divers troubles psychiatriques, incluant les troubles anxieux.

Quelle est l'efficacité des antidépresseurs ?

La pharmacothérapie est généralement reconnue comme étant tout aussi efficace que la psychothérapie dans le soulagement des différents symptômes des troubles anxieux. Par contre, la psychothérapie apporte des changements qui vont perdurer plus longtemps que la médication (Andrews et al., 2018 ; Kennedy et al., 2016). On considère que pour 30 à 40 % des clients, la phar-

Trop souvent, les gens cessent leur traitement pharmacologique si l'efficacité n'est pas notée rapidement et dans ce sens, le psychothérapeute a un rôle pivot, puisqu'il a déjà établi un lien de confiance avec le client.

macothérapie s'avère peu utile, voire problématique en raison des effets indésirables, alors que 60 à 70 % des clients peuvent espérer une rémission partielle, voire complète, de leurs symptômes (Andrews et al., 2018 ; Roy-Byrne, 2015). Dans deux études américaines, entre 20 et 40 % des clients ont cessé leur traitement dans le premier mois (Olfson et al., 2006 ; Samples et Mojtabai, 2015), soit en raison des effets secondaires (20 %), soit en raison du manque d'efficacité (22 %), soit parce qu'ils préféraient une autre méthode ou que des impératifs économiques les poussaient à cesser (58 %). Les facteurs sociodémographiques associés à l'arrêt de la médication étaient les suivants : le peu de scolarité, l'ethnie, l'âge (jeunes adultes) et le faible revenu familial. Les gens avec anxiété cessaient davantage leur traitement comparativement aux déprimés. Dans une étude, le suivi en psychothérapie constituait un facteur favorisant la continuité du traitement pharmacologique (Olfson et al., 2006). Ainsi, le psychothérapeute détient un rôle important dans le soutien du patient afin de favoriser l'observance pharmacologique. Trop souvent, les gens cessent leur traitement pharmacologique si l'efficacité n'est pas notée rapidement et dans ce sens, le psychothérapeute a un rôle pivot, puisqu'il a déjà établi un lien de confiance avec le client. Il connaît son évolution récente et il est considéré comme une personne neutre et objective quant au traitement pharmacologique. Une des causes principales de l'inefficacité d'un antidépresseur est une observance pharmacologique inadéquate. Ainsi, il faut encourager la personne à prendre ses médicaments tous les jours, préférablement à la même heure, afin d'améliorer l'observance au traitement. Il est important de souligner que quelques études indiquent que la combinaison psychothérapie-pharmacothérapie peut s'avérer plus efficace qu'une seule de ces modalités de traitement (Andrews et al., 2018 ; Bandelow et al., 2017).

Y a-t-il un antidépresseur meilleur qu'un autre ?

Parmi les différentes classes d'antidépresseurs, ce sont généralement les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) qui sont recommandés en première ligne dans le traitement des troubles anxieux (voir tableaux 1 et 2 pour les noms générique et commercial des antidépresseurs ainsi que les posologies recommandées). On considère qu'au sein d'une même classe d'antidépresseurs, l'effet thérapeutique demeure plus ou moins équivalent dans le traitement des troubles anxieux. Ces médicaments diffèrent

cependant quelque peu par le profil d'effets indésirables qu'ils peuvent engendrer. Bien entendu, le choix de l'antidépresseur sera basé sur les caractéristiques du patient et ses attentes. Par exemple, le médecin recommandera un antidépresseur qui a déjà été efficace pour une personne lors d'un essai précédent. Néanmoins, une méta-analyse récente indique que dans le trouble anxieux généralisé, l'escitalopram, la duloxétine et la paroxétine auraient un taux de rémission légèrement plus élevé (Kong et al., 2020), mais d'autres études sont nécessaires pour confirmer leur plus grande efficacité. Le bupropion (Wellbutrin) est un antidépresseur reconnu pour le traitement de la dépression, mais a peu d'effets thérapeutiques pour réduire l'anxiété, pouvant même l'amplifier. Les antidépresseurs tricycliques (imipramine, clomipramine et autres) ont un effet thérapeutique reconnu, mais comportent des effets indésirables en raison de leur propriété à bloquer les récepteurs de l'acétylcholine (constipation, sécheresse de la bouche, somnolence). Ceux-ci s'avèrent souvent très inconfortables pour la personne, et le risque qu'elle cesse le traitement est plus grand qu'avec les ISRS et IRSN. L'agomélatine est un antidépresseur reconnu pour son efficacité dans les troubles anxieux, particulièrement le trouble anxieux généralisé. Toutefois, son utilisation nécessite une autorisation de Santé Canada, puisque des anomalies de la fonction hépatique, incluant de rares, mais fulgurantes, hépatites, ont été signalées.

Quel est le délai d'une réponse thérapeutique ?

Dans le traitement d'une dépression majeure, il faut normalement attendre de 2 à 4 semaines avant d'objectiver une réponse thérapeutique. Pour le traitement des troubles anxieux, ce délai peut s'avérer plus long, voire le double. Dans cette optique, il faut parfois attendre jusqu'à 8 à 10 semaines avant d'entrevoir la possibilité de cesser ou de modifier le traitement. On amorce un antidépresseur avec la plus petite posologie disponible pour minimiser les effets indésirables. La posologie est ensuite augmentée en fonction de la réponse thérapeutique et de la tolérance. Le temps de la réponse va donc varier en fonction du temps nécessaire pour atteindre une posologie thérapeutique. Ainsi, les psychothérapeutes peuvent jouer un rôle important, autant dans la recommandation d'entreprendre un antidépresseur que lors de l'introduction d'un traitement, en apportant le soutien nécessaire au client pour assurer une meilleure observance pharmacologique. Le psychothérapeute recommandera au client de consulter son médecin avant de cesser son traitement afin qu'il l'informe des risques de sevrage et évalue si un autre traitement devrait être envisagé.

Combien de temps l'antidépresseur sera-t-il administré ?

Une méta-analyse récente recommande de maintenir le traitement pharmacologique au moins un an et plus, peu importe le type de trouble anxieux (Batelaan et al., 2017). La méta-analyse a été réalisée en regroupant des études dont les personnes étaient en

rémission à la suite d'un traitement pharmacologique. Puis, ces mêmes personnes ont été réparties en deux groupes, un groupe recevant un placebo et l'autre continuant l'antidépresseur. Le suivi clinique a été effectué par des évaluateurs à l'aveugle. Dans le groupe placebo, 36,4 % des gens ont rechuté, comparativement à 16,4 % dans le groupe avec médication, donnant un OR (*odds ratio*) de 3,11. Ainsi, cette étude confirme que certaines personnes ont un trouble anxieux que l'on pourrait qualifier de chronique, puisqu'il réapparaît après l'arrêt de la médication. Malheureusement, les auteurs ne pouvaient se prononcer sur le risque de rechute en fonction d'un suivi concomitant en psychothérapie. Donc, selon les observations de cette étude, pour un client qui souhaite cesser la médication après un traitement prolongé, il est recommandé de le faire sur plusieurs semaines, voire quelques mois. Non seulement cette approche prudente réduira le risque de sevrage, mais elle permettra aussi au client de reprendre plus rapidement la médication à la posologie thérapeutique advenant une rechute. Le psychothérapeute a un rôle important à jouer pour soutenir la personne dans l'acceptation d'un trouble anxieux chronique.

Quels sont les effets secondaires à surveiller ?

En début de traitement, les effets secondaires les plus fréquents sont les nausées et les céphalées. La sévérité des symptômes est très variable, et ceux-ci provoquent un arrêt de la prise du médicament dans 10 à 20 % des cas. Il est recommandé de prendre le médicament avec un repas, préférablement au déjeuner, pour réduire les nausées. Cet effet secondaire est normalement temporaire et tend à s'amenuiser dans les deux premières semaines suivant l'introduction de l'antidépresseur. Si la personne éprouve de la somnolence, il est préférable de prendre le médicament au coucher. Environ 4 à 7 % des gens ressentiront une certaine fébrilité, de l'acathésie ou une augmentation de l'anxiété. Pour minimiser le risque de cet effet indésirable, l'antidépresseur est amorcé à la plus faible posologie disponible. Plus rarement, des idées suicidaires et de l'agressivité peuvent surgir, surtout chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (Sharma et al., 2016). Une dysfonction sexuelle est recensée chez 16 à 50 % des utilisateurs d'un ISRS ou d'un IRSN après 8 à 10 semaines de traitement. Cet effet secondaire désagréable survient davantage chez l'homme que chez la femme. La sévérité des symptômes est très variable, et ceux-ci peuvent se manifester de différentes façons : trouble d'érection, anorgasmie et diminution de la libido. Différentes stratégies sont proposées afin de corriger ce problème, notamment l'ajout d'un médicament réduisant la dysfonction érectile chez l'homme (Viagra, Cialis et autres) ou la substitution de l'antidépresseur par un autre, préférablement d'une classe différente (Montejo et al., 2019). Une réduction de la posologie ou l'arrêt de l'antidépresseur 24 à 48 heures avant une relation sexuelle est une autre stratégie à considérer, mais cette approche comporte le risque d'induire des symptômes de sevrage. Effectivement, un syndrome de sevrage caractérisé

par des malaises gastro-intestinaux, de l'insomnie, de l'anxiété et des céphalées peut apparaître dans les 24 à 48 heures lorsque la médication est cessée abruptement. Dans ces circonstances, environ 40 % des gens ressentent des symptômes de sevrage, mais à une intensité très variable. Reprendre la médication immédiatement atténuera grandement les symptômes de sevrage, et ce, en quelques heures. Dans certaines situations, un ISRS ayant une demi-vie plus longue, telle la fluoxétine, peut être ajouté temporairement dans le but de minimiser les risques de symptômes de sevrage à l'arrêt d'un ISRS ou d'un IRSN ayant une demi-vie plus courte.

Qu'en est-il des analyses génétiques pour cibler le meilleur antidépresseur ?

Des compagnies spécialisées en pharmacogénétique proposent une évaluation génétique pour aider à déterminer le meilleur antidépresseur pour vous. En réalité, les études génétiques ne sont pas conçues pour identifier les récepteurs du cerveau impliqués dans un trouble anxieux. Il s'agit plutôt d'une analyse de la génétique des différents enzymes hépatiques qui métabolisent les antidépresseurs. Moins de 10 % des gens métaboliseront l'antidépresseur à une vitesse différente de la norme. Les « métaboliseurs rapides » risquent de ne pas avoir suffisamment d'antidépresseur dans le sang (donc, dans le cerveau) pour exercer un effet thérapeutique, alors que les « métaboliseurs lents » sont plus susceptibles d'éprouver des effets secondaires en raison d'un dosage plus élevé que prévu du médicament dans le sang. Ce type d'analyse génétique est rarement indiqué, et ce sont habituellement les individus qui doivent en assumer les coûts. Les lignes directrices canadiennes ne recommandent pas ce type d'analyse, sauf lors de situations particulières (Kennedy et al., 2016). Au besoin, il est préférable de doser directement la concentration de l'antidépresseur dans le sang.

Qu'en est-il des benzodiazépines pour traiter l'anxiété ?

La synthèse de la chlordiazépoxyde (Librium) en 1960, puis du diazépam (Valium) en 1963, a suscité beaucoup d'espoir chez les gens souffrant d'anxiété. Il existe maintenant plus de 35 benzodiazépines sur le marché international, dont 13 sont disponibles au Canada (voir tableau 3 pour les noms générique et commercial des benzodiazépines les plus couramment utilisées). Bien qu'elles soient efficaces et utiles, il est maintenant reconnu que les benzodiazépines devraient être prescrites pour de courtes périodes (2 à 4 semaines). Effectivement, à plus long terme, une tolérance peut se développer et une benzodiazépine peut devenir moins efficace autant comme anxiolytique que comme somnifère. Dans les troubles anxieux les plus graves, une benzodiazépine peut être prescrite en attente de l'effet thérapeutique d'un antidépresseur ou d'une psychothérapie. Par la suite, la benzodiazépine est graduellement cessée afin d'éviter qu'une dépendance se développe et cause une exacerbation des symptômes anxieux lors du sevrage. Souvent, les benzodiazépines sont prescrites « au besoin », et cette utilisation ponctuelle est limitée aux situa-

tions très anxiogènes. Toutefois, même si cette pratique peut s'avérer utile et efficace, elle ne favorise pas chez l'utilisateur la recherche d'autres moyens non pharmacologiques pour réduire l'anxiété. Si cette approche est utilisée, il est conseillé de prescrire de 5 à 10 comprimés par mois, à prendre au besoin, afin de rassurer le patient et d'éviter l'abus. L'hypothèse selon laquelle les benzodiazépines constitueraient un risque en favorisant une progression vers la démence est très contestée, les études à ce sujet ayant fait appel à des groupes témoins inadéquats. Les benzodiazépines peuvent induire des troubles cognitifs, surtout chez la personne âgée, mais ne sont pas la cause d'une démence (Nafti et al., 2020).

Est-il indiqué de prescrire un antipsychotique chez des gens souffrant d'anxiété ?

Sauf pour la quétiapine (Seroquel), les antipsychotiques de 1^{re}, 2^e ou 3^e génération ne sont pas indiqués dans le traitement de l'anxiété (voir tableau 4 pour les noms générique et commercial des antipsychotiques de 2^e et 3^e génération ainsi que les posologies recommandées). Par contre, si le trouble anxieux est présent en comorbidité avec des symptômes dépressifs, un trouble bipolaire ou une psychose, un antipsychotique peut s'avérer très utile pour potentialiser un antidépresseur chez un déprimé ou prévenir un virage en manie d'un patient avec un trouble bipolaire recevant un antidépresseur. La quétiapine est un antipsychotique de seconde génération qui s'avère tout aussi efficace que les antidépresseurs dans le traitement de certains troubles anxieux; elle est même associée à un taux de rémission plus élevé que certains antidépresseurs (Kong et al., 2020). Par contre, il faut viser des posologies élevées qui favorisent alors l'apparition d'effets secondaires chez le tiers des gens, notamment :

- une prise de poids;
- une hyperglycémie;
- une dyslipidémie;
- de la somnolence.

Habituellement, le médicament est administré à des posologies variant entre 25 et 100 mg, 1 à 3 fois par jour. Il existe une formulation « longue action » (quétiapine XR) qui est libérée plus lentement et réduit le nombre de prises quotidiennes du médicament. En raison de sa libération prolongée, il est recommandé de prescrire la quétiapine XR au souper si une aide au sommeil est visée.

Quels médicaments sont prescrits pour le sommeil ?

L'insomnie initiale, intermédiaire ou tardive est souvent associée aux symptômes anxieux et est parfois un effet secondaire de la médication. Si l'insomnie persiste malgré la mise en pratique des recommandations d'hygiène du sommeil ou d'un traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie, il existe plusieurs options pharmacologiques (liste non exhaustive) :

- La mélatonine (2 à 10 mg), prise 2 à 3 heures avant l'heure d'endormissement désirée, peut parfois réduire l'insomnie initiale. La mélatonine est disponible en vente libre.
- Les antidépresseurs peuvent causer comme effet secondaire des éveils nocturnes. Dans ces cas, la prise de trazodone (Desyrel) ou de quétiapine à faibles posologies (25 à 50 mg), une heure avant le coucher, est généralement efficace pour réduire l'insomnie initiale et intermédiaire.
- Les benzodiazépines peuvent s'avérer utiles, mais comme nous l'avons mentionné, il est préférable de les utiliser sporadiquement pour diminuer le risque de tolérance et conserver l'efficacité thérapeutique.
- Les agonistes non benzodiazépiniques (zopiclone, zolpidem et autres) favorisent l'endormissement. Par contre, ces hypnotiques ne comportent pas d'effet anxiolytique comme les benzodiazépines. Lorsque cette classe de médicaments est cessée, il y a un risque de sevrage similaire, mais moins problématique qu'avec les benzodiazépines.
- Les cauchemars peuvent perturber le sommeil chez une personne souffrant d'un état de stress post-traumatique. La prazosine diminue significativement les cauchemars et améliore la qualité du sommeil (Zhang et al., 2020). Ce médicament était autrefois prescrit comme antihypertenseur, donc il comporte un risque de réduire la tension artérielle ou d'induire une hypotension orthostatique. Autrement, ce médicament est très bien toléré, même lorsque coadministré avec un antidépresseur.

Plusieurs psychotropes peuvent-ils être prescrits simultanément ?

La polypharmacie est malheureusement un phénomène réel, surtout lorsqu'il y a une comorbidité psychiatrique. Par exemple, dans le trouble bipolaire, 30 % des patients présentent une comorbidité avec un trouble anxieux. La polypharmacie se voit aussi comme un reflet d'une efficacité imparfaite des médicaments, en plus de soulever l'aspect réfractaire de certains états pathologiques anxieux. Dans certaines situations, un deuxième antidépresseur peut s'avérer nécessaire. La mirtazapine (Remeron), par son mode d'action différent, peut être ajoutée à un ISRS ou à un IRSN comme potentialisateur, mais son efficacité en monothérapie n'est pas encore bien établie dans les troubles anxieux. Lorsqu'il y a une polypharmacie, le médecin se doit de surveiller les interactions médicamenteuses potentielles.

Est-ce que les antidépresseurs et les autres médicaments génériques sont aussi efficaces que les originaux ?

Les antidépresseurs génériques deviennent disponibles dès que le brevet d'un antidépresseur d'origine prend fin. C'est alors que des compagnies pharmaceutiques qui se spécialisent dans les

produits génériques peuvent reproduire les médicaments avec les mêmes ingrédients actifs. Le médicament générique doit respecter les mêmes normes scientifiques que le produit original. Donc, la molécule active (p. ex. l'antidépresseur) est la même, sauf que les exigences de Santé Canada spécifient que la concentration ou la biodisponibilité doit être située entre 80 et 125 % du comprimé original. Ainsi, il y a une possibilité, mais faible, de rechute ou d'apparition d'effets secondaires lorsqu'une personne passe directement d'un médicament original à un générique. Également, le véhicule dans lequel se trouve l'ingrédient actif peut changer dans la forme générique et exceptionnellement être moins bien toléré par certaines personnes.

Antiépileptiques

La gabapentine (Neurontin) et son métabolite, la prégabaline (Lyrica), sont des antiépileptiques reconnus dans le traitement de l'anxiété, particulièrement le trouble anxieux généralisé (Greenblatt et Greenblatt, 2018). Ces médicaments sont aussi parfois utilisés comme somnifère ou antidouleur. Puisque ces médicaments ont un mode d'action différent de celui des antidépresseurs et de la quétiapine, et qu'ils sont généralement bien tolérés, ils présentent une alternative intéressante pour le traitement des troubles anxieux. D'autres antiépileptiques, notamment le divalproex, sont parfois, mais rarement, utilisés dans le traitement d'un trouble panique réfractaire (Masdrakis et Baldwin, 2021).

Conclusion

Les problèmes de santé physique peuvent avoir un impact important sur l'efficacité d'une psychothérapie. Aussi, le psychothérapeute devrait conseiller au client de consulter son médecin généraliste s'il soupçonne la présence d'un problème médical instable ou *de novo*. Le médecin de famille a les connaissances nécessaires pour évaluer un problème médical qui pourrait sous-tendre certains symptômes anxieux ou somatiques et il peut entreprendre un traitement psychopharmacologique. Les antidépresseurs ISRS et IRSN constituent le traitement pharmacologique de première ligne des troubles anxieux. Ces médicaments doivent être vus comme un traitement efficace et complémentaire à la psychothérapie. Bien souvent, l'inefficacité du traitement pharmacologique est causée par l'inobservance du client en lien avec un délai de la réponse thérapeutique ou des effets secondaires du médicament. Le psychothérapeute peut apporter un soutien au client durant la période d'attente de la réponse thérapeutique ou de la diminution des effets secondaires, qui, souvent, sont temporaires. Le médecin de famille dirige un client en psychiatrie lorsque la réponse au traitement est jugée insuffisante, lorsqu'un trouble est considéré comme réfractaire aux essais thérapeutiques, lorsqu'il y a une comorbidité psychiatrique ou lorsqu'il y a un risque d'interaction médicamenteuse en lien avec une polypharmacie.

Tableau 1 – Noms générique et commercial et posologie des antidépresseurs inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS)

Nom générique	Nom commercial	Posologie (par jour)
citalopram	Celexa	10 à 40 mg
escitalopram	Ciprallex	10 à 20 mg
fluoxétine	Prozac	20 à 40 mg
fluvoxamine	Luvox	50 à 300 mg
paroxétine	Paxil	10 à 50 mg
sertraline	Zoloft	50 à 200 mg
vilazodone*	Viibryd	10 à 40 mg
vortioxétine*	Trintellix	10 à 20 mg

* La vilazodone et la vortioxétine sont considérées comme des antidépresseurs « multimodaux » en raison de mécanismes d'action supplémentaires pour augmenter la libération de la sérotonine.

Tableau 2 – Noms générique et commercial et posologie des antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradréline (IRSN)

Nom générique	Nom commercial	Posologie (par jour)
desvenlafaxine	Pristiq	50 à 100 mg
duloxétine	Cymbalta	60 à 120 mg
lévomilnacipran	Fetzima	20 à 120 mg
milnacipran	Ixel	50 à 100 mg
venlafaxine XR	Effexor XR	75 à 300 mg

Tableau 3 – Noms générique et commercial et posologie des benzodiazépines les plus prescrites

Nom générique	Nom commercial	Posologie
alprazolam	Xanax	0,125 à 0,25 mg, 2 ou 3 fois/jour
clonazépam	Rivotril	0,25 à 1 mg, 2 ou 3 fois/jour
bromazépam	Lectopam	1,5 à 3 mg, 2 ou 3 fois/jour
diazépam	Valium	2 à 10 mg, 2 fois/jour
lorazépam	Ativan	0,5 à 1 mg, 2 ou 3 fois/jour
oxazépam	Serax	10 à 30 mg, 2 ou 3 fois/jour

Tableau 4 – Noms générique et commercial et posologie des antipsychotiques de 2^e et 3^e génération les plus prescrits

Nom générique	Nom commercial	Posologie (par jour)
aripiprazole	Abilify	2 à 20 mg
brexpiprazole	Rexulti	0,5 à 3 mg
olanzapine	Zyprexa	2,5 à 20 mg
quétiapine	Seroquel	25 à 800 mg
quétiapine XR	Seroquel XR	50 à 800 mg
rispéridone	Risperdal	0,25 à 4 mg

L'ANXIÉTÉ CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS : ENJEUX SPÉCIFIQUES

D^{re} Lyse Turgeon,
Ph. D., psychologue,
professeure à l'École de
psychoéducation de
l'Université de Montréal,
et **Emmanuelle Ayotte**,
candidate au doctorat
en psychologie à
l'Université de Montréal

Introduction

Le thème couvert par cet article est assez vaste. Nous avons choisi de l'aborder sous l'angle de la spécificité de l'anxiété chez les jeunes en comparaison des adultes. Nous avons par ailleurs décidé de nous centrer sur les enfants et les adolescents¹ plutôt que les jeunes adultes, compte tenu de l'espace limité. Nous aborderons dans les prochaines pages l'épidémiologie des troubles anxieux chez les jeunes, les manifestations spécifiques à ce groupe d'âge, les conséquences sur le fonctionnement et le développement des jeunes et les particularités dans l'évaluation. Nous présenterons ensuite le modèle de psychopathologie développementale, qui illustre bien le développement de l'anxiété. Enfin, nous indiquerons dans la dernière section les stratégies d'intervention auprès des enfants et des adolescents.

Épidémiologie des troubles anxieux chez les jeunes

Les troubles anxieux font partie des problèmes de santé mentale les plus fréquents chez les enfants et les adolescents. Polanczyk et al. (2015) ont compilé les données de 87 742 jeunes provenant des cinq continents, pour trouver que de 4,7 % à 9,1 % d'entre eux présentent un trouble anxieux. Au Québec, selon l'enquête de Lesage et Émond (2012), 6,4 % des jeunes de 5 à 17 ans souffrent de troubles anxieux. Chez les adolescents, selon l'Institut de la statistique du Québec (2018), près de 23 % des filles et 12 % des garçons ont obtenu un diagnostic de trouble anxieux. Les troubles anxieux augmentent avec l'âge, passant de 13,4 % en première année du secondaire à 18,8 % en cinquième secondaire. Les données confirment par ailleurs que l'anxiété est en constante augmentation chez les jeunes. Ainsi, selon l'Institut de la statistique du Québec (2018), les taux auraient doublé en 10 ans. Comme on pouvait s'y attendre, la pandémie de COVID-19 n'a fait qu'exacerber cette tendance à la hausse (Laurier et Pascuzzo, 2021).

Chez les enfants et les adolescents, les troubles anxieux les plus fréquents sont l'anxiété de séparation, le trouble d'anxiété généralisée, la phobie spécifique et le trouble d'anxiété sociale (American Psychiatric Association [APA], 2013). Dans la plupart des cas, les filles sont plus atteintes; cette différence entre les genres apparaît à partir de l'adolescence. Nous n'aborderons pas en détail cette question dans le présent article, mais il s'agit d'un élément important à considérer, autant dans l'intervention que pour l'avancement des connaissances quant aux mécanismes qui expliquent le développement de l'anxiété.

Les troubles anxieux sont fortement corrélés entre eux. Ils sont associés à plusieurs autres troubles, dont la dépression, présente chez 70,4 % des enfants québécois ayant un trouble anxieux (Cournoyer-G. et al., 2013). D'autres troubles régulièrement associés sont le trouble du spectre de l'autisme, le trouble d'opposition, les troubles du langage et le trouble obsessionnel-compulsif (Dumas, 2013), ce qui signifie que ces troubles devraient être évalués de manière exhaustive lorsqu'un trouble anxieux est détecté. Enfin, les troubles anxieux ont tendance à être chroniques (ten Have et al., 2020), particulièrement s'ils surviennent tôt et s'ils sont graves, même si la symptomatologie peut varier dans le temps (Hovenkamp-Hermelink et al., 2021).

La spécificité des manifestations chez les enfants et les adolescents

Comme l'indique le *DSM-5*, les troubles anxieux ont comme caractéristique commune une peur excessive par rapport à un objet ou à une situation (APA, 2013). Par exemple, s'il est normal que la majorité des enfants et des adolescents ressentent de l'anxiété le matin d'une présentation orale, ceux qui présentent un trouble d'anxiété sociale peuvent être constamment préoccupés et mal dormir plusieurs jours avant. Une autre caractéristique

Chez le jeune enfant, la peur des menaces extérieures prédomine, alors qu'en vieillissant, les menaces internes prennent de plus de plus de place, probablement en raison de la maturation cognitive, qui pourrait augmenter la capacité d'anticiper des conséquences négatives.

essentielle concerne la perturbation du fonctionnement (APA, 2013). Le jeune qui souffre d'un trouble anxieux a de la difficulté à mener une vie normale, que ce soit à la maison, à l'école ou dans d'autres milieux. Par exemple, un jeune atteint d'anxiété de séparation pourrait être incapable d'aller dans un camp de vacances; un adolescent présentant un trouble panique pourrait ne plus aller à l'école.

Dans une perspective développementale, les sources d'anxiété évoluent dans le temps. Chez le jeune enfant, la peur des menaces extérieures prédomine, alors qu'en vieillissant, les menaces internes prennent de plus de plus de place (Vasey et al., 1994), probablement en raison de la maturation cognitive, qui pourrait augmenter la capacité d'anticiper des conséquences négatives. La conscience de soi et la comparaison sociale se développent également avec l'âge, ce qui contribue à l'avènement de nouvelles craintes. Ainsi, avant l'âge de 6 ans, les jeunes présenteraient davantage de peurs liées à l'intégrité physique (p. ex. se faire attaquer par un monstre), alors qu'un préadolescent pourrait plutôt craindre un déficit quant à ses habiletés personnelles (p. ex. ne pas être capable d'accomplir une tâche). À l'adolescence, l'inquiétude quant aux interactions sociales (p. ex. être exclu d'un groupe de pairs) s'ajouterait, coïncidant avec l'avènement du trouble d'anxiété sociale (Leigh et Clark, 2018). Les psychopathologies anxieuses surviennent par ailleurs à différents stades de développement. L'anxiété de séparation, la phobie spécifique et le trouble d'anxiété sociale font généralement leur apparition avant l'âge de 15 ans, alors que les autres troubles anxieux débutent habituellement entre 21 et 35 ans (de Lijster et al., 2017).

Les conséquences de l'anxiété chez les jeunes

Les troubles anxieux peuvent avoir des répercussions importantes sur le rendement scolaire ou la capacité de se concentrer (McLoone et al., 2006; Rapee et al., 2005). Les enfants qui souffrent de troubles anxieux seraient trois fois plus à risque de présenter des problèmes liés à l'apprentissage de la lecture. Ils représentent une forte proportion des enfants ayant des difficultés scolaires (Nail et al., 2015) ou des problèmes d'absentéisme (Finning et al., 2019). Les jeunes qui souffrent de troubles anxieux présentent un plus grand risque de décrochage scolaire à l'adolescence et peuvent donc avoir des possibilités d'emploi réduites à l'âge adulte (de Lijster et al., 2018). Une méta-analyse de 19 études, réalisée par de Lijster et al. (2018), fait par ailleurs ressortir les

conséquences de l'anxiété sur le plan social. Les jeunes souffrant d'anxiété possèdent en général moins de compétences sociales par comparaison à des pairs non anxieux. Ils font aussi état de plus de négativité dans leurs relations interpersonnelles, de plus de solitude et de plus de victimisation. Par ailleurs, ils risquent davantage de développer des problèmes liés à l'usage d'alcool, de tabac ou de drogues. L'anxiété est également associée à un risque accru de dépression (Hirschfeld, 2001) et de suicide (Too et al., 2019).

Le modèle de psychopathologie développementale

Plusieurs modèles théoriques ont été proposés pour expliquer le développement de l'anxiété chez les enfants. Nous avons choisi de présenter le modèle de psychopathologie développementale de Vasey et Dadds (2001). Ce modèle explique le développement de l'anxiété par une interaction complexe entre différents facteurs, regroupés en quatre catégories : les facteurs de risque, les facteurs de maintien, les facteurs de protection et les facteurs d'amélioration.

La première catégorie comprend les facteurs de risque (ou facteurs prédisposants), qui augmentent la probabilité de développer un trouble anxieux. Ces facteurs sont d'abord de nature individuelle et incluent notamment le tempérament anxieux (Clauss et Blackford, 2012), l'inhibition comportementale, caractérisée par un niveau élevé d'activation physiologique face à des situations non familières (Sandstrom et al., 2020), et certains traits de personnalité comme la timidité (Zdebik et al., 2019). Par ailleurs, l'étude de Knopik et al. (2017) auprès de jumeaux adoptés indique que l'anxiété aurait un niveau d'héritabilité se situant entre 25 % et 50 %. D'autres spécificités biologiques, neurologiques et endocriniennes, notamment le niveau élevé de cortisol et d'alpha-amylase salivaire, l'accélération cardiaque (Krämer et al., 2012), l'élargissement de l'amygdale (Suor et al., 2020) et l'asymétrie thalamique (Zhang et al., 2020), seraient associées à l'anxiété chez les jeunes. L'environnement jouerait également un rôle de première importance dans le développement des troubles anxieux à l'enfance, en particulier l'environnement familial. Parmi les facteurs familiaux, plusieurs pratiques parentales ont été associées au développement de l'anxiété : la punition (Gershoff et al., 2010), la surprotection et les comportements intrusifs (Wood, 2006) ainsi que la négativité, caractérisée par le manque d'acceptation et de chaleur émotionnelle, le rejet et la critique (Rapee, 1997). L'attachement insécurisant constituerait aussi un facteur de risque important dans le développement de l'anxiété (Ainsworth et al., 2015). Un autre mécanisme agissant comme facteur de risque est le modelage des cognitions et des comportements anxieux par les parents (Murray et al., 2009). Enfin, parmi les autres facteurs environnementaux, mentionnons les événements de vie, les relations avec les pairs et la fratrie, l'environnement scolaire et le contexte sociétal (Creswell et al., 2020) ainsi que les réseaux sociaux (Keles et al., 2019).

La deuxième catégorie comprend les facteurs de maintien, qui entrent en ligne de compte une fois que le jeune a commencé à développer des symptômes d'anxiété. Un des facteurs de maintien les plus puissants est l'évitement.

La troisième catégorie comprend les facteurs de protection, qui permettent d'atténuer le risque de développer un trouble anxieux malgré la présence de facteurs de risque. Ces facteurs incluent, par exemple, la présence d'un parent non anxieux, les capacités d'adaptation du jeune et la présence de modèles non anxieux.

Enfin, la quatrième catégorie comprend les facteurs d'amélioration, qui sont des éléments qui permettent de prévenir l'aggravation des problèmes d'anxiété, par exemple les stratégies d'intervention. Ce modèle théorique peut être présenté aux jeunes et aux parents pour leur expliquer les objectifs généraux de l'intervention, soit de diminuer les facteurs de risque et d'augmenter les facteurs de protection.

La spécificité de l'évaluation chez les enfants et les adolescents

Stallings et March (1995) ont proposé des lignes directrices pour l'évaluation des symptômes d'anxiété chez les enfants et les adolescents. Par comparaison avec l'évaluation auprès des adultes, il est important d'adopter une approche multiinformateurs (interroger le jeune, les parents, l'enseignant, etc.), et ce, pour plusieurs raisons. D'abord, les manifestations d'anxiété peuvent varier d'un environnement à l'autre. Par exemple, un enfant présentant un mutisme sélectif pourrait ne pas parler du tout à l'école et être très loquace à la maison. Ainsi, l'enseignant devient un informateur de choix à l'âge scolaire, étant témoin des comportements de l'enfant dans un contexte particulier. Certains comportements s'observent par ailleurs uniquement au sein de la dynamique familiale, par exemple les difficultés à s'endormir seul. D'ailleurs, la concordance entre l'information de l'enseignant et celle du parent serait assez faible, ce qui confirme l'importance d'avoir recours à plusieurs informateurs (Navarro et al., 2020). Le jeune doit bien sûr faire partie de l'évaluation, dès qu'il est en mesure de le faire, parce qu'il est le seul à pouvoir décrire ce qu'il vit intérieurement. Cependant, il pourrait sous-estimer ses symptômes parce qu'il se sent honteux ou anormal. Les parents pourraient par ailleurs surestimer les symptômes de leur enfant parce qu'ils sont inquiets ou parce qu'ils veulent s'assurer de recevoir des services.

L'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2007) a émis des recommandations pour l'évaluation des troubles anxieux chez les jeunes. Elle recommande d'utiliser, à partir de l'âge de 7 ou 8 ans, des questionnaires autoadministrés conçus pour les jeunes. Malgré la simplicité des questionnaires standardisés, la prudence reste de mise cependant, car certains enfants peuvent ne pas bien comprendre certaines questions, particulièrement les plus jeunes (White et Hudson, 2016). Dans ce cas,

La motivation doit aussi être considérée dans l'évaluation, puisqu'elle représente un élément essentiel au changement. Il faut tenter de cerner la motivation du jeune à changer de même que celle de ses parents à le guider dans sa démarche.

L'AACAP conseille de demander aux parents de remplir des questionnaires (Reardon et al., 2019). Il est important aussi d'avoir en tête que ces instruments peuvent présenter des faux positifs ou des faux négatifs, ce qui rappelle encore une fois l'importance d'une approche multiméthode (Grenier, 2017). Une entrevue d'évaluation est également suggérée. Une autre recommandation très importante a trait à l'évaluation de la comorbidité, particulièrement la dépression et le risque suicidaire chez les adolescents.

Par ailleurs, il est crucial de garder à l'esprit que les parents peuvent également être anxieux, puisque les problèmes d'anxiété ont souvent tendance à se retrouver au sein d'une même famille. Dans l'analyse du problème, il faudra aussi porter une attention particulière à certaines pratiques parentales, comme la surprotection. La motivation doit aussi être considérée dans l'évaluation, puisqu'elle représente un élément essentiel au changement. Il faut tenter de cerner la motivation du jeune à changer de même que celle de ses parents à le guider dans sa démarche. Il est tout aussi important de détecter les avantages à ne pas changer, par exemple être exempté de ses présentations orales en classe.

En ce qui concerne les outils spécifiques à l'évaluation de l'anxiété chez les jeunes, il en existe une multitude. Voici une liste non exhaustive d'instruments possédant de bonnes qualités psychométriques, disponibles en français, faciles d'utilisation par l'intervenant dans son quotidien. La plupart de ces instruments figurent dans l'ouvrage de Bouvard (2008). Parmi les questionnaires, on trouve l'*Échelle révisée d'anxiété manifeste pour enfants* (Turgeon et Chartrand, 2003b), l'*Inventaire d'anxiété situationnelle et de traits pour enfants* (Turgeon et Chartrand, 2003a), l'*Échelle d'anxiété multidimensionnelle pour enfants* (Turgeon et al., 2006), l'*Inventaire des peurs pour enfants* (Turgeon et al., 2005) et la *Grille d'évaluation des troubles émotionnels chez les jeunes* (Martin et Gosselin, 2011). Plusieurs questionnaires ont aussi été développés pour évaluer des symptômes liés à des troubles spécifiques chez les jeunes, par exemple les échelles d'anxiété sociale de La Greca et al. (1988), le *Penn State Worry Questionnaire for Children* (Chorpita et al., 1997), le *Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Scahill et al., 1997) et le *Childhood Posttraumatic Stress Reaction Index* (Frederick et al., 1992).

En ce qui concerne les entrevues, l'un des meilleurs outils disponibles à ce jour pour évaluer les troubles anxieux chez les jeunes est l'*Entrevue d'évaluation des troubles anxieux chez les*

enfants et les adolescents pour le DSM-IV (Turgeon et Brousseau, 2001), traduction de l'*Anxiety Disorders Interview Schedule for Children* (ADIS-C for DSM-IV; Silverman et Albano, 1996). Mentionnons également le *Dominique interactif* (Valla et al., 2000), un tutoriel informatique qui permet d'évaluer la santé mentale des jeunes, incluant certains troubles anxieux. Enfin, les grilles d'observation ou d'auto-observation constituent des outils précieux pour évaluer la fréquence et l'intensité des symptômes d'anxiété, savoir comment ces symptômes affectent la vie de l'enfant au quotidien et connaître les événements qui déclenchent les réactions anxieuses.

L'intervention cognitivo-comportementale

La grande majorité des études de traitement réalisées auprès des enfants et des adolescents présentant des troubles anxieux se basent sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), qui a largement montré son efficacité (pour des recensions récentes, voir Howes Vallis et al., 2020; James et al., 2020; Zhou et al., 2019). Parmi les mécanismes susceptibles d'expliquer l'efficacité de la TCC, on trouve notamment la réduction du discours interne négatif et l'amélioration des stratégies d'adaptation (Luo et McAloon, 2020) de même que la diminution des comportements d'inhibition (Howes Vallis et al., 2020). L'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007) recommande donc la TCC comme traitement de première ligne dans les cas d'anxiété légers à modérés. Dans les cas plus graves qui ne répondent pas à la TCC, la pharmacothérapie peut alors être considérée (Kodish et al., 2011).

Selon la méta-analyse de Howes Vallis et ses collaborateurs (2020), les acquis réalisés avec la TCC se maintiennent dans le temps, avec une taille d'effet importante. Les interventions centrées sur l'enfant et/ou ses parents seraient également efficaces. La TCC serait valide en personne et en ligne, quoique dans le dernier cas les effets soient moindres. La méta-analyse d'Ebert et al. (2015) montre aussi l'efficacité des programmes de TCC par ordinateur, en particulier chez les adolescents. Cette modalité est intéressante en raison de ses faibles coûts et de ses nombreux bénéfices, particulièrement lorsque le déplacement constitue un enjeu.

Tel qu'il est indiqué dans le chapitre présentant la TCC, cette forme d'intervention cible les émotions, les manifestations physiologiques, les cognitions et les comportements liés à l'anxiété. Les stratégies d'intervention sont nombreuses et incluent notamment l'éducation sur les symptômes d'anxiété, l'entraînement à l'expression des émotions, la rééducation respiratoire, la relaxation, la résolution de problèmes, la restructuration cognitive, l'exposition *in vivo* graduée et l'entraînement aux habiletés sociales (Kendall, 2012). L'exposition demeure l'ingrédient thérapeutique essentiel (Creswell et al., 2020). L'intervention est habituellement de courte durée (10 à 16 semaines); une composante importante a trait à la pratique entre les séances, sous forme de devoirs ou d'exercices (Mohatt et al., 2014).

Un des enjeux importants de l'intervention auprès des enfants consiste à adapter les stratégies afin de tenir compte de leur niveau développemental. Plusieurs cliniciens-chercheurs, comme Rapee et ses collègues (2000), ont proposé des façons d'adapter la TCC pour la rendre plus accessible aux enfants. Par exemple, les exercices de relaxation sont raccourcis et simplifiés, se résumant à cinq groupes musculaires, en plus d'être présentés sous forme imagée, entre autres à l'aide d'animaux. Les hiérarchies d'exposition sont renommées « escaliers d'exposition » et sont habituellement coconstruites avec l'intervenant, les parents et l'enfant. Les intervenants et les parents doivent être particulièrement sensibles à l'évitement cognitif subtil et s'assurer, par exemple, que l'enfant n'utilise pas un objet sécurisant ou ne pense pas à autre chose durant ses exercices d'exposition, ce qui pourrait avoir comme effet de neutraliser les efforts. L'utilisation de récompenses constitue une condition gagnante. En ce qui concerne la restructuration cognitive, des auteurs comme Friedberg et McClure (2002) ont proposé différentes façons d'adapter cette stratégie pour les plus jeunes, par exemple des exercices avec des « pensées chenilles » (pensées négatives ou non aidantes) que le jeune doit transformer en « pensées papillons » (pensées plus aidantes).

Kendall (1990) est considéré comme un pionnier dans le traitement des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents. Son programme Coping Cat, développé aux États-Unis, comprend 16 à 18 rencontres individuelles. Il inclut des techniques physiologiques (p. ex. la rééducation respiratoire ou la relaxation), la restructuration cognitive et l'exposition graduelle aux situations anxigènes. Plusieurs études ont testé l'efficacité du Coping Cat à long terme, autant en format de groupe qu'en format individuel (Flannery-Schroeder et Kendall, 2000; Kendall, 1994; Kendall et al., 2004). L'équipe de Kendall a aussi montré que l'ajout d'une composante familiale augmente l'efficacité du programme (Kendall et al., 2008).

Kendall et ses collaborateurs (2016) ont par ailleurs présenté une approche de type « soins par paliers » (*stepped care model*) dans l'intervention auprès de jeunes anxieux. Le modèle de soins par paliers vise à maximiser les ressources en offrant des approches de plus faible intensité et moins onéreuses dans un premier temps, tout en offrant la possibilité d'offrir des traitements plus individualisés et plus intensifs selon les besoins des jeunes. Le rationnel derrière cette approche est que tous n'ont pas besoin d'un programme individualisé à fort dosage. D'autre part, le nombre d'intervenants formés reste limité et n'atteindra jamais les nombreux besoins dans la population. La première étape de ce modèle consiste en une collecte d'information et en un suivi (*monitoring*), sans intervention. Lors de la deuxième étape, une première forme d'intervention est offerte, par exemple une bibliothérapie ou un programme en ligne. La troisième étape comprend des interventions de courte durée, comme un traitement de groupe à l'école. Lors de la quatrième étape, une thérapie indivi-

duelle est offerte, avec ou sans les parents, parfois combinée à la pharmacothérapie. Enfin, la dernière étape correspond à une intervention intensive, comme une thérapie de groupe de trois fins de semaine pour le traitement de l'anxiété sociale chez les adolescents (Donovan et al., 2015). Une approche par paliers est particulièrement indiquée dans un contexte où l'accès à des programmes de traitement spécialisé constitue un enjeu majeur. Il est donc essentiel d'offrir des interventions préventives.

La majorité des études sur la prévention de l'anxiété se font en milieu scolaire. Le programme le plus connu à cet égard est le programme FRIENDS (Barrett et al., 1999). Plusieurs études ont montré son efficacité pour la prévention universelle de l'anxiété, en Australie (Barrett et Turner, 2010) et dans d'autres pays (Ahlen et al., 2012; Essau et al., 2012; Garcia et al., 2019; Maalouf et al., 2020; Mostert et Loxton, 2008; Stallard et al., 2008). Une multitude d'autres programmes ont été développés dans le but de prévenir l'anxiété chez les enfants et les adolescents en milieu scolaire. Ces programmes ont fait l'objet de plusieurs méta-analyses (Corrieri et al., 2014; Fisak et al., 2011; Johnstone et al., 2018; Maggin et Johnson, 2014; Neil et Christensen, 2009; Teubert et Pinquart, 2011). Les résultats indiquent que les programmes universels permettent d'obtenir une diminution significative de l'anxiété chez les enfants et les adolescents, sur le plan tant du diagnostic que des symptômes. On observe également des effets sur la dépression, l'estime de soi et la compétence sociale. Toutefois, les tailles d'effet de ces programmes sont plus faibles que celles observées pour les programmes sélectifs ou ciblés. Il est donc nécessaire d'améliorer les programmes de prévention de type universel ou encore d'utiliser des programmes plus ciblés. Il faut toutefois mentionner que les programmes de prévention universelle atteignent des enfants qui n'auraient jamais reçu de services autrement.

Les programmes de prévention sélective (ou ciblée) visent des enfants présentant des facteurs de risque liés au développement de l'anxiété, comme le tempérament inhibé, les problèmes d'anxiété des parents, des pratiques parentales telles que la surprotection, un milieu socioéconomique défavorisé ou encore des événements de vie stressants (Spence, 2001). Le programme FRIENDS a été utilisé comme programme de prévention sélective en Australie auprès d'enfants et d'adolescents immigrants (Barrett et al., 2003). Mifsud et Rapee (2005) ont évalué une intervention ayant pour but de réduire les symptômes anxieux chez des enfants de milieux défavorisés, à partir du programme Cool Kids. Ginsburg (2009) a ciblé des enfants dont les parents avaient un trouble anxieux. Les enfants ont soit pris part à une intervention de type TCC de huit semaines, soit été placés sur une liste d'attente. Les résultats montrent que 30 % des enfants assignés à la liste d'attente ont développé un trouble anxieux un an plus tard, alors qu'aucun enfant ayant pris part à l'intervention n'en a développé. Des chercheurs espagnols (Balle et Tortella-Feliu, 2009) ont réalisé un programme visant à réduire la sensibilité à l'anxiété

Les programmes de prévention sélective visent des enfants présentant des facteurs de risque liés au développement de l'anxiété, comme le tempérament inhibé, les problèmes d'anxiété des parents, des pratiques parentales telles que la surprotection, un milieu socio-économique défavorisé ou encore des événements de vie stressants.

chez des jeunes de 11 à 17 ans. Ces jeunes ont pris part à un programme de six semaines comprenant de l'éducation sur les symptômes d'anxiété, des stratégies pour améliorer la régulation émotionnelle et de l'exposition graduée. Les résultats indiquent une diminution significative de la sensibilité à l'anxiété après l'intervention. Le programme Turtle (Chronis-Tuscano et al., 2015) diminuerait aussi significativement l'anxiété chez des enfants d'âge préscolaire ayant une inhibition comportementale. Il est constitué d'une série d'interventions visant à améliorer la relation parent-enfant, sous forme de *coaching* parental. Les enfants participent à des rencontres individuelles de thérapie par le jeu et d'entraînement aux habiletés sociales. Cette étude apparaît prometteuse compte tenu du fait que les interventions ciblant l'anxiété chez les enfants d'âge préscolaire sont encore rares.

Au Québec, le programme Super l'Écureuil (Turgeon et Brousseau, 2018) est un traitement manualisé basé sur la TCC pouvant être offert en groupe ou en individuel. Son efficacité pour réduire les symptômes d'anxiété des enfants d'âge scolaire a été démontrée dans le cadre d'une étude de prévention. D'autres programmes québécois ont également montré des résultats prometteurs dans la réduction de l'anxiété ou du stress chez les enfants et les adolescents, dont Les trucs de Dominique (Gervais et al., 2011), le programme In vivo (Bluteau et Julien, 2015), le programme Funambule (Dumont et al., 2012) et le programme DéStresse et Progresse (Plusquellec et al., 2015).

D'autres approches

Malgré l'efficacité de la TCC dans le traitement des troubles anxieux chez les jeunes, les méta-analyses de James et al. (2015, 2020) montrent qu'il faut demeurer prudent. La TCC ne serait pas toujours efficace. De plus, les lignes directrices de la prestigieuse Society of Clinical Child and Adolescent Psychology (2020) rappellent l'importance de faire preuve de flexibilité dans les traitements proposés aux jeunes, puisque l'approche « *one-size-fits-all* » ne serait pas toujours indiquée. Ainsi, il est important de connaître plusieurs outils d'intervention en tant que thérapeute afin de répondre aux besoins propres à chaque jeune.

Les thérapies de la troisième vague en TCC sont de plus en plus utilisées dans l'intervention auprès des jeunes qui présentent des troubles anxieux, que ce soit en recherche ou en clinique.

Contrairement aux approches de TCC traditionnelle, l'objectif de l'intervention n'est pas de modifier les pensées dysfonctionnelles associées à des émotions intenses, mais plutôt d'influencer le rapport qu'entretient l'individu avec celles-ci. Il s'agit d'encourager l'individu à accueillir et à observer ses pensées, ses émotions et ses sensations physiques, et à prendre une distance face à celles-ci. L'idée centrale des approches de la troisième vague est donc de promouvoir l'expérience à l'égard des émotions pour pouvoir les accepter. Ainsi, on vise à réduire l'évitement du vécu émotionnel (Hayes et al., 2006), dans le but de réduire les comportements liés à l'anxiété (Feldman et al., 2014).

Une des approches de troisième vague les plus connues est la pleine conscience. Elle consiste à prêter une attention particulière au moment présent, sans aucun jugement, en toute conscience, entre autres par la méditation (Reid, 2009). En aidant l'individu à augmenter sa capacité attentionnelle et à freiner l'activation automatique de ses pensées, on souhaite ainsi une réduction de l'enchaînement de pensées négatives (Semple et al., 2010). Kallapiran et al. (2015) ont réalisé une méta-analyse sur l'efficacité de la pleine conscience chez les enfants et les adolescents. Pour le traitement de l'anxiété, les résultats font état de tailles d'effet variables, de faibles à élevées, ce qui indique que la pleine conscience serait un traitement considéré comme efficace selon les critères de Chambless et Hollon (1998). Cependant, les mécanismes d'action de la pleine conscience restent à élucider. Il faut aussi mieux documenter les effets iatrogènes possibles chez les jeunes. Johnson et ses collaboratrices (2016) ont remarqué à ce sujet que les garçons adolescents présentant de faibles niveaux d'anxiété avant une intervention de pleine conscience disaient ensuite vivre plus de symptômes anxieux. Les auteurs émettent l'hypothèse que cette augmentation pourrait survenir à la suite d'une prise de conscience des émotions négatives vécues.

La thérapie d'acceptation et d'engagement (*acceptance and commitment therapy* ou ACT) permet aussi de s'entraîner à se distancer des pensées, des émotions et des souvenirs qui font souffrir, en mettant l'accent sur l'acceptation plutôt que sur l'évitement. Cette forme de thérapie a montré des résultats comparables aux interventions de type TCC, avec des tailles d'effet similaires chez des adultes (Hancock et al., 2018). Chez les enfants et les adolescents, l'efficacité de cette forme d'intervention reste toutefois à démontrer (Swain et al., 2013).

Outre la TCC, la psychothérapie psychodynamique brève offre aussi des résultats prometteurs chez les enfants et adolescents anxieux, avec des tailles d'effet modérées à élevées selon la méta-analyse d'Abbass et al. (2013). D'autres interventions dignes d'intérêt pour réduire l'anxiété chez les jeunes sont la thérapie familiale systémique (Carr, 2014), l'art-thérapie (Lavey-Khan et Reddick, 2020; McDonald et Drey, 2018), la musicothérapie (Wang et al., 2018), la thérapie par le théâtre (Felsman et al., 2019), la thérapie par le jeu (Caballo et al., 2018; Goodyear-Brown et Andersen, 2018; Hough, 2019), la thérapie par l'aventure

(Li et al., 2013), la zoothérapie (Manginelli, 2018; Wilson et al., 2017) et le yoga (Finstuen, 2011). Les effets de l'activité physique comme outil de prévention ou de traitement de l'anxiété des jeunes sont également à explorer (Jacquart et al., 2019; Neill et al., 2020; Schuch et al., 2019).

Conclusion

Au cours des 30 dernières années, la recherche dans le domaine des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents a connu un essor considérable. On reconnaît de plus en plus l'importance de développer des interventions préventives et curatives pour cette population. La thérapie cognitivo-comportementale, en particulier, a fait l'objet de plusieurs études, et son efficacité a été démontrée à maintes reprises. Toutefois, il faut continuer à améliorer l'adaptation de certaines stratégies, comme la restructuration cognitive, afin de mieux tenir compte du développement cognitif à chaque âge. Il faut mieux documenter les ingrédients thérapeutiques actifs de même que les modérateurs et les médiateurs liés au changement, par exemple l'âge et le genre (Rapee et al., 2009). Un autre aspect à considérer concerne l'efficacité des interventions, c'est-à-dire qu'il importe de déterminer quelle intervention rapporte les plus grands bénéfices au moindre coût (Simon et al., 2012).

Il faut aussi continuer d'explorer d'autres formes d'interventions, comme la pharmacothérapie et d'autres approches psychologiques, qui pourraient être complémentaires ou constituer des solutions de remplacement. Des approches basées sur les nouvelles technologies de l'information, comme les programmes se trouvant sur le Web, pourraient également être des avenues prometteuses, en permettant de tenir compte des ressources professionnelles limitées. Il semble inévitable que l'avenir du traitement de l'anxiété chez les jeunes inclura les nouvelles technologies.

Parmi les avenues prometteuses auprès des jeunes, les interventions de groupe seraient à explorer davantage dans les milieux de pratique (Zhou et al., 2019). Il faudrait en particulier mieux connaître les caractéristiques des jeunes qui répondent

mieux à une modalité individuelle ou à une modalité de groupe (Firzly et al., 2021). Il y aurait également lieu de développer des programmes de prévention pour des troubles spécifiques, comme le programme de prévention d'Aunes et Stiles (2009), qui fait appel à tous les membres de la communauté (jeunes, parents, enseignants, médecin de famille, etc.) afin de réduire l'anxiété sociale des jeunes. Les interventions menées auprès d'enfants et d'adolescents ayant une affection particulière combinée à un trouble anxieux, comme un trouble du spectre de l'autisme, doivent aussi être plus étudiées, compte tenu de la forte comorbidité entre l'anxiété et d'autres psychopathologies. Une autre avenue de recherche importante concerne l'amélioration du dépistage et de l'intervention auprès des enfants d'âge préscolaire. Enfin, il demeure important de mieux cerner les ingrédients actifs dans les programmes. La plupart du temps, les programmes d'intervention ou de prévention sont multimodaux et ils incluent une panoplie de stratégies. Les études de démantèlement qui permettent de dégager les stratégies les plus efficaces – et même celles qui pourraient avoir des effets iatrogènes – sont encore rares. En améliorant les connaissances à cet égard, il serait possible de cibler les stratégies les plus efficaces et d'en éliminer d'autres. Par exemple, on connaît moins la plus-value de stratégies comme la relaxation ou la restructuration cognitive, surtout avec certaines clientèles.

Enfin, soulignons que bien que nous n'ayons qu'effleuré la question du rôle des parents, celui-ci n'en demeure pas moins crucial, autant dans la compréhension des facteurs liés au développement et au maintien des troubles anxieux chez les jeunes que dans l'intervention (Smith et al., 2014). Les parents sont les principaux alliés du psychothérapeute pour observer les comportements problématiques chez leur enfant et favoriser sa motivation à changer, et leur implication dans le traitement pourrait contribuer au maintien des acquis thérapeutiques à long terme.

En somme, l'avenir est prometteur, et les prochaines années devraient permettre de poursuivre l'amélioration des interventions préventives et curatives auprès des enfants et des adolescents qui présentent des troubles anxieux.

L'ANXIÉTÉ D'ÉVALUATION EN MILIEU SCOLAIRE : UN FACTEUR DE RISQUE POUR UN DÉVELOPPEMENT OPTIMAL DU POTENTIEL DE L'ÉLÈVE

Thérèse Bouffard,

Ph. D. en psychologie,
professeure titulaire au
Département de psychologie de
l'Université du Québec à Montréal,

et **Élizabeth Parent-Taillon,**

candidate au doctorat
en psychologie à l'Université
du Québec à Montréal

Introduction

Dans la société actuelle, orientée vers une réussite sociale qui passe en bonne partie par une scolarisation aussi avancée que possible, la réussite scolaire tient une place importante. Ce contexte fait en sorte que l'anxiété d'évaluation est devenue un phénomène courant et relativement universel, vécu par les jeunes un peu partout autour du globe, et qu'elle tend à être plus élevée chez les jeunes les plus avancés dans leur cheminement scolaire (Bodas et Ollendick, 2005; Zeidner, 2020). Après une description de l'anxiété d'évaluation des élèves, nous verrons comment les réactions de ce type d'anxiété se manifestent sur divers plans ainsi que ses impacts sur le fonctionnement psychoscolaire des élèves. Puis, nous ferons état de divers facteurs intervenant dans son développement et conclurons en insistant sur la nécessité d'intervenir pour en réduire les répercussions négatives sur l'expérience scolaire des jeunes et sur le développement de leur potentiel intellectuel et personnel.

Qu'est-ce que l'anxiété d'évaluation scolaire ?

Se sentir inquiet ou un peu tendu au moment de faire un examen en classe est une expérience que beaucoup de nous avons vécue un jour ou l'autre dans notre vie scolaire. L'anxiété d'évaluation est décrite par divers auteurs comme une anxiété spécifique à une situation vue par la personne comme porteuse d'évaluation, reflétant sa prédisposition à juger les situations où elle est évaluée ou croit l'être comme menaçantes et à manifester alors des réponses anxieuses (Cassady, 2010 ; Chamorro-Premuzic et al., 2008 ; Spielberger et Vagg, 1995). Pour la très grande majorité des élèves, il s'agit d'une émotion scolaire considérée comme normale, d'intensité moyenne, qui est sporadique et peut venir du sentiment de ne pas bien comprendre la matière qui sera évaluée, du fait de s'être mal préparé ou de s'y être pris à la dernière minute, du jugement de l'importance actuelle ou future d'une bonne performance, etc. Pour certains, cet état, qui peut être relativement aigu, surgit au moment où ils doivent livrer publiquement une prestation sportive, musicale ou autre ou participer à une compétition. Cette anxiété étant ressentie essentiellement en présence d'un auditoire ou en contexte de compétition, on parlera alors d'anxiété de performance. Cela dit, l'anxiété d'évaluation n'implique pas la présence d'un auditoire ou d'un contexte compétitif. Elle peut être spécifique à l'évaluation dans une matière particulière, comme en mathématiques, un domaine où elle a été du reste beaucoup étudiée. Mais, elle peut être plus générale en s'appliquant à toute activité scolaire dont la résolution porte en filigrane un jugement sur la valeur de l'élève dans cette activité, jugement dont des conséquences négatives peuvent découler. L'expérience anxieuse peut s'ancrer dans la durée et resurgir chaque fois que l'élève se retrouve dans un contexte d'anticipation d'une évaluation de ses connaissances ou de sa compétence.

Si l'anxiété d'évaluation peut être ressentie à un point tel qu'elle handicape le fonctionnement normal, elle n'est pas recensée dans le *DSM-5* comme un diagnostic. Selon diverses sources, entre 10 et 40 % des élèves la ressentiraient à des degrés variables (Segool et al., 2013 ; von der Embse et al., 2013). Des travaux récents estiment que le taux d'élèves ayant une anxiété d'évaluation élevée se situerait entre 15 et 30 % (Huberty, 2011 ; Putwain et Daly, 2014 ; Thomas et al., 2018). L'anxiété d'évaluation serait aussi plus marquée dans certaines cultures accordant une importance centrale à des performances élevées donnant accès aux institutions porteuses de promotion sociale (Bodas et Ollendick, 2005 ; Bodas et al., 2008).

Comme le rappellent Stöber et Pekrun (2004), l'étude de l'anxiété d'évaluation date de plus d'une centaine d'années, et si sa popularité a connu des variations au fil du temps, elle reste un concept clé dans la recherche sur l'anxiété, le stress et l'adaptation. L'intérêt continu pour l'anxiété d'évaluation tient aussi à sa pertinence dans plusieurs domaines de la psychologie appliquée, comme en psychologie du sport, du travail, de la santé et, bien sûr, en

L'anxiété d'évaluation scolaire décrit l'état d'un élève qui, devant un test ou un examen, ou même simplement en situation d'anticipation de ce dernier, se sent tendu, éprouve de l'appréhension, de la nervosité, de l'agitation, de la peur et parfois même de la panique.

psychologie de l'éducation. Pour se limiter à cette dernière, l'anxiété d'évaluation scolaire décrit l'état d'un élève qui, devant un test ou un examen, ou même simplement en situation d'anticipation de ce dernier, se sent tendu, éprouve de l'appréhension, de la nervosité, de l'agitation, de la peur et parfois même de la panique (Pekrun, 2006). Une telle anxiété est davantage susceptible de survenir quand l'élève perçoit la situation comme dangereuse, car porteuse d'effets néfastes en cas d'échec alors même qu'il estime ce dernier plus probable que l'inverse et juge ainsi que cette situation est hors de son contrôle (McDonald, 2001 ; Zeidner, 1998). Ainsi, la peur de l'échec est une émotion très apparentée à l'anxiété d'évaluation.

Anxiété d'évaluation et fonctionnement psychoscolaire

Un constat récurrent des études sur l'anxiété d'évaluation à l'école est son lien négatif avec le rendement, et ce, autant chez les jeunes élèves du primaire que chez ceux du secondaire, du collège et de l'université (Chapell et al., 2005 ; Hembree, 1988 ; Pekrun et al., 2002 ; Putwain, 2008 ; Segool et al., 2013 ; von der Embse et Witmer, 2014 ; Zeidner, 1998). Après avoir combiné les résultats des différentes méta-analyses ayant montré que plus l'anxiété est élevée, plus la performance est faible, Schwarzer (1990) a précisé qu'en termes pratiques, cela signifie qu'environ deux tiers des étudiants peu anxieux obtiendraient des résultats supérieurs à la moyenne des étudiants très anxieux. Devant ce constat répété du lien négatif entre l'anxiété d'évaluation et la performance scolaire, plusieurs chercheurs ont engagé des travaux visant à comprendre les processus impliqués. Ces travaux ont mené à diverses propositions de modèles théoriques, dont nous retiendrons les deux principaux.

Modèles explicatifs du lien entre anxiété d'évaluation et rendement scolaire

Le premier modèle, celui du contrôle de l'attention (Eysenck et al., 2007), est une extension d'un précédent modèle (Eysenck, 1979 ; Eysenck et Calvo, 1992) considérant l'anxiété d'évaluation comme le résultat d'une dynamique transactionnelle entre des traits de la personnalité comme le neuroticisme et la perception stressante et menaçante d'une situation. Selon cette approche, l'anxiété d'évaluation affecte le système exécutif central de la mémoire de travail, dont relèvent les processus attentionnels.

L'anxiété aurait principalement un impact sur deux de ces fonctions exécutives centrales, l'inhibition et le déplacement de l'attention, ce qui rendrait les situations d'évaluation plus ardues pour l'élève ayant une anxiété d'évaluation élevée. Ce dernier serait préoccupé par des pensées intrusives (autodénigrement, sentiments négatifs, inquiétudes, etc.) qui absorberaient une partie des ressources nécessaires à l'attention, à la mémoire à court terme et aux processus de résolution de problèmes requis pour accomplir la tâche avec succès. Cela créerait des problèmes d'encodage de l'information, une difficulté à l'organiser et un rappel déficient lors de l'activité, ce qui nuirait à la performance.

Une autre perspective est celle du modèle de traitement de l'information, selon lequel l'interférence ou la surcharge cognitive ne seraient pas tant en cause dans la performance inférieure, celle-ci étant plutôt attribuable à des déficits d'habiletés, de stratégies d'étude appropriées et de comportements d'organisation des informations (Naveh-Benjamin et al., 1987). Cette position est très près de celle du modèle du déficit d'habiletés, qui considère l'anxiété d'évaluation comme un épiphénomène de la présence réelle d'un manque de connaissances et d'habiletés. L'anxiété d'évaluation s'installerait progressivement après des expériences répétées d'échecs liés à ces déficits. Les résultats de l'étude de Musch et Bröder (1999) apportent toutefois une nuance à l'hypothèse de l'épiphénomène. Ainsi, bien que la contribution des habiletés en mathématiques soit apparue comme relativement plus importante que l'anxiété d'évaluation, cette dernière compte également, et ses effets perturbateurs ajoutent encore à la variance expliquée dans la performance à l'examen. Dans l'esprit du traitement de l'information, il y a aussi le modèle d'autorégulation, qui pose que l'anxiété d'évaluation survient quand l'élève perçoit un écart entre son état actuel et les buts qu'il vise ou les standards qu'il juge devoir atteindre (Carver et Scheier, 1984). Doutant de sa capacité à atteindre ses buts, l'élève s'engage alors dans des ruminations autodépréciatives, interprète mal ou néglige les indices pertinents et réduit son attention et ses efforts.

Enfin, une approche plus récente propose de conceptualiser l'anxiété d'évaluation comme un phénomène multidimensionnel biopsychosocial, ce qui permettrait de rendre compte de ses composantes biologique, psychologique, comportementale et sociale (Lowe et Lee, 2008; Lowe et al., 2008). Sur le plan biologique, l'anxiété d'évaluation s'exprime par une augmentation de l'intensité physiologique et des symptômes découlant d'une stimulation du système nerveux autonome et des réponses associées, comme la bouche sèche, la fébrilité et l'accélération du rythme cardiaque. La composante psychologique englobe la sphère émotionnelle, où l'anxiété d'évaluation s'exprime par l'inquiétude devant le test, par la peur de l'échec et par ses résultats comme la honte et l'humiliation. Elle comprend aussi la sphère cognitive, affectée par une impression de blocage et la survenue de pensées et préoccupations débilantes avant

L'anxiété d'évaluation l'amène aussi à éviter les situations comportant des défis qu'elle voit comme menaçants. Comme ces situations présentent de belles possibilités de nouveaux apprentissages, cette réaction d'évitement nuit à son développement.

et pendant la situation d'évaluation qui accaparent l'attention à porter à la tâche et nuisent à l'encodage adéquat et à la récupération des informations. La composante comportementale de l'anxiété d'évaluation se manifeste par l'utilisation de stratégies inappropriées, comme des stratégies d'étude de surface (c.-à-d. simple répétition des informations), un évitement de l'engagement et une persévérance moindre, menant à une piètre performance. Enfin, la composante sociale reflète la pression et les attentes ressenties des personnes importantes pour l'élève et leurs réactions potentiellement négatives advenant l'échec.

Selon Chapell et al. (2005), aucun de ces modèles explicatifs ne prend en compte tous les facteurs complexes qui favorisent l'anxiété d'évaluation, et il n'y en a aucun non plus qui soit cohérent avec la majorité des recherches sur la question. Cela dit, en dépit des distinctions entre les processus proposés dans ces modèles, tous indiquent clairement que l'impact de l'anxiété d'évaluation scolaire dépasse le simple rendement à court terme et que leur relation est réciproque. Outre ce lien, cette anxiété a aussi été associée à une diversité d'aspects nuisant à l'adaptation psychoscolaire des jeunes, comme la présence de certaines distorsions cognitives scolaires telles que la surgénéralisation ou la minimisation des aspects positifs (Leitenberg et al., 1986; Putwain et al., 2010; Weems et al., 2007), à de la procrastination et à des difficultés à s'engager dans ses tâches scolaires (Ariani et Susilo, 2018; Carden et al., 2004; van Eerde, 2003; Yerdelen et al., 2016) et à une régulation déficiente des efforts et du temps de travail (Brackney et Karabenick, 1995). La perception de compétence de l'élève, sa motivation et les buts qu'il se fixe sont aussi affectés négativement (Hancock, 2001; Pekrun et al., 2002; Putwain et al., 2010). L'anxiété d'évaluation et le rendement sont ainsi enfermés dans une dynamique circulaire où plus l'anxiété d'évaluation de l'élève est élevée, plus les tests et examens lui semblent menaçants et plus il est alors envahi par des cognitions intrusives qui nuisent à son rendement, ce qui, en retour, alimente son anxiété d'évaluation initiale (Segool et al., 2013; von der Embse et al., 2013). C'est ainsi que cette anxiété entrave sa capacité à profiter pleinement de ses apprentissages scolaires et à actualiser son plein potentiel (Meijer, 2001). En effet, en plus de mener la jeune personne à des résultats inférieurs à ce dont elle serait capable, l'anxiété d'évaluation l'amène aussi à éviter les situations comportant des défis qu'elle voit comme menaçants. Comme ces situations présentent de belles possibilités de

nouveaux apprentissages, cette réaction d'évitement nuit à son développement. Enfin, la faible estime de soi et le risque accru d'anxiété généralisée et de dépression subséquentes associés à l'anxiété d'évaluation montrent que celle-ci projette ses effets nuisibles jusqu'à atteindre le bien-être psychologique (Leadbeater et al., 2012; von der Embse et al., 2018).

En somme, l'anxiété d'évaluation chronique constitue généralement un handicap quant au bon fonctionnement et au devenir scolaire et personnel des élèves. Cela nous amène à nous questionner sur les facteurs qui sont associés à sa présence.

Facteurs impliqués dans le développement de l'anxiété d'évaluation scolaire

L'anxiété d'évaluation est influencée par des facteurs de natures diverses. Ainsi, les élèves ayant les taux les plus élevés seraient ceux en difficulté ou en situation de handicap (Martínez et Sernrud-Clikernan, 2004; Sena et al., 2007; Swanson et Howell, 1996; von der Embse et al., 2018). Les personnes issues de minorités et de milieux socioéconomiques défavorisés et celles présentant une anxiété de trait (propension à réagir de manière anxieuse) élevée vivraient également plus d'anxiété d'évaluation que la moyenne (Putwain, 2007; Spielberger et Vagg, 1995; von der Embse et al., 2018; Zeidner, 1990; Zeidner et Safir, 1989). L'anxiété d'évaluation serait aussi plus marquée, comparative-ment à leurs pairs, chez les étudiants ayant des stratégies d'études inefficaces et chez ceux présentant des déficits dans la récupération d'informations en mémoire (Naveh-Benjamin et al., 1987).

Plusieurs autres facteurs ont été liés à l'anxiété d'évaluation. Dans le présent article, nous porterons notre attention sur trois facteurs de nature personnelle, soit l'âge, le genre et le biais de mémoire des expériences d'échecs, et sur un facteur de nature familiale, la qualité de la relation parents-enfant relativement au soutien parental.

Facteurs personnels

Âge

Plusieurs études sur l'anxiété d'évaluation ont été faites dans le contexte scolaire, et si elles semblent généralement montrer que celle-ci tend à augmenter avec l'âge (McDonald, 2001; Peleg-Popko, 2004, 2009), il n'y a encore pas vraiment de consensus sur ce point. Un point important à retenir est que cette anxiété a été observée dès le début du primaire (Cargnelutti et al., 2017; Connor, 2003). Selon Wigfield et Eccles (1989), ce serait durant les premières années du secondaire que l'anxiété d'évaluation serait la plus élevée. Peleg-Popko (2004) croit aussi que, les résultats scolaires devenant des atouts pour certaines perspectives d'études et de carrière, l'adolescence serait propice à l'augmentation de l'anxiété d'évaluation. Cependant, des études réalisées auprès d'étudiants de niveau collégial ou universitaire indiquent une anxiété d'évaluation plus élevée que celle des adolescents (Peleg-Popko, 2009; Trifoni et Shahini, 2011).

Distinguant différentes dimensions de l'anxiété d'évaluation, Dan et al. (2014) ont constaté que, comparativement aux élèves du secondaire, qui s'inquiétaient davantage d'être dévalorisés socialement par les personnes importantes à leurs yeux, les étudiants de niveau collégial présentaient une anxiété d'évaluation se manifestant par plus d'interférence cognitive et de tension physique et émotionnelle. La tendance générale à une augmentation de l'anxiété d'évaluation aux niveaux scolaires les plus avancés peut s'expliquer par plusieurs raisons : la complexité accrue du matériel et des tâches d'apprentissage, le cumul d'expériences d'échecs et la pression croissante en matière de réussite scolaire en raison de la place que prennent les résultats scolaires dans le dossier des étudiants et de leur impact dans un avenir éducatif et professionnel meilleur (Zeidner, 1998). Selon certains travaux, cette anxiété d'évaluation mènerait des étudiants à l'abandon de leurs études dès la première année de leur programme d'études ou à de l'épuisement au cours de celui-ci (Abdollahi et al., 2018; Chae, 2015; Duty et al., 2016; Hunt et Eisenberg, 2010), ce qui montre que l'anxiété d'évaluation chez ces jeunes adultes nuit à leur bien-être psychologique.

Genre

Les études ayant examiné les différences de genre dans l'anxiété d'évaluation concluent majoritairement à une présence plus élevée de cette anxiété chez les filles que chez les garçons (Cassady, 2004; Devine et al., 2012; Eum et Rice, 2011; Peleg-Popko et al., 2003; Putwain et Daly, 2014; Trifoni et Shahini, 2011). Dans leur méta-analyse d'études réalisées dans 14 pays différents, Seipp et Schwarzer (1996) sont arrivés au même constat : dans la majorité de ces pays, les femmes signalent une anxiété d'évaluation plus élevée que celle des hommes. D'autres études vont également dans le même sens (Bodas et Ollendick, 2005; Costa et al., 2001; Peleg-Popko et al., 2003). Le constat de telles différences de genre est fait dès l'école primaire (Lewinsohn et al., 1998; Walsh et al., 2004). Dans la méta-analyse de von der Embse et al. (2018), la comparaison du degré d'anxiété d'évaluation des personnes de sexe masculin et des personnes de sexe féminin aux niveaux primaire, secondaire et postsecondaire indique que les filles et les femmes faisaient à tous ces niveaux état d'une anxiété significativement supérieure à celle des garçons et des hommes. Cette différence augmentait du primaire au secondaire, pour ensuite diminuer légèrement au niveau postsecondaire. Dans l'étude de Putwain et Daly (2014), les étudiantes présentaient des scores plus élevés que ceux des étudiants sur les dimensions d'interférence cognitive, de tension physique et émotionnelle et de dévalorisation sociale. Certains expliquent cette différence sexuelle par un effet de socialisation où, recevant très jeunes un message qu'elles ont un contrôle limité sur leur vie et peu de possibilités de maîtriser leur environnement, les filles seraient plus susceptibles de vivre de l'anxiété (Lips, 2003). Des études ont montré que, comparativement aux hommes, les femmes se caractérisaient bien par un sentiment de maîtrise plus faible (Leach et al., 2008; Zalta et Chambless, 2012). D'autres voient

plutôt l'effet de socialisation comme résultant de la théorie selon laquelle les filles seraient encouragées à exprimer ouvertement leurs émotions, alors que les garçons seraient encouragés à les refouler (Bodas et al., 2008; Seipp et Schwarzer, 1996; Zeidner, 1998). Cette théorie, la théorie des artéfacts (Feingold, 1994), veut que les femmes parlent ouvertement de leurs émotions et soient ainsi enclines à les déclarer dans les questionnaires utilisés dans les travaux de recherche, et que les hommes soient moins susceptibles de signaler des symptômes d'anxiété et d'exprimer de la détresse jugée incompatible avec leur rôle masculin. Autrement dit, la surreprésentation des femmes parmi les gens qui présentent de l'anxiété d'évaluation résulterait d'un biais de mesure lié à l'utilisation de questionnaires autoadministrés : concrètement, les hommes et les femmes vivraient un degré d'anxiété d'évaluation semblable (Egloff et Schmukle, 2004). Enfin, l'esprit plus compétitif des garçons pourrait les amener à voir les activités d'évaluation plutôt comme des défis, alors que le souci d'approbation sociale des filles pourrait faire en sorte qu'elles voient ces activités comme étant risquées et menaçantes en cas d'échec (Cassady et Johnson, 2002; Peleg-Popko, 2004).

Biais de mémoire des expériences d'échecs

La représentation de soi d'une personne a beaucoup à jouer dans les émotions ressenties dans un milieu donné, et les souvenirs de la personne sont porteurs de ces croyances (Bandura, 1997). Rathbone et al. (2008) ont montré que les personnes se fondent sur des souvenirs différents pour se constituer des identités différentes au cours de leur vie. En général, les personnes tendent à garder un souvenir plus positif de leurs performances que la réalité et préfèrent se rappeler des événements plaisants se rapportant au soi et ignorer ou oublier les informations négatives (Sedikides et Green, 2000; Sedikides et al., 2005; Walker et al., 2003). Certaines personnes font toutefois exception à cette règle, ayant plutôt un biais vers les souvenirs d'échecs : elles se rappellent plus aisément ces derniers que leurs réussites (Baumeister et al., 2001). Ce biais vers les souvenirs d'échecs jouerait un rôle dans le développement d'un biais négatif d'auto-évaluation de compétence et dans l'anxiété d'évaluation, deux phénomènes associés à des troubles intériorisés (Cole et al., 1998; Cole et al., 1999; Vaillancourt et al., 2014). Le milieu scolaire est un contexte où les évaluations sont omniprésentes et un terrain fertile aux expériences de réussites et d'échecs. Se fondant sur la théorie sociocognitive de Bandura (1986), Parent-Taillon et al. (2021) ont postulé qu'une intériorisation plus élevée d'expériences d'échecs que de réussites conduirait l'élève à développer un regard dépréciatif, injustifié sur sa compétence, s'accompagnant d'anxiété devant les situations d'évaluation, vues comme des occasions de vivre de nouveaux échecs. L'étude, menée auprès de 830 élèves de 5^e et 6^e année du primaire, a permis de constater que seulement 7,8 % de ces élèves gardaient davantage de souvenirs de leurs échecs que de leurs réussites. Cependant, la prépondérance de souvenirs d'échecs chez certains était associée,

La présence d'un climat positif de communication familiale et d'encouragement parental à la croissance personnelle et à l'affirmation de soi des jeunes a été associée à une anxiété d'évaluation moindre chez ces derniers.

deux ans plus tard, à un biais négatif d'autoévaluation de compétence et à plus d'anxiété d'évaluation. Ces deux facteurs médiaisaient le lien entre les souvenirs d'échecs et les symptômes dépressifs mesurés l'année suivante.

Les conclusions de cette étude soulèvent quelques questions, dont celle-ci : pourquoi, même s'ils sont peu nombreux, des jeunes vont-ils à contre-courant de la tendance générale à se rappeler davantage ses réussites et accordent ainsi à leurs échecs une place plus grande dans leur mémoire, les menant à développer une anxiété d'évaluation ? Les possibilités de réponses sont multiples et probablement non mutuellement exclusives. Une de celles-ci a trait au tempérament et à une présence précoce d'une émotivité négative inclinant ces jeunes à réagir plus fortement aux événements négatifs et à mémoriser davantage leurs échecs que leurs réussites (Sanson et al., 2004). Un peu dans la même lignée, le rôle d'une prédisposition génétique à réagir au stress dans l'encodage déficient déjà étudié dans le contexte du développement des psychopathologies pourrait être en cause (Dillon et Pizzagalli, 2018; Marin et al., 2011). Une autre possibilité relève plutôt de la dynamique relationnelle parents-enfant et met en cause les attentes parentales perçues, qui génèrent une crainte excessive de l'échec et une anxiété d'évaluation dans les situations où ce dernier pourrait survenir (Bouffard et al., 2015).

Facteur familial

Soutien conditionnel parental

Les rétroactions données par des figures d'autorité sont reconnues pour réduire ou exacerber l'expression de l'anxiété d'évaluation en contexte scolaire (Humphreys et Revelle, 1984; Putwain et Best, 2011). La présence d'un climat positif de communication familiale et d'encouragement parental à la croissance personnelle et à l'affirmation de soi des jeunes a été associée à une anxiété d'évaluation moindre chez ces derniers (Peleg-Popko, 2002). Inversement, un environnement familial marqué par un manque de rapports chaleureux, des jugements négatifs des parents sur les performances et une pression à la réussite font ressentir à l'enfant de l'hostilité et accentuent son anxiété d'évaluation (Peleg-Popko, 2004; Putwain et al., 2010; Wigfield et Eccles, 1989). L'attachement insécurisant, où la personne n'a pas développé un modèle opérant de soi positif et craint d'être rejetée, a aussi été positivement lié à l'anxiété d'évaluation chez des adolescents et de jeunes adultes (Dan et al., 2014). Un type de dynamique

L'attachement insécurisant, où la personne n'a pas développé un modèle opérant de soi positif et craint d'être rejetée, a aussi été positivement lié à l'anxiété d'évaluation chez des adolescents et de jeunes adultes.

familiale souvent invisible et potentiellement de nature à augmenter l'anxiété d'évaluation ressentie par l'enfant est sa perception du soutien conditionnel de ses parents, un concept découlant de celui de regard positif inconditionnel (*unconditional positive regard*), mis de l'avant il y a longtemps par Rogers (1959) dans le contexte des interactions entre un thérapeute et son client. Rogers entendait par *regard positif inconditionnel* l'adoption par le thérapeute d'une attitude chaleureuse, positive et réceptive envers son client et l'acceptation de ses sentiments négatifs et positifs. Transposé aux relations entre le parent et l'enfant, ce concept désigne une acceptation, un soutien du parent qui est sans réserve et où l'enfant se sent aimé pour qui il est. Ainsi présenté, le concept de soutien inconditionnel parental est apparenté à la notion d'attachement sécurisant : si l'enfant perçoit sa figure d'attachement comme étant attentive à ses besoins et disposée à l'aider et à le soutenir, il en retire le sentiment d'être digne d'affection et de mériter qu'on l'aide et le respecte. Ce soutien inconditionnel s'oppose au soutien conditionnel, où l'enfant ressent que le soutien de ses parents n'est pas gratuit et juge qu'il doit se conformer à leurs attentes et à leurs demandes pour y avoir droit (Harter, 1999). Quand il y parvient, ses parents lui montrent plus de chaleur et d'affection, ce que certains qualifient de soutien conditionnel positif. S'il n'y parvient pas, ils lui font sentir leur mécontentement et lui montrent moins d'affection, ce qui est qualifié de soutien conditionnel négatif (Assor et Tal, 2012; Roth et al., 2009).

Le soutien conditionnel parental peut être spécifique à des exigences élevées de réussite dans des domaines divers comme l'adoption de comportements prosociaux, la réussite scolaire, la pratique sportive, etc. Mais, dans tous les cas, il opère comme une forme de contrôle psychologique orienté vers la réussite (comme moyen d'amener l'enfant à se conformer aux standards parentaux de réussite) où le sentiment de culpabilité et l'insatisfaction ressentie de ses parents quand il échoue à agir comme ils le souhaitent font en sorte qu'il se sent manipulé (Grolnick, 2002; Grolnick et Pomerantz, 2009; Soenens et al., 2010). Cela mènerait à une régulation introjectée de ses comportements; pour gagner l'affection de ses parents ou éviter de la perdre, l'enfant ressent une pression, une compulsion à agir tel qu'il est attendu de lui, qui est, pour ainsi dire, la marque phénoménologique de la régulation introjectée (Assor et al., 2004; Brambilla et al., 2015; Israeli-Halevi et al., 2015). Ayant intériorisé ce qu'il juge être les standards parentaux, il mesure sa valeur personnelle

à la hauteur de sa capacité à satisfaire les attentes de ses parents, un processus correspondant à la notion d'estime de soi contingente (Crocker et Wolfe, 2001). Ainsi, peu importe le domaine de réussite auquel se rattache le soutien conditionnel de ses parents, l'enfant ne se donne aucun droit à l'erreur et redoute tout écart entre les standards de performance qu'il croit être ceux attendus de lui et leur atteinte. Cette inquiétude au sujet de sa performance et de l'impact de cette dernière sur le soutien et l'amour des parents cadre bien avec la dimension sociale du modèle biopsychosocial de l'anxiété d'évaluation dont nous avons fait état plus haut (Lowe et Lee, 2008; Lowe et al., 2008).

Otterpohl et al. (2019) ont montré que la perception d'élèves (5^e année du primaire et 1^{re} et 3^e année du secondaire) d'un soutien conditionnel positif parental est liée à une estime de soi contingente, ce qui explique la relation entre la perception du soutien conditionnel et l'anxiété d'évaluation. Des résultats semblables ont été obtenus dans une seconde étude des mêmes auteurs (Otterpohl et al., 2019), menée cette fois auprès d'étudiants universitaires, où ceux-ci relaient leurs souvenirs d'un soutien conditionnel de leurs parents. Bouffard et al. (2015) ont pour leur part utilisé une approche longitudinale où les élèves participants, en 5^e année du primaire lors de la première rencontre, ont parlé de leur perception d'un soutien conditionnel de leurs parents et ont fait de même les deux années suivantes. Lors de la troisième rencontre, ils ont fait état de leur perception de compétence et de leur perfectionnisme négatif, caractérisé par leur poursuite d'exigences excessivement élevées, accompagnées de critiques récurrentes et d'évaluations de soi négatives. Lors de la quatrième rencontre, tenue l'année suivante, ils ont répondu au questionnaire d'anxiété d'évaluation. Les résultats indiquent que la perception moyenne du soutien conditionnel parental au cours des trois premières années de l'étude était liée négativement à la perception de compétence scolaire, mais positivement au perfectionnisme négatif et à l'anxiété d'évaluation des jeunes. En accord avec le modèle biopsychosocial de Lowe et Lee (2008), les études de Bouffard et al. (2015) et d'Otterpohl et al. (2019), et aussi celle de von der Embse et al. (2014), confirment l'importance de la dimension sociale représentée par le soutien conditionnel parental dans l'anxiété d'évaluation.

Conclusion

Nous avons dans ce texte fait état du problème de l'anxiété d'évaluation vécue par nombre d'élèves. Nous avons exposé succinctement les principaux modèles théoriques l'ayant formalisée et relaté la place que tiennent certains facteurs dans cette anxiété d'évaluation. Cela dit, de nombreux facteurs n'ont pas été abordés. On peut notamment penser au perfectionnisme négatif, fondé sur la croyance de n'avoir aucun droit à l'erreur, celle-ci représentant à la fois un échec impardonnable et un indice d'une faible valeur personnelle (Burcaş et Creţu, 2021; Eum et Rice, 2011; Vanstone et Hicks, 2019). D'autres chercheurs ont mis en cause des pratiques d'évaluation et des environne-

ments scolaires organisés autour de la force du groupe, pratiques et environnements rendant ces milieux très compétitifs et nuisibles pour les jeunes enclins à ressentir de l'anxiété d'évaluation (Goetz et al., 2008 ; Preckel et al., 2008 ; Zeidner et Schleyer, 1999a, 1999b).

Tous les adultes, intervenants scolaires comme parents, devraient être conscients de l'importance de l'anxiété d'évaluation et du tribut auquel sont soumis les jeunes qui la vivent. Les programmes de formation des enseignants devraient offrir des modules d'information sur ce phénomène : sa prévalence à tous les niveaux scolaires, les signes permettant de le reconnaître chez les élèves et, surtout, la façon d'éviter de l'alimenter par des pratiques accentuant l'importance d'avoir des notes élevées, de terminer rapidement, ou toute autre pratique de nature à accroître le stress lié à l'évaluation. Les psychologues scolaires sont aussi en position de jouer un rôle important dans la sensibilisation des enseignants. Sachant que la majorité des élèves vivent une anxiété d'évaluation à des degrés variables, ces professionnels peuvent offrir en collaboration avec les enseignants des activités éducatives en classe pour apprendre aux élèves à reconnaître leur état d'anxiété et les comportements inappropriés que cet état génère et qui nuisent à leur rendement. Ces prises de conscience doivent être accompagnées de transmission de stratégies adaptatives sur la manière de gérer l'anxiété, de se relaxer, de se tenir des discours positifs, etc. Les jeunes élèves vivant une anxiété d'évaluation importante devraient bénéficier d'une intervention individuelle. Comme l'anxiété d'évaluation d'un élève peut être alimentée par des inquiétudes et des préoccupations particulières et être entretenue par des schémas de pensée inadaptés, l'intervention auprès de cet élève sera plus efficace si, comme le proposent certains, elle cible bien ses besoins spécifiques (Onwuegbuzie et Daley, 1996 ; Zeidner, 1998).

Certaines interventions thérapeutiques semblent s'avérer plus efficaces que d'autres pour réduire les symptômes d'anxiété d'évaluation. Selon la méta-analyse d'Ergene (2003), c'est la restructuration cognitive qui produirait les meilleurs effets, tandis que la désensibilisation systématique et l'entraînement à la relaxation auraient un effet modéré et la thérapie humaniste, la méditation et la Gestalt-thérapie, un effet faible. Selon cette

même méta-analyse et la revue systématique de la littérature de von der Embse et al. (2012), l'intervention ayant la plus grande efficacité est la thérapie cognitivo-comportementale combinée à un entraînement aux habiletés. L'entraînement aux habiletés fait notamment référence aux différentes techniques de relaxation et aux techniques d'étude.

Enfin, dans un monde idéal, il serait bien sûr approprié que le travail de sensibilisation des psychologues scolaires atteigne également les parents. Il est probable que le caractère en apparence conditionnel du soutien de certains parents soit inconscient et utilisé avec l'objectif louable d'inciter l'enfant à développer son plein potentiel intellectuel. Les parents doivent savoir que l'intention de leur message n'est pas nécessairement comprise correctement par les jeunes, qui l'interprètent plutôt selon leurs schémas de pensée. Mais, on ne peut exclure la possibilité que certains parents utilisent sciemment de telles pratiques en croyant qu'il s'agit d'une manière efficace de contrôler leur jeune. D'autres, dépassés par les réticences de leur enfant à s'engager dans ses activités scolaires, ont recours aux tactiques comportementales du renforcement positif ou des punitions, qui sont parfois les seuls moyens qu'ils connaissent pour amener leur enfant à se conformer à leurs attentes. Ces parents doivent savoir qu'insister sur l'importance de bien faire à l'école et féliciter l'enfant seulement quand cela se produit ou, inversement, lui faire des reproches, lui retirer des privilèges quand il n'y parvient pas, peut amener l'enfant à penser que la satisfaction de leurs attentes est la condition pour s'assurer leur soutien et leur amour.

L'anxiété d'évaluation est une émotion scolaire qui affecte de nombreux élèves et étudiants un peu partout dans le monde, et sa présence transcende leur âge, leur genre et leur provenance culturelle. Ses effets sont nuisibles à court terme, mais le sont bien davantage à plus long terme. En délaissant prématurément le milieu scolaire afin de se libérer de cette anxiété souffrante, la jeune personne renonce ainsi aux possibilités de s'accomplir à la hauteur de son potentiel et prive du même coup la société de précieuses ressources. Pour ces raisons, l'anxiété d'évaluation devrait être une préoccupation partagée par tous les intervenants œuvrant auprès des élèves et des étudiants.

L'ANXIÉTÉ CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES : DÉMYSTIFIER LES SYMPTÔMES POUR MIEUX INTERVENIR

D' Sébastien Grenier,

M. Ps., Ph. D., psychologue, chercheur
au Centre de recherche de l'Institut
universitaire de gériatrie de Montréal
et professeur sous octroi agrégé au
Département de psychologie
de l'Université de Montréal

L'anxiété fait partie des motifs de consultation les plus fréquents chez les aînés. Souvent, ceux-ci en souffrent depuis très longtemps ; environ 75 % des personnes âgées anxieuses développeraient leur trouble avant l'âge de 21 ans (Kessler et al., 2005). En clinique, il n'est pas rare de voir une personne âgée qui souffre d'anxiété généralisée depuis plus de 60 ans. Si aucun traitement n'est mis en place, l'anxiété ne disparaît pas à mesure que la personne vieillit. Les symptômes peuvent changer au fil des années et diminuer en intensité. Ils peuvent aussi parfois augmenter lorsque la personne vieillissante est confrontée à des changements importants comme un déménagement non souhaité ou l'apparition d'une nouvelle maladie. Parfois, l'anxiété survient sans raison apparente, sans qu'il y ait de déclencheur précis. Imaginez que vous recevez un appel de la fille d'une dame de 80 ans. Elle vous dit qu'elle ne reconnaît plus sa mère, que sa mère est devenue anxieuse du jour au lendemain. Son humeur a changé. Que se passe-t-il ? Comment l'aider ? Par où commencer ? Le texte qui suit vous aidera à répondre à ces questions en démystifiant l'anxiété gériatrique.

Épidémiologie de l'anxiété chez les personnes âgées

Prévalence

L'Enquête sur la santé des aînés (ESA), réalisée auprès de 2 800 Québécois de 65 ans et plus vivant à domicile, a démontré qu'environ 6 % de ceux-ci souffraient d'un trouble anxieux (*DSM-IV*) [Préville et al., 2008]. Ce taux de prévalence (12 mois) est légèrement inférieur à celui trouvé (7,6 %) dans une étude américaine (Kessler et al., 2012). Par ailleurs, les résultats d'une méta-analyse récente ont démontré que les troubles anxieux les plus fréquents chez les 65 ans et plus sont les phobies spécifiques, le trouble de stress post-traumatique (anciennement classé dans la catégorie des troubles anxieux) et le trouble d'anxiété généralisée (TAG) [Grenier et al., 2019]. Ces taux de prévalence n'incluent pas l'anxiété sous-clinique (*subclinical anxiety* ou *subthreshold anxiety*), une forme d'anxiété souvent observée chez les aînés. Comparativement à l'anxiété clinique (*clinical anxiety* ou *threshold anxiety*), l'anxiété sous-clinique fait référence à la présence de symptômes anxieux qui ne remplissent pas tous les critères diagnostiques pour un trouble anxieux donné. En Europe et en Australie, la prévalence de l'anxiété sous-clinique chez les personnes âgées vivant dans la communauté dépasserait les 30 % (Almeida et al., 2012; Braam et al., 2014). Au Québec, environ 20 % des personnes de 65 ans et plus présenteraient de l'anxiété sous-clinique (Grenier et al., 2011). Les manifestations d'anxiété sous-clinique les plus fréquentes chez les personnes âgées seraient les symptômes de phobies spécifiques et d'anxiété généralisée (Grenier et Richer, 2021). Par ailleurs, des études ont démontré que l'anxiété sous-clinique peut perturber le fonctionnement quotidien des personnes âgées (Grenier et al., 2011; Haller et al., 2014; van Zelst et al., 2006). Il est donc faux de prétendre que l'anxiété sous-clinique est moins grave que l'anxiété clinique. C'est une forme d'anxiété à ne pas négliger qui peut avoir des conséquences sérieuses. À ce sujet, une étude réalisée auprès de 591 aînés a démontré que les participants sans dépression aux prises avec de l'anxiété sous-clinique font plus de tentatives de suicide (13,3 %) que ceux souffrant d'anxiété clinique (9,1 %) [Preisig et al., 2001]. Cette étude souligne l'importance de prendre au sérieux les manifestations d'anxiété sous-clinique chez les personnes âgées, et ce, indépendamment des symptômes dépressifs.

De manière générale, la prévalence des troubles anxieux diminuerait chez les 65 ans et plus comparativement aux adultes de 18 à 64 ans (7,6 % contre 21,3 % sur 12 mois) [Kessler et al., 2012]. Cependant, la prévalence des troubles anxieux (à l'exception des phobies spécifiques) ne diminuerait pas significativement chez les 85 ans et plus par rapport aux 65-74 ans (Grenier et al., 2019). Autrement dit, il y aurait moins de personnes âgées qui souffriraient d'anxiété clinique que d'adultes plus jeunes, mais les taux de prévalence seraient assez stables chez les 65 ans et plus. Cette diminution du taux de prévalence avec l'âge n'est pas

Des études ont démontré que l'anxiété sous-clinique peut perturber le fonctionnement quotidien des personnes âgées.

aussi claire pour l'anxiété sous-clinique. En effet, dans une étude populationnelle récente effectuée auprès de 366 personnes de 74 ans et plus (âge moyen de 83,7 ans), 21 % des participants présentaient de l'anxiété sous-clinique (Forlani et al., 2014), un taux de prévalence comparable à celui trouvé (18,5 %) dans une étude menée auprès d'individus de 60 ans et plus (âge moyen de 77,7 ans) [Heun et al., 2000]. Les résultats d'une étude réalisée auprès de 20 036 personnes de 60 ans et plus ont cependant montré que la prévalence des symptômes anxieux (jugés cliniquement significatifs) passait de 31,7 % chez les 60-64 ans à 3,3 % chez les 85 ans et plus (Almeida et al., 2012). À l'inverse, selon les résultats de l'étude de Prina et al. (2011b), effectuée dans sept pays différents (dont la Chine, l'Inde et plusieurs pays latino-américains), les plus âgés (≥ 80 ans) rapporteraient davantage d'anxiété sous-clinique que les plus jeunes (65-69 ans). Puisque les résultats sont contradictoires, d'autres études devront être effectuées afin que l'on puisse mieux comprendre comment l'âge affecte les taux de prévalence de l'anxiété sous-clinique. Dans les prochains paragraphes, l'emploi du terme *anxiété* inclura les manifestations sous-cliniques ou cliniques, sauf avis contraire.

Facteurs de risque et conséquences

De nombreux facteurs sociodémographiques ont été associés à la présence d'anxiété chez les personnes âgées, dont le fait d'être une femme (Byers et al., 2010; Grenier et al., 2019; Gum et al., 2009; Préville et al., 2008), d'avoir peu de scolarité (Almeida et al., 2012; Gum et al., 2009) ou d'être séparé ou divorcé (Byers et al., 2010; Gum et al., 2009). L'anxiété gériatrique serait aussi associée à la consommation accrue d'alcool (Forlani et al., 2014), à la dépression (Almeida et al., 2012; Byers et al., 2010; Grenier et al., 2011; Heun et al., 2000; Lenze, 2003), aux troubles du sommeil (Brenes et al., 2009), aux maladies cardiovasculaires (Grenier et al., 2012), à la maladie de Parkinson (Dissanayaka et al., 2010) et à la maladie d'Alzheimer (Kwak et al., 2017). Il est difficile de savoir si c'est la présence d'anxiété chronique qui augmente les risques d'être atteint de ces maladies ou si c'est le fait d'avoir ces maladies qui augmente l'anxiété ressentie. Ce sont probablement ces deux mécanismes qui sont en jeu, mais d'autres études sont nécessaires pour le confirmer.

Évaluation de l'anxiété chez les personnes âgées

Défis et particularités

Revenons à l'appel que vous avez reçu de la fille d'une dame de 80 ans. Elle vous décrit des symptômes anxieux qui s'apparentent à ceux observés chez les adultes plus jeunes (inquiétudes exces-

sives, demandes de réassurance, etc.), mais aussi des comportements inhabituels, comme le fait de refuser de se lever et de marcher. Vous vous questionnez à savoir s'il s'agit d'anxiété ou d'un autre problème non identifié. Vous contactez la dame pour fixer un premier rendez-vous d'évaluation afin de mieux comprendre de quoi il s'agit. L'évaluation de l'anxiété gériatrique peut rapidement devenir un véritable casse-tête pour le psychologue non expérimenté, car les symptômes de maladies physiques/neurologiques, les effets secondaires liés à la médication ou les changements liés au vieillissement normal peuvent imiter les symptômes anxieux (Bower et al., 2015). L'utilisation d'un outil comme le *DSM-5* n'aide pas toujours à diagnostiquer la présence d'un trouble anxieux chez une personne âgée parce que les critères diagnostiques ne sont pas parfaitement adaptés aux particularités du vieillissement. Le psychologue doit donc se fier à son jugement et porter attention à certains détails qui l'aideront à poser un bon diagnostic différentiel.

Une des premières particularités de l'anxiété gériatrique est qu'elle apparaît rarement seule. L'anxiété peut être camouflée par un problème de santé physique. Le psychologue doit donc demeurer attentif aux propos de son client âgé, qui peut somatiser son anxiété en décrivant, par exemple, des douleurs chroniques ou d'autres troubles d'apparence physique (p. ex. problèmes digestifs). Les personnes âgées peuvent exprimer leur souffrance ainsi parce qu'elles n'ont jamais appris à nommer leurs émotions. Il est plus facile pour elles de parler de douleurs chroniques que de dire qu'elles se sentent stressées, que leur moral est bas ou qu'elles ne vont pas bien. Rappelons-nous du Québec des années 1930-1940. La religion catholique avait beaucoup d'emprise sur la vie des gens. Plusieurs personnes, aujourd'hui âgées de 85 ans et plus, ont grandi dans un environnement culpabilisant caractérisé par des interdits, dont l'expression des émotions négatives. Une personne de 88 ans pourrait dire qu'elle a mal ici, qu'elle a mal là pour exprimer son anxiété ou sa souffrance psychologique parce qu'elle n'a pas appris à faire autrement. Dès que le psychologue soupçonne la présence d'anxiété exprimée sous forme de douleurs chroniques, il peut graduellement amener la personne âgée à faire des liens entre, par exemple, la présence d'inquiétudes excessives (lorsque vous vous inquiétez à propos de...) et l'intensification des douleurs ressenties (... vos douleurs à la hanche s'intensifient). Les personnes âgées qui somatisent leur anxiété utilisent en quelque sorte un vocabulaire différent pour décrire leur état. Elles peuvent même parfois décrire des symptômes anxieux sans prononcer le mot *anxiété*. Le mot *anxiété* ne fait tout simplement pas partie du vocabulaire de certaines personnes très âgées. Ces dernières se sentent *nerveuses*, *inquiètes* ou *tracassées*, mais pas *anxieuses*. Il est donc important, durant son évaluation, que le psychologue utilise des synonymes d'*anxiété* afin de bien capter l'expérience émotionnelle vécue par la personne âgée. Il peut également utiliser des questionnaires validés pour compléter son évaluation

Le contenu des inquiétudes des personnes âgées peut différer de celui des adultes plus jeunes.

(pour en savoir plus sur les questionnaires validés auprès des aînés, voir Balsamo et al., 2018; Therrien et Hunsley, 2011). Si le client est très âgé ou s'il présente des troubles cognitifs, le psychologue devrait choisir des questionnaires qui utilisent des échelles de cotation simples (p. ex. oui ou non), sans items inversés et de courte durée. Il est aussi préférable de poser les questions à la personne âgée sans orienter sa réponse plutôt que de lui demander de remplir les questionnaires à la maison. Cette procédure peut augmenter la validité des réponses obtenues.

Une autre particularité de l'anxiété gériatrique est qu'elle se présente parfois différemment. En effet, le contenu des inquiétudes des personnes âgées peut différer de celui des adultes plus jeunes (Miloyan et al., 2014). Parmi les inquiétudes les plus répandues chez les aînés, notons la peur de développer une maladie, de devenir dépendant, de perdre la mémoire ou de devenir sénile, de mourir seul ou de se faire abandonner par ses enfants ou encore de tomber. Le psychologue qui évalue les inquiétudes d'un client âgé doit donc évaluer des thèmes d'inquiétude qui vont au-delà des thèmes décrits dans le *DSM-5* les plus fréquemment mentionnés par les adultes plus jeunes, comme le travail, les finances, etc. Enfin, une manifestation d'anxiété que l'on retrouve quasi exclusivement chez les aînés est la peur de tomber (parfois appelée « ptophobie » [Bhala et al., 1982] ou « syndrome post-chute » [Murphy et Isaacs, 1982]). Selon une recension des écrits, de 20 % à 85 % des personnes de 65 ans et plus développeraient une peur de tomber variant en intensité (Scheffer et al., 2008). Le taux de prévalence avoisinerait les 85 % chez les 85 ans et plus. Bien que cette peur soit la plupart du temps adaptative (la peur est justifiée par un problème médical ou des problèmes d'équilibre), environ 10 % des peurs de tomber seraient phobiques (la peur n'est pas justifiée par un problème médical) [Delbaere et al., 2010]. Les résultats d'une méta-analyse récente ont indiqué que la présence d'anxiété était significativement associée à la peur de tomber (Payette et al., 2016). Dans le *DSM-5*, la peur de tomber n'est pas une catégorie diagnostique à part entière. Lorsque les symptômes de la peur de tomber remplissent les critères diagnostiques d'une phobie spécifique, il est cependant possible de la classer dans la catégorie des « autres sous-types ». La peur de tomber peut aussi être diagnostiquée chez les personnes âgées souffrant d'un TAG ou d'agoraphobie (Gagnon et al., 2005). Une étude a d'ailleurs démontré que la peur de tomber est associée au TAG chez les personnes âgées, et ce, indépendamment de la présence d'une dépression (Payette et al., 2017). Cependant, plusieurs personnes âgées disent avoir peur de tomber sans pour autant souffrir d'un trouble

anxieux spécifique (Gagnon et al., 2005). Les études ont montré que le fait d'être une femme, d'être âgé de 80 ans ou plus, d'être physiquement fragile, d'avoir déjà chuté, de présenter des déficits cognitifs ou de souffrir d'anxiété ou de dépression augmente les risques de développer ce type de peur (Drozdick et Edelstein, 2001; Murphy et al., 2002; Nagamatsu et al., 2011; van Haastregt et al., 2008). Il est aussi important de souligner que plusieurs personnes âgées développent une peur de tomber sans jamais avoir chuté parce qu'elles ont vu une autre personne tomber ou parce qu'elles se sentent fragiles. Or, une personne âgée qui n'est jamais tombée et qui a peur de tomber (peur adaptative ou phobique) court un risque accru de véritablement tomber, parce qu'elle limite ses déplacements : la restriction d'activités peut entraîner un déconditionnement moteur (les muscles s'affaiblissent, l'équilibre devient plus précaire, etc.) qui augmente les risques de chutes. Au Canada, chaque année, 30 % des personnes de plus de 65 ans chutent; plusieurs d'entre elles sont hospitalisées, perdent leur autonomie et leur qualité de vie et peuvent même en décéder (Kim et Bae, 2020; Peel, 2011). Il est donc important de prévenir la première chute en traitant efficacement la peur de tomber phobique.

Revenons à votre cliente de 80 ans. Lors de votre premier rendez-vous d'évaluation, vous comprenez que son refus de marcher est causé par une peur de tomber. Elle dit avoir perdu confiance en son équilibre. Elle n'a jamais chuté, mais dit qu'elle ne fait plus confiance à ses jambes. Elle ressent à l'occasion une raideur dans ses jambes. De plus, elle dit qu'elle a récemment perdu beaucoup de mobilité; il est parfois difficile pour elle de se lever de sa chaise. Cette perte de mobilité occasionne beaucoup de stress. Elle dit qu'elle n'a jamais été une femme particulièrement stressée; elle ne comprend pas ce qui se passe. Durant la séance, vous remarquez de légers tremblements de la main gauche. La cliente vous dit que les tremblements ont débuté il y a environ un mois. Au terme de votre première séance d'évaluation, vous lui recommandez d'être évaluée en neuropsychologie. Vous soupçonnez la présence de symptômes parkinsoniens (tremblements, raideurs, etc.) accompagnée d'une peur de tomber. Il reste à savoir si ces symptômes sont les premiers signes d'une maladie de Parkinson ou s'ils sont causés par les médicaments qu'elle prend. Un bon diagnostic différentiel s'impose. Même si la cliente vous dit qu'elle n'a jamais été particulièrement stressée, plusieurs situations qu'elle décrit semblent indiquer la présence d'inquiétudes excessives de longue date. D'ailleurs, la présence d'inquiétudes excessives vous a été confirmée par sa fille lors du premier contact téléphonique. Il y a donc disparité entre les propos de la cliente et ceux de sa fille. Les aînés qui souffrent d'anxiété peuvent parfois sous-estimer l'impact des symptômes sur leur fonctionnement quotidien. Ils peuvent aussi interpréter leur baisse de productivité comme une conséquence normale du vieillissement (p. ex. il est normal de faire moins d'activités en vieillissant) au lieu de l'attribuer aux symptômes anxieux (Kelley-Moore et al., 2006). Cette réalité

montre l'importance de ne pas uniquement se fier aux propos des personnes âgées anxieuses afin d'évaluer la gravité de leurs symptômes, mais aussi de sonder l'opinion des proches. De plus, il est important de ne pas uniquement se fier à une seule question générale pour évaluer l'impact des symptômes anxieux sur le fonctionnement quotidien (p. ex. « Est-ce que vos symptômes interfèrent avec votre fonctionnement quotidien ? »), mais aussi de poser des questions plus spécifiques sur les comportements qui peuvent nuire au fonctionnement (p. ex. « Est-ce que vous évitez certaines situations à cause de vos peurs ? »).

Comorbidités et diagnostics différentiels

Dépression et troubles du sommeil

Selon les études, de 0,9 % à 8,4 % des personnes âgées vivant à domicile reçoivent un double diagnostic d'anxiété et de dépression (Beekman et al., 2000; Byers et al., 2010; Kvaal et al., 2008; Prévaille et al., 2008; Prina et al., 2011a; Schoevers et al., 2003). Ces taux de comorbidité augmenteraient en présence de symptômes sous-cliniques. À ce sujet, les résultats d'une étude ont démontré que 24 % des personnes âgées qui présentent des symptômes dépressifs auraient aussi des symptômes anxieux et, à l'inverse, que près de 57 % des personnes de 60 ans et plus qui font état de symptômes anxieux présenteraient également des symptômes dépressifs (Heun et al., 2000). Le fait de souffrir à la fois d'anxiété et de dépression pourrait augmenter les risques de déclin cognitif (DeLuca et al., 2005), d'où l'importance de mettre en place un traitement qui cible les deux troubles. En clinique, il n'est pas toujours facile de distinguer les symptômes anxieux des symptômes dépressifs. En règle générale, tout comme les adultes plus jeunes, les personnes âgées anxieuses anticipent la survenue de dangers (p. ex. « Si je sors de chez moi, je vais tomber... »). Elles vivent dans le futur en prévoyant le pire. À l'inverse, les personnes âgées déprimées se dévalorisent en se comparant négativement à la manière dont elles étaient dans le passé (p. ex. « J'étais capable autrefois de... Je suis incapable maintenant... »). Le psychologue doit donc porter attention à l'orientation du discours. Si celui-ci est orienté vers le futur, la personne âgée est probablement anxieuse. S'il concerne le passé, elle est probablement déprimée. Comme nous venons tout juste de le voir, il n'est pas rare que la personne âgée anxieuse ou déprimée entretienne les deux discours. Par ailleurs, le fait de se fier aux symptômes présents pour distinguer un trouble anxieux d'un trouble dépressif n'est pas toujours une bonne idée, car ces deux troubles partagent des symptômes similaires, dont la fatigabilité, l'irritabilité, les pertes de concentration et l'insomnie. Concernant ce dernier symptôme, des études ont démontré que les personnes âgées anxieuses peuvent se plaindre de problèmes de sommeil qui ne s'expliquent pas par la présence de symptômes dépressifs (problèmes d'endormissement, réveils fréquents durant la nuit, somnolence le jour, mauvaise qualité de sommeil, etc.) [Mallon et al., 2000; Spira et al., 2009]. La rumination (c.-à-d. le fait d'imaginer constamment des scénarios

catastrophiques) qui caractérise l'anxiété peut être à l'origine de ces problèmes de sommeil. Autrement dit, les problèmes de sommeil sont souvent une conséquence de l'anxiété; la personne âgée anxieuse s' imagine des scénarios catastrophiques (p. ex. une fille qui meurt dans un accident de voiture), elle dort mal, se réveille fatiguée, se sent plus anxieuse, ce qui en retour augmente les problèmes de sommeil et ainsi de suite (Magee et Carmin, 2010).

Maladies physiques

Selon certaines études, l'anxiété chez les personnes âgées serait significativement associée aux maladies cardiovasculaires (MCV) [Grenier et al., 2012; Moser et al., 2010]. Plus précisément, les résultats d'une étude épidémiologique réalisée auprès de 613 personnes de 65 ans et plus ayant reçu un diagnostic de MCV ont révélé que 14,8 % de celles-ci avaient de l'anxiété sous-clinique (Grenier et al., 2012). La prévalence de l'anxiété sous-clinique serait environ trois fois plus élevée que celle des troubles anxieux (14,8 % contre 5,1 %). Les résultats de cette étude ont également démontré que le fait d'avoir une pression artérielle élevée et de souffrir d'une dépression augmente les risques de présenter de l'anxiété sous-clinique chez les personnes âgées souffrant de MCV (Grenier et al., 2012). Il est à noter que les risques de complications médicales et de mortalité augmentent lorsque les symptômes anxieux sont associés à des symptômes dépressifs (Rutledge et al., 2009), d'où l'importance d'évaluer et de traiter les deux types de symptômes chez les patients âgés cardiaques. Cette conclusion est également appuyée par une autre étude, réalisée auprès de 7 872 personnes de 50 ans et plus (âge moyen de 63,7 ans), qui a démontré que les symptômes anxieux et dépressifs augmentaient les risques de MCV (Gallagher et al., 2012). Enfin, les résultats d'une étude réalisée auprès de 6 942 personnes de 65 ans et plus ont démontré que le diabète, les AVC et l'hypertension étaient significativement associés aux symptômes anxieux en tenant compte de l'âge, du sexe, de l'ethnicité, du statut matrimonial et du niveau d'éducation (Jones et al., 2016). Durant l'évaluation d'une personne âgée anxieuse, il est important de poser des questions sur ses antécédents médicaux, notamment la présence de MCV. Si possible, le psychologue peut contacter le médecin traitant ou le cardiologue afin de s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indication s'il décide d'utiliser des exercices d'exposition qui feront augmenter le rythme cardiaque de la personne âgée. Par expérience, il est toujours possible d'adapter l'intensité des exercices d'exposition à la condition physique des clients âgés.

Une autre maladie que l'on retrouve souvent chez les personnes âgées anxieuses est la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Selon les études, de 10 % à 60 % des patients ayant reçu un diagnostic de MPOC (habituellement âgés de plus de 60 ans) présenteraient de l'anxiété variant en intensité et en gravité (Brenes, 2003; Kunik et al., 2005; Johannes et al., 2000). Les

patients atteints de MPOC seraient, comparativement à la population générale, 10 fois plus susceptibles de faire des attaques de panique ou de souffrir d'un trouble panique (Livermore et al., 2010). Ce résultat n'est pas surprenant étant donné que ces patients ont des difficultés respiratoires qui imitent les attaques de panique. De plus, les patients atteints de MPOC déclareraient plus de symptômes anxieux que les patients présentant d'autres problèmes médicaux (maladies cardiovasculaires, cancer, etc.) [Kvaal et al., 2001]. Lorsque le psychologue évalue une personne âgée anxieuse atteinte de MPOC, il ne doit pas négliger la présence de symptômes dépressifs. À ce sujet, une étude réalisée auprès de 1 334 patients présentant différents problèmes respiratoires chroniques, dont la MPOC, a démontré que 10 % de ceux-ci souffraient uniquement d'anxiété, 20 %, uniquement de dépression et 70 %, des deux (Kunik et al., 2005). Tout comme les MCV, l'impact possible de la MPOC sur les stratégies d'intervention qui seront mises en place doit être évalué par le psychologue traitant. Le défi avec la MPOC est de départager les symptômes physiques causés par la maladie (p. ex. les difficultés respiratoires) des symptômes anxieux (p. ex. la peur d'étouffer durant une attaque de panique). Un triple diagnostic de MPOC, de trouble panique et d'agoraphobie doit être envisagé si les craintes de manquer d'air deviennent omniprésentes et poussent la personne à éviter des situations par peur de paniquer. La majorité des personnes âgées atteintes de MPOC sans anxiété continuent de fonctionner normalement en adaptant leurs activités quotidiennes à leur condition physique (p. ex. faire des activités qui demandent moins d'efforts). Le niveau d'évitement est donc moins élevé chez les personnes âgées atteintes de MPOC sans anxiété que chez leurs pairs souffrant d'anxiété.

L'anxiété se retrouve aussi dans d'autres maladies ou maux physiques associés au vieillissement, dont les douleurs chroniques (maux de tête, douleurs au dos, etc.) [Feeney, 2004; Lucchetti et al., 2013; Rzewuska et al., 2015], l'arthrite psoriasique (McDonough et al., 2014; Ogdie et al., 2015) et l'ostéoporose (Erez et al., 2012; Williams et al., 2011). De façon générale, plus il y a de maladies physiques, plus la personne âgée risque de souffrir d'anxiété (Jones et al., 2016). En fait, c'est une question d'adaptation. L'apparition d'une nouvelle maladie physique requiert une adaptation plus ou moins importante selon le type de maladie et sa gravité. Dans certains cas, la maladie déclenche un processus de deuil qui nécessite une plus longue période d'adaptation. C'est notamment le cas pour les maladies qui diminuent la mobilité ou qui accélèrent la perte d'autonomie

De façon générale, plus il y a de maladies physiques, plus la personne âgée risque de souffrir d'anxiété.

(p. ex. un trouble d'équilibre ou une forme grave d'arthrite). Si plusieurs maladies se développent sur une courte période de temps, les deuils peuvent être plus difficiles à réaliser et la personne âgée peut devenir anxieuse parce qu'elle se sent dépassée par les événements. Durant l'évaluation, afin de mieux comprendre les liens entre l'anxiété et la présence de maladies chroniques, le psychologue doit considérer les trois mécanismes suivants : 1) les symptômes anxieux peuvent augmenter les risques de développer une maladie physique; 2) les maladies physiques peuvent causer l'anxiété; 3) les effets secondaires des médicaments pris pour les problèmes de santé physique peuvent imiter les symptômes anxieux. Une discussion avec le médecin traitant est recommandée pour élucider les mécanismes présents et choisir le traitement approprié.

Maladies neurodégénératives

Plus de 50 % des patients atteints de troubles cognitifs (incluant la maladie d'Alzheimer, ou MA) souffrent de détresse psychologique caractérisée, entre autres, par des symptômes graves d'anxiété qui, dans certains cas, peuvent accélérer le déclin cognitif (Apostolova et Cummings, 2008; Beaudreau et O'Hara, 2008; Lyketos et al., 2002; Seignourel et al., 2008). L'étude de Potvin et al. (2011), réalisée auprès de 2 414 personnes âgées sans démence, a même démontré que l'effet de l'anxiété sur la détérioration du fonctionnement cognitif est indépendant de l'effet des symptômes dépressifs. Ce résultat a été corroboré par une autre étude (Stillman et al., 2012). Ces deux études soulignent l'importance de ne pas uniquement considérer la dépression, mais aussi l'anxiété comme une variable susceptible d'influencer le fonctionnement cognitif des personnes âgées. D'ailleurs, différentes théories ont été proposées pour expliquer l'effet de l'anxiété sur le fonctionnement cognitif des aînés. Selon deux des théories les plus souvent citées (théorie de l'efficacité du traitement et théorie du contrôle attentionnel), les inquiétudes surchargerait le système cognitif (principalement la mémoire de travail) des personnes âgées, ce qui les empêcherait de traiter adéquatement l'information (Eysenck et Calvo, 1992; Eysenck et al., 2007). Les personnes âgées anxieuses doivent donc fournir plus d'efforts que celles non anxieuses pour atteindre le même niveau de performance cognitive durant l'exécution d'une tâche donnée. En clinique, les premiers symptômes d'anxiété apparaissent souvent avant les pertes cognitives et se différencient selon les stades de la démence (Goyal et al., 2019; Qazi et al., 2010). Au stade léger, les réactions anxieuses typiques se caractérisent par la présence d'inquiétudes excessives, de l'insécurité, un refus de recevoir des soins, une réduction des activités quotidiennes et un repli sur soi. Au stade modéré-avancé, de nouvelles manifestations anxieuses peuvent apparaître, dont la présence de paranoïa (p. ex. la personne accuse les autres de la voler), la peur de se retrouver seul ou de se faire abandonner (p. ex. la personne atteinte de MA peut suivre à la trace son proche aidant), la recherche excessive de réconfort et la présence de cris persistants.

Une autre maladie neurodégénérative associée à l'anxiété gériatrique est la maladie de Parkinson. Selon les études, de 11 % à 38 % des personnes âgées atteintes de la maladie de Parkinson présenteraient de l'anxiété variant en intensité et en gravité.

Une autre maladie neurodégénérative associée à l'anxiété gériatrique est la maladie de Parkinson. Selon les études, de 11 % à 38 % des personnes âgées atteintes de la maladie de Parkinson présenteraient de l'anxiété variant en intensité et en gravité (Brown et al., 2011; Leentjens et al., 2011; Marinus et al., 2002; Pontone et al., 2009; Stefanova et al., 2013). La présence d'anxiété peut aggraver les symptômes moteurs, augmenter les problèmes d'équilibre et perturber la qualité de vie des aînés souffrant de la maladie de Parkinson (Marinus et al., 2002; Nègre-Pagès et al., 2010; Siemers et al., 1993; Vázquez et al., 1993). Le psychologue devrait soupçonner le début d'une maladie neurodégénérative (MA ou maladie de Parkinson) si la personne est âgée de 75 ans et plus, n'a jamais été anxieuse durant sa vie (information corroborée par la famille) et devient soudainement anxieuse sans raison apparente.

Revenons à votre cliente de 80 ans. Vous soupçonnez une maladie de Parkinson. Les examens neurologiques vous ont donné raison. Les changements observés par sa fille (apparition soudaine d'inquiétudes, refus de se lever et de marcher, etc.) se sont avérés être les premiers symptômes apparents d'une maladie de Parkinson en développement. Votre cliente sera suivie en neurologie, et vous lui proposez un suivi en psychologie, ce qu'elle accepte avec enthousiasme. La prochaine section de l'article sera consacrée au traitement de l'anxiété gériatrique.

Traitements de l'anxiété chez les personnes âgées

Médicaments

Les anxiolytiques (particulièrement les benzodiazépines, ou BZD) sont fréquemment utilisés pour traiter l'anxiété chez les personnes âgées (Prévile et al., 2011), mais plusieurs recherches remettent en question leur sécurité et leur innocuité. En effet, la consommation de BZD (même durant quelques semaines) peut provoquer une dépendance ainsi que des problèmes de stabilité (ce qui augmente les risques de chutes et d'hospitalisation), de mémoire et de concentration chez les personnes âgées, en plus de détériorer leur santé physique et la qualité de leur sommeil (Ashton, 2005; Béland et al., 2010; Béland et al., 2011; Bierman et al., 2007; Gray et al., 2006; Lader, 2012; Landi et al., 2002; Markota et al., 2016). Il est même ressorti d'une méta-analyse récente que la consommation chronique de BZD (surtout ceux ayant une longue demi-vie) chez les aînés augmenterait de façon significative les risques de développer une démence (He et al., 2019). Cependant,

plusieurs spécialistes remettent en question l'association entre la consommation prolongée de BZD et le développement d'une démence. D'autres études sont nécessaires pour clarifier les mécanismes en jeu et mieux comprendre l'effet des BZD sur la cognition humaine. Puisque les coûts dépassent fréquemment les bénéfices, il est préférable de ne pas prescrire de BZD aux aînés anxieux. Les antidépresseurs (principalement les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine [ISRS]) sont habituellement jugés plus sécuritaires et efficaces à long terme que les BZD pour traiter l'anxiété gériatrique, mais leur consommation n'est pas exempte d'effets secondaires indésirables (risque accru de chutes, augmentation des idées suicidaires, etc.) [Coupland et al., 2011].

Traitements sans médicaments

Une façon de réduire les effets indésirables qui peuvent compromettre la qualité de vie des aînés est de traiter leur anxiété sans médicaments. À ce sujet, quatre revues systématiques (avec ou sans méta-analyses) ont conclu que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et l'entraînement à la relaxation sont des approches thérapeutiques efficaces pour traiter l'anxiété chez les personnes âgées (Ayers et al., 2007; Gould et al., 2012; Hendriks et al., 2008; Thorp et al., 2009). Les tailles d'effet obtenues sont cependant moins élevées que chez les adultes plus jeunes, ce qui donne à penser que ces approches perdent en efficacité au fur et à mesure que la personne vieillit. De plus, la grande majorité des études incluses dans ces revues systématiques ont recruté des personnes âgées en bonne santé, ce qui ne permet pas de généraliser les résultats obtenus pour les appliquer à celles ayant des problèmes de santé, notamment une maladie neurodégénérative. Quelques études ont pallié cette limite en recrutant des personnes âgées en moins bonne santé. Selon ces études, la TCC serait efficace pour réduire l'anxiété (avec ou sans dépression) chez les personnes âgées souffrant de différentes maladies, dont la MPOC (de Godoy et de Godoy, 2003; Kunik et al., 2008), les maladies cardiovasculaires (Yousefy et al., 2010), la maladie de Parkinson (Dobkin et al., 2011; Veazey et al., 2009) et la maladie d'Alzheimer (Kraus et al., 2008; Stanley et al., 2013). D'autres études ont démontré que la TCC est efficace pour réduire la peur de tomber chez les personnes âgées atteintes de différentes maladies chroniques (Huang et al., 2016; Tennstedt et al., 1998; Zijlstra et al., 2009; Zijlstra et al., 2013). Par ailleurs, outre la TCC et l'entraînement à la relaxation, d'autres types d'interventions, certaines novatrices, s'avèrent efficaces pour réduire l'anxiété gériatrique, dont les interventions de pleine conscience (Fouk et al., 2013), de réminiscence/rétrospective de vie (Haslam et al., 2010; Korte et al., 2012), les interventions spirituelles/religieuses (Elham et al., 2015), musicales (Sung et al., 2012) et celles comprenant des exercices de yoga (Bonura et Tenenbaum, 2014). Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec précaution étant donné le nombre limité d'études et l'inégalité des contrôles méthodologiques observée d'une étude

à l'autre. Enfin, une étude pilote a indiqué que la thérapie d'acceptation et d'engagement est utilisable auprès d'aînés souffrant d'un TAG (Wetherell et al., 2011), mais d'autres études sont nécessaires pour démontrer son efficacité.

À la lumière de tous ces résultats, nous pouvons affirmer que la TCC et l'entraînement à la relaxation sont les deux interventions non pharmacologiques à privilégier pour réduire l'anxiété chez les personnes âgées. D'autres études sont cependant nécessaires pour tester leur efficacité auprès d'aînés anxieux aux prises avec différentes maladies physiques ou neurodégénératives. Par ailleurs, bien que de nouvelles approches thérapeutiques novatrices aient vu le jour durant les dernières années pour traiter l'anxiété gériatrique, il est suggéré de les utiliser avec prudence. Les données probantes sont actuellement insuffisantes pour confirmer leur efficacité.

Conclusion

Plusieurs personnes âgées souffrent d'anxiété variant en intensité et en gravité. L'anxiété sous-clinique ne doit pas être négligée, puisqu'elle peut nuire à la qualité de vie des aînés au même titre que l'anxiété clinique. L'anxiété chez les aînés apparaît rarement seule. Elle est souvent accompagnée de maladies physiques ou de symptômes dépressifs qui viennent brouiller les cartes. Durant l'évaluation, il est facile de passer à côté d'un trouble anxieux en le confondant, par exemple, avec des problèmes de santé physique ou en pensant que les symptômes décrits font partie du vieillissement normal. L'anxiété peut aussi passer sous le radar si le psychologue n'est pas à l'affût des manifestations que l'on retrouve plus spécifiquement chez les aînés, comme la peur de tomber. Pour ce qui est des traitements, les médicaments (benzodiazépines et antidépresseurs) ne devraient pas être offerts en première ligne, parce que leurs coûts dépassent souvent les bénéfices. Les approches thérapeutiques comme la TCC et l'entraînement à la relaxation ont fait leurs preuves pour traiter efficacement l'anxiété des plus âgés. Le défi dans les prochaines années sera d'augmenter l'accessibilité aux traitements jugés efficaces à l'aune des données probantes. Tous les aînés anxieux devraient y avoir accès, peu importe leur statut socioéconomique (pauvre ou riche), leur niveau d'autonomie (incapable ou capable de se déplacer pour aller voir un psychologue) ou leur lieu de résidence (région éloignée ou grand centre urbain). Récemment, des efforts ont été faits dans ce sens alors que des interventions psychologiques offertes à distance ont été développées pour traiter les aînés anxieux qui ne sont pas capables de se déplacer en raison de problèmes de mobilité ou qui n'ont pas accès à des psychologues dans leur région (Landreville et al., 2016). Avec la pandémie, ces interventions ont gagné en popularité parce qu'elles respectent le message martelé par la Santé publique depuis plus d'un an : gardez vos distances! Intervenir à distance ne veut pas dire intervenir sans chaleur humaine ou empathie. C'est intervenir différemment dans un monde qui a récemment changé.

LES TROUBLES ANXIODÉPRESSIFS : LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE POUR FAVORISER L'ACCÈS À LA PSYCHOTHÉRAPIE EN PREMIÈRE LIGNE

D^r Alain Lesage,

M. D., M. Phil., FRCPC., psychiatre,
Institut universitaire en santé
mentale de Montréal et professeur
titulaire au Département de
psychiatrie et d'addictologie
de la Faculté de médecine
de l'Université de Montréal

Dans ce chapitre, nous discuterons du rôle des médecins de famille et de l'importance de la collaboration avec les psychologues et les psychothérapeutes de la première ligne, dans le contexte actuel où des efforts d'accroissement des services psychologiques sont déployés, notamment via le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM). Les troubles anxiodépressifs seront présentés comme des troubles courants, mais aussi comme des maladies chroniques selon une perspective de santé publique. Ils sont effectivement présents dès l'âge de 6 à 11 ans et sont aussi prévalents que d'autres maladies chroniques courantes comme le diabète et l'hypertension, dont l'identification et la gestion thérapeutique se font en contexte de soins de santé primaire, avec une référence aux services spécialisés pour les cas les plus graves, souvent comorbides. Les systèmes de santé s'articulent autour de ce modèle par étapes depuis la fondation de l'assurance maladie dans des pays comme la Grande-Bretagne en 1949 ou le Canada dans les années 1960. Finalement, même si, selon plusieurs enquêtes populationnelles, l'accès aux services s'est amélioré au cours des décennies, il n'en demeure pas moins que d'importants besoins non comblés perdurent de l'enfance à l'âge adulte pour les personnes atteintes de ces troubles.

Le rôle pivot des services de première ligne pour les troubles mentaux

Il est reconnu depuis quatre décennies que les services de première ligne occupent un rôle fondamental dans le diagnostic, le traitement et le suivi des troubles mentaux courants comme l'anxiété et la dépression dans la communauté. À ce sujet, le modèle de Goldberg (Goldberg et Huxley, 1980; voir graphique 1), développé dès les années 1980 en Grande-Bretagne, illustre la structure des soins de santé selon laquelle les médecins de famille accueillent 80 % de la population chaque année, pour quelque raison que ce soit. Plus près de nous, une étude québécoise utilisant les bases de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a montré que 75 % de la population québécoise a rencontré un médecin de famille dans la dernière année, toutes raisons confondues (Ouahahi et al., 2009).

Selon le modèle de Goldberg, de 5 à 15 % de la population aurait un trouble mental, et 2 % serait référée en psychiatrie. Au Québec, les données de la RAMQ indiquent que 15 % de la population a reçu un diagnostic de trouble mental ou une thérapie de soutien de la part du médecin de famille (Ouahahi et al., 2009) et qu'environ 2 à 3 % de la population québécoise, tous groupes d'âges confondus, a vu un psychiatre dans la dernière année (Lesage et Émond, 2012). L'étude de Ouahahi et al. (2009) montre par ailleurs que 90 % des patients chez qui l'on a diagnostiqué un trouble mental sont atteints d'un trouble courant (anxiété ou dépression) et 10 %, d'une manifestation grave (p. ex. psychose). Par contre, comme l'illustre le modèle (cercle B), ce ne sont pas toutes les personnes qui présentent un trouble mental qui bénéficient d'un traitement. Les enquêtes populationnelles que nous allons maintenant présenter vont le confirmer. Qui plus est, il est aussi possible que le modèle de Goldberg sous-estime les besoins réels en santé mentale de la population (O'Sullivan et al., 2018).

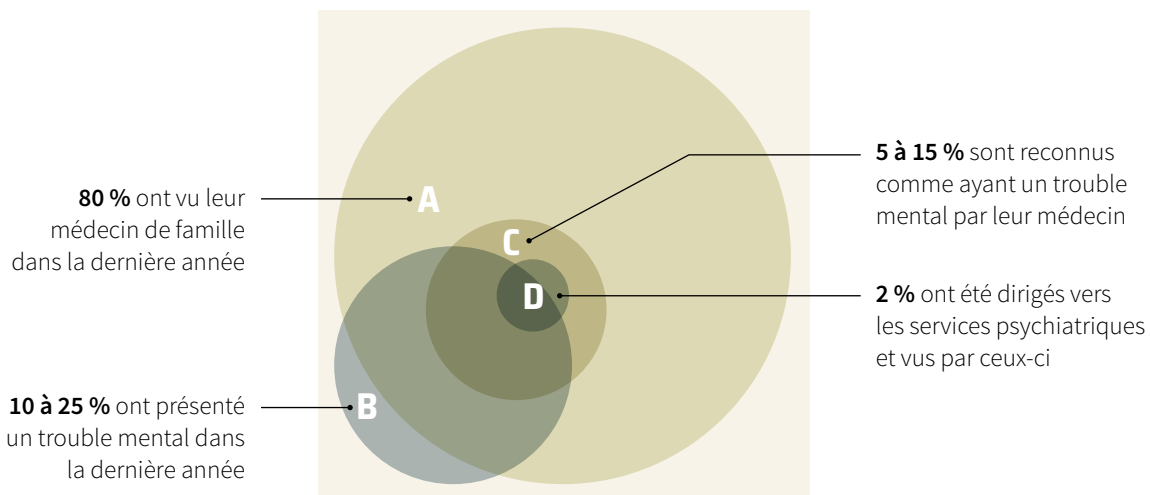
Les services de première ligne occupent un rôle fondamental dans le diagnostic, le traitement et le suivi des troubles mentaux courants comme l'anxiété et la dépression.

Les troubles anxiodépressifs selon une perspective de santé publique

Les troubles anxieux et dépressifs peuvent être considérés comme une maladie chronique courante compte tenu de leur prévalence élevée (Lesage, 2015). Une méta-analyse portant sur des enquêtes populationnelles a en effet montré qu'environ 20 % des répondants remplissent les critères d'un trouble mental au cours des 12 mois précédant l'évaluation et qu'environ 30 % ont souffert d'un trouble mental au cours de leur vie (Steel et al., 2014). Deux autres méta-analyses établissent la prévalence à vie des troubles anxieux à 16 % et celle des troubles dépressifs, à 7 % (Somers et al., 2006; Waraich et al., 2004). Les troubles anxieux et dépressifs diagnostiqués ont donc, selon le Système canadien de surveillance des maladies chroniques (Gouvernement du Canada, 2020), une prévalence comparable à celle d'autres maladies chroniques courantes, comme l'hypertension (25 %) et le diabète (8 %). Ces affections sont d'ailleurs souvent comorbides : près de 60 % des personnes atteintes de troubles anxiodépressifs souffrent aussi d'une autre maladie chronique courante (Schmitz et al., 2007).

Les quatre déterminants des maladies selon une perspective de santé publique sont : 1) génétique; 2) environnemental; 3) habitudes de vie; 4) services sociaux et de santé en prévention et de traitement (Bernard et al., 2004). Ces déterminants s'appliquent

Graphique 1 – Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services, d'après Goldberg et Huxley, 1980



bien à l'analyse des troubles anxieux. En effet, concernant le premier déterminant, les troubles anxieux sont associés aux troubles dépressifs, car ils partagent certains gènes et certains traitements potentiellement efficaces, notamment la psychothérapie et la médication antidépressive (Lesage, 2015). Sur le plan génétique, tant les troubles anxieux que les troubles dépressifs sont régulièrement associés à des polymorphismes des gènes du transporteur de la sérotonine (Nique et al., 2014). Ces facteurs génétiques ne doivent pas être vus comme des causes, mais comme des facteurs de vulnérabilité aux manifestations anxiodépressives qui peuvent être amplifiées par les facteurs environnementaux.

En ce qui a trait au déterminant environnemental, le facteur le plus associé à différents troubles mentaux et physiques, dont les troubles anxiodépressifs, est les abus physiques et sexuels dans l'enfance, lesquels représenteraient plus de 25 % de la population (Afifi et al., 2014). Un autre exemple de facteur environnemental bien documenté depuis un demi-siècle est le milieu de travail : le stress indu est associé tant aux troubles anxiodépressifs qu'aux maladies cardiovasculaires (Stansfeld et al., 1999).

Pour les habitudes de vie, les résultats québécois aux enquêtes canadiennes montrent que 4 % des personnes atteintes de troubles anxiodépressifs présentent également une consommation excessive d'alcool et 16 %, une consommation de cannabis (Lesage et al., 2010). Soulignons au passage que la Santé publique américaine considère d'ailleurs maintenant les dépendances comme des maladies chroniques (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA] et Office of the Surgeon General, 2016). Qui plus est, le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec, alimenté par des données de la RAMQ, indique que les dépendances sont fortement associées aux troubles anxiodépressifs (Huỳnh et al., 2020). En effet, selon ces chercheurs, chaque année, un diagnostic de dépression ou d'anxiété est respectivement posé chez 8 % et 13 % des personnes ayant été identifiées, à vie, avec un trouble lié aux substances.

Concernant le quatrième déterminant, soit les interventions de prévention, il a été avancé que la baisse récente du nombre de dénonciations d'abus physiques et sexuels (pour la génération née dans les années 1990) pouvait être associée au déploiement des centres de la petite enfance (CPE) [Fréchette, 1992 ; Ligier et al., 2019]. Cette association se fait sur la base d'études longitudinales québécoises montrant la modération de la transmission mère-enfant de la réactivité anxieuse par des mesures psychophysiques dès la première année de vie de l'usage des CPE (Herba et al., 2013). Les mesures de prévention des troubles anxieux dans l'enfance et l'adolescence sont surtout efficaces si elles ciblent les enfants présentant déjà des symptômes et si elles reposent sur des interventions brèves de type cognitivo-comportemental (Gheorghiu et Lesage, 2017). Les interventions

ont aussi comme cibles la régulation et la compensation des vulnérabilités pour éviter, par exemple, le développement d'un trouble chronique. Pour les adultes, une mesure de prévention efficace est le déploiement de normes de santé au travail, incluant une collaboration entre employeur et employés sur les quatre dimensions de la santé, dont la santé mentale, soit : 1) l'environnement physique de travail ; 2) les contraintes organisationnelles ; 3) les saines habitudes de vie ; 4) la conciliation travail-famille (Brisson et al., 2016 ; Bureau de normalisation du Québec [BNQ], 2020 ; Vézina et al., 2004). Enfin, les interventions pharmacologiques et psychologiques sont efficaces pour réduire les symptômes anxiodépressifs lors d'épisodes anxieux et dépressifs tant chez les enfants et les adolescents (Gheorghiu et Lesage, 2017) que chez les adultes (Fansi et al., 2015). Nous référons ici le lecteur au chapitre des D^{rs} Landry et Thériault pour un portrait pharmacologique détaillé.

Des troubles de santé mentale qui débutent dans l'enfance

À ce jour, les données épidémiologiques québécoises et canadiennes indiquent que les troubles anxieux se manifestent dès l'enfance et la dépression, dès l'adolescence (Bergeron et al., 1993 ; Georgiades et al., 2019). Effectivement, les résultats de l'Enquête sur la santé des jeunes Ontariens 2014 (Georgiades et al., 2019) montrent que :

- Les troubles anxieux dans leur ensemble touchent déjà près de 10 % des 4 à 11 ans ;
- La dépression touche près de 10 % des filles de 12 à 17 ans ;
- L'ensemble des troubles intériorisés et extériorisés atteint 15 à 20 % chez les 4 à 11 ans.

Ces chiffres sur les troubles intériorisés et extériorisés s'apparentent à ceux de l'Enquête québécoise de 1992 (Bergeron et al., 1993). Là où les correspondances sont possibles, puisque les questionnaires standardisés utilisés avec les enfants et les parents différaient, les troubles intériorisés ont été relevés, dans l'étude québécoise, chez 15 à 18 % des garçons et des filles de 6 à 11 ans, et les troubles extériorisés touchaient déjà 10 % des garçons de 6 à 11 ans, dont 8 % qui présentaient un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). L'étude ontarienne montre aussi l'importance du TDAH, tout près de la prévalence des troubles anxieux, ce trouble pouvant d'ailleurs être comorbide dans le tiers des cas. Les troubles anxiodépressifs se manifestent donc dès l'enfance et l'adolescence de façon cliniquement significative, démontrant la vulnérabilité sous-jacente. Or, le trouble mental se manifestera à un niveau clinique plus tardivement chez d'autres personnes, notamment en raison de facteurs de protection tels que le milieu familial adéquat ou le soutien social, éducatif et économique favorable, mais pourra être précipité ultérieurement à la suite, par exemple, d'un stress indu en milieu de travail.

Quant à l'utilisation de services en santé mentale en Ontario pour les enfants et les adolescents (2014 et 2015), c'est moins de la moitié des personnes interrogées qui recevaient des services, que ce soit via l'école, les services médicaux généralistes ou les services spécialisés en santé mentale pour les troubles anxieux ou dépressifs (44,6 % chez les 4 à 11 ans et 39,9 % chez les 12 à 17 ans). Au Québec, dans l'étude évoquée plus haut, ce sont seulement 35 % des enfants de 6 à 11 ans présentant un trouble intériorisé ou extériorisé qui avaient reçu des services (Bergeron et al., 1993). Il demeure donc en Ontario, et probablement au Québec, un important besoin de services non comblé chez les enfants et adolescents, de l'ordre de la moitié des enfants et adolescents ayant des troubles anxiodépressifs. Il serait important au Québec de le confirmer en reproduisant l'étude de Bergeron et ses collaborateurs (1993).

L'enquête ontarienne montre aussi que les services pour les enfants atteints d'un trouble anxieux ou dépressif sont fournis d'abord par le secteur scolaire, suivi du secteur des soins de santé généraux et, à un moindre degré, du secteur des soins spécialisés, et ce, même pour les situations où il y a présence d'une comorbidité. Au Québec, en 1992, le tableau se dessinait de la même façon quant aux services fournis par le secteur scolaire, puis le secteur des soins de santé généraux (incluant les pédiatres en cabinet privé) et enfin le secteur spécialisé (Bergeron et al., 1993).

Compte tenu de l'ampleur des besoins non comblés et de la structure du système en place, les chercheurs ontariens recommandent que les médecins de famille et les pédiatres jouent un rôle pivot dans l'identification et la gestion thérapeutique des problèmes de santé mentale et, au besoin, réfèrent les enfants et adolescents les plus gravement atteints aux services spécialisés psychiatriques.

Les besoins non comblés de psychothérapie et le rôle des médecins de famille

Au Québec, les besoins non comblés de psychothérapie chez les 15 ans et plus sont, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada, 2013), de l'ordre de 3,2 %, ce qui correspond à près de 214 000 personnes. En comparaison, les besoins non comblés de médication sont beaucoup plus

Quant aux besoins perçus en santé mentale recueillis lors de la même enquête, ce sont 16 % des répondants qui auraient souhaité, dans les 12 derniers mois, parler de leur santé mentale avec un médecin ou un professionnel de la santé. Or, seulement 41 % des Québécois ont reçu, dans les 12 derniers mois, une forme d'aide psychologique ou de traitement souhaité pour leur santé mentale.

faibles (0,5 %), probablement en raison de l'assurance médicaments universelle. En Australie, où un pont a été établi entre les psychologues œuvrant en cabinet privé et le système public, ces professionnels sont remboursés par le régime Medicare (équivalent de l'assurance maladie dans les différentes provinces canadiennes, qui rembourse les services des médecins). Ainsi, en 2018-2019, de 4 à 5 % de la population australienne a pu bénéficier de services psychologiques offerts par des psychologues ou psychothérapeutes autorisés (Australian Institute of Health and Welfare [AIHW], 2021) ; la proportion d'enfants de moins de 15 ans et de jeunes de 15 à 24 ans était encore plus élevée, de 5 à 6 % de ceux-ci ayant reçu des services psychologiques financés publiquement. On pourrait ainsi s'attendre, au Québec, à une satisfaction accrue des besoins de la population en santé mentale via une assurance universelle appliquée à la psychothérapie.

De plus, les données québécoises de l'enquête internationale de 2020 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès de la population générale recueillies au début de la pandémie (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2021) révèlent que 19,7 % des répondants auraient reçu un diagnostic de santé mentale au cours de leur vie (« Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffrez de dépression, d'anxiété, ou d'autres problèmes de santé mentale ? »), ce qui rappelle les prévalences issues du modèle de Goldberg évoqué précédemment. Quant aux besoins perçus en santé mentale recueillis lors de la même enquête, ce sont 16 % des répondants qui auraient souhaité, dans les 12 derniers mois, parler de leur santé mentale avec un médecin ou un professionnel de la santé. Or, seulement

Tableau 1 – Besoins de médicaments et de psychothérapie parmi les Québécois de 15 ans et plus. Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, volet Santé mentale, 2012 (Statistique Canada, 2013).

	Aucun besoin	Besoins totalement satisfaits	Besoins non satisfaits (partiellement ou totalement)	Total
Médicaments	90,9 % (N = 6 006 954)	8,6 % (N = 567 694)	0,5 % (N = 31 154)	N = 6 605 802
Psychothérapie	89,0 % (N = 5 881 465)	7,8 % (N = 514 832)	3,2 % (N = 213 596)	N = 6 609 893

41 % des Québécois ont reçu, dans les 12 derniers mois, une forme d'aide psychologique ou de traitement souhaité pour leur santé mentale.

C'est donc dire que les besoins en santé mentale de la population québécoise sont loin d'être satisfaits ou comblés. Alors que la mise en place controversée du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) peine à s'actualiser dans toutes les régions du Québec, que tous les établissements peinent à trouver et à engager le personnel psychosocial nécessaire, dont les psychologues, et que les employés du secteur public s'opposent à une privatisation des services psychologiques, le projet mené par l'Assurance maladie française mériterait d'être considéré comme un modèle de financement public pour l'accès à la psychothérapie, et ce, en contexte de collaboration avec la médecine familiale (Assurance maladie et al., 2017 ; Dezetter et Kovess-Masfety, 2018). À l'instar de l'Australie, l'objectif de ce projet est de faciliter l'accès à la psychothérapie et d'établir un système de communication simplifié entre les professionnels pour un meilleur suivi et un meilleur traitement du patient.

En 2018, l'Assurance maladie, le ministère des Solidarités et de la Santé, le Collège de la médecine générale, le Conseil national professionnel de psychiatrie, le Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie ainsi que des représentants des psychologues cliniciens ont conjointement proposé d'expérimenter une prise en charge de la psychothérapie pour les personnes de 18 à 60 ans présentant des troubles de santé mentale d'intensité légère à modérée (dans trois départements de la France). Le Syndicat national des psychologues a participé au comité de pilotage national de cette initiative (Assurance maladie et al., 2017). Ce projet a été mis à l'épreuve dans un devis randomisé pragmatique incluant des mesures des résultats cliniques, des coûts et bénéfiques ainsi que de l'impact budgétaire. Tous les professionnels, qu'ils soient médecins, psychologues ou psychothérapeutes agréés exerçant en cabinet privé, étaient remboursés par la même Caisse de l'assurance maladie, un régime de financement public équivalant à la RAMQ au Québec. Parallèlement, en mars 2021, les régimes complémentaires privés de santé, soit la Fédération française de l'assurance, la Mutualité française et les institutions de prévoyance, se sont engagés à prendre en charge les séances chez les psychologues travaillant en cabinet privé (Garaicoechea, 2021). L'implantation d'un tel modèle au Québec, plutôt que le PQPTM, pourrait être une solution alternative permettant de répondre aux importants besoins de psychothérapie qui sont actuellement non comblés. De concert avec les médecins de famille, les psychologues et les titulaires du permis de psychothérapeute détiennent une expertise qui se doit d'être valorisée et mise à profit pour la prise en charge des enjeux grandissants en santé mentale au Québec.

Conclusion

Le présent essai rappelle que les troubles anxieux sont bien présents dans la population, parfois dès l'enfance, et qu'ils peuvent devenir chroniques. Les médecins de famille sont bien souvent aux premières loges pour les détecter et les traiter de même que pour favoriser la continuité des soins en collaborant avec les services des psychologues et des titulaires du permis de psychothérapeute œuvrant en cabinet privé, dans le réseau public de la santé, dans les milieux scolaires et de travail ainsi que dans les services spécialisés.

Le Québec devrait commander un renouvellement des enquêtes dans le domaine, les données de celles-ci remontant à 1992 pour les enfants et les adolescents et à 2012 pour les adultes.

De plus, il apparaît important de poursuivre et de réorienter la réflexion concernant l'organisation des soins de santé mentale. Le PQPTM émerge des milieux spécialisés en santé et en services sociaux de deuxième ligne, ne tenant ainsi pas compte de la structure de notre système de santé universel. Il y a lieu de s'inquiéter du développement d'un système parallèle de santé mentale, comme on le voit aux États-Unis, qui, comme l'ont souligné des chercheurs ontariens (Georgiades et al., 2019 ; Waddell et al., 2019), ne parviendra pas à répondre aux besoins. Également, il faut savoir qu'un tel système parallèle de santé mentale entraînerait une augmentation des coûts, et il faut donc plutôt envisager un système de soins partagés. En effet, le modèle français basé sur les groupes de médecins de famille semble plus prometteur, car il a le potentiel de mobiliser, au Québec et au Canada, la collaboration entre les psychologues, les psychothérapeutes et les médecins de famille, afin de permettre un meilleur accès à des services de qualité (Vasiliadis et al., 2021). La mise en place d'un modèle de financement public dans le cadre des soins de santé primaires, soutenue par le Collège des médecins de famille du Canada, s'avère donc une proposition des plus pertinentes (Lemire et Chomienne, 2021).

Remerciements

Je remercie Anne Dezetter pour la mise en forme des graphique et tableau, la vérification des données et le modèle français. Également pour leurs conseils sur le manuscrit, Jean Grenier et Helen-Maria Vasiliadis. M. Grenier est un psychologue et un chercheur collaborant avec les médecins de famille pour l'accès à la psychothérapie fondée sur les preuves ; M^{me} Vasiliadis est une chercheuse très engagée dans l'étude et la promotion d'un système équilibré de santé mentale financé publiquement. Cependant, j'assume seul la responsabilité des opinions formulées dans cet essai.

AIDER UNE PERSONNE AYANT UN TROUBLE ANXIEUX À S'ACCOMPLIR DANS SON TRAVAIL

D^{re} Estelle M. Morin,

Ph. D., psychologue,
professeure titulaire au
Département de management
de HEC Montréal et professeure
associée à la chaire Sens et Travail
de l'Icam – site de Lille (France)

Rollo May (1977) considère l'anxiété comme un état inhérent à l'existence humaine. En raison de notre disposition à anticiper l'avenir, nous sommes maintenus dans un état de vigilance qui nous prépare à réagir quand notre sécurité ou notre intégrité sont menacées (Sterling, 2012). Le problème survient lorsque nous n'arrivons plus à recouvrer la sérénité (McEwen, 2016). Les personnes anxieuses ont généralement de la difficulté à s'adapter aux exigences de leur travail, ce qui compromet leurs chances de s'y accomplir. De plus, l'hypervigilance et l'irritabilité qu'engendre l'anxiété affectent la qualité de leurs relations, mettant en jeu leur appartenance à l'équipe et le soutien qu'elles pourraient recevoir de leurs collègues de travail (Mortensen, 2014).

En 2009-2010, les troubles anxiodépressifs touchaient 7,5 % de la population québécoise, selon Lesage et Émond (2012). Ces chercheurs ont aussi observé une augmentation chez les moins de 20 ans durant la période allant de 1999 à 2010. En Ontario, Phillips et Yu (2021) ont également relevé une augmentation chez les jeunes de 11 à 20 ans durant la période allant de 2012 à 2017. Cette tendance semble donc se maintenir.

Une personne qui souffre d'un trouble anxieux est apte à travailler dans la mesure où des arrangements sont possibles et qu'elle est capable de gérer les symptômes de ce problème (Mellifont et al., 2016). En fait, il est même possible que le travail puisse l'aider à se rétablir. C'est du moins ce que nous pouvons déduire de la définition de la santé mentale offerte par l'Organisation mondiale de la santé : un état de bien-être dans lequel une personne reconnaît ses capacités, s'adapte aux difficultés normales de la vie, travaille de manière efficace et participe au développement de sa communauté (Organisation mondiale de la santé, 2004, p. 7). Par ailleurs, quand on voit la souffrance qu'engendre le chômage, il est tentant de préférer le travail à l'inactivité (Pignault et Houssemand, 2018 ; Scheve et al., 2016 ; Wickrama et al., 2018).

Selon Peter Warr (1994), le travail a l'effet des vitamines sur la santé mentale. Le modèle qu'il propose décrit neuf caractéristiques qui ont des effets stimulants, dont le contrôle sur les activités, le sentiment d'appartenance et la reconnaissance.

John G. Jenkins (1935) a probablement été l'un des premiers psychologues à faire valoir les effets salutaires du travail, car celui-ci offre à une personne des occasions de mobiliser ses capacités et sa créativité pour accomplir quelque chose d'utile avec et pour les autres. Il trouvait d'ailleurs étrange cette tendance à opposer le travail à la vie.

Une autre pionnière dans ce domaine est Marie Jahoda (1981). Ses études sur le travail et le chômage lui ont permis de mettre au jour les bénéfices du travail (Jahoda, 1979). Bien sûr, il y a des bénéfices manifestes comme le salaire ou un régime de retraite, mais il y a aussi des bénéfices latents dont on reconnaît la valeur lorsqu'on est privé de travail. Ces bénéfices sont très importants pour quelqu'un qui a un trouble anxieux. Parmi ces bénéfices se trouvent la structure ou la routine qu'impose le travail au quotidien. En plus d'offrir des occasions de rencontres et d'échanges, le travail donne la possibilité de donner un sens à sa vie et d'apporter sa contribution à la société. Muller et al. (2005) et, plus récemment, Kovacs et al. (2019) ont repris la proposition de Marie Jahoda pour étudier les bénéfices latents du travail pour la santé (Selenko et al., 2020).

S'il est bon de travailler pour la santé mentale, le travail peut cependant également présenter des risques pour celle-ci, dont certains peuvent être très graves pour une personne qui a un trouble anxieux. Depuis les premières études menées au National Training Laboratory, aux États-Unis (Sauter et Hurrell Jr., 2017), ou au Tavistock Institute, en Angleterre (Trist, 1981 ; Trist et Bamforth, 1951), la recherche a permis de faire avancer la connaissance dans ce domaine. Depuis une dizaine d'années, c'est le modèle demandes-ressources (*job demands-resources*) proposé par Bakker et Demerouti (2017), de l'Université d'Utrecht aux Pays-Bas, qui sert de référence.

Cela dit, des équipes de recherche ont trouvé des moyens d'aider les personnes ayant un trouble anxieux à s'accomplir dans leur travail. Qu'il s'agisse des pratiques de management du travail ou de soutien, il est possible de mettre en place les conditions requises pour qu'elles puissent donner la performance attendue et de soutenir leur démarche vers la guérison (Mellifont et al., 2016). Elles peuvent aussi utiliser des stratégies pour s'adapter aux exigences du travail (Meunier et al., 2019).

Cet article vise deux objectifs. Le premier est de décrire les facteurs de risque associés au travail pour une personne souffrant d'un trouble anxieux. La connaissance de ces facteurs peut permettre de dégager des moyens de les prévenir ou de mieux gérer les risques qu'ils engagent. Le deuxième est de proposer des stratégies pour faciliter l'accomplissement dans le travail tandis que la personne poursuit sa démarche thérapeutique.

Les facteurs de risque associés au travail

Les principaux facteurs de risque de développement d'un trouble anxieux sont les suivants : l'insécurité de l'emploi et des revenus, la fréquence des changements organisationnels, l'intelligence artificielle, l'insécurité au travail, les risques psychosociaux et le management du travail.

L'insécurité de l'emploi et des revenus

Au premier rang des facteurs de risque se trouve l'insécurité de l'emploi et des revenus (Foster et al., 2019 ; Gallie et al., 2017 ; Hünefeld et al., 2019 ; Kim et al., 2020 ; Wickrama et al., 2018). L'idéologie néolibérale qui caractérise le management des organisations depuis les années 1980 a entraîné des conséquences désastreuses sur la qualité de l'emploi (Bal et Dóci, 2018 ; Grote et Guest, 2017 ; Guest et Grote, 2018 ; Warhurst et Knox, 2020). Cette idéologie a non seulement valorisé l'individualisme et la compétition dans les organisations, mais elle a aussi augmenté la pression sur les cadres pour rendre flexible le recours à la main-d'œuvre (Beltrán-Martín et al., 2009 ; Beltrán-Martín et Roca-Puig, 2013). Pour accroître la « flexibilité » de la main-d'œuvre, des employeurs vont offrir des contrats à durée déterminée – des emplois temporaires ou des emplois saisonniers – plutôt que des contrats à durée indéterminée, comme des emplois permanents (Jenkins, 1998).

D'une part, la personne ne sait pas ce que lui réserve l'avenir ni comment elle pourra assurer sa subsistance. Ce manque de visibilité sur l'avenir et, par conséquent, son impuissance à s'y préparer engendrent une pression qui augmente son anxiété. D'autre part, la personne ne peut pas planifier ses activités ni ses vacances, car elle ne sait pas quand elle sera appelée pour travailler. Cet état de dépendance intensifie cette pression sur son état anxieux. L'insécurité de l'emploi la place dans une situation où elle ne peut organiser ni son présent ni son avenir. Pour quelqu'un qui souffre d'anxiété, cela représente un défi majeur.

La fréquence des changements organisationnels

La maxime *rien n'est permanent, sauf le changement* fait partie du quotidien des gens qui travaillent dans les grandes organisations. La fréquence et le rythme des changements organisationnels sont tels qu'on a proposé le concept de « fatigue du changement » (*change fatigue*) pour décrire l'état psychologique dans lequel se trouvent les personnes qui n'en peuvent plus de s'adapter aux nouvelles conditions (Brown et al., 2018; Camilleri et al., 2019; McMillan et Perron, 2013, 2020).

La fréquence des changements organisationnels cause ce que Bruce McEwen (1998) appelle la « charge allostatique », c'est-à-dire le prix que notre organisme paie pour le fait que les systèmes impliqués dans l'adaptation¹ ne reviennent pas à leurs valeurs normales. Par exemple, l'organisme d'une personne qui est constamment maintenue dans un état de tension peut être amené à adopter cet état comme la nouvelle norme, laquelle peut, par conséquent, induire un état anormal, symptôme d'une maladie. Il ne faut donc pas s'étonner de voir des personnes s'épuiser à force d'être exposées à des demandes d'adaptation.

Pour une personne ayant un trouble anxieux, travailler dans une organisation qui fait l'objet de changements fréquents constitue un risque, non seulement à cause de la charge allostatique que cela lui impose, mais aussi à cause de l'incertitude que ces changements impliquent.

L'intelligence artificielle

Le déploiement des technologies de l'intelligence artificielle représente aussi un facteur de risque important pour la population en général (Makarius et al., 2020; Means, 2018; Zhu et al., 2020). Si l'on peut facilement imaginer leur utilité, on peut difficilement prévoir leurs conséquences pour les travailleurs. D'après Bakhshi et al. (2017), d'ici 2030, 20 % des emplois actuels auront disparu, et 10 % des emplois de 2030 seront des emplois qui n'existent toujours pas en ce moment. Les inquiétudes que soulève l'adoption de ces technologies sont bien senties par une personne qui a un trouble anxieux. Celle-ci est plus susceptible que d'autres de se préoccuper des conséquences que ces technologies pourraient avoir sur son travail ou sur son emploi.

L'insécurité au travail

On associe généralement la sécurité au travail aux contraintes physiques, à savoir les conditions biomécaniques, physiques ou chimiques dans lesquelles une personne travaille. Les conditions biomécaniques concernent les mouvements du corps, les tissus et leurs propriétés mécaniques. Les conditions physiques se rapportent généralement à l'environnement ou à l'espace de travail. Ce sont par exemple les conditions d'éclairage, la qualité des locaux ou la température. Les conditions chimiques font notam-

1. Le cerveau, le système immunitaire, les systèmes neuroendocriniens et le système cardiovasculaire.

ment référence aux polluants, aux produits toxiques, aux poussières ou aux fumées. Ces conditions peuvent causer des blessures, des accidents et des maladies. Elles sont bien tangibles : on peut les évaluer, prévenir les risques qu'elles comportent et les contrôler, dans la mesure du possible. Elles concerneraient surtout les hommes, car ils y seraient plus exposés que les femmes (Camirand et al., 2016; Murcia et al., 2013). Ces conditions peuvent représenter un danger et, par conséquent, provoquer l'anxiété.

Les risques psychosociaux

En plus des contraintes physiques, il y a les conditions psychosociales qui résultent des relations avec la direction, les collègues de travail ou la clientèle.

L'exercice de l'autorité et la supervision abusive

En raison du caractère hiérarchique des organisations, chacun se rapporte à quelqu'un, à moins d'occuper un poste de la direction générale ou d'être le propriétaire de l'entreprise. Selon Fiske et Fiske (2007), les relations hiérarchiques supposent des personnes ayant un statut supérieur à qui il faut obéir en espérant recevoir en retour le soutien et la protection. L'exercice de l'autorité requiert cependant des qualités que tous les responsables d'équipe n'ont pas. Il s'ensuit des problèmes de conduite qui vont de l'autoritarisme à la supervision abusive.

On connaissait déjà dans les années 1950 les effets toxiques du style autoritaire, c'est-à-dire celui où l'on impose son pouvoir, ce qui a justifié la formation sur la gestion des équipes de travail et sur le management des organisations. À cette époque, il était question de paternalisme, une attitude qui suppose tout de même une certaine bienveillance envers les subordonnés. L'individualisme et l'effritement des valeurs morales ont cependant aggravé la situation, en poussant des cadres à se comporter de manière irrespectueuse envers leurs collègues de travail. Bennett J. Tepper (2000) a été l'un des premiers à signaler les conséquences de la supervision abusive. Ce sont des comportements agressifs qui portent atteinte à la dignité des personnes : dénigrer un subordonné en public, se moquer de lui, faire des commentaires négatifs sur son travail, ne pas répondre à ses courriels, etc. De tels comportements incitent des personnes à se désengager et à chercher un emploi ailleurs.

Dans une enquête menée auprès de 24 superviseurs et de 232 infirmières, Pyc et al. (2017) ont trouvé que le style autoritaire et la supervision abusive entraînaient des conséquences négatives sur l'engagement et la performance en provoquant des symptômes d'anxiété et de dépression.

La perception d'injustice ou d'iniquité

C'est en comparant le traitement dont nous faisons l'objet avec celui dont font l'objet nos collègues de travail que nous pouvons évaluer l'équité dans la qualité des échanges (justice interactionnelle), la participation aux décisions (justice procédurale) et la reconnaissance de nos contributions (justice distributive)

[Greenberg, 1990]. Francis et Barling (2005) ont montré que la perception d'injustice engendre une tension psychologique qui nuit à la santé mentale en portant atteinte aux sentiments de valeur personnelle et d'appartenance. Pour leur part, Bondü et Inerle (2020) ont observé que les personnes ayant un trouble anxieux sont très sensibles à la perception de l'injustice. Cela peut provoquer des réactions qui sont difficiles à contrôler : appréhension du jugement d'autrui, rumination, hypervigilance, victimisation, isolement, etc.

L'incivilité, l'intimidation et le harcèlement

Les comportements toxiques au travail ne sont pas nouveaux, mais la recherche s'y intéresse plus particulièrement depuis les années 2000 (Frost, 2004; Porath et al., 2015; Porath et Pearson, 2010). Le harcèlement a d'abord été dénoncé quand il visait la sexualité (Driscoll, 1981; Evans, 1978; Renick, 1980), puis il s'est élargi pour inclure la sécurité psychologique (Desrumaux-Zagrodnicki et al., 2004; Faulx et Detroz, 2009; Masson-Maret et Steiner, 2004). Se sont ajoutées les dénonciations d'intimidation (Dehue et al., 2012; Vartia, 2001) et d'incivilité (Liu et al., 2009; Pearson et al., 2000). Enfin, toutes ces conduites supposent des atteintes à la dignité et à l'intégrité des personnes (Hershcovis, 2011). Selon Camirand et al. (2016), 20 % des Québécois se disent victimes de harcèlement moral au travail. Une organisation qui tolère les conduites agressives, abusives même, stimule l'anxiété même chez une personne qui n'en est pas la cible (Sprigg et al., 2019). De telles conditions ne sont donc, forcément, pas favorables pour une personne qui a un trouble anxieux.

Le manque de soutien social

Le soutien social est un facteur de protection quand le stress est élevé (Hobfoll et al., 1990; Hobfoll et Freedy, 1990; la Rocco et Jones, 1978). Il se manifeste de différentes manières : avoir quelqu'un à qui confier ses inquiétudes, se sentir accepté, pouvoir demander conseil à quelqu'un, se sentir écouté, etc. Murcia et al. (2013) ont trouvé que le soutien social est une ressource très importante pour une personne anxieuse : avoir quelqu'un qui peut lui donner de l'assurance à proximité l'aide à gérer sa tension nerveuse et à bien faire son travail. Le manque de soutien contribue en revanche à l'aggravation des symptômes anxieux, en privant la personne de moyens pour soulager le stress du travail, augmentant son sentiment d'insécurité et d'impuissance.

Le management du travail

Le management du travail, c'est la manière dont on gère le travail à faire. Cela concerne principalement l'organisation des tâches en fonction des objectifs à atteindre et la logistique, c'est-à-dire l'ensemble des moyens qui permettent de bien faire son travail. Pour que le management du travail ait un sens, il importe d'avoir des objectifs clairs, alignés sur la mission de l'équipe ou de l'entreprise, d'avoir l'autonomie pour s'acquitter de ses tâches ainsi que des occasions d'apprentissage et de développement

(Morin, 2010). Deux caractéristiques du travail peuvent représenter un risque important en ce qui concerne les troubles anxieux : la charge de travail et la marge d'autonomie.

La charge de travail et la pression du temps

La charge de travail peut représenter un risque pour la santé mentale si elle n'est pas ajustée aux capacités et aux ressources d'une personne (Bakker et al., 2010). Si elle est trop lourde, elle risque de provoquer l'anxiété et de nuire à la capacité de récupération (Casper et Sonnentag, 2020). Si elle est trop légère, elle risque de provoquer l'ennui et la détresse (van Hooff et van Hooff, 2014). Dans les deux cas, elle déclenchera des réactions anxieuses.

De plus, il faut distinguer le type de charge qu'une personne doit gérer : la charge physique (souvent exprimée par le temps), la charge mentale (l'attention, la concentration, la complexité et la difficulté) et la charge émotionnelle (le travail émotionnel que font des enseignants, par exemple) [Livne et Rashkovits, 2018]. Selon Murcia et al. (2013), les personnes ayant un trouble anxieux sont plus susceptibles d'être affectées par une charge mentale ou une charge émotionnelle qui n'est pas en adéquation avec leurs capacités ou les ressources mises à leur disposition pour les gérer.

La pression du temps est souvent citée comme un facteur de risque (Kronenwett et Rigotti, 2019; Tanskanen, 2020). Plusieurs situations peuvent créer cette pression : une mauvaise gestion de projet, des imprévus, des interruptions, des retards ou des délais, des problèmes de coordination, etc. Pour soulager la pression du temps, il faut examiner la situation de travail en vue de déterminer les causes.

Enfin, c'est souvent quand la charge de travail est trop lourde que l'équilibre travail-non-travail est rompu (Huyghebaert et al., 2018). Pour prévenir une telle situation, il importe d'examiner l'organisation du travail avec les personnes concernées. Il ne s'agit pas toujours d'ajouter du personnel pour réduire la charge ; il s'agit d'abord de se pencher sur l'agencement des tâches et des mécanismes de coordination ainsi que sur la logistique des activités pour trouver les goulots d'étranglement et régulariser le déroulement des activités.

Le manque d'autonomie

Le dernier facteur de risque concerne l'autonomie, c'est-à-dire le degré de pouvoir délégué à une personne pour organiser son travail et gérer son temps (Deci et Ryan, 1987; Sánchez et al., 2007). Plusieurs facteurs font varier la marge d'autonomie. Les principaux sont le style de management, la fluidité de l'information, la possibilité d'accéder à des activités de formation et de perfectionnement, la disponibilité des ressources matérielles et la culture de collaboration. Si l'un de ces facteurs comportait des lacunes, cela aurait pour conséquence une perte d'autonomie pour la personne dans son travail. Par exemple, une personne

Pour faciliter le développement professionnel d'une personne ayant un trouble anxieux, il peut être utile de susciter son désir de réalisation en envisageant le futur dont elle rêve et de mobiliser ses talents pour le réaliser.

privée de l'information ou de l'équipement nécessaire pour faire ses tâches aura de la difficulté à faire son travail. Un cadre qui affiche un style directif conditionne les membres de son équipe à obtenir son approbation avant d'entreprendre des changements dans l'organisation de leur travail. Le manque d'autonomie engendre un état de dépendance, disposant une personne à ressentir de l'anxiété.

C'est ainsi que se conclut la première partie. Dans cette partie, nous avons brièvement décrit les principaux facteurs de risque associés aux troubles anxieux : l'insécurité de l'emploi et des revenus, la fréquence des changements organisationnels, l'intelligence artificielle, l'insécurité au travail, les risques psychosociaux et le management du travail. Voyons maintenant comment il est possible d'aider une personne qui a un trouble anxieux à s'accomplir dans son travail tout en poursuivant sa démarche thérapeutique.

Les stratégies d'adaptation

Pour aider une personne ayant un trouble anxieux à s'accomplir dans son travail, plusieurs stratégies sont possibles. Nous les avons regroupées en deux catégories. La première concerne les pratiques de management et de soutien et la deuxième, des stratégies personnelles.

Des stratégies organisationnelles

Mellifont et al. (2016) ont cherché à connaître les moyens qui sont mis en œuvre pour aider les personnes ayant un trouble anxieux à donner la meilleure performance au travail. Cette équipe australienne a pu analyser les réponses de 46 personnes qui ont reçu un diagnostic de trouble anxieux et qui occupent un emploi permanent depuis au moins un an. Le questionnaire que ces personnes devaient remplir en ligne comportait quatre parties : 1) informations démographiques ; 2) arrangements adoptés pour qu'elles puissent continuer à travailler ; 3) difficultés qu'elles ont dû surmonter ; 4) description de leur trouble anxieux. Deux types d'arrangements ont été relevés. Le premier concerne la flexibilité dans le management du travail et le deuxième, le soutien organisationnel.

La flexibilité dans le management du travail

Donner de la flexibilité dans le management du travail, c'est offrir à une personne la possibilité de travailler à distance quand elle en a besoin pour mieux gérer son anxiété et pour améliorer

son efficacité personnelle. C'est aussi lui offrir la possibilité de gérer ses horaires de travail afin qu'elle atteigne ses objectifs de performance tout en poursuivant sa thérapie. Pouvoir décider où travailler et gérer son temps de travail sont deux conditions qui ont grandement facilité la vie des personnes ayant un trouble anxieux. Avoir des horaires flexibles est particulièrement utile pour quelqu'un aux prises avec une crise d'anxiété.

Avoir de la flexibilité suppose toutefois que la personne est dotée de l'autonomie nécessaire pour faire son travail. Il faudra donc s'assurer qu'elle a les capacités et les compétences requises pour être efficace, qu'elle a accès à l'information utile pour gérer sa performance et qu'elle dispose des ressources matérielles adéquates pour travailler à distance.

Avoir les capacités et les compétences requises pour faire son travail constitue la première condition de l'autonomie. Si les procédures de sélection sont efficaces, la personne devrait les avoir. On peut néanmoins s'en assurer en l'aidant à faire son bilan de compétences. Dans le cas où il y aurait des écarts, il sera alors possible de les combler par la formation ou le *coaching*.

La flexibilité suppose aussi un système d'information et de communication efficace. L'expérience de confinement à domicile en raison de la pandémie de COVID-19 a mis à l'épreuve les systèmes d'information des entreprises. Cela a permis de corriger des erreurs de système, de résoudre des problèmes de réseau et de faciliter l'adoption des technologies. Plusieurs outils de productivité ont d'ailleurs été mis au point pour faciliter le travail à distance. Grâce à l'efficacité de ces systèmes (Zoom, Teams, Slack, etc.) et à la facilité d'accéder à l'information, les capacités de contrôle de l'information se sont améliorées, en donnant une meilleure visibilité sur les activités et sur l'avenir.

Il peut aussi être nécessaire d'adapter la charge de travail aux capacités de la personne et de suivre son évolution pour qu'elle puisse maintenir un bon niveau de performance. Définir clairement les objectifs et les résultats attendus est essentiel pour assurer l'efficacité. Les personnes anxieuses ont toutefois tendance à surinvestir dans le travail (Waghorn et Chant, 2012). Un superviseur avisé fera attention aux signes de surcharge : attermoisement, isolement, fatigue, etc.

Pour faciliter le développement professionnel d'une personne ayant un trouble anxieux, il peut être utile de susciter son désir de réalisation en envisageant le futur dont elle rêve et de mobiliser ses talents pour le réaliser. Il s'agit de la théorie du changement intentionnel de Richard Boyatzis (2019). Cette théorie de *coaching* table sur les émotions positives pour stimuler le changement. La personne pourrait entre autres définir des compétences qu'elle aimerait acquérir ou perfectionner pour renforcer son autonomie. Accompagnée par un psychologue, elle pourrait ensuite se donner un plan de développement et des objectifs sur lesquels elle a du contrôle.

Le soutien organisationnel

Pouvoir compter sur l'aide d'un psychologue ou d'un psychiatre donne un sentiment de sécurité psychologique (Richmond et al., 2016, 2017). Les programmes d'aide aux employés sont très utiles, mais encore trop peu utilisés par les personnes qui en ont besoin (Dimoff et Kelloway, 2019). Pour inciter les personnes à y recourir, il est important de sensibiliser le personnel d'encadrement.

Le fait de pouvoir compter sur son supérieur hiérarchique quand on fait face à des difficultés, de se sentir écouté, contribue également au sentiment de sécurité psychologique (Mortensen, 2014). En effet, le soutien du chef d'équipe est une ressource importante pour une personne qui a un trouble anxieux (Kleine et al., 2019). Celui-ci diminuera l'incertitude en définissant le calendrier des activités, en faisant régulièrement le point, en effectuant le suivi des activités, en établissant des rituels lors des réunions, etc. (Brooks et al., 2016)

Le soutien peut aussi se manifester par des gestes concrets visant à rendre l'environnement de travail le mieux adapté à la condition de la personne. Il peut s'agir par exemple de l'emplacement de l'espace de travail – dans un endroit tranquille – ou de moyens de contrôle des interférences ou des interruptions.

Le soutien organisationnel ne concerne pas seulement les chefs d'équipe. Il concerne aussi les collègues de travail. En veillant à instaurer un climat de sécurité psychologique fondé sur des valeurs d'équité, de réciprocité et de bienveillance, on appuie la personne anxieuse dans ses efforts.

La qualité de l'emploi

La qualité de l'emploi constituait déjà un enjeu important dans les années 1950. Avec le développement du néolibéralisme, cet enjeu a pris encore plus d'importance pour la santé publique (Alzola, 2018). C'est pour cette raison que Warhurst et Knox (2020) affirment qu'il faut rétablir le droit des personnes à avoir un emploi décent et un travail de qualité. On a beau faire la promotion du bien-être au travail, si les conditions de travail ne sont pas décentes, les efforts investis pour améliorer la qualité de vie au travail demeurent vains.

La décence de l'emploi concerne surtout le contrat de travail. Un emploi décent, c'en est un qui permet d'envisager l'avenir avec optimisme : bien sûr, personne ne peut prédire l'avenir, mais avoir une idée de ce qu'il nous réserve nous aide à pouvoir mieux dormir (Mortensen, 2014). C'est un emploi permanent qui structure le temps et rythme les jours d'une manière prévisible. C'est un emploi qui offre l'assurance de revenus ajustés au niveau de vie et des avantages sociaux convenables. C'est aussi un emploi qui respecte le droit de représentation et de participation aux décisions qui concernent les employés. Ces conditions réduisent l'incertitude et donnent du contrôle aux employés.

En veillant à instaurer un climat de sécurité psychologique fondé sur des valeurs d'équité, de réciprocité et de bienveillance, on appuie la personne anxieuse dans ses efforts.

La qualité de vie au travail concerne le travail lui-même, le milieu de travail et l'environnement organisationnel (Grote et Guest, 2017). Un travail qui a du sens en est un qui est utile et qui ajoute de la valeur à quelque chose. C'est un travail qui est fait avec et pour les autres, dans des conditions saines et sécuritaires, et qui respecte la vie en dehors du travail (Wood et al., 2020).

Des stratégies personnelles

Les stratégies personnelles sont des moyens que prennent des personnes pour en aider une autre à gérer les symptômes de son trouble anxieux, à améliorer son état de santé et à prévenir la récurrence du problème. En d'autres termes, ces stratégies favorisent le rétablissement.

Whitley et Drake (2010) proposent un modèle de rétablissement qui compte cinq dimensions : clinique, existentielle, fonctionnelle, physique et sociale. Le rétablissement clinique est évalué par des professionnels de la santé. Un signe encourageant indiquant qu'une personne se rétablit cliniquement : la réduction de ses symptômes. Le rétablissement existentiel a trait à la personne dans son rapport avec les membres de sa communauté. Quelques indices de rétablissement existentiel : l'amélioration de l'humeur, l'espérance, le bien-être, le sentiment d'efficacité. Le rétablissement fonctionnel se rapporte à l'emploi, à l'éducation et à l'autonomie ou l'indépendance. Des exemples d'indices de rétablissement fonctionnel : pouvoir travailler et conserver son emploi, pouvoir suivre des cours et réussir ses études, pouvoir s'occuper de soi et de son domicile. Le rétablissement physique concerne les habitudes de vie : une saine alimentation, la régularité de l'exercice physique, l'abstention de consommation d'alcool ou de drogues, l'adoption d'un programme pour cesser de fumer, etc. Enfin, le rétablissement social vise l'appartenance. Des exemples d'indices de rétablissement social : le soutien, l'intégration, la participation à des activités sociales.

Villaggi et al. (2015) avaient pour projet de découvrir les stratégies que des personnes ayant des troubles de l'humeur ou d'anxiété utilisent pour tenter de gérer leurs symptômes et de se sentir mieux. Ils se sont inspirés du modèle de Rob Whitley et Robert Drake (2010) pour analyser le contenu des entretiens qu'ils ont faits auprès de 24 hommes et de 26 femmes. Ils ont ainsi relevé 60 stratégies, qu'ils ont réparties en 5 catégories : stratégies sociales, stratégies existentielles, stratégies fonctionnelles, stratégies physiques et stratégies cliniques.

Les stratégies sociales consistent à s'entourer de personnes avec qui on se sent bien ou à prendre soin des autres. L'équipe de Benjamin Villaggi a recensé neuf comportements qui relèvent de ces stratégies, comme choisir des personnes avec qui il est possible de discuter de ses problèmes ou exprimer sa gratitude pour le soutien reçu.

Les stratégies existentielles regroupent 20 comportements, qui se divisent en 4 catégories : adopter une attitude positive, développer un sens de soi équilibré, donner un sens à la situation, se donner le pouvoir d'agir. Ce sont par exemple des comportements comme reconnaître ses progrès, distinguer son trouble anxieux de sa personnalité, nourrir un rêve, affirmer ses besoins et ses attentes.

Les stratégies fonctionnelles concernent la vie quotidienne. Il s'agit de sept comportements, classés en deux catégories. La routine quotidienne est la première, par exemple suivre un horaire d'activités. La deuxième réfère à la gestion de ces activités, par exemple respecter son rythme personnel.

Les stratégies physiques se rapportent aux habitudes de vie : faire des activités sportives, adopter un rythme de sommeil régulier, réduire la consommation de tabac ou d'alcool, réduire le nombre d'heures travaillées, etc.

Enfin, les stratégies cliniques concernent le traitement du trouble anxieux : respecter ses rendez-vous avec le professionnel de la santé, comprendre son problème, savoir comment gérer ses symptômes anxieux et savoir comment prévenir des rechutes.

Meunier et al. (2019) ont conçu un questionnaire à partir des résultats de Villaggi et al. (2015) en vue de déterminer les stratégies les plus efficaces pour gérer les symptômes anxieux et dépressifs pendant une journée de travail. Ayant choisi la méthode Delphi, ils se sont servis de ce questionnaire, qu'ils ont soumis à l'évaluation de trois groupes d'experts : des personnes ayant un trouble anxieux ou dépressif, des cadres qui supervisent une personne qui a un de ces troubles et des chercheurs renommés dans ce domaine. Au premier tour, les participants ont été invités à indiquer s'il était possible d'utiliser ces stratégies dans leur milieu de travail et, le cas échéant, à en évaluer l'efficacité. On leur a aussi demandé s'ils souhaitaient en ajouter d'autres ; ces dernières ont été soumises à l'évaluation lors du deuxième tour.

La majorité des stratégies relevées par l'équipe de Benjamin Villaggi (2015) se sont avérées de moyennement utiles à très utiles, pour gérer les symptômes. Au sommet de la liste se trouvent cinq stratégies (Meunier et al., 2019, p. 11) :

- fixer des limites au temps de travail et à l'énergie qu'on y met (stratégie fonctionnelle) ;
- maintenir un équilibre entre le travail et la vie personnelle (stratégie physique) ;
- déterminer les déclencheurs de stress et de maladie dans son environnement de travail (stratégie clinique) ;

- créer des relations positives avec ses collègues de travail et la direction (stratégie sociale) ;
- s'inspirer d'une personne qui s'est rétablie (stratégie existentielle).

Ces stratégies seraient très utiles pour gérer les symptômes et pour parvenir à bien faire son travail. Viennent ensuite les stratégies qui sont modérément utiles. Pour en citer une dizaine :

- recevoir l'aide d'un professionnel de la santé (stratégie clinique) ;
- savoir quand et comment parler de ses besoins avec son supérieur immédiat (stratégie sociale) ;
- se donner des objectifs réalistes (stratégie fonctionnelle) ;
- prendre le contrôle de son espace de travail (stratégie fonctionnelle) ;
- donner un sens à son travail (stratégie existentielle) ;
- ne pas hésiter à exprimer ses besoins et ses attentes (stratégie existentielle) ;
- utiliser le programme d'aide aux employés (stratégie clinique) ;
- recevoir l'aide d'un organisme de santé mentale (stratégie clinique) ;
- faire des activités qui développent le sentiment de compétence (stratégie fonctionnelle) ;
- éviter la consommation d'alcool ou de drogue (stratégie physique).

Cette étude exploratoire a permis d'évaluer l'efficacité de stratégies personnelles pour des personnes ayant un trouble de l'humeur ou d'anxiété. Il serait intéressant de mener des recherches afin de déterminer si certaines stratégies sont plus efficaces spécifiquement pour les symptômes anxieux.

Conclusion

Les troubles anxieux sont relativement fréquents dans la population québécoise, et l'augmentation qu'on a observée chez les jeunes laisse présager une augmentation des cas à l'âge adulte. Il importe donc de connaître les facteurs de risque dans l'organisation du travail afin de les prévenir, ce qui aurait pour effet de créer un milieu favorable au rétablissement et à l'accomplissement des personnes ayant l'un de ces troubles. Les principaux facteurs sont l'insécurité de l'emploi et des revenus, la fréquence des changements organisationnels, l'intelligence artificielle, l'insécurité au travail, les risques psychosociaux et le management du travail. Nous avons aussi recensé des stratégies organisationnelles et personnelles, utiles pour aider les personnes ayant un trouble anxieux à gérer les symptômes de leur anxiété, à se sentir mieux lorsqu'elles travaillent, voire à se rétablir en partie grâce à leur emploi. Les psychologues ont un rôle important à jouer non seulement pour faciliter le rétablissement de ces personnes, mais aussi pour sensibiliser les autorités, les directions des entreprises et les directions des ressources humaines à l'importance d'offrir des emplois décents et un travail de qualité.

ANXIÉTÉ ET DIVERSITÉ CULTURELLE

M. Yann Zoldan,
Ph. D., psychologue,
professeur de psychologie
à l'Université du
Québec à Chicoutimi,
et **M^{me} Diana Miconi,**
Ph. D., psychologue,
professeure adjointe au
Département de psycho-
pédagogie et d'andragogie
de l'Université de Montréal

Introduction

L'angoisse, les peurs et les inquiétudes font partie de ces expériences humaines qui se retrouvent à travers le monde. Cette souffrance universelle dépend des mots et métaphores que nos cultures nous offrent pour l'exprimer. La diversité des expressions cliniques de l'anxiété a été soulignée depuis longtemps (Widlöcher, 1988), et elle l'est encore plus en contexte de diversité culturelle. La vigilance est par conséquent de mise face aux généralisations et face aux données épidémiologiques concernant la prévalence de l'anxiété dans le monde. Il a été rapporté que ce sont les cultures africaines qui manifesteraient le moins d'anxiété, alors que les cultures anglo-européennes seraient celles avec la plus forte prévalence (Chavira et al., 2020). Ces données, comme le font remarquer les auteurs (Chavira et al., 2020), sont à prendre avec réserve en raison du manque d'outils interculturels pour évaluer l'anxiété, et les auteurs nous invitent avant tout à comprendre comment les facteurs culturels s'articulent avec les expériences de vie et les facteurs sociaux. C'est pourquoi il ne semble pas pertinent, dans une perspective transculturelle, de se référer uniquement aux constructions nosographiques actuelles, car celles-ci, comme le soulignent les auteurs, peuvent nous empêcher de repérer des manifestations alternatives de psychopathologie anxieuse (Lewis-Fernández et al., 2011).

La culture nous permet de construire du sens (Geertz, 2006), elle nous offre des outils explicatifs pour nous situer et pour comprendre le monde et notre expérience individuelle et collective (Kirmayer, Guzder et Rousseau, 2014). Si le vocabulaire nosographique peut avoir été intégré par certaines cultures, où les patients parleront volontiers d'anxiété, de stress ou de phobie, d'autres préféreront parler de soucis ou d'esprits malins qui viennent perturber leur tranquillité d'esprit. Plus encore, c'est souvent le corps (Kirmayer, 1992) qui viendra se faire porte-parole des troubles anxieux (Chavira et al., 2020). Dans la construction du sens, les dualismes opposant corps et esprits ou encore psychisme et culture ne permettent pas de saisir la complexité de l'expérience subjective humaine qui est non seulement incarnée dans le corps, mais également psychologique et culturelle. Nos regards cliniques sont eux aussi soutenus par des épistémologies et référentiels cliniques qui sont culturellement situés, et la rencontre de la diversité demande un décentrage tant théorique que pratique.

Approche écosociale

La clinique de la diversité culturelle de l'anxiété demande de rester à l'écoute des multiples dimensions et explications proposées, que celles-ci soient d'ordre psychologique, familial, corporel ou spirituel. Ces dimensions sont à la fois individuelles et collectives et, par conséquent, demandent une lecture complexe et systémique englobant singularité, cultures et environnements sociopolitiques. L'approche écosociale (Kirmayer et Gómez-Carrillo, 2019) reconnaît l'influence de la culture sur la psychopathologie tant en ce qui concerne les facteurs de vulnérabilité et de guérison que les concepts de trouble ou d'états normal ou pathologique. Cette approche préconise d'analyser comment l'agentivité humaine se retrouve aux prises avec les contraintes structurelles et environnementales (Kirmayer, 2015) et de proposer des pistes individuelles et collectives de compréhension et d'intervention.

Sur le plan individuel, les facteurs biologiques, relativement à la génétique, jouent un rôle dans les troubles anxieux, et d'un point de vue développemental, les mauvais traitements ou les expériences traumatiques à l'enfance et à l'adolescence peuvent aussi altérer la structure et la fonction cérébrale et contribuer à la manifestation des troubles anxieux. Toutefois, les facteurs individuels interagissent constamment avec les facteurs familiaux et environnementaux, et une interprétation systémique des causes de l'anxiété est toujours nécessaire, notamment en raison des influences environnementales et culturelles sur la biologie, comme le soulignent les études sur l'épigénie du stress (Fish et al., 2004). Les facteurs de stress contextuels incluent quant à eux les migrations parfois forcées, les guerres et traumatismes intentionnels ainsi que les expériences de racisme et de discrimination. Ces facteurs influencent la santé des populations et peuvent se manifester par des troubles anxieux associés à des angoisses de séparation, à un stress post-traumatique, à un stress minoritaire (Meyer, 2003) ou encore à un trauma d'oppression (Comas-Díaz,

Si le vocabulaire nosographique peut avoir été intégré par certaines cultures, où les patients parleront volontiers d'anxiété, de stress ou de phobie, d'autres préféreront parler de soucis ou d'esprits malins qui viennent perturber leur tranquillité d'esprit.

2020). La prise en considération du vécu de marginalisation et d'oppression des communautés est cruciale pour comprendre les manifestations anxieuses qui s'expliquent dans une complexité écologique prenant en compte les incidences du politique (Zoldan, 2015; Zoldan et Rousseau, 2020) sur la psychologie des populations.

D'autres auteurs (Allen et al., 2014) ont mis en évidence le stress cumulatif lié aux inégalités sociales et aux discriminations. Les individus appartenant à des minorités culturelles, que ce soit du point de vue de l'appartenance ethnoculturelle, ethnoraciale ou sexuelle, du genre ou de la classe sociale, sont susceptibles de subir un cumul de facteurs de stress. On considère que les personnes migrantes, quoique résilientes, ont plus de chances de développer de la dépression et de l'anxiété, notamment en raison des difficultés liées à leur statut d'immigration (Rousseau et Frounfelker, 2019). Porter une attention à ces déterminants de la santé mentale nous invite à reconnaître l'influence de la culture dans les manifestations de stress et à proposer des initiatives de prévention écosociale visant à renforcer les communautés et à réduire les discriminations systémiques.

Un autre enjeu collectif est la question des expériences de trauma. Le trauma a toujours un lien particulier avec la question de l'anxiété; les réponses à un stress majeur, dont le stress post-traumatique, ont longtemps appartenu à la catégorie des troubles anxieux (Herman, 2015). L'exposition à des violences collectives, qu'il s'agisse de trauma intentionnel (Sironi, 2004), de trauma historique (Kirmayer, Gone et Moses, 2014) ou de trauma culturel (Evans Holmes, 2016), a des conséquences sur la psychologie des peuples, particulièrement en ce qui a trait à l'anxiété (Kirmayer et al., 2010) ou, pour mieux dire, à l'angoisse d'exister. Ces événements collectifs comme les guerres, l'esclavage, la colonisation ou encore les génocides montrent une augmentation de l'anxiété sur plusieurs générations et des pratiques spécifiques pour lutter contre celles-ci (Mouchenik, 2002). L'impact historique d'avoir été réduit à l'état d'objet et considéré comme *table* a des conséquences que Altounian (2005) décrit, pour les enfants survivants de génocide, ainsi : « le souvenir de la terreur parasite le rapport aux autres [et compose cette] angoissante survie » (p. 63-64). Vivre ou s'autoriser à vivre se manifeste par une position angoissante de l'être. Pour cette auteure (Altounian, 2000) comme pour d'autres (Mouchard, 2007; Semprún, 1998), l'écriture, la narrativité (Moro, 2006), a été l'élément essentiel pour conserver la possibilité d'exister et de vivre.

Les populations ayant une histoire migratoire portent souvent en elles ces histoires collectives comportant des violences qui peuvent parfois s'actualiser dans les discriminations et violences du présent et avoir pour conséquences des peurs et angoisses particulières. Une lecture écosociale de ces enjeux cliniques permet de déterminer comment chaque histoire vient se loger dans des possibilités et barrières systémiques.

Évaluation psychologique en contexte de diversité culturelle

Les défis

L'évaluation psychologique dans un environnement interculturel, c'est-à-dire la situation d'évaluation dans laquelle sont impliquées des personnes d'origines ethnoculturelles différentes (y compris l'évaluateur), représente une tâche délicate et complexe. L'utilisation exclusive d'entretiens structurés, de questionnaires et de tests standardisés est inadéquate dans les contextes de diversité culturelle, car il n'existe pas de technique de diagnostic immunisée contre les influences socioculturelles et environnementales. Les différences linguistiques et culturelles influencent non seulement le processus de communication, c'est-à-dire la relation qui s'établit entre les patients et l'évaluateur, mais aussi la formulation des questions et les réponses du patient.

Il faut tenir compte du fait que les tests psychologiques les plus répandus dans le domaine ont été développés dans des environnements « occidentaux » et que les individus issus de groupes minoritaires appartenant à des cultures différentes obtiennent souvent des scores très différents de ceux du groupe de normalisation. Ce biais culturel peut facilement conduire à des erreurs d'interprétation et de diagnostic. Il est donc important, lors de la phase d'évaluation, de choisir des tests qui tentent de limiter cet inévitable biais culturel et de s'enquérir des caractéristiques de l'échantillon sur lequel l'instrument a été standardisé avant d'interpréter les résultats. La recherche sur la validité interculturelle des instruments évaluant des troubles anxieux spécifiques est limitée et a produit des résultats variables. Notamment, la plupart de ces études se sont basées sur des échantillons d'étudiants non cliniques, ce qui compromet la généralisation des résultats à des échantillons cliniques (Lewis-Fernández et al., 2011). Cela indique l'importance d'évaluer chaque cas spécifique selon le contexte et l'univers culturel du patient.

Une autre limite concerne le rôle de la désirabilité sociale dans la réponse aux questions personnelles. La désirabilité sociale fait référence à la tendance de l'individu à répondre à un questionnaire de manière à donner une image positive de lui-même, à éviter une évaluation négative. Le degré de désirabilité sociale varie considérablement selon la personnalité, mais également en fonction du milieu culturel de chaque individu (Johnson et van de Vijver, 2003). Par exemple, certaines études montrent combien l'honnêteté dans les interactions avec des étrangers est plus

Ce qui est fondamental, c'est la possibilité de développer une humilité culturelle basée sur la conscience de ses propres croyances culturelles et de celles des patients ainsi que sur un ensemble de compétences spécifiques utiles pour fournir des interventions sensibles à la culture.

valorisée dans les cultures dites individualistes (p. ex. États-Unis, Canada), tandis que, dans les cultures dites collectivistes (p. ex. Inde, Chine), on accorderait plus d'importance au maintien de relations positives et d'une image de soi positive par rapport au groupe auquel on appartient (Triandis, 1995). D'autres études ont également mis en évidence comment le même statut d'immigrant peut être associé à une plus grande désirabilité sociale, probablement liée à la tentative de maintenir ou d'améliorer son statut social, souvent menacé par la société dominante (Johnson et van de Vijver, 2003). Par conséquent, la désirabilité sociale doit être soigneusement considérée dans la phase d'évaluation, en particulier avec les patients immigrants ou ceux qui proviennent de cultures dites collectivistes.

On peut réduire le risque d'erreur de diagnostic en ajoutant d'autres outils d'évaluation au test et en mettant à contribution des informateurs externes (p. ex. les parents, les membres de la famille), et ce, afin d'explorer le degré de familiarité des patients avec la tâche ainsi que la signification personnelle qu'ils accordent à celle-ci. L'implication d'interprètes et de médiateurs culturels dans la phase d'évaluation et d'intervention auprès des patients immigrés peut être d'une grande aide; toutefois, elle reste une option peu utilisée (Karliner et al., 2007; Leanza et al., 2015), et les cliniciens ne sont pas toujours formés sur la façon de travailler avec les interprètes et les médiateurs culturels (Leanza et al., 2014).

Au-delà des techniques choisies pour mener une évaluation psychologique, ce qui est fondamental et qui dans de nombreuses situations peut changer la donne, c'est la possibilité de développer une humilité culturelle basée sur la conscience de ses propres croyances culturelles et de celles des patients ainsi que sur un ensemble de compétences spécifiques utiles pour fournir des interventions sensibles à la culture (Chu et al., 2016). L'humilité culturelle est un élément fondamental pour pouvoir recueillir des informations valables et fiables, et peut être acquise par la participation à des cours de formation, par un travail « sur le terrain » et par une comparaison constante avec d'autres professionnels qui traitent de questions interculturelles. L'Entretien de formulation culturelle (EFC) du *DSM-5* (Lewis-Fernández et al., 2016) est un outil utile dans la phase d'évaluation dans des contextes multiculturels : il contribue à la fois à réduire le biais de diagnostic et à promouvoir l'humilité culturelle du clinicien.

Entretien de formulation culturelle (EFC) du DSM-5

L'EFC résume des décennies de travail de psychiatres culturels et d'anthropologues médicaux en collaboration avec des instituts du monde entier. Conformément à la définition de la culture du DSM-5, cette entrevue considère la culture comme l'ensemble de toutes les valeurs et connaissances associées aux différents groupes sociaux auxquels les individus appartiennent (p. ex. groupes ethniques ou communautés religieuses), aux aspects liés aux origines géographiques de ces individus, à leurs expériences migratoires, à leurs connaissances linguistiques, à leur orientation religieuse, sexuelle ou ethnique et à l'influence de leur famille, de leurs amis et de leur communauté sur leur expérience de la détresse psychologique. Au début de l'évaluation, cet outil vise à faciliter la capacité de la personne à raconter son problème. Par ailleurs, le clinicien étudie expressément les points de vue des autres membres de son réseau social afin de la placer au centre de son contexte de vie et de définir la forme d'intervention la plus appropriée. Il s'agit donc d'un entretien semi-structuré fondé sur des données probantes ; les professionnels peuvent l'utiliser pour une approche d'évaluation culturellement centrée sur la personne, en vue d'assurer et d'augmenter la validité culturelle de la phase d'évaluation et de faciliter la définition d'un plan d'intervention. Cet outil vise également à favoriser la participation et la satisfaction des patients. Cet entretien a été construit dans l'optique d'éviter de tomber dans des stéréotypes communs dans l'évaluation, car la culture influence la manière d'interpréter l'expérience de la souffrance psychologique et la façon de ressentir le besoin d'aide (Lewis-Fernández et al., 2016). Pour atteindre ces objectifs, il est nécessaire que les informations obtenues au moyen de cet entretien soient intégrées à l'ensemble du matériel disponible, pour une évaluation psychologique et contextuelle complète.

Toute relation étant culturelle (Baubet et Moro, 2009), l'entretien peut être utilisé avec tout le monde, pas seulement lorsqu'il y a une différence culturelle claire entre le professionnel et le patient. Son utilisation est particulièrement recommandée lorsque des difficultés sont rencontrées dans l'évaluation en raison de différences culturelles marquées entre le praticien et la personne évaluée ou en raison de l'incertitude concernant la correspondance aux critères d'évaluation. De plus, cet outil peut être utile dans les situations suivantes : difficulté à comprendre la gravité des symptômes ou le degré de déficience du patient ; désaccord entre le sujet et le professionnel sur le traitement à privilégier ; mauvaise collaboration dans la phase d'intervention.

L'entretien comporte trois parties : 1) l'entretien « de base », à mener auprès des patients désignés ; 2) une version destinée à l'informateur, à mener auprès d'une personne proche du sujet (p. ex. un parent, un ami, un soignant) ; 3) 12 modules supplémentaires, qui développent l'entretien proprement dit en fournissant du matériel permettant d'approfondir l'évaluation culturelle. De cette manière, le psychologue peut décider de manière flexible,

en fonction des caractéristiques du patient et des ressources disponibles, dans quelle mesure explorer chaque domaine, en étant en mesure de se référer aux modules les plus appropriés pour cette personne.

L'entretien de base

L'entretien de base se compose de 16 questions ouvertes comprenant quelques suggestions et quelques indications qui peuvent guider le professionnel pendant l'entretien. Ces questions sont regroupées en quatre domaines principaux : 1) définition culturelle du problème ; 2) perception culturelle de la cause ; 3) facteurs culturels influençant la demande passée ; 4) facteurs influençant la demande actuelle. L'entretien étant conçu comme un guide d'évaluation culturelle, il faut l'utiliser avec souplesse pour veiller à ce que le flux de la parole demeure aussi naturel que possible et pour établir une bonne relation et une alliance avec le patient. Vous trouverez l'entretien de base en français à l'adresse <https://multiculturalmentalhealth.ca/fr/outils-cliniques/formulation-culturelle/>.

Le premier domaine fait référence à la définition culturelle du problème (questions 1 à 3). L'objectif du professionnel est d'aider le patient à exprimer son point de vue sur sa détresse psychologique dans ses propres mots.

Le deuxième domaine concerne les perceptions culturelles de la cause, du contexte et de l'aide (questions 4 à 10). Le modèle explicatif des patients est étudié en fonction de leurs difficultés, de ce qui selon eux aggrave la situation et de ce qui peut leur être utile. Par modèle explicatif, nous entendons les explications culturelles que chacun attribue aux symptômes, aux maladies ou à la souffrance. L'anxiété est liée à l'anticipation de menaces à la sécurité ou à l'intégrité du corps ou de soi. Cependant, les émotions rattachées à ces difficultés fondamentales sont élaborées de manière distincte dans chaque contexte social et culturel (Kirmayer, 2001). À ce stade, il peut être utile de garder à l'esprit la distinction entre les syndromes culturels (groupes de symptômes qui surviennent ensemble chez des individus qui font partie de groupes culturels ou de communautés spécifiques et qui sont reconnus localement) et les conceptions culturellement spécifiques de la détresse (façons d'exprimer la souffrance ou de communiquer des préoccupations personnelles ou sociales qui n'impliquent pas de symptômes spécifiques, mais qui font appel à un langage commun de tous les jours, comme « nerfs » ou « dépression »). Certaines de ces conceptions sont décrites plus

L'EFC résume des décennies de travail de psychiatres culturels et d'anthropologues médicaux en collaboration avec des instituts du monde entier. Cet entretien a été construit dans l'optique d'éviter de tomber dans des stéréotypes communs dans l'évaluation.

en détail dans le *DSM-5*, dans le « Glossaire des conceptions culturelles de détresse ». Dans de nombreux groupes ethnoculturels, les symptômes somatiques peuvent servir d'idiomes culturels de détresse et, s'ils sont mal interprétés par le clinicien, peuvent conduire à des procédures de diagnostic inutiles ou à un traitement inapproprié. Les cliniciens doivent apprendre à décoder la signification des symptômes somatiques et dissociatifs, qui ne sont pas simplement des indices de maladie ou de trouble, mais qui font plutôt partie d'un langage de détresse comportant des significations interpersonnelles et sociales plus larges (Kirmayer, 2001). Certains symptômes somatiques peuvent sembler bizarres lorsqu'ils sont rencontrés en dehors de leur contexte culturel habituel et peuvent faire en sorte que les cliniciens les diagnostiquent à tort comme des troubles délirants ou psychotiques. Par exemple, les sensations de « chaleur » ou de « sensation poivrée » dans la tête sont courantes dans les régions équatoriales d'Afrique (Ifabumuyi, 1981). Ainsi, il est important de susciter chez les patients des expériences prototypiques de symptômes ou de problèmes similaires pour mieux évaluer la signification clinique des symptômes. Il faut aussi garder à l'esprit qu'en situation d'immigration, comme dans le cas des demandeurs d'asile, des niveaux élevés d'anxiété peuvent être une réaction à l'instabilité, à la discrimination et au stress que ces individus vivent dans leur vie de tous les jours, et qu'avant d'aborder les symptômes, il est nécessaire de s'assurer que le patient a une certaine stabilité de vie et que ses besoins essentiels (sécurité, logement, nourriture) sont satisfaits.

Certains symptômes somatiques peuvent sembler bizarres lorsqu'ils sont rencontrés en dehors de leur contexte culturel habituel et peuvent faire en sorte que les cliniciens les diagnostiquent à tort comme des troubles délirants ou psychotiques.

Le troisième domaine étudie les facteurs culturels influençant l'adaptation et les demandes d'assistance passées (questions 11 à 13). Dans cette phase, nous essayons de comprendre ce que le patient a fait dans le passé pour faire face à la situation, tant sur le plan individuel que dans sa recherche d'une aide extérieure, et à quel point ces méthodes lui ont été utiles. Toutes les barrières sociales qui auraient pu empêcher la personne de recevoir l'aide dont elle avait besoin font également l'objet d'une enquête (difficultés économiques, familiales, professionnelles, linguistiques).

Le quatrième et dernier domaine concerne les facteurs culturels influençant la demande d'assistance actuelle (questions 14 à 16). Les questions examinent à la fois les préférences du patient par rapport à une intervention potentielle et celles de son réseau social le plus proche. Ce domaine aborde également la question

des éventuelles difficultés de rencontre avec le professionnel que le sujet a pu avoir ou craindre d'avoir lors de l'intervention. Il faut toujours réfléchir sur la possible stigmatisation sociale associée à l'accès aux services en santé mentale, laquelle peut réduire le niveau d'observance du traitement du patient, et aussi sur les aspects de transfert et de contre-transfert culturels qui peuvent compromettre la relation clinique (Rouchon et al., 2009).

Cet entretien a l'avantage d'être un outil standardisé d'administration simple (15 à 20 minutes pour l'entretien de base), construit sur la base de preuves empiriques et grâce à la collaboration d'experts internationaux. Cependant, l'entretien en lui-même n'est pas suffisant pour une évaluation psychologique complète et doit toujours être accompagné d'autres investigations cliniques et diagnostiques. Souvent, les aspects culturels abordés lors de l'entretien peuvent éveiller des questions de diverses natures chez le professionnel, qui doit réfléchir à son niveau de connaissance de la culture du sujet, et lorsque cela est nécessaire, approfondir, par des sources externes (p. ex. littérature scientifique, comparaison avec des médiateurs culturels, supervisions), précisément ces dimensions culturelles qui ne lui sont pas encore familières. En outre, la formulation culturelle ne met pas suffisamment l'accent sur les questions de classe sociale, de disparité socioéconomique, de pouvoir et de racisme, qui sont des considérations cruciales qui doivent être examinées et, si nécessaire, abordées dans les rencontres interculturelles. Le risque d'une application mécaniste du cadre culturel, sans réflexion sur sa propre compétence culturelle, est que l'on finisse par dénaturer l'objectif premier de l'entretien lui-même, transformant les patients en stéréotypes plus facilement cadrés dans des critères diagnostiques. Pour cette raison, il est important de suivre une formation (disponible via des manuels et des vidéos en ligne) avant de pouvoir utiliser l'outil et de surveiller en permanence l'introduction éventuelle de stéréotypes dans la relation avec le patient.

Intervention en contexte de diversité

Il existe plusieurs courants et approches concernant les pratiques psychologiques en contexte de diversité. La littérature scientifique nous informe sur l'importance d'adapter notre pratique aux réalités culturelles des populations rencontrées (van Loon et al., 2013), particulièrement en nous montrant à l'écoute et en étant congruents avec leur propre système de représentation lié à leur souffrance (Benish et al., 2011 ; Kirmayer, 1999). L'essentiel sera donc d'être à l'écoute de ces populations et de leur consacrer du temps pour leur proposer une intervention inclusive et respectueuse des différences culturelles. La littérature fait état d'adaptations culturelles de pratiques psychothérapeutiques concernant les troubles anxieux (van Loon et al., 2013). Toutefois, en raison de la complexité des situations de diversité culturelle, il nous semble plus important de mettre l'accent sur des principes communs pouvant aider les professionnels à adapter leur pratique pour traiter les troubles anxieux.

Nous pouvons avoir cette tendance à réduire les inquiétudes et la peur à nos catégories de troubles anxieux, de névrose d'angoisse, sans écouter ce que la peur veut dire pour un individu singulier et sa communauté.

Principes communs de l'intervention en contexte de diversité

Sécurité et humilité culturelles

La première étape importante, fondamentale à la fois pour l'évaluation et l'intervention, est d'établir une bonne alliance avec les patients. En contexte de troubles anxieux, il est essentiel de pouvoir sécuriser notre environnement, qui est potentiellement un agent stressant. Pour établir une alliance en contexte de diversité culturelle, il faut proposer une hospitalité de la différence, en favorisant la sécurité culturelle des patients (Papps et Ramsden, 1996). Cela signifie créer un environnement où l'univers culturel peut s'exprimer, où nous avons conscience de nos propres cultures, de nos biais, et où nous prenons en considération la dimension culturelle de la rencontre. Cette prise de conscience de nos propres biais nous permet de comprendre la méfiance légitime à l'égard de nos institutions ou notre position dans la société qui a discriminé les différences culturelles. D'autres auteurs ont souligné l'importance de l'humilité culturelle (Kirmayer, 2012; Tervalon et Murray-García, 1998), c'est-à-dire de ne pas croire que nous avons des compétences sur les cultures de l'autre, mais plutôt de laisser l'autre nous les enseigner et de lui accorder toute la place nécessaire pour que s'exprime la richesse culturelle dans la rencontre. Les cultures sont riches, et les appartenances peuvent être multiples et ne se résument pas à l'origine ethno-culturelle : elles peuvent aussi avoir trait à l'orientation sexuelle, à la classe sociale, etc.

Une autre dimension essentielle pour assurer une rencontre sécurisante est l'accès à un interprète formel. Comme le dit Mestre (2017), c'est faire naître l'hospitalité dans la langue. Cette personne, qui peut être un interprète ou un médiateur culturel, aura une place singulière dans le processus d'intervention. Il faut donc considérer la position de l'interprète dans l'espace de soins ainsi que ses influences dans les dynamiques transférentielles (Boivin et al., 2011).

Ce travail pour proposer une relation culturellement sécurisante permet également de mieux comprendre et soutenir l'anxiété propre de la rencontre, qui est renforcée par les enjeux systémiques. Pour les personnes anxieuses que nous recevons, il est d'autant plus aidant de reconnaître les facteurs environnementaux qui entravent une rencontre sécurisante. Notre identité et notre posi-

tionnalité clinique (position sociale du psychologue) viennent participer à la construction d'une sécurité culturelle (Kirmayer, Guzder et Rousseau, 2014). C'est pourquoi le fait d'offrir une diversité culturelle dans nos corps professionnels et nos environnements de travail vient réduire les possibles inquiétudes au sujet de nos services.

Contre-transfert culturel

Un autre facteur pouvant devenir un facteur de stress dans la relation est notre propre capacité à entendre notre position culturelle dans le transfert. Dans la construction de l'alliance, le contre-transfert est essentiel, c'est-à-dire qu'il faut analyser ses ressentis, comprendre en soi le message de l'autre. Le contre-transfert culturel est une notion présente en clinique transculturelle et désigne les dimensions collectives du transfert, nos représentations collectives, sociales, qui viennent affecter la relation et notre propre ressenti quant à la différence culturelle (Delanoë, 2015; Delanoë et Moro, 2016; Rouchon et al., 2009). Face à une personne anxieuse qui évoquerait sa peur du monde des esprits, le psychologue pourrait avoir comme réaction d'associer cette peur à une pensée infantile, voire à une manifestation délirante. Ces éléments pourraient surtout évoquer un contre-transfert culturel négatif relativement à des représentations culturelles qui nous sont peu familières.

L'anxiété est du domaine de la peur; puisque nous savons que la différence culturelle peut faire peur, nous pouvons mettre en place nos propres mécanismes pour faire face à cette anxiété. Lorsque l'anxiété des patients se cumule avec les effets anxiogènes de la rencontre en contexte de diversité culturelle, le contre-transfert, dont le contre-transfert culturel, peut être plus massif et moins facile à analyser.

Décentrage

Un autre biais important dans l'intervention en contexte d'anxiété est de systématiquement rejeter les perceptions anxieuses, de les percevoir comme des pensées irrationnelles, avant de prendre le temps d'explorer l'univers symbolique entourant cette anxiété. Rester à l'écoute de son contre-transfert culturel peut passer par le décentrage (Baubet et Moro, 2009), ou décentrement, qui est ce travail accompli pour éviter de réduire l'inconnu à ses représentations. Cette pratique de décolonisation de soi-même, comme le paraphrase Moro (2011), permet de suspendre notre jugement sur l'autre pour regarder à travers les yeux de l'autre. Nous pouvons avoir cette tendance à réduire les inquiétudes et la peur à nos catégories de troubles anxieux, de névrose d'angoisse, sans écouter ce que la peur veut dire pour un individu singulier et sa communauté. Toute peur est singulière, mais s'inscrit dans un collectif qui vient lui permettre de faire sens. Le décentrage, c'est entendre les différentes représentations où peuvent s'exprimer différentes peurs et inquiétudes.

Vignette clinique

Jibril est un jeune tunisien de 22 ans qui est réfugié au Québec en raison de son orientation sexuelle. Il dit avoir longtemps hésité avant de consulter un psychologue. Il a fait sa demande principalement en raison d'attaques de panique qui surviennent avant qu'il s'endorme. Au moment de se coucher, il s'interroge beaucoup, ses pensées se multiplient et une angoisse importante l'envahit. Il pense à ses amis, à sa famille, à son pays. Il nous confie ses questionnements, il se demande s'il peut encore prier, s'il doit choisir entre Dieu et son désir. Son angoisse de mort, il va la préciser : ce n'est pas tant de mourir qui l'inquiète, mais c'est comment Dieu va le regarder lorsqu'il se présentera devant lui. Il pense que Dieu l'a protégé dans sa vie, lui a permis de venir se réfugier dans un autre pays, alors que certains de ses amis sont morts, au pays ou sur la route. Le risque de mourir, a été associé dès ses premières amours de jeunesse avec la peur d'être dénoncé, arrêté, mais aussi avec son sentiment d'être coupable et que la mort serait un prix à payer. Cette vie cachée l'avait conduit à des mauvaises rencontres dont il préfère ne pas parler. Le soir, il se rappelle aussi les mots de sa grande sœur, qui se moquait un jour des homosexuels et avait dit qu'ils ne devraient pas exister. Jibril était resté silencieux. Jibril parle encore à sa famille, à qui il a juste dit avoir trouvé un travail au Québec ; il donne quelques nouvelles, il évite de trop parler à ses proches pour ne pas leur mentir. Il a peur qu'ils comprennent et qu'il perde alors les derniers liens qu'il conserve avec eux. Ses inquiétudes concernent aussi la vie au Québec ; récemment, une personne en état d'ébriété l'a insulté pendant qu'il attendait le bus, des paroles racistes qui le font douter : a-t-il fait le bon choix en venant ici ? Jibril a aussi des difficultés à trouver un partenaire et parfois il sent qu'il est différent des homosexuels du Québec, notamment quand il parle de l'importance de la religion pour lui, de son lien à sa famille et du fait qu'il ne souhaite pas faire un *coming out*. Alors, il reste plus souvent chez lui et s'inquiète pour son avenir.

Dans cette vignette clinique, on peut voir différents éléments qui viennent complexifier la question de l'anxiété et favoriser une

lecture écosociale : on remarque le conflit psychologique interne entre le désir de Jibril et l'impossible représentation psychique, mais aussi sociale, de celui-ci. Il y a aussi les enjeux familiaux, avec une crainte de séparation, une difficulté à trouver un espace de confiance pour partager sa vie. On peut aussi noter un stress lié aux événements traumatiques passés, soit dans sa vie amoureuse et amicale. La discrimination vient provoquer un stress actuel important et renforcer ceux du passé. Enfin, l'aspect culturel et religieux est important et entraîne une angoisse existentielle sur la manière d'être à la fois gai et musulman, de vivre et d'aimer au Québec.

Les étapes de l'intervention psychologique consisteront tout d'abord à apporter une sécurité culturelle à Jibril pour qu'il puisse exprimer son anxiété et favoriser l'établissement d'une relation d'aide sécurisante. Il faudra ensuite rester à l'écoute de la personne que l'on représente pour Jibril, analyser son contre-transfert culturel en comprenant l'ambivalence du Québec, qui peut signifier à la fois la protection et, parfois, la discrimination ou l'étrangeté. Enfin, il faudra procéder au décentrage, être à l'écoute de son univers symbolique, des représentations religieuses, et soutenir l'exploration de ses identités.

Pour la psychothérapie, nous proposerons une thérapie transculturelle narrative favorisant la mise en sens de son vécu en explorant son histoire, ses projets et son univers culturel, une mise en récit redonnant une nouvelle temporalité pour sortir du sentiment d'urgence et de panique. Enfin, nous explorerons les possibilités et limitations du système de croyances de Jibril afin de proposer des activités de relaxation cohérentes avec son univers symbolique, ce qui se traduira par l'usage de la prière et de rituels religieux pour soulager certains symptômes. En parallèle avec le soutien psychothérapeutique, une intervention communautaire venant soutenir son intégration à une communauté religieuse, à un groupe de pairs, pourra également être privilégiée.

Représentation du soin et fonction soignante

Les traitements psychologiques mobilisent du symbolique, des histoires et leurs représentations. Les psychologues travaillant auprès de personnes présentant des troubles anxieux en contexte de diversité culturelle devront adapter leurs interventions pour que celles-ci soient centrées sur le patient (Kirmayer, 2001) ou sa famille ou bien encore trouver des moyens pour soutenir sa communauté. Les représentations et expressions des symptômes peuvent différer en fonction de la culture ; il en est de même pour les recherches de solutions et les modalités de traitement

qui peuvent impliquer des tradithérapeutes ou des interventions religieuses. Les psychologues doivent alors définir leur champ d'exercice tout en respectant les différentes visions du soin qui peuvent être complémentaires d'un travail psychothérapeutique.

Les traitements habituellement conseillés dans le traitement de l'anxiété (Craske et Stein, 2016), que ceux-ci soient issus des approches cognitivo-comportementales ou psychodynamiques, ont souvent été développés dans les sociétés occidentales et portent en eux des signifiants culturels spécifiques qui doivent être pris en considération. Pour guider notre travail et nous aider

à sélectionner des interventions pertinentes, il est essentiel d'écouter les représentations des patients et de leur communauté concernant les notions de soin et de guérison. Cela nous permet de comprendre les représentations, de sorte que nous puissions offrir un espace de négociation quant aux approches psychothérapeutiques à utiliser. La fonction soignante (Oury, 2007) du psychothérapeute peut ainsi se déployer dans le partage d'une narrativité commune qui donne du sens à l'expérience de la personne souffrante. Ce partage convoque le collectif, les symboles culturels qui entourent le processus de soin. La résilience se trouve parfois dans la capacité à mobiliser les ressources offertes par les différentes communautés et cultures (Ungar, 2015). Pour mobiliser les symboles et favoriser le processus psychothérapeutique, l'art est un moyen universel utilisé pour raconter les histoires, exprimer les émotions et renforcer l'identité. Ces éléments peuvent amener un ancrage et une sécurité culturelle qui permettent incidemment de traiter les troubles anxieux ou de préparer un espace sécurisant pour une intervention psychothérapeutique adaptée.

Conclusion

L'intervention en psychologie en contexte de diversité nécessite d'avoir une reconnaissance mutuelle et de ne pas réduire l'autre à des préjugés sur sa culture ou encore d'imposer nos théories sur ses réalités. À l'inverse, cette intervention peut se voir comme la coconstruction d'un espace de dialogue où nos outils sont soumis à la discussion, à l'expérience des patients et à leur conception du soin. Cela permet de penser une fonction soignante qui est sensible culturellement. Cette sensibilité culturelle est compatible avec différentes approches psychothérapeutiques. Les traitements recommandés pour l'anxiété devront alors être soutenus par une compréhension globale des patients qui reconnaît les stressors environnementaux comme le statut juridique, les expériences de discrimination et d'autres enjeux systémiques. Les expressions singulières de la souffrance sont le fruit d'un rapport particulier entre l'individuel et le collectif. Le travail psychothérapeutique peut alors venir soutenir la mobilisation des ressources culturelles relativement aux angoisses individuelles.



BIOGRAPHIES DES AUTEURS

EN ORDRE ALPHABÉTIQUE

Emmanuelle Ayotte, B. Sc., candidate au doctorat en psychologie

Candidate au doctorat en psychologie à l'Université de Montréal, ses champs d'intérêt sont variés, passant de la zoothérapie aux enjeux identitaires et culturels. Sa thèse porte sur les facteurs influençant la santé psychologique des étudiants, dont les réseaux sociaux et la corumination. Elle prend part à diverses initiatives en ce sens, notamment en tant que membre de comités sur la santé psychologique, formatrice à Suicide Action Montréal et coenseignante.

Thérèse Bouffard, Ph. D. en psychologie

Professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, ses travaux de recherche s'intéressent à l'interface entre l'affectivité, la motivation et l'apprentissage scolaire. Pour ce faire, son approche privilégiée est de type longitudinal, puisque celle-ci permet d'observer la dynamique évolutive des relations entre ces trois aspects du fonctionnement. Sur le plan individuel, les biais d'autoévaluation et le sentiment d'imposture comptent parmi les variables centrales. La perception de la qualité des relations parents-enfants est aussi au centre de plusieurs de ses travaux.

D^r Jean-Pierre Chartrand, Ph. D., neuropsychologue

Neuropsychologue clinicien en pratique privée au Groupe Expertise 2120, il a participé à la mise sur pied de l'Association québécoise des neuropsychologues et y a occupé le poste de président de 2016 à 2018. Sa pratique clinique se partage entre les évaluations et les expertises psycholégales. Par ailleurs, il offre régulièrement de la formation sur la pratique basée sur les données probantes et le jugement clinique en neuropsychologie.

D^r Michel Dugas, Ph. D., psychologue

Professeur titulaire au Département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais, il s'intéresse à l'étiologie et au traitement du trouble d'anxiété généralisée (TAG) depuis plus de 25 ans. Ses études ont mené à l'élaboration et à la validation d'un traitement cognitivo-comportemental pour le TAG qui est utilisé dans plusieurs pays. Il a été récipiendaire du prix Donald-O.-Hebb de la Société canadienne de psychologie en 2017 et du prix Adrien-Pinard de la Société québécoise pour la recherche en psychologie en 2018.

Andréanne Fortin, B. Sc., candidate au doctorat en psychologie

Étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal, elle est membre étudiante de l'Équipe violence sexuelle et santé (ÉVISSA) et du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS). Elle s'intéresse à la gestion des interactions conflictuelles au sein des familles et des couples. Ses travaux sont financés par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH).

D^{re} Geneviève Gauthier, Ph. D., psychologue

Psychologue clinicienne à la Clinique externe de psychiatrie Bois-de-Boulogne du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, elle exerce depuis une dizaine d'années au sein de services spécialisés dans le traitement des troubles anxieux et de l'humeur. Elle offre des services d'évaluation psychologique et de psychothérapie individuelle et de groupe, en plus d'offrir de la supervision à des doctorants en psychologie.

D^r Paul Samuel Greenman, Ph. D., psychologue

Professeur de psychologie clinique et directeur du Département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais, chercheur à l'Institut du Savoir Montfort et à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa et psychologue clinicien à l'Institut du couple et de la famille d'Ottawa, il se spécialise dans le développement et l'implantation d'interventions centrées sur l'émotion auprès de personnes ayant des maladies physiques chroniques, avec un intérêt particulier pour les maladies cardiovasculaires. Il est l'auteur de nombreux articles et chapitres scientifiques portant sur l'attachement, la santé et la thérapie centrée sur l'émotion.

D^r Sébastien Grenier, M. Ps., Ph. D., psychologue

Chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM) et professeur sous octroi agréé au Département de psychologie de l'Université de Montréal, il est directeur du Laboratoire d'étude sur l'anxiété et la dépression gériatrique (LEADER). Ses études visent à améliorer l'efficacité des thérapies psychologiques (sans médicaments) spécifiquement conçues pour soulager l'anxiété et les troubles associés (dépression, peur de tomber, dépendance aux benzodiazépines, etc.) chez les personnes âgées. Le D^r Grenier est aussi le cofondateur de la Clinique Bien Vieillir, une clinique privée qui offre des services psychologiques aux 50 ans et plus.

D^r Pierre Landry, M. D., Ph. D., FRCPC, psychiatre

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et psychiatre à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, il a fait des études doctorales en neurophysiologie à l'Université Laval, puis des stages de recherche en neuroanatomie et en neuropharmacologie à la Michigan State University et à l'Université McGill. Il a fait ses études de médecine et de psychiatrie à l'Université de Montréal et a participé à des projets de recherche en psychopharmacologie.

D^r Alain Lesage, M. D., M. Phil., FRCPC, psychiatre

Professeur et chercheur au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, il émerge de la psychiatrie sociale et poursuit en collaboration la recherche sur les services et sur les perspectives de santé publique. Il a codirigé le réseau québécois de recherche sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles

associés. Il promeut en collaboration un financement public de la psychothérapie en contexte de soins de santé primaire et un accès équitable à celle-ci.

Diana Miconi, Ph. D., psychologue

Professeure adjointe dans le domaine du développement, de la santé et du bien-être des adolescents au Département de psychopédagogie et d'andragogie de l'Université de Montréal, elle a obtenu son doctorat en psychologie du développement à l'Université de Padoue, en Italie. Dans ses recherches, elle s'intéresse aux facteurs de résilience qui sont à la base du développement positif des jeunes, notamment dans des contextes de diversité culturelle et en lien avec les polarisations sociales.

D^{re} Estelle M. Morin, Ph. D., psychologue

Professeure titulaire au Département de management de HEC Montréal et professeure associée à la chaire Sens et Travail de l'Icam – site de Lille (France), elle a consacré sa carrière à la promotion de la santé mentale, au sens du travail et à la performance des entreprises. Elle est l'auteure de plusieurs articles scientifiques et d'ouvrages savants, dont *Psychologie et management*. Elle est membre de l'Ordre des psychologues du Québec, de la Société canadienne de psychologie, de l'American Psychological Association et du Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations.

D^{re} Raphaële Noël, Ph. D., psychologue

Professeure agrégée au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, à la fois clinicienne et chercheuse, elle enseigne la clinique adulte et la clinique infantile et mène des recherches portant sur la parentalité en situation d'intensité : transition à la parentalité, recours à la procréation assistée, enfant en difficulté psychologique, deuil périnatal. Responsable du programme court en psychologie périnatale, les tout-petits et leurs parents sont au cœur de ses intérêts.

D^{re} Alison Paradis, Ph. D., psychologue

Psychologue clinicienne et professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, elle est responsable du Laboratoire d'étude sur le bien-être des familles et des couples. L'objectif général de ses travaux de recherche vise l'intégration de variables individuelles, dyadiques et familiales afin de contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine de la violence familiale et de dégager des pistes de prévention et d'intervention qui tiennent compte des enjeux relationnels.

Élizabeth Parent-Taillon, B. Sc., candidate au doctorat en psychologie

Sous la direction de Thérèse Bouffard au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, son projet de recherche doctorale porte sur le développement de l'anxiété

d'évaluation. Sa première étude examine les trajectoires développementales de l'anxiété d'évaluation chez les adolescents et leurs liens avec le genre et l'adaptation scolaire. Sa deuxième étude s'intéresse à la nature des liens entre l'anxiété d'évaluation, la perception d'un soutien parental conditionnel et la sensibilité à l'erreur sur une période de quatre ans allant de la cinquième année du primaire à la deuxième année du secondaire.

D^{re} Marie-Ève Rouleau, Psy. D., psychologue

Psychologue clinicienne au Service des troubles anxieux et de l'humeur de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, elle travaille depuis 2010 auprès de personnes souffrant de troubles anxieux et de l'humeur complexes. Ses activités principales sont l'évaluation psychologique et la psychothérapie individuelle et de groupe. Elle offre également de la supervision à des doctorants en psychologie et à des résidents en psychiatrie.

D^{re} Sophie Tessier, Psy. D./Ph. D., neuropsychologue

Neuropsychologue clinicienne à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé à Laval et en pratique privée au Groupe Expertise 2120, elle a acquis une expérience clinique diversifiée dans différents milieux cliniques, incluant en centre hospitalier ainsi qu'en CLSC dans le domaine de la santé mentale. Sa pratique privée est établie auprès d'une clientèle adulte, dans un contexte de pratique clinique et d'expertise psycholégale.

D^r Gabriel Thériault, M. D., résident en psychiatrie

Médecin résident en psychiatrie à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et originaire du Nouveau-Brunswick, il a obtenu son doctorat en médecine à l'Université Laval. Il poursuit actuellement sa formation en psychiatrie à l'Université de Montréal. À la recherche d'une pratique générale, il s'intéresse surtout aux enjeux de santé mentale en région.

D^{re} Lyse Turgeon, Ph. D., psychologue

Professeure à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal, ses travaux de recherche portent sur l'évaluation, la prévention et le traitement des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents. Elle a mis sur pied plusieurs programmes d'intervention et de prévention. Elle offre régulièrement de la formation sur l'intervention cognitivo-comportementale dans divers milieux comme les centres hospitaliers, les centres de services scolaires ou les organismes communautaires, tant au Québec qu'en Europe.

Yann Zoldan, Ph. D., psychologue

Professeur de psychologie à l'Université du Québec à Chicoutimi, il a obtenu un doctorat en psychologie et psychopathologie cliniques de l'Université de Toulouse, en France. Ses intérêts de recherche concernent la pratique clinique auprès des populations marginalisées et issues des diversités culturelles.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Chapitre 01

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Angst, J., Gamma, A., Baldwin, D. S., Ajdacic-Gross, V. et Rossler, W. (2009). The generalized anxiety spectrum: Prevalence, onset, course and outcome. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(1), 37-45. <https://doi.org/10.1007/s00406-008-0832-9>
- Antony, M. M. et Rowa, K. (2005). Evidence-based assessment of anxiety disorders in adults. *Psychological Assessment*, 17(3), 256-266. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1040-3590.17.3.256>
- Antony, M. M. et Swinson, R. P. (2000). *Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10348-000>
- Bandelow, B. et Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 17(3), 327-335.
- Bandelow, B., Seidler-Brandler, U., Becker, A., Wedekind, D. et Ruther, E. (2007). Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. *World Journal of Biological Psychiatry*, 8(3), 175-187. <https://doi.org/10.1080/15622970601110273>
- Barlow, D. H. (2014). *Clinical handbook of psychological disorders* (5^e éd.). Guilford Press.
- Barrera, T. L. et Norton, P. J. (2009). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1086-1090. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.011>
- Boelen, P. A. et Reijntjes, A. (2009). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 130-135. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.04.007>
- Bouvard, M. et Cottraux, J. (2019). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie* (5^e éd.). Éditions Masson.
- Bouvard, M., Cottraux, J., Mollard, E., Messy, P. et Defayolle, M. (1986). Validation et analyse factorielle de l'échelle d'affirmation de soi de Rathus. *Psychologie médicale*, 18(5), 759-763.
- Brown, T. A. et Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and related disorders interview schedule for DSM-5 (ADIS-5): Adult and lifetime version*. Oxford University Press.
- Brown, T. A., DiNardo, P. A. et Barlow, D. H. (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. Graywind Publications.
- Brown, T. A., O'Leary, T. A. et Barlow, D. H. (2001). Generalized anxiety disorder. Dans D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3^e éd., p. 154-207). Guilford Press.
- Carleton, R. N., Durandeu, S., Freeston, M. H., Boelen, P. A., McCabe, R. E. et Antony, M. M. (2014). "But it might be a heart attack": Intolerance of uncertainty and panic disorder symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(5), 463-470. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.04.006>
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P. et Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(6), 1090-1097. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.52.6.1090>
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J. et William, C. (1985). The mobility inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23(1), 35-44.
- Charrette, J., Léveillé, C., O'Connor, K., Pelissier, M.-C. et St-Jean-Trudel, E. (2003). *SPIN - version française*. Centre de recherche Fernand-Seguin.
- Comer, J. S., Blanco, C., Hasin, D. S., Liu, S. M., Grant, B. F., Turner, J. B. et Olfson, M. (2011). Health-related quality of life across the anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(1), 43-50. <https://doi.org/10.4088/jcp.09m05094blu>
- Connor, K. M., Davidson, J., Churchill, E., Sherwood, A. et Weisler, R. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379-386. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
- Cottraux, J., Bouvard, M. et Messy, P. (1987). Validation et analyse factorielle d'une échelle de phobies : la version française du questionnaire des peurs de Marks et Mathews. *L'Encéphale*, 13, 23-29.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R. et Gosselin, P. (2001). Le questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété. Validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 11(1), 31-36.
- Dugas, M. J., Gosselin, P. et Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 551-558.
- Dugas, M. J. et Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification*, 24(5), 635-657. <https://doi.org/10.1177/0145445500245002>
- Dugas, M. J., Marchand, A. et Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(3), 329-343. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.02.002>
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. et Williams, J. B. W. (2002). *Structured clinical interview for DSM-IV-TR Axis I disorders: Research version, Patient edition*. New York State Psychiatric Institute.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S. et Spitzer, R. L. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders: Clinician version (SCID-5-CV)*. American Psychiatric Publishing Inc.
- Gosselin, P., Dugas, M.-J., Ladouceur, R. et Freeston, M. H. (2001). Evaluation of worry: Validation of a French translation of the Penn State Worry Questionnaire. *L'Encéphale*, 27(5), 475-484.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S. et Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1427-1439.
- Harris, R. (2012). *Passez à l'ACT : pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement*. De Boeck.
- Hofmann, S. G. et Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621-632. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0415>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. et Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. et Wittchen, H.-U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184.
- Lai, H. M., Cleary, M., Sitharthan, T. et Hunt, G. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031>
- Langlois R., Marchand, A. et Lalonde, J. (1985). *Inventaire de mobilité pour l'agoraphobie* (adaptation française, modifié par D. Gareau en 1992) [module de thérapie comportementale, hôpital Louis-H. Lafontaine].
- Lapalme, M. et Hodgins, S. (1998). *Entrevue clinique structurée pour les troubles mentaux du DSM-IV*. Université de Montréal.
- Lawrence, P. J., Murayama, K. et Creswell, K. (2019). Systematic review and meta-analysis: Anxiety and depressive disorders in offspring of parents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 58(1), 46-60. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.898>
- Leahy, R. L., Holland, S. J. F. et McGinn, L. K. (2012). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders* (2^e éd.). Guilford Press.
- Leon, A. C., Portera, L. et Weissman, M. M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166(27), 19-22. <http://doi.org/10.1192/S0007125000293355>
- Lépine, J. P. et Cardot, H. (1990). *L'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz* (traduction) [document inédit].
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1159/000414022>
- Marchand, A. et Boivin, I. (1997). *Entrevue structurée pour les troubles anxieux selon le DSM-IV* [document inédit]. Université du Québec à Montréal.
- Marchand, A. et Lalonde, J. (1985). *Questionnaire sur les pensées phobiques* (modifié par D. Gareau en 1992) [module de thérapie comportementale, hôpital Louis-H. Lafontaine].
- Marks, I. M. et Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17(3), 263-267.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T. et Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027-1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsyres.2011.03.006>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. et Borkovac, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495.
- Micco, J. A., Henin, A., Mick, E., Kim, S., Hopkins, C. A., Biederman, J. et Hirshfeld-Becker, D. R. (2009). Anxiety and depressive disorders in offspring at high risk for anxiety: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1158-1164. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.021>
- Musa, C., Kostogianni, N. et Lépine, J.-P. (2004). Échelle de peur de l'évaluation négative (FNE) : propriétés psychométriques de la traduction française. *L'Encéphale*, 30(6), 517-524.
- Neff, K. (2013). *S'aimer : comment se réconcilier avec soi-même*. Éditions Belfond.
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 398-406.
- Rector, N. A., Bourdeau, D., Kitchen, K., Joseph-Massiah, L. et Laposa, J. (2016). *Les troubles anxieux : guide d'information*. Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M. et McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*, 24(1), 1-8.
- Rodriguez, B. F., Weisberg, R. B., Pagano, M. E., Machan, J. T., Culpepper, L. et 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. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2003.09.005>
- Savard, P. et Bugeaud, É. (2016). Les troubles anxieux à l'ère du DSM-5. *Clinicien plus*, 4-8.
- Schoendorff, B., Grand, J. et Bolduc, M.-F. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement : guide clinique*. De Boeck Supérieur.
- Stephenson, R., Marchand, A. et Lavallée, M. C. (1998). Validation du questionnaire des sensations physiques auprès de la population canadienne-française. *L'Encéphale*, 24(5), 415-425.
- Swinson, R., Antony, M., Bleau, P., Chokka, P., Craven, M., Fallu, A., Katzman, M., Kjærsted, K., Lanius, R., Manassis, K., McIntosh, D., Plamondon, J., Rabheru, K., Van Ameringen, M. et Walker, J. R. (2006). Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(8), 95-91S.
- Taylor, S., Koch, W. J. et Cockett, D. J. (1991). Anxiety sensitivity, trait anxiety, and the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 5(4), 293-311.
- Turner, S., Mota, N., Bolton, J. et Sareen, J. (2018). Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature. *Depression and Anxiety*, 35(9), 851-860.
- Waghorn, G., Chant, D., White, P. et Whiteford, H. (2005). Disability, employment and work performance among people with ICD-10 anxiety disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2), 55-66. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2005.01510.x>
- Watson, D. et Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluation anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448-457. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0027806>
- Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16(4), 162-171. <https://doi.org/10.1002/da.10065>

Chapitre 02

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J. et Whiteside, S. P. H. (2011). *Exposure therapy for anxiety: Principles and practice*. Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). American Psychiatric Publishing.
- André, C. (2004). *Psychologie de la peur : craintes, angoisses et phobies*. Odile Jacob.
- Antony, M. M. et Swinson, R. P. (2000). *Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10348-000>
- Asay, T. P. et Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan et S. D. Miller (dir.), *The heart & soul of change: What works in therapy* (p. 23-55). American Psychological Association.
- Barnard, P. J. et Teasdale, J. D. (1991). Interacting cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition and Emotion*, 5(1), 139. <https://doi.org/10.1080/02699939108411021>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T., Emery, G. et Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2^e éd.). Guilford Press.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M. et Westbrook, D. (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford University Press.
- Bohart, A. et Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healing*. American Psychological Association.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bouton, M. E. (1993). Context, time, and memory retrieval in the interference paradigms of Pavlovian learning. *Psychological Bulletin*, 114(1), 80-99. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.114.1.80>
- Butler, G., Fennell, M. et Hackmann, A. (2008). *Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: Mastering clinical challenges*. Guilford Press.
- Cámara, M. et Calvete, E. (2012). Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 58-68. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9261-6>
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J. et Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35(6), 502-514. <https://doi.org/10.1002/da.22728>
- Clark, D. A. et Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N. et Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 5-27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003>
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T. et Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Davis, M., Eshelman, E. R. et McKay, M. (2008). *The relaxation and stress reduction workbook* (6^e éd.). New Harbinger Publications.
- de Abreu Costa, M., D'Alò de Oliveira, G. S., Tatton-Ramos, T., Manfro, G. G. et Salum, G. A. (2019). Anxiety and stress-related disorders and mindfulness-based interventions: A systematic review and multilevel meta-analysis and meta-regression of multiple outcomes. *Mindfulness*, 10, 996-1005. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1058-1>
- Delattre, V., Servant, D., Rusinek, S., Lorette, C., Parquet, P. J., Goudemand, M. et Hautekeete, M. (2004). Les schémas précoces dysfonctionnels : étude chez des patients adultes souffrant d'un trouble anxieux. *L'Encéphale*, 30(3), 255-258.
- Dobson, D. et Dobson, K. S. (2009). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. Guilford Press.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Citadel.
- Fairburn, C. G. et Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6), 373-378. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.005>
- Foa, E. B., Huppert, J. D. et Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. Dans B. O. Rothbaum (dir.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (p. 3-24). Guilford Press.
- Foa, E. B. et Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 2035. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.2035>
- Foa, E. B. et McNally, R. J. (1996). Mechanisms of change in exposure therapy. Dans R. M. Rapee (dir.), *Current controversies in the anxiety disorders* (p. 214-227). Guilford Press.
- Gould, R. A., Otto, M. W. et Pollack, M. H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15(8), 819-844.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. et Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2^e éd.). Guilford Press.
- Hebert, E. A. et Dugas, M. J. (2019). Behavioral experiments for intolerance of uncertainty: Challenging the unknown in the treatment of generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(2), 421-436. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.07.007>
- Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T. et Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour Research & Therapy*, 47(5), 389-394. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.02.010>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A. et Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapeau, M. A., Paquin, K. et Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
- Kozak, M. J., Foa, E. B. et Steketee, G. (1988). Process and outcome of exposure treatment with obsessive-compulsives: Psychophysiological indicators of emotional processing. *Behavior Therapy*, 19(2), 157-169.
- Lang, A. J. et Craske, M. G. (2000). Manipulations of exposure-based therapy to reduce return of fear: A replication. *Behaviour Research & Therapy*, 38(1), 1-12.
- Lecomte, C. et Castonguay, L. G. (1987). *Rapprochement et intégration en psychothérapie : psychanalyse, behaviorisme et humanisme*. Gaëtan Morin Éditeur.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2^e éd.). Guilford Press.
- Loerinc, A. G., Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Bluett, E. J. et Craske, M. G. (2015). Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clinical Psychology Review*, 42, 72-82. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.08.004>
- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnuovo, G. et Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: A ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-41>
- Marchand, A., Letarte, A. et Seidah, A. (2018). *La peur d'avoir peur : guide de traitement du trouble panique et de l'agoraphobie* (4^e éd.). Éditions du Trécaré.
- McManus, F., Van Dorn, K. et Yiend, J. (2011). Examining the effects of thought records and behavioral experiments in instigating belief change. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(1), 540-547. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.07.003>
- McMillan, D. et Lee, R. (2010). A systematic review of behavioral experiments vs. exposure alone in the treatment of anxiety disorders: A case of exposure while wearing the emperor's new clothes? *Clinical Psychology Review*, 30(5), 467-478. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.003>
- McNally, R. J. (2007). Mechanisms of exposure therapy: How neuroscience can improve psychological treatments for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 27(6), 750-759. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.003>
- Miller, R. W. et Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change* (3^e éd.). Guilford Press.
- Naar, S. et Safren, S. A. (2017). *Motivational interviewing and CBT: Combining strategies for maximum effectiveness*. Guilford Press.
- Nezu, A. M., Maguth Nezu, C. et D'Zurilla, T. J. (2013). *Problem-solving therapy: A treatment manual*. Springer.
- Nolet, K., Corno, G. et Bouchard, S. (2020). The adoption of new treatment modalities by health professionals and the relative weight of empirical evidence in favor of virtual reality exposure versus mindfulness in the treatment of anxiety disorders. *Frontiers in Human Neuroscience*, 14. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2020.00086>
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford University Press.
- Öst, L. G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research & Therapy*, 61, 105-121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Ouimet, A. J., Gawronski, B. et Dozois, D. J. A. (2009). Cognitive vulnerability to anxiety: A review and an integrative model. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 459-470.
- Parker, Z. J., Waller, G., Duhne, P. G. S. et Dawson, J. (2018). The role of exposure in treatment of anxiety disorders: A meta-analysis. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 18(1), 111-141.
- Provencher, M. D., Dugas, M. J. et Ladouceur, R. (2004). Efficacy of problem-solving training and cognitive exposure in the treatment of generalized anxiety disorder: A case replication series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(4), 404-414.
- Robichaud, M., Koerner, N. et Dugas, M. J. (2019). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice* (2^e éd.). Routledge.
- Rood, L., Roelofs, J., Bögels, S. M. et Arntz, A. (2012). The effects of experimentally induced rumination, positive reappraisal, acceptance, and distancing when thinking about a stressful event on affect states in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 73-84. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-011-9544-0>
- Safran, J. et Segal, Z. V. (1996). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Rowman & Littlefield Publishers.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. et Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Siev, J. et Chambless, D. L. (2007). Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 513-522. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.4.513>
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 61-1631. <https://doi.org/10.1002/jclp.20373>
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A. et Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS one*, 9(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096110>
- Teasdale, J. D. (1993). Emotion and two kinds of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. *Behaviour Research and Therapy*, 31(4), 339-354.
- Tolin, D. F. (2016). *Doing CBT: A comprehensive guide to working with behaviors, thoughts, and emotions*. Guilford Press.
- van Dis, E. A. M., van Veen, S. C., Hagenars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., van den Heuvel, R. M., Cuijpers, P. et Engelhard, I. M. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 265-273. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986>

- Westra, H. A., Constantino, M. J. et Antony, M. M. (2016). Integrating motivational interviewing with cognitive-behavioral therapy for severe generalized anxiety disorder: An allegiance-controlled randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(9), 768-782. <https://doi.org/10.1037/ccp0000098>
- Wiederhold, B. K. et Bouchard, S. (2014). *Advances in virtual reality and anxiety disorders*. Springer.

Chapitre 03

- Allen, H., Wright, B. J., Vartanian, K., Dulacki, K. et Li, H. (2019). Examining the prevalence of adverse childhood experiences and associated cardiovascular disease risk factors among low-income uninsured adults. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, 12*. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004391>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. et May-Ehrenreich, J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Oxford University Press.
- Corbeil, J. et Poupard, D. (1978). La gestalt. *Santé mentale au Québec, 3*, 61-84. <https://doi.org/10.7202/030032ar>
- Elliott, R. (2013). Person-centered/experiential psychotherapy for anxiety difficulties: Theory, research and practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 12*(1), 16-32. <https://doi.org/10.1080/14779757.2013.767750>
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. et Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10725-000>
- Frankl, V. E. (1946). *Ärtzliche Seelsorge: Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Deuticke.
- Fromage, B. (2019). *Psychologie humaniste : développements et avenir de la personne*. Chronique sociale.
- Gendlin, E. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. et Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change*. Guilford Press.
- Johnson, S. M. (2019). *Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families*. Guilford Press.
- Johnson, S. M. et Campbell, T. L. (sous presse). *A primer for emotionally focused individual therapy (EFIT): Cultivating fitness and growth in every client*. Routledge.
- Kent, J. A. O., Jackson, A., Robinson, M., Rashleigh, C. et Timulak, L. (2021). Emotion-focused therapy for symptoms of generalised anxiety in a student population: An exploratory study. *Counselling & Psychotherapy Research, 21*(2), 260-268. <https://doi.org/10.1002/capr.12346>
- Kramer, U. et Ragama, E. (2020). *La psychothérapie centrée sur les émotions* (2^e éd.). Elsevier.
- Marganska, A., Gallagher, M. et Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry, 83*(1), 131-141. <https://doi.org/10.1111/ajop.12001>
- Marques, R., Monteiro, F., Canavarro, M. C. et Fonseca, A. (2018). The role of emotion regulation difficulties in the relationship between attachment representations and depressive and anxiety symptoms in the postpartum period. *Journal of Affective Disorders, 238*, 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.013>
- Merleau-Ponty, M. (1945). *La phénoménologie de la perception*. Gallimard.
- Mikulincer, M. et Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2^e éd.). Guilford Press.
- Nielsen, S., Hageman, I., Petersen, A., Daniel, S., Lau, M., Winding, C., Wolitzky-Taylor, K. B., Steele, H. et Vangkilde, S. (2019). Do emotion regulation, attentional control, and attachment style predict response to cognitive behavioral therapy for anxiety disorders? – an investigation in clinical settings. *Psychotherapy research, 29*(8), 9991-1009. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1425933>
- Nielsen, S., Lønfeldt, N., Wolitzky-Taylor, K. B., Hageman, I., Vangkilde, S. et Daniel, S. (2017). Adult attachment style and anxiety – The mediating role of emotion regulation. *Journal of affective disorders, 218*, 253-259. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.047>
- Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P., Mayes, L. C. et Luyten, P. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: An attachment-based developmental framework. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 5*(55). <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2011.00055>
- O'Brien, K., O'Keefe, N., Cullen, H., Durcan, A., Timulak, L. et McElvaney, J. (2019). Emotion-focused perspective on generalized anxiety disorder: A qualitative analysis of clients' in-session presentations. *Psychotherapy Research, 29*(4), 524-540. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1373206>
- Perls, F. (1973). *The Gestalt approach & Eyewitness to therapy*. Bantam.
- Polster, E. et Polster, M. (1973). *Gestalt therapy integrated: Contours of theory and practice*. Brunner/Mazel.
- Robichaud, M., Koerner, N. et Dugas, M. (2019). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder*. Routledge.
- Rogers, C. R. (2005). *La relation d'aide et la psychothérapie*. ESF. (Ouvrage original publié en 1942.)
- Shahar, B., Bar-Kalifa, E. et Alon, E. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(3), 238-249. <https://doi.org/10.1037/ccp0000166>
- Timulak, L. (2018). Humanistic-experiential therapies in the treatment of generalised anxiety: A perspective. *Counselling & Psychotherapy Research, 18*(3), 233-236. <https://doi.org/10.1002/capr.12172>
- Timulak, L. et McElvaney, J. (2018). *Transforming generalized anxiety: An emotion-focused approach*. Routledge.

- Timulak, L., McElvaney, J., Keogh, D., Martin, E., Clare, P., Chepukova, E. et Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. *Psychotherapy, 54*(4), 361-366. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pst0000128>
- van der Feltz-Cornelis, C., Potters, E. C., van Dam, A., Koorndijk, R. P. M., Elfeddali, I. et van Eck van der Sluijs, J. F. (2019). Adverse childhood experiences (ACE) in outpatients with anxiety and depressive disorders and their association with psychiatric and somatic comorbidity and revictimization. Cross-sectional observational study. *Journal of Affective Disorders, 246*, 458-464. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.096>
- Watson, J. C. et Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-focused therapy for generalized anxiety*. American Psychological Association.

Chapitre 04

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder DSM-5* (5^e éd.). <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anzieu, D. et Chabert, C. (1987). *Les méthodes projectives* (8^e éd.). Presses universitaires de France.
- Aulagnier, P. (2003). *La violence de l'interprétation – du pictogramme à l'énoncé*. Presses universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1975.)
- Bellak, L. et Abrams, D. M. (1997). *The Thematic Apperception Test, the Children's Apperception Test, and the Senior Apperception Technique in clinical use* (6^e éd.). Allyn and Bacon.
- Bergeret, J. (dir.). (2008). *Psychologie pathologique : théorique et clinique*. Elsevier-Masson.
- Bergeret, J. (2021). *La personnalité normale et pathologique* (3^e éd.). Dunod. (Ouvrage original publié en 1975.)
- Brelet-Foulard, C., Azoulay, C. et Chabert, C. (2019). *Nouveau manuel du TAT : approche psychanalytique*. Dunod.
- Bion, W. R. (2003). *Aux sources de l'expérience*. Presses universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1962.)
- Bion, W. R. (2005). *Cogitations*. In Press. (Ouvrage original publié en 1967.)
- Bossé, M. (2008). *Initiation à la pratique psychothérapique auprès de l'enfant*. Groupéditions.
- Bougnères, P. (2014). Les marques épigénétiques du stress, une porte entrouverte sur l'inconscient? *L'information psychiatrique, 90*(9), 741-752.
- Brun, A., Chouvier, B. et Roussillon, R. (2019). *Manuel des médiations thérapeutiques* (2^e éd.). Dunod.
- Brunet, L. (2008). Réflexions sur la validité et la légitimité des méthodes diagnostiques. *Revue québécoise de psychologie, 29*(2), 29-42.
- Cabanis, D. L., Cherry, S., Douglas, C. J. et Schwartz, A. (2017). *Psychodynamic psychotherapy: A clinical manual* (2^e éd.). Wiley.
- Castro, D. (2011). *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte* (2^e éd.). Dunod.
- Chabert, C. (2014). Les méthodes projectives en psychopathologie clinique : développements, confirmations, contradictions. *Psychologie clinique et projectives, 20*(1), 59-78.
- Chabert, C. (2018). Situation projective. Dans R. Roussillon (dir.), *Manuel de psychologie et de psychopathologie générale* (p. 555-581). Elsevier Masson.
- Chabert, C. (2019). Clinique projective et clinique psychanalytique : une rencontre féconde. *Le carnet Psy, 169*(1), 30-33.
- Chabert, C., Louët, E., Azoulay, C. et Verdon, B. (2020). *Manuel du Rorschach et du TAT : interprétation psychanalytique*. Dunod.
- Chiland, C. (2006). *L'entretien clinique* (1^{re} éd.). Presses universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1983.)
- Ciccone, A. et Lhopital, M. (2019). *Naissance à la vie psychique*. Dunod.
- de Mijolla, A. (dir.). (2013). *Dictionnaire international de la psychanalyse* (3^e éd.). Fayard/Pluriel.
- Diatkine, G. (2012). Psychothérapies, psychanalyse, psychothérapies psychanalytiques. *Perspectives Psy, 4*(51), 331-335.
- Eiger, A. (2013). *Le tiers. Psychanalyse de l'intersubjectivité*. Dunod.
- Exner, J. E. (2002). *Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré* (4^e éd.). Frison-Roche.
- Exner, J. E. (2003). *The Rorschach: A Comprehensive System: Vol. 1. Basic foundations* (4^e éd.). Wiley.
- Finn, S. E. (2005). How psychological assessment taught me compassion and firmness. *Journal of Personality Assessment, 84*(1), 29-31.
- Finn, S. E. (2014). L'évaluation thérapeutique : genèse, efficacité et théorisation. *Le Journal des psychologues, 10*(323), 22-27.
- Finn, S. E. (2016). *L'évaluation thérapeutique. Théorie et techniques*. Dunod.
- Finn, S. E. et Chudzik, L. (2010). L'évaluation thérapeutique : une intervention originale brève. Dans S. Sultan et L. Chudzik (dir.), *Du diagnostic au traitement : Rorschach et MMPI-2* (p. 203-226). Mardaga.
- Finn, S. E. et Tonsager, M. E. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms. *Psychological Assessment, 9*, 374-385.
- Freud, A. (2001). *Le moi et les mécanismes de défense*. Presses universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1949.)
- Freud, S. (2009). *Dora. Fragment d'une analyse d'hystérie*. Payot. (Ouvrage original publié en 1905.)
- Freud, S. (2010). *Au-delà du principe de plaisir*. Payot. (Ouvrage original publié en 1920.)
- Freud, S. (2010). *Le Moi et le Ça*. Payot. (Ouvrage original publié en 1923.)
- Freud, S. (2012). *Pulsions et destins des pulsions*. Payot. (Ouvrage original publié en 1915.)
- Freud, S. (2013). *La technique psychanalytique*. Presses universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1912.)
- Freud, S. (2014). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Payot. (Ouvrage original publié en 1905/1920.)
- Freud, S. (2014). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Payot. (Ouvrage original publié en 1926.)
- Freud, S. (2015). *Introduction à la psychanalyse*. Payot. (Ouvrage original publié en 1916.)
- Freyermann, J.-R. (2020). *Amour et transfert*. Érès.
- Gabbard, G. O. (2010). *Psychothérapie psychodynamique : les concepts fondamentaux* (traduit par A. E. Boehrer). Elsevier Masson.

- Gilliéron, E. (2004). *Le premier entretien en psychothérapie* (2^e éd.). Dunod.
- Goldman, C. (2013). Doit-on tout dire aux parents ? Le bilan psychologique au service de la guidance parentale. *Le Carnet Psy*, 9(176), 22-35.
- Golse, B. (2020). Les modèles de l'intersubjectivité : entre psychanalyse et cognition. Dans J. Jung et F.-D. Camps (dir.), *Psychopathologie et psychologie clinique. Perspectives contemporaines* (p. 65-75). Dunod.
- Green, A. (2015). *Le discours vivant*. Presses universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1973.)
- Halley, C. et Chiarelli, C. (2014). Le psychologue clinicien et sa formation : d'hier à aujourd'hui. *L'information psychiatrique*, 90(10), 867-870.
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Houzel, D., Golse, B., Nakoy, A., Guillaume, J. C., Edy, L. et Bonelli, F. (2011). Manifeste pour une psychanalyse de l'enfant. *Journal de psychanalyse de l'enfant*, 1(1), 5-23.
- Husain, O. (2015). From persecution to depression: A case of chronic depression—Associating the Rorschach, the TAT, and Winnicott. *Journal of Personality Assessment*, 97(3), 230-240. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1009081>
- Husain, O., Merceron, C. et Rossel, F. (dir.). (2001). *Psychopathologie et polysémie : études différentielles à travers le Rorschach et le TAT*. Payot.
- Kapsambelis, V. (2017). *L'angoisse*. Presses universitaires de France.
- Kernberg, O. F. (1989). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*. Presses universitaires de France.
- Kernberg, O. F. (2016). The four basic components of psychoanalytic technique and derived psychoanalytic psychotherapies. *World Psychiatry*, 15(3), 287-288. <https://doi.org/10.1002/wps.20368>
- Klein, M. (1989). *Essais de psychanalyse 1921-1945*. Payot. (Ouvrage original publié en 1940.)
- Lacan, J. (1973). *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* (texte établi par J.-A. Miller). Éditions du Seuil.
- Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (1988). *Vocabulaire de la psychanalyse* (9^e éd.). Presses universitaires de France.
- Marty, P. (2011). *Introduction à la psychosomatique*. Presses universitaires de France.
- McDougall, J. (2004). *Théâtre du Je*. Folio. (Ouvrage original publié en 1982.)
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2^e éd.). Guilford Press.
- Morin, E. (2004). *Introduction à la pensée complexe*. Éditions du Seuil.
- Papageorgiou, M. (2020). L'affect d'André Green. La force représentationnelle de l'affect et le travail du surmoi. *Revue française de psychanalyse*, 84(5), 1327-1334.
- Quinodoz, J.-M. (2004). *Lire Freud. Découverte chronologique de Freud*. Presses universitaires de France.
- Racamier, P.-C. (2001). *Les schizophrènes* (3^e éd.). Payot. (Ouvrage original publié en 1980.)
- Roussillon, R. (2009). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Dunod.
- Roussillon, R. (2012). On souffre du non approprié de l'histoire : on guérit en l'intégrant. *Le Carnet Psy*, 9(167), 39-41.
- Roussillon, R. (2016). Le cadre psychanalytique en chantier. Entretien mené par J.-M. Talpon. *Journal des psychologues*, 7(339).
- Roussillon, R. (dir.). (2018). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (3^e éd.). Elsevier Masson.
- Shelder, J. (2010). The effect of Psychodynamic Psychotherapy. *American psychologist*, 65(2), 98-109.
- Smadja, C. (2012). Introduction à la psychosomatique. Dans V. Kapsambelis (dir.), *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologie de l'adulte* (p. 197-212). Presses universitaires de France.
- Tisseron, S. (2013). *Fragments d'une psychanalyse empathique*. Albin Michel.
- Widlöcher, D. (2009). Les deux voix. Dans *Quelle guérison ? Mal, maladie, malaise* (annuel de l'APF, p. 13-17). Presses universitaires de France.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité : l'espace potentiel* (traduit par C. Monod et J.-B. Pontalis). Gallimard. (Ouvrage original publié en 1971.)
- Winnicott, D. W. (1988). *Processus de maturation chez l'enfant*. Payot. (Textes originaux publiés en anglais entre 1935 et 1963.)
- Winnicott, D. W. (1989). *De la pédiatrie à la psychanalyse* (éd. revue et augmentée, traduit par J. Kalmanovitch). Payot. (Textes originaux publiés en anglais entre 1935 et 1963.)
- Zaloum, T. (2014). La préservation de l'essentiel dans l'espace clinique. *Filigrane*, 23(1), 37-49.

Chapitre 05

- Affrunti, N. W. et Ginsburg, G. S. (2012). Exploring parental predictors of child anxiety: The mediating role of child interpretation bias. *Child Youth Care Forum*, 41, 517-527. <https://doi.org/10.1007/s10566-012-9186-6>
- Ausloos, G. (2005). *La compétence des familles. Temps, chaos, processus*. Erès.
- Bögels, S. M. et Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 834-856. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.08.001>
- Bögels, S. M. et Siqueland, L. (2006). Family cognitive behavioral therapy for children and adolescents with clinical anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(2), 134-141. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000190467.01072.ee>
- Byrne, M., Carr, A. et Clark, M. (2004). The efficacy of behavioral couples therapy and emotionally focused therapy for couple distress. *Contemporary Family Therapy*, 26(4), 361-387.
- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: The current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41(2), 153-213. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12226>
- Carr, A. (2020). Evidence for the efficacy and effectiveness of systemic family therapy. Dans K. S. Wampler, R. Miller, R. B. Seedall, L. M. McWey, A. J. Blow, M. Rastogi et R. Singh (dir.), *The handbook of systemic family therapy* (p. 119-146). John Wiley & Sons.

- Chambless, D. L., Fauerbach, J. A., Floyd, F. J., Wilson, K. A., Remen, A. L. et Renneberg, B. (2002). Marital interaction of agoraphobic women: A controlled, behavioral observation study. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 502-512.
- Creswell, C. et Cartwright-Hatton, S. (2007). Family treatment of child anxiety: Outcomes, limitations and future directions. *Clinical child and family psychology review*, 10(3), 232-252. <https://doi.org/10.1007/s10567-007-0019-3>
- Cummings, C. M., Read, K. L., Brodman, D. M., O'Neil, K. A., Villaboe, M. A., Gere, M. K. et Kendall, P. C. (2013). Continuing to advance empirically supported treatments: Factors empirically supported practice for anxiety disorders. Dans E. A. Storch et D. McKay (dir.), *Handbook of treating variants and complications in anxiety disorders* (p. 57-79). Springer.
- Cummings, E. M., George, M. R., McCoy, K. P. et Davies, P. T. (2012). Interparental conflict in kindergarten and adolescent adjustment: Prospective investigation of emotional security as an explanatory mechanism. *Child development*, 83(5), 1703-1715. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01807.x>
- Cummings, E. M., Goeke-Morey, M. C. et Papp, L. M. (2003). Children's responses to everyday marital conflict tactics in the home. *Child Development*, 74(6), 1918-1929.
- Drake, K. L. et Ginsburg, G. S. (2012). Family factors in the development, treatment, and prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(2), 144-162. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0109-0>
- Eley, T. C., Napolitano, M., Lau, J. Y. et Gregory, A. M. (2010). Does childhood anxiety evoke maternal control? A genetically informed study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(7), 772-779. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02227.x>
- Epstein, N. B. et Dattilio, F. M. (2020). Behavioral and cognitive-behavioral approaches in systemic family therapy. Dans K. S. Wampler, R. Miller, R. B. Seedall, L. M. McWey, A. J. Blow, M. Rastogi et R. Singh (dir.), *The handbook of systemic family therapy* (p. 365-389). John Wiley & Sons.
- Fox, T. L., Barrett, P. M. et Shortt, A. L. (2002). Sibling relationships of anxious children: A preliminary investigation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 375-383. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3103_09
- Franklin, M. E., Morris, S. H., Freeman, J. B. et March, J. S. (2018). Treating pediatric obsessive-compulsive disorder in children: Using exposure-based cognitive-behavioral therapy. Dans J. R. Weisz et A. E. Kazdin (dir.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (p. 35-48). The Guilford Press.
- Ginsburg, G. S., Drake, K. L., Tein, J. Y., Teetsel, R. et Riddle, M. A. (2015). Preventing onset of anxiety disorders in offspring of anxious parents: A randomized controlled trial of a family-based intervention. *American Journal of Psychiatry*, 172(12), 1207-1214. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14091178>
- Ginsburg, G. S. et Schlossberg, M. C. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 14(2), 143-154. <https://doi.org/10.1080/09540260220132662>
- Gouze, K. R., Hopkins, J., Bryant, F. B. et Lavigne, J. V. (2017). Parenting and anxiety: Bi-directional relations in young children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(6), 1169-1180. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0223-z>
- Grych, J. H., Fincham, F. D., Jouriles, E. N. et McDonald, R. (2000). Interparental conflict and child adjustment: Testing the mediational role of appraisals in the cognitive-contextual framework. *Child Development*, 71(6), 1648-1661.
- Hardy, N. R., Sabey, A. K. et Anderson, S. R. (2020). The process of change in systemic family therapy. Dans K. S. Wampler, R. Miller, R. B. Seedall, L. M. McWey, A. J. Blow, M. Rastogi et R. Singh (dir.), *The handbook of systemic family therapy* (p. 171-204). John Wiley & Sons.
- Hazelrigg, M. D., Cooper, H. M. et Borduin, C. M. (1987). Evaluating the effectiveness of family therapies: An integrative review and analysis. *Psychological Bulletin*, 101(3), 428-442.
- Helenius, D., Munk-Jørgensen, P. et Steinhausen, H. C. (2014). Family load estimates and risk factors of anxiety disorders in a nationwide three generation study. *Psychiatry Research*, 216(3), 351-356. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.02.026>
- Heyne, D., Sauter, F. M., Ollendick, T. H., Van Widenfelt, B. M. et Westenberg, P. M. (2014). Developmentally sensitive cognitive behavioral therapy for adolescent school refusal: Rationale and case illustration. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(2), 191-215. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0160-0>
- Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L. et Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 91-113. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1046177>
- Jouriles, E. N., Spiller, L. C., Stephens, N., McDonald, R. et Swank, P. (2000). Variability in adjustment of children of battered women: The role of child appraisals of interparental conflict. *Cognitive Therapy and Research*, 24(2), 233-249.
- Kearney, C. A. et Sheldon, K. K. (2017). Evidence-based interventions for school refusal behaviour in children and adolescents. Dans L. A. Theodore (dir.), *Handbook of evidence-based interventions for children and adolescents* (p. 279-288). Springer.
- Keeton, C. P., Ginsburg, G. S., Drake, K. L., Sakolsky, D., Kendall, P. C., Birmaher, B., Albano, A. M., March, J. S., Rynn, M., Piacentini, J. et Walkup, J. T. (2013). Benefits of child-focused anxiety treatments for parents and family functioning. *Depression and Anxiety*, 30(9), 865-872. <https://doi.org/10.1002/da.22055>
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E. et Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 282. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.282>
- Khanna, M. S. et Kendall, P. C. (2009). Exploring the role of parent training in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 981. <https://doi.org/10.1037/a0016920>

- Lebowitz, E. R., Woolston, J., Bar-Haim, Y., Calvocoressi, L., Dauser, C., Warnick, E., Scahill, L., Chakir, R., Shechner, T., Hermes, H., Vitulano, L. A., King, R. A. et Leckman, J. F. (2013). Family accommodation in pediatric anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 30(1), 47-54. <https://doi.org/10.1002/da.21998>
- Lenz, A. S. et Hollenbaugh, K. M. (2015). Meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for treating PTSD and co-occurring depression among children and adolescents. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 6(1), 18-32. <https://doi.org/10.1177/2150137815573790>
- Lieb, R., Wittchen, H. U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B. et Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 57(9), 859-866. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.9.859>
- Lindhout, I. E., Boer, F., Markus, M. T., Hoogendijk, T. H., Maingay, R. et Borst, S. R. (2003). Sibling relationships of anxiety disordered children—A research note. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(5), 593-601.
- Lindhout, I. E., Markus, M. T., Borst, S. R., Hoogendijk, T. H., Dingemans, P. M. et Boer, F. (2009). Childrearing style in families of anxiety-disordered children: Between-family and within-family differences. *Child Psychiatry and Human Development*, 40(2), 197-212. <https://doi.org/10.1007/s10578-008-0120-y>
- Liu, P., Kryski, K. R., Smith, H. J., Joannis, M. F. et Hayden, E. P. (2020). Transactional relations between early child temperament, structured parenting, and child outcomes: A three-wave longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 32(3), 923-933. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000841>
- Manassis, K., Lee, T. C., Bennett, K., Zhao, X. Y., Mendlowitz, S., Duda, S., Saini, M., Wilansky, P., Baer, S., Barrett, P., Boddén, D., Cobham, V. E., Dadds, M. R., Flannery-Schroeder, E., Ginsburg, G., Heyne, D., Hudson, J. L., Kendall, P. C., Liber, J.,... Wood, J. J. (2014). Types of parental involvement in CBT with anxious youth: A preliminary meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1163.
- Micco, J. A. et Ehrenreich, J. T. (2008). Children's interpretation and avoidant response biases in response to non-salient and salient situations: Relationships with mothers' threat perception and coping expectations. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 371-385. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.03.009>
- Monson, C. M., Wagner, A. C., Macdonald, A. et Brown-Bowers, A. (2015). Couple treatment for posttraumatic stress disorder. Dans U. Schnyder et M. Cloitre (dir.), *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders* (p. 449-459). Springer.
- Murray, L., De Rosnay, M., Pearson, J., Bergeron, C., Schofield, E., Royal-Lawson, M. et Cooper, P. J. (2008). Intergenerational transmission of social anxiety: The role of social referencing processes in infancy. *Child Development*, 79(4), 1049-1064. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01175.x>
- Negreiros, J. et Miller, L. D. (2014). The role of parenting in childhood anxiety: Etiological factors and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(1), 3-17.
- Pietromonaco, P. R. et Collins, N. L. (2017). Interpersonal mechanisms linking close relationships to health. *American Psychologist*, 72(6), 531. <https://doi.org/10.1037/amp000129>
- Pinquart, M., Oslejsek, B. et Teubert, D. (2016). Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 26(2), 241-257. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.935830>
- Overbeek, G., Vollebergh, W., de Graaf, R., Scholte, R., de Kemp, R. et Engels, R. (2006). Longitudinal associations of marital quality and marital dissolution with the incidence of DSM-III-R disorders. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 284.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 1(1), 47-67.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A. et Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628>
- Rehman, U. S., Evraire, L. E., Karimiha, G. et Goodnight, J. A. (2015). Actor-partner effects and the differential roles of depression and anxiety in intimate relationships: A cross-sectional and longitudinal analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 71(7), 715-724. <https://doi.org/10.1002/jclp.22162>
- Reuman, L., Thompson-Hollands, J. et Abramowitz, J. S. (2021). Better together: A review and recommendations to optimize research on family involvement in CBT for anxiety and related disorders. *Behavior Therapy*, 52(3), 594-606. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.07.008>
- Riedinger, V., Pinquart, M. et Teubert, D. (2017). Effects of systemic therapy on mental health of children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(6), 880-894. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1063427>
- Roussel, N. (2004). *L'expérience des familles qui accompagnent un proche vivant avec un problème de santé mentale* [thèse de doctorat, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue]. Depositum. <https://depositum.ugat.ca/id/eprint/330/1/nadiaroussel.pdf>
- Shimada-Sugimoto, M., Otowa, T. et Hettema, J. M. (2015). Genetics of anxiety disorders: Genetic epidemiological and molecular studies in humans. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 69(7), 388-401. <https://doi.org/10.1111/pcn.12291>
- Silverman, W. K., Pina, A. A. et Wisvesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 105-130. <https://doi.org/10.1080/15374410701817907>
- Slatcher, R. B. et Selcuk, E. (2017). A social psychological perspective on the links between close relationships and health. *Current Directions in Psychological Science*, 26(1), 16-21. <https://doi.org/10.1177/0963721416667444>
- Snyder, D. K., Zinbarg, R. E., Heyman, R. E., Haynes, S. N., Gasbarrini, M. F. et Uliaszek, M. (2010). Assessing Linkages Between Interpersonal Processes and Anxiety Disorders. Dans J. G. Beck (dir.), *Interpersonal Processes in the Anxiety Disorders: Implications for Understanding Psychopathology and Treatment* (p. 37-67). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12084-002>
- Starr, L. R. et Davila, J. (2012). Cognitive and interpersonal moderators of daily co-occurrence of anxious and depressed moods in generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 655-669. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9434-3>
- Stewart, R. E. et Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 595. <https://doi.org/10.1037/a0016032>
- Thompson-Hollands, J., Edson, A., Tompson, M. C. et Comer, J. S. (2014). Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 28(3), 287. <https://doi.org/10.1037/a0036709>
- Thompson-Hollands, J., Kerns, C. E., Pincus, D. B. et Comer, J. S. (2014). Parental accommodation of child anxiety and related symptoms: Range, impact, and correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 765-773. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.007>
- Towe-Goodman, N. R., Franz, L., Copeland, W., Angold, A. et Egger, H. (2014). Perceived family impact of preschool anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(4), 437-446. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.12.017>
- Wampler, K. S. et Patterson, J. E. (2020). The importance of family and the role of systemic family therapy. Dans K. S. Wampler, R. Miller, R. B. Seedall, L. M. McWey, A. J. Blow, M. Rastogi et R. Singh (dir.), *The handbook of systemic family therapy* (p. 1-32). John Wiley & Sons.
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 638-643. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.638>
- Wittenborn, A. K., Hosseinichimeh, N., Rick, J. L. et Tseng, C. F. (2020). Systems theory and methodology: Advancing the science of systemic family therapy. Dans K. S. Wampler, R. Miller, R. B. Seedall, L. M. McWey, A. J. Blow, M. Rastogi et R. Singh (dir.), *The handbook of systemic family therapy* (p. 97-118). John Wiley & Sons.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W. C. et Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(1), 134-151. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00106>
- Woody, S. R. et Ollendick, T. H. (2006). Technique factors in treating anxiety disorders. Dans L. Castonguay et L. E. Beutler (dir.), *Principles of therapeutic change that work* (p. 167-186). Oxford University Press.
- Zaider, T. I., Heimberg, R. G. et Lida, M. (2010). Anxiety disorders and intimate relationships: A study of daily processes in couples. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 163. <https://doi.org/10.1037/a0018473>
- Zemp, M., Bodenmann, G. et Cummings, E. M. (2016). The significance of interparental conflict for children. *European Psychologist*, 21(2), 99-108. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000245>

Chapitre 06

- Abramovitch, A. et Schweiger, A. (2015). Misuse of cognitive neuropsychology in psychiatry research: The intoxicating appeal of neo-reductionism. *Behavior Therapist*, 38(7), 187-191.
- Abramovitch, A., Short, T. et Schweiger, A. (2021). The C factor: Cognitive dysfunction as a transdiagnostic dimension in psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 86. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102007>
- Airaksinen, E., Larsson, M. et Forsell, Y. (2005). Neuropsychological functions in anxiety disorders in population-based samples: Evidence of episodic memory dysfunction. *Journal of Psychiatric Research*, 39(2), 207-214. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2004.06.001>
- Alves, M. R. P., Pereira, V. M., Machado, S. et Nardi, A. E. (2013). Cognitive functions in patients with panic disorder: A literature review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 35(2), 193-200. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1000>
- Arnett, P. (2013). *Secondary influences on neuropsychological test performance*. Oxford University Press.
- Baddeley, A. D. (2002). Is working memory still working? *European Psychologist*, 7(2), 85-97. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1027/1016-9040.7.2.85>
- Becker, E. S., Roth, W. T., Andrich, M. et Margraf, J. (1999). Explicit memory in anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1). <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.108.1.153>
- Bennett-Levy, J., Klein-Boonschate, M. A., Batchelor, J., McCarter, R. et Walton, N. (1994). Encounters with Anna Thompson: The consumer's experience of neuropsychological assessment. *The Clinical Neuropsychologist*, 8(2), 219-238. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/13854094080401559>
- Bernard, M. M. T., Luc, M., Carrier, J. D., Fournier, L., Duhoux, A., Côté, E., Lessard, O., Gibeault, C., Bocti, C. et Roberge, P. (2018). Patterns of benzodiazepines use in primary care adults with anxiety disorders. *Heliyon*, 4(7). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00688>
- Bezeau, S. et Graves, R. (2001). Statistical power and effect sizes of clinical neuropsychology research. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23(3), 399-406. <https://doi.org/10.1076/jcen.23.3.399.1181>
- Butters, M. A., Bhalla, R. K., Andrescu, C., Wetherell, J. L., Mantella, R., Begley, A. E. et Lenze, E. J. (2011). Changes in neuropsychological functioning following treatment for late-life generalised anxiety disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 199(3), 211-218. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.090217>
- Cambridge, O. R., Knight, M. J., Mills, N. et Baune, B. T. (2018). The clinical relationship between cognitive impairment and psychosocial functioning in major depressive disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*, 269, 157-171. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.033>
- Clarke, P. et MacLeod, C. (2013). The impact of anxiety on cognitive task performance. Dans P. A. Arnett (dir.), *Secondary influences on neuropsychological test performance* (p. 93-116). Oxford University Press.
- Coe, R. (2002, 12-14 septembre). *It's the effect size, stupid* [communication par affiche]. Annual Conference of the British Educational Research Association, University of Exeter, Royaume-Uni. <https://www.semanticscholar.org/paper/lt-%27-s-the-Effect-Size-%2C-Stupid-What-effect-size-is-Coe/c5ac87df5d6e0e6b6de2f745284835c2a368b0f7>

- Coles, M. E. et Heimberg, R. G. (2005). Recognition bias for critical faces in social phobia: A replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 43(1), 109-120. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.brat.2003.12.001>
- Crowe, S. F. et Stranks, E. K. (2018). The residual medium and long-term cognitive effects of benzodiazepine use: An updated meta-analysis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 33(7), 901-911. <https://doi.org/10.1093/arclin/acx120>
- Daviu, N., Bruchas, M. R., Moghaddam, B., Sandi, C. et Beyeler, A. (2019). Neurobiological links between stress and anxiety. *Neurobiology of Stress*, 11. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2019.100191>
- DeLuca, A. K., Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Butters, M. A., Karp, J. F., Dew, M. A., Pollock, B. G., Shear, M. K., Houck, P. R. et Reynolds III, C. F. (2005). Comorbid anxiety disorder in late life depression: Association with memory decline over four years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(9), 848-854. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/gps.1366>
- Derakshan, N. et Eysenck, M. W. (2009). Anxiety, processing efficiency, and cognitive performance: New developments from attentional control theory. *European Psychologist*, 14(2). <https://psycnet.apa.org/doi/10.1027/1016-9040.14.2.168>
- Dorenkamp, M. A. et Vik, P. (2018). Neuropsychological assessment anxiety: A systematic review. *Practice Innovations*, 3(3), 192. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pri0000073>
- Dorenkamp, M. A. et Vik, P. (2020). Assessment-related anxiety among older adults: Development of a measure. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/13825585.2020.1826398>
- East-Richard, C., R.-Mercier, A., Nadeau, D. et Cellard, C. (2019). Transdiagnostic neurocognitive deficits in psychiatry: A review of meta-analyses. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 61(3), 190-214. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cap0000196>
- Etkin, A. (2009). Functional neuroanatomy of anxiety: A neural circuit perspective. Dans M. B. Stein et T. Steckler (dir.), *Behavioral neurobiology of anxiety and its treatment* (p. 251-277). Springer.
- Evans, V. C., Iverson, G. L., Yatham, L. N. et Lam, R. W. (2014). The relationship between neurocognitive and psychosocial functioning in major depressive disorder: A systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(12), 1359-1370. <https://doi.org/10.4088/jcp.13r08939>
- Eysenck, M. W. et Derakshan, N. (2011). New perspectives in attentional control theory. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 955-960. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.paid.2010.08.019>
- Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R. et Calvo, M. G. (2007). Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory. *Emotion*, 7(2). <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.2.336>
- Foa, E. B., Gilboa-Schechtman, E., Amir, N. et Freshman, M. (2000). Memory bias in generalized social phobia: Remembering negative emotional expressions. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(5), 501-519.
- Garrison, K. E. et Schmeichel, B. J. (2020). Getting over it: Working memory capacity and affective responses to stressful events in daily life. *Emotion*. Prépublication. <https://doi.org/10.1037/emo0000755>
- Gould, K. R., Ponsford, J. L. et Spitz, G. (2014). Association between cognitive impairments and anxiety disorders following traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 36(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/13803395.2013.863832>
- Guilmette, T. J., Sweet, J. J., Hebben, N., Koltai, D., Mahone, E. M., Spiegler, B. J., Stucky, K. S., Westerveld, M. et Conference Participants. (2020). American Academy of Clinical Neuropsychology consensus conference statement on uniform labeling of performance test scores. *The Clinical Neuropsychologist*, 34(3), 437-453. <https://doi.org/10.1080/13854046.2020.1722244>
- Harber, L., Hamidian, R., Bani-Fatemi, A., Wang, K. Z., Dada, O., Messina, G., Monda, M., Chieffi, S. et De Luca, V. (2019). Meta-analysis of neuropsychological studies in panic disorder patients: Evidence of impaired performance during the emotional stroop task. *Neuropsychobiology*, 78(1), 7-13. <https://doi.org/10.1159/000496623>
- Harvey, P. D. (2012). Clinical applications of neuropsychological assessment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(1), 91-99. <https://dx.doi.org/10.31887%2FDCNS.2012.14.1%2Fpharvey>
- Hedges, L. V. (1981). Distribution theory for Glass's estimator of effect size and related estimators. *Journal of Educational Statistics*, 6(2), 107-128. <https://doi.org/10.3102%2F10769986006002107>
- Hofmann, S. G., Ellard, K. K. et Siegle, G. J. (2012). Neurobiological correlates of cognitions in fear and anxiety: A cognitive-neurobiological information-processing model. *Cognition & Emotion*, 26(2), 282-299. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/02699931.2011.579414>
- Ihle, A., Kliegel, M., Hering, A., Ballhausen, N., Lagner, P., Benusch, J., Cichon, A., Zergiebel, A., Oris, M. et Schnitzpahn, K. M. (2014). Adult age differences in prospective memory in the laboratory: Are they related to higher stress levels in the elderly? *Frontiers in Human Neuroscience*, 8. <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffnhum.2014.01021>
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K. et Van Ameringen, M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1-83. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Bedirhan, U. et Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18(1), 23-33. <http://dx.doi.org/10.1017/S1121189X00001421>
- Kizilbash, A. H., Vanderploeg, R. D. et Curtiss, G. (2002). The effects of depression and anxiety on memory performance. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17(1), 57-67.
- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Roberts, A. L., Martin, L. T., Kubzansky, L., Harrington, H., Poulton, R. et Caspi, A. (2009). Childhood IQ and adult mental disorders: A test of the cognitive reserve hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, 166(1), 50-57. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08030343>
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863>
- LeDoux, J. E. et Pine, D. S. (2016). Using neuroscience to help understand fear and anxiety: A two-system framework. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1083-1093. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16030353>
- Leininger, S. et Skelton, R. (2012). Cortisol and self-report measures of anxiety as predictors of neuropsychological performance. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 27(3), 318-328. <https://doi.org/10.1093/arclin/acr035>
- Leonard, K. et Abramovitch, A. (2019). Cognitive functions in young adults with generalized anxiety disorder. *European Psychiatry*, 56(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.10.008>
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W. et Fischer, J. S. (2004). *Neuropsychological assessment* (4^e éd.). Oxford University Press.
- Mantella, R. C., Butters, M. A., Dew, M. A., Mulsant, B. H., Begley, A. E., Tracey, B., Shear, M. K., Reynolds III, C. F. et Lenze, E. J. (2007). Cognitive impairment in late-life generalized anxiety disorder. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(8), 673-679. <https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e31803111f2>
- Millan, M. J., Agid, Y., Brüne, M., Bullmore, E. T., Carter, C. S., Clayton, N. S., Connor, R., Davis, S., Deakin, B., DeRubeis, R. J., Dubois, B., Geyer, M. A., Goodwin, G. M., Gorwood, P., Jay, T. M., Joëls, M., Mansuy, I. M., Meyer-Linderberg, A., Murphy, D., ... Young, L. J. (2012). Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: Characteristics, causes and the quest for improved therapy. *Nature Reviews Drug Discovery*, 11(2), 141-168. <https://doi.org/10.1038/nrd3628>
- Moran, T. P. (2016). Anxiety and working memory capacity: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, 142(8), 831-864. <https://doi.org/10.1037/bul0000051>
- Morgan, J. (2010). Autobiographical memory biases in social anxiety. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 288-297. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.003>
- Mountjoy, T., Field, S., Stapleton, A. et Kemp, S. (2017). Experiences of attending neuropsychological assessment: A service evaluation. *Clinical Psychology Forum*, 292, 24.
- O'Donnell, P. S. (2017). Executive functioning profiles and test anxiety in college students. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 35(5), 447-459. <https://doi.org/10.1177%2F0734282916641554>
- O'Jile, J. R., Schrimsher, G. W. et O'Bryant, S. E. (2005). The relation of self-report of mood and anxiety to CVLT-C, CVLT, and CVLT-2 in a psychiatric sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20(4), 547-553.
- Okawa, S., Hamatani, S., Hayashi, Y., Arai, H., Nihei, M., Yoshida, T., Takahashi, J., Shimizu, E. et Hirano, Y. (2020). Neuropsychological comparison between patients with social anxiety and healthy controls: Weak central coherence and visual scanning deficit. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 2849-2855. <https://doi.org/10.2147/NDT.S283950>
- O'Sullivan, K. et Newman, E. F. (2014). Neuropsychological impairments in panic disorder: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 167, 268-284. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.024>
- O'Toole, M. S. et Pedersen, A. D. (2011). A systematic review of neuropsychological performance in social anxiety disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(3), 147-161. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.565801>
- O'Toole, M. S., Pedersen, A. D., Hougaard, E. et Rosenberg, N. K. (2015). Neuropsychological test performance in social anxiety disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(6), 1726-1734. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.997288>
- Robinson, O. J., Vytal, K., Cornwell, B. R. et Grillon, C. (2013). The impact of anxiety upon cognition: Perspectives from human threat of shock studies. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00203>
- Schlemmer, M. et Desrichard, O. (2018). Is medical environment detrimental to memory? A test of a white coat effect on older people's memory performance. *Clinical Gerontologist*, 41(1), 77-81. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/07317115.2017.1307891>
- Schmeichel, B. J. et Tang, D. (2015). Individual differences in executive functioning and their relationship to emotional processes and responses. *Current Directions in Psychological Science*, 24(2), 93-98. <https://doi.org/10.1177%2F0963721414555178>
- Schweizer, S., Grah, J., Hampshire, A., Mobbs, D. et Dalgleish, T. (2013). Training the emotional brain: Improving affective control through emotional working memory training. *Journal of Neuroscience*, 33(12), 5301-5311. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2593-12.2013>
- Scott, J. C., Matt, G. E., Wrocklage, K. M., Crnich, C., Jordan, J., Southwick, S. M., Krystal, J. H. et Schweinsburg, B. C. (2015). A quantitative meta-analysis of neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 141(1), 105-140. <https://doi.org/10.1037/a0038039>
- Shechner, T., Britton, J. C., Pérez-Edgar, K., Bar-Haim, Y., Ernst, M., Fox, N. A., Leibenluft, E. et Pine, D. S. (2012). Attention biases, anxiety, and development: Toward or away from threats or rewards? *Depression and Anxiety*, 29(4), 282-294. <https://doi.org/10.1002/da.20914>
- Shi, R., Sharpe, L. et Abbott, M. (2019). A meta-analysis of the relationship between anxiety and attentional control. *Clinical Psychology Review*, 72. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101754>
- Shin, N. Y., Lee, T. Y., Kim, E. et Kwon, J. S. (2014). Cognitive functioning in obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(6). <https://doi.org/10.1017/s003291713001803>
- Sindi, S., Fiocco, A. J., Juster, R. P., Pruessner, J. et Lupien, S. J. (2013). When we test, do we stress? Impact of the testing environment on cortisol secretion and memory performance in older adults. *Psychoneuroendocrinology*, 38(8), 1388-1396. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.12.004>
- Smitherman, T. A., Huerkamp, J. K., Miller, B. I., Houle, T. E. et O'Jile, J. R. (2007). The relation of depression and anxiety to measures of executive functioning in a mixed psychiatric sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(5), 647-654. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.acn.2007.04.007>
- Snyder, H. R., Miyake, A. et Hankin, B. L. (2015). Advancing understanding of executive function impairments and psychopathology: Bridging the gap between clinical and cognitive approaches. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://dx.doi.org/10.3389%2Fpsyg.2015.00328>

- Strauss, E., Sherman, E. et Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests*. Oxford University Press.
- Sutterby, S. R. et Bedwell, J. S. (2012). Lack of neuropsychological deficits in generalized social phobia. *PLoS ONE*, 7(8). <https://psycnet.apa.org/doi/10.1371/journal.pone.0042675>
- Troller-Renfree, S. V., Barker, T. V., Pine, D. S. et Fox, N. A. (2015). Cognitive functioning in socially anxious adults: Insights from the NIH Toolbox Cognition Battery. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://psycnet.apa.org/doi/10.3389/fpsyg.2015.00764>
- Turner III, H. M. et Bernard, R. M. (2006). Calculating and synthesizing effect sizes. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 33, 42-55. <https://doi.org/10.1044/cicsd.33.5.42>
- Ventura, J., Helleman, G. S., Thames, A. D., Koellner, V. et Nuechterlein, K. H. (2009). Symptoms as mediators of the relationship between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 113(2-3), 189-199. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.035>
- Waldstein, S. R., Ryan, C. M., Jennings, J. R., Muldoon, M. F. et Manuck, S. B. (1997). Self-reported levels of anxiety do not predict neuropsychological performance in healthy men. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 12(6), 567-574.
- Watt, S. et Crowe, S. F. (2018). Examining the beneficial effect of neuropsychological assessment on adult patient outcomes: A systematic review. *The Clinical Neuropsychologist*, 32(3), 368-390. <https://doi.org/10.1080/13854046.2017.1414885>
- Winkworth, O. et Thomas, S. J. (2019). Comparing neuropsychological performance in adults with obsessive-compulsive disorder, attention-deficit hyperactivity disorder and healthy controls: An online study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 23. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jocrd.2019.100477>
- Xiu, L., Wu, J., Chang, L. et Zhou, R. (2018). Working memory training improves emotion regulation ability. *Scientific Reports*, 8(1), 1-11. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-31495-2>
- Yerkes, R. M. et Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459-482. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/cne.920180503>
- Zalewski, C., Thompson, W. et Gottesman, I. (1994). Comparison of neuropsychological test performance in PTSD, generalized anxiety disorder, and control Vietnam veterans. *Assessment*, 1(2), 133-142. <https://doi.org/10.1177/1073191194001002003>

Chapitre 07

- Andrews, G., Bell, C., Boyce, P., Gale, C., Lampe, L., Marwat, O., Rapee, R. et Wilkins, G. (2018). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(12), 1109-1172. <https://doi.org/10.1177%2F004867418799453>
- Aquin, J. P., El-Gabalawy, R., Sala, T. et Sareen, J. (2017). Anxiety disorders and general medical conditions: Current research and future directions. *Focus*, 15(2), 173-181. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20160044>
- Bandelow, B., Michaelis, S. et Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93-107. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>
- Batelaan, N. M., Bosman, R. C., Muntingh, A., Scholten, W. D., Huijbregts, K. M. et van Balkom, A. (2017). Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. *The BMJ*, 358. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3927>
- Bhattacharya, R., Shen, C. et Sambamoorthi, U. (2014). Excess risk of chronic physical conditions associated with depression and anxiety. *BMC Psychiatry*, 14(10). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-10>
- Ghods, A. J., Ruban, D. S., Wallace, D. et Byrne, R. W. (2013). Differentiating ictal panic with low-grade temporal lobe tumors from psychogenic panic attacks. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(11), 1071-1075. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08378>
- Greenblatt, H. K. et Greenblatt, D. J. (2018). Gabapentin and pregabalin in the treatment of anxiety disorders. *Clinical Pharmacology in Drug Development*, 7(3), 228-232. <https://doi.org/10.1002/cpdd.446>
- Harter, M. C., Conway, K. P. et Merikangas, K. R. (2003). Association between anxiety disorders and physical illness. *European Archives in Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(6), 313-320. <https://doi.org/10.1007/s00406-003-0449-y>
- Ismail, Z., Gatchel, J., Bateman, D. R., Barcelos-Ferreira, R., Cantillon, M., Jaeger, J., Donovan, N. J. et Mortby, M. E. (2018). Affective and emotional dysregulation as pre-dementia risk markers: Exploring the mild behavioral impairment symptoms of depression, anxiety, irritability, and euphoria. *International Psychogeriatrics*, 30(2), 185-196. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001880>
- Kennedy, S. H., Lam, R. W., McIntyre, R. S., Tourjman, S. V., Bhat, V., Blier, P., Hasnain, M., Jollant, F., Levitt, A. J., MacQueen, G. M., McInerney, S. J., McIntosh, D., Milev, R. V., Müller, D. J., Parikh, S. V., Pearson, N. L., Ravindran, A. V., Uher, R. et CANMAT Depression Work Group. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3. Pharmacological treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry/La revue canadienne de psychiatrie*, 61(9), 540-560. <https://doi.org/10.1177/0706743716659417>
- Kong, W., Deng, H., Wan, J., Zhou, Y., Zhou, Y., Song, B. et Wang, X. (2020). Comparative remission rates and tolerability of drugs for generalised anxiety disorder: A systematic review and network meta-analysis of double-blind randomized controlled trials. *Frontiers in Pharmacology*, 11, 1-16. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.580858>
- Masdrakis, V. et Baldwin, D. S. (2021). Anticonvulsant and antipsychotic medication in the pharmacotherapy of panic disorder: A structured review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 11, 1-24. <https://doi.org/10.1177%2F20451252311002320>

- Montejo, A. L., Prieto, N., de Alarcón, R., Casado-Espada, N., de la Iglesia, J. et Montejo, L. (2019). Management strategies for antidepressant-related sexual dysfunction: A clinical approach. *Journal of Clinical Medicine*, 8(10), 1640. <https://doi.org/10.3390/jcm8101640>
- Nafti, M., Sirois, C., Kroger, E., Carmichael, P.-H. et Laurin, D. (2020). Is benzodiazepine use associated with the risk of dementia and cognitive impairment—not dementia in older persons? The Canadian Study of Health and Aging. *Annals in Pharmacology*, 54(3), 219-225. <https://doi.org/10.1177/1060028019882037>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L. et Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Olsson, M., Marcus, S. C., Tedeschi, M. et Wan, G. J. (2006). Continuity of antidepressant for adults with depression in the United States. *The American Journal of Psychiatry*, 163(1), 101-108. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.101>
- Roy-Byrne, P. (2015). Treatment-refractory anxiety; definition, risk factors, and treatment challenges. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(2), 191-206. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.2/proybyrne>
- Samples, H. et Mojtabai, R. (2015). Antidepressant self-discontinuation: Results from the collaborative psychiatric epidemiology surveys. *Psychiatric Services*, 66(5), 455-462.
- Santoro, N. (2015). Perimenopause: From research to practice. *Journal of Women's Health*, 25(4), 332-339. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5556>
- Sharma, T., Guski, L. S., Freund, N. et Götzsche, P. C. (2016). Suicidality and aggression during antidepressant treatment: Systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *The BMJ*, 352. <https://doi.org/10.1136/bmj.i65>
- Stella, F., Radanovic, M., Balthazar, M. L., Canineu, P. R., de Souza, L. C. et Forlenza, O. V. (2014). Neuropsychiatric symptoms in the prodromal stages of dementia. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(3), 230-235. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000050>
- Zhang, Y., Ren, R., Sanford, L. D., Yang, L., Ni, Y., Zhou, J., Zhang, J., Wing, Y.-K., Shi, J. et Tang, X. (2020). The effect of prazosin on sleep disturbances in post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*, 67, 225-231. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.06.010>

Chapitre 08

- Abbass, A. A., Rabung, S., Leichsenring, F., Refseth, J. S. et Midgley, N. (2013). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A meta-analysis of short-term psychodynamic models. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(8), 863-875. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.014>
- Ahlen, J., Breitholtz, E., Barrett, P. M. et Gallegos, J. (2012). School-based prevention of anxiety and depression: A pilot study in Sweden. *Advances in School Mental Health Promotion*, 5(4), 246-257. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2012.730352>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. et Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), 267-283. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000246070.23695.06>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5^e éd.)*. American Psychiatric Publishing.
- Aunes, T. et Stiles, T. C. (2009). Universal-based prevention of syndromal and subsyndromal social anxiety: A randomized controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 867-879. <https://doi.org/10.1037/a0015813>
- Balle, M. et Tortella-Feliu, M. (2009). Efficacy of a brief school-based program for selective prevention of childhood anxiety. *Anxiety, Stress and Coping*, 23(1), 71-85. <https://doi.org/10.1080/10615800802590652>
- Barrett, P. M., Lowry-Webster, H. et Turner, C. M. (1999). *Friends for youth group leader manual*. Australian Academic Press.
- Barrett, P. M., Sonderegger, R. et Xenos, S. (2003). Using FRIENDS to combat anxiety and adjustment problems among young migrants to Australia: A national trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(2), 241-260. <https://doi.org/10.1177/1359104503008002008>
- Barrett, P. et Turner, C. (2010). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 399-410. <https://doi.org/10.1348/014466501163887>
- Bluteau, J. et Julien, C. (2015). *In vivo : programme de développement de compétences pour faire face au stress*. Les Centres jeunesse de Lanaudière.
- Bögels, S. et Restifo, K. (2013). *Mindful parenting: A guide for mental health practitioners*. Springer Science and Business Media.
- Bouvard, M. (2008). *Échelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent (vol. 1)*. Masson.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C. et Ollendick, T. H. (2018). Effective play-based interventions for social anxiety disorder. Dans A. A. Drewes et C. E. Schaefer (dir.), *Play-based interventions for childhood anxieties, fears, and phobias* (p. 177-194). The Guilford Press.
- Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systematic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36(2), 107-157. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12032>
- Chambless, D. L. et Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.66.1.7>
- Chorpita, B. F., Tracey, S. A., Brown, T. A., Collica, T. J. et Barlow, D. H. (1997). Assessment of worry in children and adolescents: An adaptation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 569-581.

- Chronis-Tuscano, A., Rubin, K. H., O'Brien, K. A., Coplan, R. J., Thomas, S. R., Dougherty, L. R., Cheah, C. S. L., Watts, K., Heverly-Fitt, S., Huggins, S. L., Menzer, M., Schulz Begle, A. et Wimsatt, M. (2015). Preliminary evaluation of a multimodal early intervention program for behaviorally inhibited preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(3), 534. <http://doi.org/10.1037/a0039043>
- Clauss, J. A. et Blackford, J. U. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: A meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51*(10), 1066-1075. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.002>
- Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H. H. et Riedel-Heller, S. G. (2014). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: A systematic review. *Health Promotion International, 29*(3), 427-441. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat001>
- Cournoyer-G., M., Bergeron, L., Piché, G. et Berthiaume, C. (2013). Comorbidité entre les troubles anxieux et la dépression chez les enfants âgés de 6 à 11 ans. *Revue de psychoéducation, 42*(1), 49-66. <https://doi.org/10.7202/1061723ar>
- Creswell, C., Waite, P. et Hudson, J. (2020). Practitioner review: Anxiety disorders in children and young people—assessment and treatment. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 61*(6), 628-643. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13186>
- de Lijster, J. M., Dieleman, G. C., Utens, E. M., Dierckx, B., Wierenga, M., Verhulst, F. C. et Legerstee, J. S. (2018). Social and academic functioning in adolescents with anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 230*, 108-117. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.008>
- de Lijster, J. M., Dierckx, B., Utens, E. M., Verhulst, F. C., Zieldorff, C., Dieleman, G. C. et Legerstee, J. S. (2017). The age of onset of anxiety disorders: A meta-analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry/La revue canadienne de psychiatrie, 62*(4), 237. <https://doi.org/10.1177/0706743716640757>
- Donovan, C. L., Cobham, V., Waters, A. M. et Occhipinti, S. (2015). Intensive group-based CBT for child social phobia: A pilot study. *Behavior Therapy, 46*, 350-364. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2014.12.005>
- Dumas, J. E. (2013). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. De Boeck Supérieur.
- Dumont, M., Massé, L., Potvin, P. et Leclerc, D. (2012). *Funambule : pour une gestion équilibrée de la stress*. CTREQ.
- Ebert, D. D., Zarski, A.-C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M. et Riper, H. (2015). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: A meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PLoS ONE, 10*(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.01119895>
- Essau, C. A., Conrad, J., Sasagawa, S. et Ollendick, T. H. (2012). Prevention of anxiety symptoms in children: Results from a universal school-based trial. *Behavior Therapy, 43*(2), 450-464. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.08.003>
- Feldman, G., Dunn, E., Stemple, C., Bell, K. et Greeson, J. (2014). Mindfulness and rumination as predictors of persistence with a distress tolerance task. *Personality and Individual Differences, 56*, 154-158. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.paid.2013.08.040>
- Felsman, P., Seifert, C. M. et Himle, J. A. (2019). The use of improvisational theater training to reduce social anxiety in adolescents. *The Arts in Psychotherapy, 63*, 111-117. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.12.001>
- Finning, K., Ukoumunne, O. C., Ford, T., Danielson-Waters, E., Shaw, L., Romero De Jager, I., Stentford, L. et Moore, D. A. (2019). The association between anxiety and poor attendance at school—a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health, 24*(3), 205-216. <https://doi.org/10.1111/camh.12322>
- Finstuen, C. (2011). *Addressing childhood anxiety through a combination of yoga and art experiences* (publication n° 342519) [thèse de doctorat, Institute of Transpersonal Psychology]. ProQuest Dissertations Publishing.
- Firzly, N., Linares, N. N., Jones, G. et Aubry, T. (2021). La mise en œuvre d'une évaluation des besoins pour un conseil scolaire minoritaire : interventions psychologiques centrées sur les enfants et les adolescents et basées sur des données probantes. *Canadian Journal of Community Mental Health, 40*(1). <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2021-006>
- Fisak, B. J., Richard, D. et Mann, A. (2011). The prevention of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review. *Prevention Science, 12*(3), 255-268. <https://doi.org/10.1007/s11121-011-0210-0>
- Flannery-Schroeder, E. C. et Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research, 24*(3), 251-278. <https://doi.org/10.1023/A:1005500219286>
- Frederick, C. J., Pynoos, R. S. et Nader, K. O. (1992). *Childhood Posttraumatic Stress Reaction Index (CPTS-R)*.
- Friedberg, R. D. et McClure, J. M. (2002). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents. The nuts and bolts*. Guilford.
- García, L. M. R., Toni, C. G. D. S., Batista, A. P. et Zeggio, L. (2019). Evaluation of the effectiveness of the fun FRIENDS program. *Trends in Psychology, 27*(4), 925-941.
- Gershoff, E. T., Grogan-Kaylor, A., Lansford, J. E., Chang, L., Zelli, A., Deater-Deckard, K. et Dodge, K. A. (2010). Parent discipline practices in an international sample: Associations with child behaviors and moderation by perceived normativeness. *Child Development, 81*(2), 487-502. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01409.x>
- Gervais, J., Bouchard, S. et Gagnier, N. (2011). Using stories to prevent anxiety disorders in a school context: Dominique's handy tricks program. Dans S. Selek (dir.), *Different views of anxiety disorders* (p. 339-354). inTech.
- Ginsburg, G. S. (2009). The Child Anxiety Prevention Study: Intervention model and primary outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(3), 580. <https://doi.org/10.1037/a0014486>
- Goodyear-Brown, P. et Andersen, E. (2018). Play therapy for separation anxiety in children. Dans A. A. Drewes et C. E. Schaefer (dir.), *Play-based interventions for childhood anxieties, fears, and phobias* (p. 158-176). The Guilford Press.
- Grenier, P. (2017). *L'étiologie, l'évaluation et le traitement cognitif et comportemental du trouble d'anxiété sociale chez l'enfant* [thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières]. Depot-e. <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/8036/1/031624599.pdf>
- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S. et Munro, K. (2018). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy for children with anxiety: Outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 47*(2), 296-311. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1110822>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. et Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hirschfeld, R. M. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 3*(6), 244. <https://doi.org/10.4088/pcc.v03n0609>
- Hough, P. D. (2019). *The effects of child-centered play therapy on the autonomic nervous system of children with a generalized anxiety disorder* (publication n° 27667268) [thèse de doctorat, University of Texas]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Hovenkamp-Hermelink, J. H., Jeronimus, B. F., Myroniuk, S., Riese, H. et Schoevers, R. A. (2021). Predictors of persistence of anxiety disorders across the lifespan: A systematic review. *The Lancet Psychiatry, 8*(5), 428-443.
- Howes Vallis, E., Zwicker, A., Uher, R. et Pavlova, B. (2020). Cognitive-behavioural interventions for prevention and treatment of anxiety in young children: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 81*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101904>
- Institut de la statistique du Québec (2018). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.
- Jacquart, J., Dutcher, C. D., Freeman, S. Z., Stein, A. T., Dinh, M., Carl, E. et Smits, J. A. J. (2019). The effects of exercise on transdiagnostic treatment targets: A meta-analytic review. *Behaviour Research and Therapy, 115*, 19-37. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.007>
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A. et Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2*(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004690.pub4>
- James, A. C., Reardon, T., Soler, A., James, G. et Creswell, C. (2020). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013162.pub2>
- Johnson, C., Burke, C., Brinkman, S. et Wade, T. (2016). Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents. *Behaviour Research and Therapy, 81*, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.03.002>
- Johnstone, K. M., Kemps, E. et Chen, J. (2018). A meta-analysis of universal school-based prevention programs for anxiety and depression in children. *Clinical Child and Family Psychology Review, 21*(4), 466-481. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0266-5>
- Kallapiran, K., Koo, S., Kirubakaran, R. et Hancock, K. (2015). Review: Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: A meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health, 20*(4), 182-194. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/camh.12113>
- Keles, B., McCrae, N. et Grealish, A. (2019). A systematic review: The influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth, 25*(1), 79-93. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590851>
- Kendall, P. C. (1990). *Coping cat workbook*. Temple University.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(1), 100-110. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.1.100>
- Kendall, P. C. (2012). Anxiety disorders in youth. Dans P. C. Kendall (dir.), *Child and adolescent therapy. Cognitive-behavioral procedures* (4^e éd., p. 143-189). Guilford Press.
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E. et Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(2), 282. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.282>
- Kendall, P. C., Makover, H., Swan, A., Carper, M. M., Mercado, R., Kagan, E. et Crawford, E. (2016). What steps to take? How to approach concerning anxiety in youth? *Clinical Psychology, 23*(3), 211-229. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12156>
- Kendall, P. C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E. et Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at a 7.4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(2), 276. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.2.276>
- Knopik, V. S., Neiderhiser, J. M., DeFries, J. C. et Plomin, R. (2017). *Behavioral genetics* (7^e éd.). Worth.
- Kodish, I., Rockhill, C., Ryan, S. et Varley, C. (2011). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Pediatric Clinics, 58*(1), 55-72. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2010.10.002>
- Krämer, M., Seefeldt, W. L., Heinrichs, N., Tuschen-Caffier, B., Schmitz, J., Wolf, O. T. et Blechert, J. (2012). Subjective, autonomic, and endocrine reactivity during social stress in children with social phobia. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*(1), 95-104. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9548-9>
- La Greca, A. M., Dandes, S. K., Wick, P., Shaw, K. et Stone, W. L. (1988). Development of the Social Anxiety Scale for Children: Reliability and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology, 17*, 84-91. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1701_11

- Laurier, C. et Pascuzzo, K. (2021). *Rapport de recherche 2021 – Temps 1 de l'étude sur l'adaptation des jeunes et des familles dans le contexte de la Covid-19*. Université de Sherbrooke.
- Lavey-Khan, S. et Reddick, D. (2020). Painting together: A parent-child dyadic art therapy group. *The Arts in Psychotherapy*, 70. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101687>
- Leigh, E. et Clark, D. M. (2018). Understanding social anxiety disorder in adolescents and improving treatment outcomes: Applying the cognitive model of Clark and Wells (1995). *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(3), 388-414. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0258-5>
- Lesage, A. et Émond, V. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services* (publication n° 1578). Institut national de santé publique du Québec.
- Li, W. H. C., Chung, J. O. K. et Ho, E. K. Y. (2013). Effectiveness of an adventure-based training programme in promoting the psychological well-being of primary schoolchildren. *Journal of Health Psychology*, 18(11), 1478-1492. <https://doi.org/10.1177/1359105312465102>
- Luo, A. et McAloon, J. (2020). Potential mechanisms of change in cognitive behavioral therapy for childhood anxiety: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 38(2), 220-232. <https://doi.org/10.1002/da.23116>
- Maalouf, F. T., Alrojolah, L., Ghandour, L., Affifi, R., Dirani, L. A., Barrett, P., Nakkash, R., Shamseddeen, W., Tabaja, F., Yuen, C. M. et Becker, A. E. (2020). Building emotional resilience in youth in Lebanon: A school-based randomized controlled trial of the FRIENDS intervention. *Prevention Science*, 21(5), 650-660. <https://doi.org/10.1007/s11212-020-01123-5>
- Maggin, D. M. et Johnson, A. H. (2014). A meta-analytic evaluation of the FRIENDS program for preventing anxiety in student populations. *Education and Treatment of Children*, 37(2), 277-306. <https://doi.org/10.1353/etc.2014.0018>
- Manassis, K., Lee, T. C., Bennett, K., Zhao, X. Y., Mendlowitz, S., Duda, S., Saini, M., Wilansky, P., Baer, S., Barrett, P., Bodden, D., Cobham, V. E., Dadds, M. R., Flannery-Schroeder, E., Ginsburg, G., Heyne, D., Hudson, J. L., Kendall, P. C., Liber, J.,... Wood, J. J. (2014). Types of parental involvement in CBT with anxious youth: A preliminary meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1163-1172. <https://doi.org/10.1037/a0036969>
- Manginelli, T. M. (2018). *Psychodynamic animal-assisted play therapy for children with anxiety disorders* (publication n° 10830455) [thèse de doctorat, Azusa Pacific University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Martin, A. et Gosselin, P. (2011). Propriétés psychométriques de l'adaptation francophone d'une mesure de symptômes des troubles anxieux auprès d'enfants et d'adolescents (SCARED-R). *Revue canadienne des sciences du comportement*. Prépublication. <https://doi.org/10.1037/a0023103>
- McDonald, A. et Drey, N. S. (2018). Primary-school-based art therapy: A review of controlled studies. *International Journal of Art Therapy*, 23(1), 33-44. <https://doi.org/10.1080/17454832.2017.1338741>
- McLoone, J., Hudson, J. L. et Rapee, R. M. (2006). Treating anxiety disorders in a school setting. *Education and Treatment of Children*, 29(2), 219-242.
- Mifsud, C. et Rapee, R. M. (2005). Early intervention for childhood anxiety in a school setting: Outcomes for an economically disadvantaged population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10), 996-1004. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000173294.13441.87>
- Mohatt, J., Bennett, S. M. et Walkup, J. T. (2014). Treatment of separation, generalized, and social anxiety disorders in youths. *The American Journal of Psychiatry*, 171(7), 741-748. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13101337>
- Mostert, J. et Loxton, H. (2008). Exploring the effectiveness of the FRIENDS program in reducing anxiety symptoms among South African children. *Behaviour Change*, 25(2), 85-96. <https://doi.org/10.1375/bech.25.2.85>
- Murray, L., Creswell, C. et Cooper, P. J. (2009). The development of anxiety disorders in childhood: An integrative review. *Psychological Medicine*, 39(9), 1413-1423. <https://doi.org/10.1017/S0033291709005157>
- Nail, J. E., Christofferson, J., Ginsburg, G. S., Drake, K., Kendall, P. C., McCracken, J. T., Birmaher, B., Walkup, J. T., Compton, S. N., Keeton, C. et Sakolsky, D. (2015). Academic impairment and impact of treatments among youth with anxiety disorders. *Child and Youth Care Forum*, 44(3), 327-342. <https://doi.org/10.1007/s10566-014-9290-x>
- Navarro, M. C., Orri, M., Nagin, D., Tremblay, R. E., Oncioiu, S. I., Ahun, M. N., Melchior, M., van der Waerden, J., Galéra, C. et Côté, S. M. (2020). Adolescent internalizing symptoms: The importance of multi-informant assessments in childhood. *Journal of Affective Disorders*, 266, 702-709. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.106>
- Neil, A. L. et Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 208-215. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.002>
- Neill, R. D., Lloyd, K., Best, P. et Tully, M. A. (2020). The effects of interventions with physical activity components on adolescent mental health: Systematic review and meta-analysis. *Mental Health and Physical Activity*, 19. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2020.100359>
- Plusquellec, P., Trépanier, L., Juster, R. P., Marin, M.-F., Sindi, S., François, N., Wan, N., Findlay, H., Durand, N. et Lupien, S. (2015). Étude pilote des effets du programme DéStresse et Progrès chez des élèves de 6^e année du primaire intégrés dans une école secondaire. *Éducation et francophonie*, 43(2), 6-29. <https://doi.org/10.7202/1034483ar>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. et Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17(1), 47-67.
- Rapee, R. M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S. et Sweeney, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 488-497. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.488>
- Rapee, R. M., Schniering, C. A. et Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628>
- Rapee, R. M., Wignall, A., Hudson, J. L. et Schniering, C. A. (2000). *Treating anxious children and adolescents: An evidence-based approach*. New Harbinger.
- Reardon, T., Creswell, C., Lester, K. J., Arendt, K., Blatter-Meurier, J., Bögels, S. M., Coleman, J. R. I., Cooper, P. J., Heiervang, E. R., Herren, C., Hogendoorn, S. M., Hudson, J. L., Keers, R., Lyneham, H. J., Marin, C. E., Maaik, N., Rapee, R. M., Roberts, S., Schneider, S.,... Eley, T. C. (2019). The utility of the SCAS-C/P to detect specific anxiety disorders among clinically anxious children. *Psychological Assessment*, 31(8), 1006-1018.
- Reid, E. G. (2009). *A mindfulness workbook for young children: A classroom feasibility trial* (publication n° 3393565) [thèse de doctorat, Columbia University]. ProQuest Digital Dissertations.
- Sandstrom, A., Uher, R. et Pavlova, B. (2020). Prospective association between childhood behavioral inhibition and anxiety: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(1), 57-66. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00588-5>
- Scahill, L., Riddle, M. A. et McSwiggan-Hardin, M. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 844-852. <https://doi.org/10.1097/00004583-199706000-00023>
- Schuch, F. B., Stubbs, B., Meyer, J., Heissel, A., Zech, P., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Deenik, J., Firth, J., Ward, P. B., Carvalho, A. F. et Hiles, S. A. (2019). Physical activity protects from incident anxiety: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Depression and Anxiety*, 36(9), 846-858. <https://doi.org/10.1002/da.22915>
- Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D. et Miller, L. F. (2010). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 218-229. <http://doi.org/10.1007/s10826-009-9301-y>
- Silverman, W. K. et Albano, A. M. (1996). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV: Child version*. Oxford University Press.
- Simon, E., Dirksen, C., Bögels, S. et Bodden, D. (2012). Cost-effectiveness of child-focused and parent-focused interventions in a child anxiety prevention program. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(2), 287-296. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.12.008>
- Smith, A. M., Flannery-Schroeder, E. C., Gorman, K. S. et Cook, N. (2014). Parent cognitive-behavioral intervention for the treatment of childhood anxiety disorders: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 156-161. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.08.010>
- Society of Clinical Child and Adolescent Psychology (2020, 22 novembre). *Evidence-based therapies*. <https://effectivechildtherapy.org/therapies/>
- Spence, S. M. (2001). Prevention strategies. Dans M. W. Vasey et M. R. Dadds (dir.), *The developmental psychopathology of anxiety* (p. 325-354). Oxford University Press.
- Stallard, P., Simpson, N., Anderson, S. et Goddard, M. (2008). The FRIENDS emotional health prevention programme. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(5), 283-289. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0665-5>
- Stallings, P. et March, J. S. (1995). Assessment. Dans J. S. March (dir.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (p. 125-147). Guilford Press.
- Suor, J. H., Jimmy, J., Monk, C. S., Phan, K. L. et Burkhouse, K. L. (2020). Parsing differences in amygdala volume among individuals with and without social and generalized anxiety disorders across the lifespan. *Journal of Psychiatric Research*, 128, 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.05.027>
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C. et Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 965-978. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.002>
- Swain, J. E., Ho, S. S., Rosenblum, K. L., Morelen, D., Dayton, C. J. et Muzik, M. (2017). Parent-child intervention decreases stress and increases maternal brain activity and connectivity during own baby-cry: An exploratory study. *Development and Psychopathology*, 29(2), 535. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000165>
- ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., Kleinjan, M., Penninx, B. W., Batelaan, N. M. et de Graaf, R. (2020). Duration of anxiety disorder and its associated risk indicators: Results of a longitudinal study of the general population. *Depression and Anxiety*, 38(3), 328-336. <https://doi.org/10.1002/da.23103>
- Teubert, D. et Pinquart, M. (2011). A meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(8), 1046-1059. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.07.001>
- Too, L. S., Spittal, M. J., Bugeja, L., Reifels, L., Butterworth, P. et Pirkis, J. (2019). The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *Journal of Affective Disorders*, 259, 302-313. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.054>
- Turgeon, L. et Brousseau, L. (2001). *Entrevue d'évaluation des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents pour le DSM-IV (ADIS-C-P)* [document inédit]. Centre de recherche Fernand-Seguin.
- Turgeon, L. et Brousseau, L. (2018). *Programme Super l'Écureuil pour l'intervention auprès des enfants et des adolescents présentant des problèmes d'anxiété*. Éditions JFD.
- Turgeon, L. et Chartrand, É. (2003a). Psychometric properties of the French-Canadian version of the State-Trait Anxiety Inventory for children. *Educational and Psychological Measurement*, 63(1), 172-181. <https://doi.org/10.1177/0013164402239324>
- Turgeon, L. et Chartrand, É. (2003b). Reliability and validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in a French-Canadian sample. *Psychological Assessment*, 15(3), 378-383. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.3.378>

- Turgeon, L., Chartrand, É. et Brousseau, L. (2005). Traduction et validation du Fear Survey Schedule for Children – Revised (FSSC-R) auprès d'enfants québécois francophones d'âge scolaire. *Mesure et évaluation en éducation*, 28(2), 31-47.
- Turgeon, L., Chartrand, É., Robaey, P. et Gauthier, A.-K. (2006). Qualités psychométriques de la version québécoise du Multidimensional Anxiety Scale for Children. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 11(3), 1-16.
- Valla, J.-P., Bergeron, L., St-Georges, M. et Berthiaume, C. (2000). Le Dominique interactif : présentation, cadre conceptuel, propriétés psychométriques, limites et utilisation. *Revue canadienne de psychoéducation*, 29, 327-347.
- Vasey, M. W., Crnic, K. A. et Carter, W. G. (1994). Worry in childhood: A developmental perspective. *Cognitive Therapy and Research*, 18(6), 529-549.
- Vasey, M. W. et Dadds, M. R. (2001). *The developmental psychopathology of anxiety*. Oxford University Press.
- Wang, D., Liu, S. et Wang, X. (2018). Study on the impact of different music education on emotional regulation of adolescents based on EEG signals. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri/Educational Sciences: Theory and Practice*, 18(5), 1568-1576. <https://doi.org/10.12738/estp.2018.5.054>
- White, J. A. et Hudson, J. L. (2016). The metacognitive model of anxiety in children: Towards a reliable and valid measure. *Cognitive Therapy and Research*, 40, 92-106. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9725-1>
- Wilson, K., Buultjens, M., Monfries, M. et Karim, L. (2017). Equine-assisted psychotherapy for adolescents experiencing depression and/or anxiety: A therapist's perspective. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(1), 16-33. <https://doi.org/10.1177/1359104515572379>
- Wood, J. J. (2006). Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 37(7), 73-87. <https://doi.org/10.1007/s10578-006-0021-x>
- Zdebik, M. A., Boivin, M., Battaglia, M., Tremblay, R. E., Falissard, B. et Côté, S. M. (2019). Childhood multi-trajectories of shyness, anxiety and depression: Associations with adolescent internalizing problems. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 64. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2019.101050>
- Zhang, Y., Liu, W., Lebowitz, E. R., Zhang, F., Hu, Y., Liu, Z., Yang, H., Wu, J., Wang, Y., Silverman, W. K., Yang, Z. et Cheng, W. (2020). Abnormal asymmetry of thalamic volume moderates stress from parents and anxiety symptoms in children and adolescents with social anxiety disorder. *Neuropharmacology*, 180. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2020.108301>
- Zhou, X., Zhang, Y., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., Pu, J., Weisz, J. R., Yang, L., Hetrick, S. E., Del Giovane, C., Cohen, D., James, A. C., Yuan, S., Whittington, C., Jiang, X., Teng, T., Cipriani, A. et Xie, P. (2019). Different types and acceptability of psychotherapies for acute anxiety disorders in children and adolescents: A network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(1), 41-50. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3070>

Chapitre 09

- Abdollahi, A., Carlbring, P., Vaez, E. et Ghahfarokhi, S. A. (2018). Perfectionism and test anxiety among high-school students: The moderating role of academic hardness. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 37(3), 632-639. <https://doi.org/10.1007/s12144-016-9550-z>
- Ariani, D. et Susilo, Y. (2018). Why do it later? Goal orientation, self-efficacy, test anxiety, on procrastination. *ECPS – Journal of Educational Cultural and Psychological Studies*, 17, 45-73. <https://doi.org/10.7358/ecps-2018-017-wahy>
- Assor, A., Roth, G. et Deci, E. L. (2004). The emotional costs of parents' conditional regard: A self-determination theory analysis. *Journal of Personality*, 72(1), 47-88. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00256.x>
- Assor, A. et Tal, K. (2012). When parents' affection depends on child's achievement: Parental conditional positive regard, self-aggrandizement, shame and coping in adolescents. *Journal of Adolescence*, 35(2), 249-260. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.10.004>
- Bandura, A. (1986). Fearful expectations and avoidant actions as coefficients of perceived self-efficacy. *American Psychologist*, 41(12), 1389-1391. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.12.1389>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman/Times Books/Henry Holt et Co.
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C. et Vohs, K. D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, 5(4), 323-370. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.4.323>
- Bodas, J. et Ollendick, T. H. (2005). Test anxiety: A cross-cultural perspective. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(1), 65-88. <https://doi.org/10.1007/s10567-005-2342-x>
- Bodas, J., Ollendick, T. H. et Sovani, A. V. (2008). Test anxiety in Indian children: A cross-cultural perspective. *Anxiety, Stress and Coping*, 21(4), 387-404. <https://doi.org/10.1080/10615800701849902>
- Bouffard, T., Marquis-Trudeau, A. et Vezeau, C. (2015). Le rôle du soutien conditionnel parental dans l'anxiété d'évaluation de l'élève. *Éducation et francophonie*, 43(2), 111-132.
- Brackney, B. E. et Karabenick, S. A. (1995). Psychopathology and academic performance: The role of motivation and learning strategies. *Journal of Counseling Psychology*, 42(4), 456-465. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.42.4.456>
- Brambilla, M., Assor, A., Manzi, C. et Regalia, C. (2015). Autonomous versus controlled religiosity: Family and group antecedents. *International Journal for the Psychology of Religion*, 25(3), 193-210. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/10508619.2014.888902>
- Burcaş, S. et Creţu, R. Z. (2021). Multidimensional perfectionism and test anxiety: A meta-analytic review of two decades of research. *Educational Psychology Review*. Prépédition. <https://doi.org/10.1007/s10648-020-09531-3>
- Carden, R., Bryant, C. et Moss, R. (2004). Locus of control, test anxiety, academic procrastination, and achievement among college students. *Psychological Reports*, 95(2), 581-582. <https://doi.org/10.2466/pr0.95.2.581-582>

- Cargnelutti, E., Tomasetto, C. et Passolunghi, M. C. (2017). How is anxiety related to math performance in young students? A longitudinal study of Grade 2 to Grade 3 children. *Cognition and Emotion*, 31(4), 755-764.
- Carver, C. S. et Scheier, M. F. (1984). Self-focused attention in test-anxiety: A general theory applied to a specific phenomenon. Dans H. M. van der Ploeg, R. Schwarzer et C. D. Spielberger (dir.), *Advances in test anxiety research* (vol. 3, p. 3-20). Swets and Zeitlinger.
- Cassidy, J. C. (2004). The influence of cognitive test anxiety across the learning-testing cycle. *Learning and Instruction*, 14(6), 569-592. <http://dx.doi.org/10.1016/j.learninstruc.2004.09.002>
- Cassidy, J. C. (2010). *Anxiety in schools: The causes, consequences and solutions for academic anxieties*. Peter Lang Publishing.
- Cassidy, J. C. et Johnson, R. E. (2002). Cognitive test anxiety and academic performance. *Contemporary Educational Psychology*, 27(2), 270-295. <https://doi.org/10.1006/ceps.2001.1094>
- Chae, M. S. (2015). The mediating effects of test anxiety on the relationship between socially-prescribed perfectionism and academic burnout of female college students in a dental hygiene department. *Journal of Korean Academy of Oral Health*, 39(4), 295-302. <https://doi.org/10.11149/jkaoh.2015.39.4.295>
- Chamorro-Premuzic, T., Ahmetoglu, G. et Furnham, A. (2008). Little more than personality: Dispositional determinants of test anxiety (the Big Five, core self-evaluations, and self-assessed intelligence). *Learning and Individual Differences*, 18(2), 258-263. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2007.09.002>
- Chapel, M. S., Blanding, Z. B., Silverstein, M. E., Takahashi, M., Newman, B., Gubi, A. et McCann, N. (2005). Test anxiety and academic performance in undergraduate and graduate students. *Journal of Educational Psychology*, 97(2), 268-274. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.97.2.268>
- Cole, D. A., Martin, J. M., Peeke, L. A., Seroczynski, A. D. et Fier, J. (1999). Children's over- and underestimation of academic competence: A longitudinal study of gender differences, depression, and anxiety. *Child Development*, 70(2), 459-473. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00033>
- Cole, D. A., Martin, J. M., Peeke, L. G., Seroczynski, A. D. et Hoffman, K. (1998). Are cognitive errors of underestimation predictive or reflective of depressive symptoms in children: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(3), 481-496. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.3.481>
- Connor, M. J. (2003). Pupil stress and standard assessment tasks (SATs): An update. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 8(2), 101-107. <https://doi.org/10.1080/13632750300507010>
- Costa, P. T., Terracciano, A. et McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 322-331. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.2.322>
- Crocker, J. et Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review*, 108(3), 593-623. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.593>
- Dan, O., Ilan, O. B. et Kurman, J. (2014). Attachment, self-esteem and test anxiety in adolescence and early adulthood. *Educational Psychology*, 34(6), 659-673. <https://doi.org/10.1080/01443410.2013.814191>
- Devine, A., Fawcett, K., Szűcs, D. et Dowker, A. (2012). Gender differences in mathematics anxiety and the relation to mathematics performance while controlling for test anxiety. *Behavioral and Brain Functions*, 8. <https://doi.org/10.1186/1744-9081-8-33>
- Dillon, D. G. et Pizzagalli, D. A. (2018). Mechanisms of memory disruption in depression. *Trends in Neurosciences*, 41(3), 137-149. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2017.12.006>
- Duty, S. M., Christian, L., Loftus, J. et Zappi, V. (2016). Is cognitive test-taking anxiety associated with academic performance among nursing students? *Nurse Educator*, 41(2), 70-74. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000208>
- Eglolf, B. et Schmukle, S. C. (2004). Gender differences in implicit and explicit anxiety measures. *Personality and Individual Differences*, 36(8), 1807-1815. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.07.002>
- Ergene, T. (2003). Effective interventions on test anxiety reduction. *School Psychology International*, 24(3), 313-328. <https://doi.org/10.1177/01430343030243004>
- Eum, K. et Rice, K. G. (2011). Test anxiety, perfectionism, goal orientation, and academic performance. *Anxiety, Stress and Coping*, 24(2), 167-178. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.488723>
- Eysenck, M. W. (1979). Anxiety, learning, and memory: A reconceptualization. *Journal of Research in Personality*, 13(4), 363-385.
- Eysenck, M. W. et Calvo, M. G. (1992). Anxiety and performance: The processing efficiency theory. *Cognition and Emotion*, 6, 409-434.
- Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R. et Calvo, M. G. (2007). Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory. *Emotion*, 7(2), 336-353. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.2.336>
- Feingold, A. (1994). Gender differences in personality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116(3), 429-456. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.429>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. et Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Goetz, T., Preckel, F., Zeidner, M. et Schleyer, E. (2008). Big fish in big ponds: A multilevel analysis of test anxiety and achievement in special gifted classes. *Anxiety, Stress and Coping*, 21(2), 185-198. <https://doi.org/10.1080/10615800701628827>
- Grolnick, W. S. (2002). *The psychology of parental control: How well-meant parenting backfires*. Psychology Press.
- Grolnick, W. S. et Pomerantz, E. M. (2009). Issues and challenges in studying parental control: Toward a new conceptualization. *Child Development Perspectives*, 3(3), 165-170. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2009.00099.x>
- Hancock, D. R. (2001). Effects of test anxiety and evaluative threat on students' achievement and motivation. *Journal of Educational Research*, 94(5), 284-290. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/00220670109598764>
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. The Guilford Press.

- Hembree, R. (1988). Correlates, causes, effects, and treatment of test anxiety. *Review of Educational Research*, 58(1), 47-77. <https://doi.org/10.3102%2F00346543058001047>
- Hill, K. T. et Sarason, S. B. (1966). The relation of test anxiety and defensiveness to test and school performance over the elementary-school years: A further longitudinal study. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 31(2), 1-76. <https://doi.org/10.2307/1165770>
- Huberty, T. J. (2011). Test and performance anxiety. *Principal Leadership*, 10, 12-16.
- Humphreys, M. S. et Revelle, W. (1984). Personality, motivation, and performance: A theory of the relationship between individual differences and information processing. *Psychological Review*, 91(2), 153-184. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.91.2.153>
- Hunt, J. et Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health*, 46(1), 3-10.
- Israeli-Halevi, M., Assor, A. et Roth, G. (2015). Using maternal conditional positive regard to promote anxiety suppression in adolescents: A benign strategy? *Parenting: Science and Practice*, 15(3), 187-206. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/15295192.2015.1053324>
- Leach, L. S., Christensen, H., Mackinnon, A. J., Windor, T. D. et Butterworth, P. (2008). Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: The role of psychosocial mediators. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(12), 983-998. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0388-z>
- Leadbeater, B., Thompson, K. et Gruppiso, V. (2012). Co-occurring trajectories of symptoms of anxiety, depression, and oppositional defiance from adolescence to young adulthood. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(6), 719-730. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.694608>
- Leitenberg, H., Yost, L. W. et Carroll-Wilson, M. (1986). Negative cognitive errors in children: Questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 528-536. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.54.4.528>
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R. et Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 109-117. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.107.1.109>
- Lips, H. M. (2003). The gender pay gap: Concrete indicator of women's progress toward equality. *Analyses of Social Issues and Public Policy (sapi)*, 3(1), 87-109. <https://doi.org/10.1111/j.1530-2415.2003.00016.x>
- Lowe, P. A. et Lee, S. W. (2008). Factor structure of the Test Anxiety Inventory for Children and Adolescents (TAICA) scores across gender among students in elementary and secondary school settings. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 26(3), 231-246. <https://doi.org/10.1177/0734282907303773>
- Lowe, P. A., Lee, S. W., Witteborg, K. M., Prichard, K. W., Luhr, M. E., Cullinan, C. M., Mildren, B. A., Raad, J. M., Cornelius, R. A. et Janik, M. (2008). The Test Anxiety Inventory for Children and Adolescents (TAICA): Examination of the psychometric properties of a new multidimensional measure of test anxiety among elementary and secondary school students. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 26(3), 215-230. <https://doi.org/10.1177/0734282907303760>
- Marin, M.-F., Lord, C., Andrews, J., Juster, R.-P., Sindi, S., Arseneault-Lapierre, G., Fiocco, A. J. et Lupien, S. J. (2011). Chronic stress, cognitive functioning and mental health. *Neurobiology of Learning and Memory*, 96(4), 583-595. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2011.02.016>
- Marsh, H. W. (1987). The big-fish-little-pond effect on academic self-concept. *Journal of Educational Psychology*, 79(3), 280-295. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.79.3.280>
- Martinez, R. S. et Sernrud-Cliekman, M. (2004). Emotional adjustment and school functioning of young adolescents with multiple versus single learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 37(5), 411-420. <https://doi.org/10.1177/00222194040370050401>
- McDonald, A. S. (2001). The prevalence and effects of test anxiety in school children. *Educational Psychology*, 21(1), 89-101. <https://doi.org/10.1080/01443410020019867>
- Meijer, J. (2001). Learning potential and anxious tendency: Test anxiety as a bias in educational testing. *Anxiety, Stress and Coping*, 14(3), 337-362. <https://doi.org/10.1080/10615800108248361>
- Musch, J. et Bröder, A. (1999). Test anxiety versus academic skills: A comparison of two alternative models for predicting performance in a statistics exam. *British Journal of Educational Psychology*, 69, 105-116. <https://doi.org/10.1348/000709999157608>
- Naveh-Benjamin, M., McKeachie, W. J. et Lin, Y. (1987). Two types of test-anxious students: Support for an information processing model. *Journal of Educational Psychology*, 79(2), 131-136. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0022-0663.79.2.131>
- Onwuegbuzie, A. J. et Daley, C. E. (1996). The relative contributions of examination-taking coping strategies and study coping strategies to test anxiety: A concurrent analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 287-303. <https://doi.org/10.1007/BF02229239>
- Otterpohl, N., Lazar, R. et Stiensmeier-Pelster, J. (2019). The dark side of perceived positive regard: When parents' well-intended motivation strategies increase students' test anxiety. *Contemporary Educational Psychology*, 56, 79-90. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2018.11.002>
- Parent-Taillon, É., Bouffard, T. et Maltais, C. (2021). Liens direct et indirect entre les souvenirs d'échecs et le développement des troubles intérieurs. *Revue québécoise de psychologie*, 42(1), 69-95.
- Pekrun, R. (2006). The control-value theory of achievement emotions: Assumptions, corollaries, and implications for educational research and practice. *Educational Psychology Review*, 18(4), 315-341. <https://doi.org/10.1007/s10648-006-9029-9>
- Pekrun, R., Goetz, T., Titz, W. et Perry, R. P. (2002). Academic emotions in students' self-regulated learning and achievement: A program of qualitative and quantitative research. *Educational Psychologist*, 37(2), 91-105. https://doi.org/10.1207/S15326985EP3702_4
- Peleg-Popko, O. (2002). Children's test anxiety and family interaction patterns. *Anxiety, Stress and Coping*, 15(1), 45-59. <https://doi.org/10.1080/10615800290007281>
- Peleg-Popko, O. (2004). Differentiation and test anxiety in adolescents. *Journal of Adolescence*, 27(6), 645-662. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.06.002>
- Peleg-Popko, O. (2009). Test anxiety, academic achievement and self-esteem in Arab adolescents with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 32(1), 11-20.
- Peleg-Popko, O., Klingman, A. et Abu-Hanna Nahhas, I. (2003). Cross-cultural and familial differences between Arab and Jewish adolescents in test anxiety. *International Journal of Intercultural Relations*, 27(5), 525-541.
- Preckel, F., Zeidner, M., Goetz, T. et Schleyer, E. (2008). Female 'big fish' swimming against the tide: The 'big-fish-little-pond effect' and gender ratio in special gifted classes. *Contemporary Educational Psychology*, 33(1), 78-96. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2006.08.001>
- Putwain, D. W. (2007). Test anxiety in UK schoolchildren: Prevalence and demographic patterns. *British Journal of Educational Psychology*, 77(3), 579-593. <https://doi.org/10.1348/000709906X161704>
- Putwain, D. (2008). Do examinations stakes moderate the test anxiety-examination performance relationship? *Educational Psychology*, 28(2), 109-118. <https://doi.org/10.1080/01443410701452264>
- Putwain, D. W. et Best, N. (2011). Fear appeals in the primary classroom: Effects on test anxiety and test grade. *Learning and Individual Difference*, 21(5), 580-584. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.lindif.2011.07.007>
- Putwain, D. W., Connors, L. et Symes, W. (2009). Do cognitive distortions mediate the test anxiety-examination performance relationship? *Educational Psychology*, 30(1), 11-26. <https://doi.org/10.1080/01443410903328866>
- Putwain, D. W. et Daly, A. L. (2014). Test anxiety prevalence and gender differences in a sample of English secondary school students. *Educational Studies*, 40(5), 554-570. <https://doi.org/10.1080/03055698.2014.953914>
- Putwain, D. W., Woods, K. A. et Symes, W. (2010). Personal and situational predictors of test anxiety of students in post-compulsory education. *The British Journal of Educational Psychology*, 80, 137-160. <https://doi.org/10.1348/000709909X466082>
- Rana, R. A. et Nasir Mahmood, N. (2010). The relationship between test anxiety and academic achievement. *Bulletin of Education and Research*, 32, 63-74.
- Rathbone, C. J., Moulin, C. J. A. et Conway, M. A. (2008). Self-centered memories: The reminiscence bump and the self. *Memory and Cognition*, 36(8), 1403-1414. <https://psycnet.apa.org/doi/10.3758/MC.36.8.1403>
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework. Dans S. Koch (dir.), *Psychology: A study of a science. Formulations of the person and the social context* (vol. 3, p. 184-256). McGraw Hill.
- Roth, G., Assor, A., Niemiec, C. P., Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2009). The emotional and academic consequences of parental conditional regard: Comparing conditional positive regard, conditional negative regard, and autonomy support as parenting practices. *Developmental Psychology*, 45(4), 1119-1142. <https://doi.org/10.1037/a0015272>
- Sanson, A., Hemphill, S. A. et Smart, D. (2004). Connections between temperament and social development: A review. *Social Development*, 13(1), 142-170. <https://doi.org/10.1046/j.1467-9507.2004.00261.x>
- Schwarzer, R. (1990). Current trends in anxiety research. Dans P. J. D. Drenth, J. A. Sergeant et R. J. Takens (dir.), *European perspectives in psychology* (vol. 2, p. 225-244). Wiley.
- Sedikides, C., Gaertner, L. et Vevea, J. L. (2005). Pancultural self-enhancement released: A meta-analytic reply to Heine (2005). *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 539-551. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.89.4.539>
- Sedikides, C. et Green, J. D. (2000). On the self-protective nature of inconsistency/negativity management: Using the person memory paradigm to examine self-referent memory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 906-922. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.79.6.906>
- Segool, N., Carlson, J., Goforth, A., von der Embse, N. P. et Barterian, J. (2013). Heightened test anxiety among young children: Elementary school students' anxious responses to high-stakes testing. *Psychology in the Schools*, 50(5), 489-499. <https://doi.org/10.1002/pits.21689>
- Seipp, B. (1991). Anxiety and academic performance: A meta-analysis of findings. *Anxiety Research*, 4(1), 27-41. <https://doi.org/10.1080/08917779108248762>
- Seipp, B. et Schwarzer, C. (1996). Cross-cultural anxiety research: A review. Dans C. Schwarzer et M. Zeidner (dir.), *Stress, anxiety, and coping in academic settings* (p. 13-68). Francke-Verlag.
- Sena, J. D., Lowe, P. A. et Lee, S. W. (2007). Significant predictors of test anxiety among students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 40(4), 360-376. <https://doi.org/10.1177/00222194070400040601>
- Slade, P. D. et Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification*, 22(3), 372-390. <https://doi.org/10.1177/01454455980223010>
- Soenens, B., Vansteenkiste, M. et Luyten, P. (2010). Toward a domain-specific approach to the study of parental psychological control: Distinguishing between dependency-oriented and achievement-oriented psychological control. *Journal of Personality*, 78(1), 217-256. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00614.x>
- Spielberger, C. D. et Vagg, P. R. (1995). *Test anxiety: Theory, assessment, and treatment (Clinical and community psychology)* (1^{re} éd.). Taylor and Francis.
- Stöber, J. et Pekrun, R. (2004). Advances in test anxiety research. *Anxiety, Stress and Coping*, 17(3), 205-211. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/1061580412331303225>
- Swanson, S. et Howell, C. (1996). Test anxiety in adolescents with learning disabilities and behavior disorders. *Exceptional Children*, 62(5), 389-397. <https://doi.org/10.1177%2F001440299606200501>
- Thomas, C. L., Cassidy, J. C. et Finch, W. H. (2018). Identifying severity standards on the cognitive test anxiety scale: Cut score determination using latent class and cluster analysis. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 36(5), 492-508. <https://doi.org/10.1177%2F0734282916686004>

- Trifoni, A. et Shahini, M. (2011). How does exam anxiety affect the performance of university students? *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 2(2), 93-100.
 - Vaillancourt, M. E., Bouffard, T. et Langlois-Mayer, M. P. (2014). Trajectoires jointes des biais d'évaluation de compétence scolaire et des erreurs cognitives et leurs liens avec l'estime de soi et l'anxiété des jeunes. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 46(4), 514-524. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/a0033181>
 - van Eerde, W. (2003). A meta-analytically derived nomological network of procrastination. *Personality and Individual Differences*, 35(6), 1401-1418.
 - Vanstone, D. M. et Hicks, R. E. (2019). Transitioning to university: Coping styles as mediators between adaptive maladaptive perfectionism and test anxiety. *Personality and Individual Differences*, 141, 68-75. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.12.026>
 - von der Embse, N. P., Barterian, J. et Segool, N. (2012). Test anxiety interventions for children and adolescents: A systematic review of treatment studies from 2000–2010. *Psychology in the Schools*, 50(1), 57-71. <https://doi.org/10.1002/pits.21660>
 - von der Embse, N. P., Jester, D., Roy, D. et Post, J. (2018). Test anxiety effects, predictors, and correlates: A 30-year meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders*, 227, 483-493. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.048>
 - von der Embse, N. P., Kilgus, S. P., Segool, N. et Putwain, D. W. (2013). Identification and validation of a brief test anxiety screening tool. *International Journal of School and Educational Psychology*, 1(4), 246-258. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/21683603.2013.826152>
 - von der Embse, N. P., Mata, A. D., Segool, N. et Scott, E. C. (2014). Latent profile analyses of test anxiety: A pilot study. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 32(2), 165-172. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0734282913504541>
 - von der Embse, N. P., Witmer, S. (2014). High-stakes accountability: Student anxiety and large-scale testing. *Journal of Applied School Psychology*, 30(2), 1-24. <https://doi.org/10.1080/15377903.2014.888529>
 - Walker, W. R., Skowronski, J. J. et Thompson, C. P. (2003). Life is pleasant—and memory helps to keep it that way! *Review of General Psychology*, 7, 203-210. <https://doi.org/10.1037/0892-6680.7.2.203>
 - Walsh, T. M., Stewart, S. H., McLaughlin, E. et Comeau, N. (2004). Gender differences in Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI) dimensions. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(5), 695-706.
 - Weems, C. F., Costa, N. M., Watts, S. E., Taylor, L. K. et Cannon, M. F. (2007). Cognitive errors, anxiety sensitivity, and anxiety control beliefs. *Behavior Modification*, 31(2), 174-201. <https://doi.org/10.1177/0145445506297016>
 - Wigfield, A. et Eccles, J. S. (1989). Test anxiety in elementary and secondary school students. *Educational Psychologist*, 24(2), 159-183. https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/s15326985ep2402_3
 - Wren, D. G. et Benson, J. (2004). Measuring test anxiety in children: Scale development and internal construct validation. *Anxiety, Stress and Coping*, 17(3), 227-240. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/10615800412331292606>
 - Yerdelen, S., McCaffrey, A. et Klassen, R. M. (2016). Longitudinal examination of procrastination and anxiety, and their relation to self-efficacy for self-regulated learning: Latent growth curve modeling. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 16, 5-22. <http://dx.doi.org/10.12738/estp.2016.1.0108>
 - Zalta, A. K. et Chambless, D. L. (2012). Understanding gender differences in anxiety. *Psychology of Women Quarterly*, 36(4), 488-499. <https://doi.org/10.1177/0361684312450004>
 - Zeidner, M. (1990). Does test anxiety bias scholastic aptitude test performance by gender and sociocultural group? *Journal of Personality Assessment*, 55(1-2), 145-160. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674054>
 - Zeidner, M. (1998). *Test anxiety: The state of the art*. Plenum.
 - Zeidner, M. (2020). Test anxiety. Dans B. J. Carducci, C. S. Nave, A. Di Fabio, D. H. Saklofske et C. Stough (dir.), *The Wiley encyclopedia of personality and individual differences: Models and theories* (p. 445-449). <https://doi.org/10.1002/9781118970843.ch253>
 - Zeidner, M. et Safir, M. P. (1989). Sex, ethnic, and social differences in test anxiety among Israeli adolescents. *The Journal of Genetic Psychology*, 150(2), 175-185. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/00221325.1989.9914589>
 - Zeidner, M. et Schleyer, E. J. (1999a). The big-fish-little-pond effect for academic self-concept, test anxiety, and school grades in gifted children. *Contemporary Educational Psychology*, 24(4), 305-329. <https://doi.org/10.1006/ceps.1998.0985>
 - Zeidner, M. et Schleyer, E. J. (1999b). Test anxiety in intellectually gifted school students. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 12, 163-189. <https://doi.org/10.1080/10615809908248328>
- ## Chapitre 10
- Almeida, O. P., Draper, B., Pirkis, J., Snowdon, J., Lautenschlager, N. T., Byrne, G., Sim, M., Stocks, N., Kerse, N., Flicker, L. et Pfaff, J. J. (2012). Anxiety, depression, and comorbid anxiety and depression: Risk factors and outcome over two years. *International Psychogeriatrics*, 24(10), 1622-1632. <https://doi.org/10.1017/S104161021200107X>
 - Apostolova, L. G. et Cummings, J. L. (2008). Neuropsychiatric manifestations in mild cognitive impairment: A systematic review of the literature. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25(2), 115-126. <https://doi.org/10.1159/000112509>
 - Ashton, H. (2005). The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(3), 249-255. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000165594.60434.84>
 - Ayers, C. R., Sorrell, J. T., Thorp, S. R. et Wetherell, J. L. (2007). Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychology and Aging*, 22(1), 8-17. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.1.8>
 - Balsamo, M., Cataldi, F., Carlucci, L. et Fairfield, B. (2018). Assessment of anxiety in older adults: A review of self-report measures. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 573-593. <https://doi.org/10.2147/CIA.S141000>
 - Beaudreau, S. A. et O'Hara, R. (2008). Late-life anxiety and cognitive impairment: A review. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(10), 790-803. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31817945c3>
 - Beekman, A. T., de Beurs, E., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., van Dyck, R. et van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89-95.
 - Béland, S. G., Prévile, M., Dubois, M.-F., Lorrain, D., Grenier, S., Voyer, P., Pérodeau, G. et Moride, Y. (2010). Benzodiazepine use and quality of sleep in the community-dwelling elderly population. *Aging and Mental Health*, 14(7), 843-850. <https://doi.org/10.1080/13607861003781833>
 - Béland, S. G., Prévile, M., Dubois, M.-F., Lorrain, D., Voyer, P., Bossé, C., Grenier, S. et Moride, Y. (2011). The association between length of benzodiazepine use and sleep quality in older population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(9), 908-915. <https://doi.org/10.1002/gps.2623>
 - Bhal, R. P., O'Donnell, J. et Thoppil, E. (1982). Phobia. Phobic fear of falling and its clinical management. *Physical Therapy*, 62(2), 187-190.
 - Bierman, E. J. M., Comijs, H. C., Gundy, C. M., Sonnenberg, C., Jonker, C. et Beekman, A. T. F. (2007). The effect of chronic benzodiazepine use on cognitive functioning in older persons: Good, bad or indifferent? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1194-1200. <https://doi.org/10.1002/gps.1811>
 - Bonura, K. B. et Tenenbaum, G. (2014). Effects of yoga on psychological health in older adults. *Journal of Physical Activity and Health*, 11(7), 1334-1341. <https://doi.org/10.1123/jpah.2012-0365>
 - Bower, E. S., Wetherell, J. L., Mon, T. et Lenze, E. J. (2015). Treating anxiety disorders in older adults: Current treatments and future directions. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(5), 329-342. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000064>
 - Braam, A. W., Copeland, J. R., Delespaul, P. A., Beekman, A. T., Como, A., Dewey, M., Fichter, M., Holwerda, T. J., Lawlor, B. A., Lobo, A., Magnússon, H., Prince, M. J., Reischies, F., Wilson, K. C. et Skoog, I. (2014). Depression, subthreshold depression and comorbid anxiety symptoms in older Europeans: Results from the EURODEP concerted action. *Journal of Affective Disorders*, 155, 266-272. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.011>
 - Brenes, G. A. (2003). Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: Prevalence, impact, and treatment. *Psychosomatic Medicine*, 65(6), 963-970.
 - Brenes, G. A., Miller, M. E., Stanley, M. A., Williamson, J. D., Knudson, M. et McCall, W. V. (2009). Insomnia in older adults with generalized anxiety disorder. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(6), 465-472.
 - Brown, R. G., Landau, S., Hindle, J. V., Playfer, J., Samuel, M., Wilson, K. C., Hurt, C. S., Anderson, R. J., Carnell, J., Dickinson, L., Gibson, G., van Schaik, R., Sellwood, K., Thomas, B. A. et Burn, D. J. (2011). Depression and anxiety related subtypes in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 82(7), 803-809. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2010.213652>
 - Byers, A. L., Yaffe, K., Covinsky, K. E., Friedman, M. B. et Bruce, M. L. (2010). High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 67(5), 489-496. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.35>
 - Coupland, C., Dhiman, P., Morriss, R., Arthur, A., Barton, G. et Hippisley-Cox, J. (2011). Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: Population based cohort study. *The BMJ*, 343. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4551>
 - de Godoy, D. V. et de Godoy, R. F. (2003). A randomized controlled trial of the effect of psychotherapy on anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(8), 1154-1157.
 - Delbaere, K., Close, J. C., Brodsky, H., Sachdev, P. et Lord, S. R. (2010). Determinants of disparities between perceived and physiological risk of falling among elderly people: Cohort study. *The BMJ*, 341. <https://doi.org/10.1136/bmj.c4165>
 - DeLuca, A. K., Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Butters, M. A., Karp, J. F., Dew, M. A., Pollock, B. J., Shear, M. K., Houck, P. R. et Reynolds, C. F. (2005). Comorbid anxiety disorder in late life depression: Association with memory decline over four years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(9), 848-854. <https://doi.org/10.1002/gps.1366>
 - Dissanayaka, N. N., Sellbach, A., Matheson, S., O'Sullivan, J. D., Silburn, P. A., Byrne, G. J., Marsh, R. et Mellick, G. D. (2010). Anxiety disorders in Parkinson's disease: Prevalence and risk factors. *Movement Disorders*, 25(7), 838-845. <https://doi.org/10.1002/mds.22833>
 - Dobkin, R. D., Menza, M., Allen, L. A., Gara, M. A., Mark, M. H., Tiu, J., Bienfait, K. L. et Friedman, J. (2011). Cognitive-behavioral therapy for depression in Parkinson's disease: A randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 168(10), 1066-1074. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111669>
 - Drozdick, L. et Edelstein, B. (2001). Correlates of fear of falling in older adults who have experienced a fall. *Journal of Clinical Geropsychology*, 7(1), 1-13. <https://doi.org/10.1023/a:1026487916681>
 - Elham, H., Hazrati, M., Momennasab, M. et Sareh, K. (2015). The effect of need-based spiritual/religious intervention on spiritual well-being and anxiety of elderly people. *Holistic Nursing Practice*, 29(3), 136-143. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000083>
 - Erez, H., Weller, A., Vaisman, N. et Kreitler, S. (2012). The relationship of depression, anxiety and stress with low bone mineral density in post-menopausal women. *Archives of Osteoporosis*, 7(1-2), 247-255. <https://doi.org/10.1007/s11657-012-0105-0>
 - Eysenck, M. W. et Calvo, M. G. (1992). Anxiety and performance: The processing efficiency theory. *Cognition and Emotion*, 6(6), 409-434. <https://doi.org/10.1080/02699939208409696>
 - Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R. et Calvo, M. G. (2007). Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory. *Emotion*, 7(2), 336-353. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.2.336>
 - Feeney, S. L. (2004). The relationship between pain and negative affect in older adults: Anxiety as a predictor of pain. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(6), 733-744.

- Forlani, M., Morri, M., Belvederi Murri, M., Bernabei, V., Moretti, F., Attili, T., Biondini, A., De Ronchi, D. et Atti, A. R. (2014). Anxiety symptoms in 74+ community-dwelling elderly: Associations with physical morbidity, depression and alcohol consumption. *PLoS ONE*, 9(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089859>
- Foulk, M. A., Ingersoll-Dayton, B., Kavanagh, J., Robinson, E. et Kales, H. C. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy with older adults: An exploratory study. *Journal of Gerontological Social Work*, 57(5), 498-520. <https://doi.org/10.1080/01634372.2013.869787>
- Gagnon, N., Flint, A. J., Naglie, G. et Devins, G. M. (2005). Affective correlates of fear of falling in elderly persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 7-14. <https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.13.1.7>
- Gallagher, D., O'Regan, C., Sawwa, G. M., Cronin, H., Lawlor, B. A. et Kenny, R. A. (2012). Depression, anxiety and cardiovascular disease: Which symptoms are associated with increased risk in community dwelling older adults? *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 132-138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.012>
- Gould, R. L., Coulson, M. C. et Howard, R. J. (2012). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(2), 218-229. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03824.x>
- Goyal, A. R., Engedal, K. et Eriksen, S. (2019). Clinicians' experiences of anxiety in patients with dementia. *Dementia (London)*, 18(1), 80-93. <https://doi.org/10.1177/1471301216659770>
- Gray, S. L., LaCroix, A. Z., Hanlon, J. T., Penninx, B. W. J., Blough, D. K., Leveille, S. G., Artz, M. B., Guralnik, J. M. et Buchner, D. M. (2006). Benzodiazepine use and physical disability in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(2), 224-230. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00571.x>
- Grenier, S., Payette, M. C., Gunther, B., Askari, S., Desjardins, F. F., Raymond, B. et Berbiche, D. (2019). Association of age and gender with anxiety disorders in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(3), 397-407. <https://doi.org/10.1002/gps.5035>
- Grenier, S., Potvin, O., Hudon, C., Boyer, R., Prévaille, M., Desjardins, L. et Bherer, L. (2012). Twelve-month prevalence and correlates of subthreshold and threshold anxiety in community-dwelling older adults with cardiovascular diseases. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 724-732. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.052>
- Grenier, S., Prévaille, M., Boyer, R., O'Connor, K., Béland, S. G., Potvin, O., Hudon, C., Brassard, J. et The Scientific Committee of the ESA Study. (2011). The impact of DSM-IV symptom and clinical significance criteria on the prevalence estimates of subthreshold and threshold anxiety in the older adult population. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 316-326. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181ff416c>
- Grenier, S. et Richer, M. J. (2021). Subthreshold anxiety in later life: Epidemiology and treatment strategies. Dans N. Pachana et G. Byrne (dir.), *Anxiety in older people: Clinical and research perspective*. Cambridge University Press.
- Gum, A. M., King-Kallimanis, B. et Kohn, R. (2009). Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 769-781.
- Haller, H., Cramer, H., Lauche, R., Gass, F. et Dobos, G. J. (2014). The prevalence and burden of subthreshold generalized anxiety disorder: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 14, 128. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-128>
- Haslam, C., Haslam, S. A., Jettten, J., Bevins, A., Ravenscroft, S. et Tonks, J. (2010). The social treatment: The benefits of group interventions in residential care settings. *Psychology and Aging*, 25(1), 157-167. <https://doi.org/10.1037/a0018256>
- He, Q., Chen, X., Wu, T., Li, L. et Fei, X. (2019). Risk of dementia in long-term benzodiazepine users: Evidence from a meta-analysis of observational studies. *Journal of Clinical Neurology*, 15(1), 9-19. <https://doi.org/10.3988/jcn.2019.15.1.9>
- Hendriks, G. J., Oude Voshaar, R. C., Keijsers, G. P. J., Hoogduin, C. A. L. et Van Balkom, A. J. L. M. (2008). Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 117(6), 403-411. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01190.x>
- Heun, R., Papassotiropoulos, A. et Ptok, U. (2000). Subthreshold depressive and anxiety disorders in the elderly. *European Psychiatry*, 15(3), 173-182.
- Huang, T. T., Chung, M. L., Chen, F. R., Chin, Y. F. et Wang, B. H. (2016). Evaluation of a combined cognitive-behavioural and exercise intervention to manage fear of falling among elderly residents in nursing homes. *Aging and Mental Health*, 20(1), 2-12. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1020411>
- Jones, S. M. W., Amtmann, D. et Gell, N. M. (2016). A psychometric examination of multimorbidity and mental health in older adults. *Aging and Mental Health*, 20(3), 309-317. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1008988>
- Kelley-Moore, J. A., Schumacher, J. G., Kahana, E. et Kahana, B. (2006). When do older adults become "disabled"? Social and health antecedents of perceived disability in a panel study of the oldest old. *Journal of Health and Social Behavior*, 47(2), 126-141.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. et Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. et Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184.
- Kim, J.-H. et Bae, S. M. (2020). Association between Fear of Falling (FOF) and all-cause mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 88. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104017>
- Korte, J., Bohlmeijer, E. T., Cappeliez, P., Smit, F. et Westerhof, G. J. (2012). Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: A pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(6), 1163-1173. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002042>
- Kraus, C. A., Seignourel, P., Balasubramanyam, V., Snow, A. L., Wilson, N. L., Kunik, M. E., Schulz, P. E. et Stanley, M. A. (2008). Cognitive-behavioral treatment for anxiety in patients with dementia: Two case studies. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(3), 186-192. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000320120.68928.e5>
- Kunik, M. E., Roundy, K., Veazey, C., Soucek, J., Richardson, P., Wray, N. P. et Stanley, M. A. (2005). Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest*, 127(4), 1205-1211. <https://doi.org/10.1378/chest.127.4.1205>
- Kunik, M. E., Veazey, C., Cully, J. A., Soucek, J., Graham, D. P., Hopko, D., Carter, R., Sharafkhan, A., Goepfert, E. J., Wray, N. et Stanley, M. A. (2008). COPD education and cognitive behavioral therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 38(3), 385-396. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001687>
- Kvaal, K., Macijauskiene, J., Engedal, K. et Laake, K. (2001). High prevalence of anxiety symptoms in hospitalized geriatric patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(7), 690-693. <https://doi.org/10.1002/gps.405>
- Kvaal, K., McDougall, F. A., Brayne, C., Matthews, F. E. et Dewey, M. E. (2008). Co-occurrence of anxiety and depressive disorders in a community sample of older people: Results from the MRC CFAS (Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 229-237. <https://doi.org/10.1002/gps.1867>
- Kwak, Y. T., Yang, Y. et Koo, M. S. (2017). Anxiety in dementia. *Dementia and Neurocognitive Disorders*, 16(2), 33-39. <https://doi.org/10.12779/dnd.2017.16.2.33>
- Lader, M. (2012). Benzodiazepine harm: How can it be reduced? *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77(2), 295-301. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04418.x>
- Landi, F., Cesari, M., Russo, A., Onder, G., Sgarbi, A. et Bernabei, R. (2002). Benzodiazepines and the risk of urinary incontinence in frail older persons living in the community. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 72(6), 729-734. <https://doi.org/10.1067/mcp.2002.129318>
- Landreville, P., Gosselin, P., Grenier, S., Hudon, C. et Lorrain, D. (2016). Guided self-help for generalized anxiety disorder in older adults. *Aging and Mental Health*, 20(10), 1070-1083. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1060945>
- Leentjens, A. F. G., Dujardin, K., Marsh, L., Martínez-Martin, P., Richard, I. H. et Starkstein, S. E. (2011). Symptomatology and markers of anxiety disorders in Parkinson's disease: A cross-sectional study. *Movement Disorders*, 26(3), 484-492. <https://doi.org/10.1002/mds.23528>
- Lenze, E. J. (2003). Comorbidity of depression and anxiety in the elderly. *Current Psychiatry Reports*, 5(1), 62-67. <https://doi.org/10.1007/s11920-003-0011-7>
- Livermore, N., Sharpe, L. et McKenzie, D. (2010). Panic attacks and panic disorder in chronic obstructive pulmonary disease: A cognitive behavioral perspective. *Respiratory Medicine*, 104(9), 1246-1253. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2010.04.011>
- Lucchetti, G., Peres, M. F. P., Lucchetti, A. L. G., Mercante, J. P. P., Guendler, V. Z. et Zukerman, E. (2013). Generalized anxiety disorder, subthreshold anxiety and anxiety symptoms in primary headache. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 67(1), 41-49. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02405.x>
- Lyketsos, C. G., Lopez, O., Jones, B., Fitzpatrick, A. L., Breitner, J. et DeKosky, S. (2002). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: Results from the cardiovascular health study. *JAMA*, 288(12), 1475-1483.
- Magee, J. et Carmin, C. (2010). The relationship between sleep and anxiety in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 12(1), 13-19. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0087-9>
- Mallon, L., Broman, J. E. et Jerker, H. (2000). Sleeping difficulties in relation to depression and anxiety in elderly adults. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54(5), 355-360. <https://doi.org/10.1080/080394800457192>
- Marinus, J., Leentjens, A. F., Visser, M., Stiggelbout, A. M. et van Hilten, J. J. (2002). Evaluation of the hospital anxiety and depression scale in patients with Parkinson's disease. *Clinical Neuropharmacology*, 25(6), 318-324.
- Markota, M., Rummans, T. A., Bostwick, J. M. et Lapid, M. I. (2016). Benzodiazepine use in older adults: Dangers, management, and alternative therapies. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(11), 1632-1639. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.07.024>
- McDonough, E., Ayea, R., Eder, L., Chandran, V., Rosen, C. F., Thavaneswaran, A. et Gladman, D. D. (2014). Depression and anxiety in psoriatic disease: Prevalence and associated factors. *Journal of Rheumatology*, 41(5), 887-896. <https://doi.org/10.3899/jrheum.130797>
- Miloyan, B., Byrne, G. J. et Pachana, N. A. (2014). Age-related changes in generalized anxiety disorder symptoms. *International Psychogeriatrics*, 26(4), 565-572. <https://doi.org/10.1017/S1041610213002470>
- Moser, D. K., Dracup, K., Evangelista, L. S., Zambroski, C. H., Lennie, T. A., Chung, M. L., Doering, L. V., Westlake, C. et Heo, S. (2010). Comparison of prevalence of symptoms of depression, anxiety, and hostility in elderly patients with heart failure, myocardial infarction, and a coronary artery bypass graft. *Heart and Lung*, 39(5), 378-385. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlung.2009.10.017>
- Murphy, J. et Isaacs, B. (1982). The post-fall syndrome. A study of 36 elderly patients. *Gerontology*, 28(4), 265-270.
- Murphy, S. L., Williams, C. S. et Gill, T. M. (2002). Characteristics associated with fear of falling and activity restriction in community-living older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(3), 516-520. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50119.x>
- Nagamatsu, L. S., Voss, M., Neider, M. B., Gaspar, J. G., Handy, T. C., Kramer, A. F. et Liu-Ambrose, T. Y. (2011). Increased cognitive load leads to impaired mobility decisions in seniors at risk for falls. *Psychology and Aging*, 26(2), 253-259. <https://doi.org/10.1037/a0022929>

- Nègre-Pagès, L., Grandjean, H., Lapeyre-Mestre, M., Montastruc, J. L., Fourrier, A., Lépine, J. P. et Rascol, O. (2010). Anxious and depressive symptoms in Parkinson's disease: The French cross-sectional DoPaMiP study. *Movement Disorders*, 25(2), 157-166. <https://doi.org/10.1002/mds.22760>
- Ogdie, A., Schwartzman, S. et Husni, M. E. (2015). Recognizing and managing comorbidities in psoriatic arthritis. *Current Opinion in Rheumatology*, 27(2), 118-126. <https://doi.org/10.1097/bor.0000000000000152>
- Payette, M. C., Bélanger, C., Benyebdi, F., Filiatrault, J., Bherer, L., Bertrand, J. A., Nadeau, A., Bruneau, M.-A., Clerc, D., Saint-Martin, M., Cruz-Santiago, D., Ménard, C., Nguyen, P., Vu, T. T. M., Comte, F., Bobeuf, F. et Grenier, S. (2017). The association between generalized anxiety disorder, subthreshold anxiety symptoms and fear of falling among older adults: Preliminary results from a pilot study. *Clinical Gerontology*, 40(3), 197-206. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1296523>
- Payette, M.-C., Bélanger, C., Léveillé, V. et Grenier, S. (2016). Fall-related psychological concerns and anxiety among community-dwelling older adults: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 11(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152848>
- Peel, N. M. (2011). Epidemiology of falls in older age. *Canadian Journal on Aging*, 30(1), 7-19. <https://doi.org/10.1017/S071498081000070X>
- Pontone, G. M., Williams, J. R., Anderson, K. E., Chase, G., Goldstein, S. A., Grill, S., Hirsch, E. S., Lehmann, S., Little, J. T., Margolis, R. L., Rabins, P. V., Weiss, H. D. et Marsh, L. (2009). Prevalence of anxiety disorders and anxiety subtypes in patients with Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 24(9), 1333-1338. <https://doi.org/10.1002/mds.22611>
- Potvin, O., Forget, H., Grenier, S., Prévillé, M. et Hudon, C. (2011). Anxiety, depression, and 1-Year incident cognitive impairment in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(8), 1421-1428. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03521.x>
- Preisig, M., Merikangas, K. R. et Angst, J. (2001). Clinical significance and comorbidity of subthreshold depression and anxiety in the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(2), 96-103.
- Prévillé, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punt, R., Baril, M.-C., Streiner, D. L., Cairney, J. et Brassard, J. (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 822-832. <https://doi.org/10.1177/070674370805301208>
- Prévillé, M., Vasiliadis, H. M., Bossé, C., Dionne, P.-A., Voyer, P. et Brassard, J. (2011). Pattern of psychotropic drug use among older adults having a depression or an anxiety disorder: Results from the longitudinal ESA study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(6), 348-357.
- Prina, A. M., Ferri, C. P., Guerra, M., Brayne, C. et Prince, M. (2011a). Co-occurrence of anxiety and depression amongst older adults in low- and middle-income countries: Findings from the 10/66 study. *Psychological Medicine*, 41(10), 2047-2056. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000444>
- Prina, A. M., Ferri, C. P., Guerra, M., Brayne, C. et Prince, M. (2011b). Prevalence of anxiety and its correlates among older adults in Latin America, India and China: Cross-cultural study. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 485-491. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083915>
- Qazi, A., Spector, A. et Orrell, M. (2010). User, carer and staff perspectives on anxiety in dementia: A qualitative study. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 295-300. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.12.015>
- Rutledge, T., Linke, S. E., Krantz, D. S., Johnson, B. D., Bittner, V., Eastwood, J. A., Eteiba, W., Pepine, C. J., Vaccarino, V., Francis, J., Vido, D. A. et Bairey Merz, C. N. (2009). Comorbid depression and anxiety symptoms as predictors of cardiovascular events: Results from the NHLBI-sponsored women's ischemia syndrome evaluation (WISE) study. *Psychosomatic Medicine*, 71(9), 958-964. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181bd6062>
- Rzewuska, M., Mallen, C. D., Strauss, V. Y., Belcher, J. et Peat, G. (2015). One-year trajectories of depression and anxiety symptoms in older patients presenting in general practice with musculoskeletal pain: A latent class growth analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(3), 195-201. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.05.016>
- Scheffer, A. C., Schuurmans, M. J., van Dijk, N., van der Hoof, T. et de Rooij, S. E. (2008). Fear of falling: Measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age and Ageing*, 37(1), 19-24. <https://doi.org/10.1093/ageing/afm169>
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Jonker, C. et Tilburg, W. V. (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: Results from the AMSTEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(11), 994-1001. <https://doi.org/10.1002/gps.1001>
- Seignourel, P. J., Kunik, M. E., Snow, L., Wilson, N. et Stanley, M. (2008). Anxiety in dementia: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1071-1082. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.008>
- Siemers, E. R., Shekhar, A., Quaid, K. et Dickson, H. (1993). Anxiety and motor performance in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 8(4), 501-506. <https://doi.org/10.1002/mds.870080415>
- Spira, A. P., Stone, K., Beaudreau, S. A., Ancoli-Israel, S. et Yaffe, K. (2009). Anxiety symptoms and objectively measured sleep quality in older women. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 136-143. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181871345>
- Stanley, M. A., Calleo, J., Bush, A. L., Wilson, N., Snow, A. L., Kraus-Schuman, C., Paukert, A. L., Petersen, N. J., Brenes, G. A., Schulz, P. E., Williams, S. P. et Kunik, M. E. (2013). The peaceful mind program: A pilot test of a cognitive-behavioral therapy-based intervention for anxious patients with dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(7), 696-708. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.01.007>
- Stefanova, E., Ziropadja, L., Petrović, M., Stojković, T. et Kostić, V. (2013). Screening for anxiety symptoms in Parkinson disease: A cross-sectional study. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 26(1), 34-40. <https://doi.org/10.1177/0891988713476368>
- Stillman, A. N., Rowe, K. C., Arndt, S. et Moser, D. J. (2012). Anxious symptoms and cognitive function in non-demented older adults: An inverse relationship. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(8), 792-798. <https://doi.org/10.1002/gps.2785>
- Sung, H.-C., Lee, W.-I., Li, T.-I. et Watson, R. (2012). A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(6), 621-627. <https://doi.org/10.1002/gps.2761>
- Tennstedt, S., Howland, J., Lachman, M., Peterson, E., Kasten, L. et Jette, A. (1998). A randomized, controlled trial of a group intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in older adults. *Journals of Gerontology: Series B*, 53B(6), 384-392. <https://doi.org/10.1093/geronb/53B.6.P384>
- Therrien, Z. et Hunsley, J. (2011). Assessment of anxiety in older adults: A systematic review of commonly used measures. *Ageing & Mental Health*, 16(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.602960>
- Thorp, S. R., Ayers, C. R., Nuevo, R., Stoddard, J. A., Sorrell, J. T. et Wetherell, J. L. (2009). Meta-analysis comparing different behavioral treatments for late-life anxiety. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 105-115. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31818b3f7e>
- van Haastregt, J. C., Zijlstra, G. A., van Rossum, E., van Eijk, J. T. et Kempen, G. I. (2008). Feelings of anxiety and symptoms of depression in community-living older persons who avoid activity for fear of falling. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(3), 186-193. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181591c1e>
- van Zelst, W. H., de Beurs, E., Beekman, A. T., van Dyck, R. et Deeg, D. D. (2006). Well-being, physical functioning, and use of health services in the elderly with PTSD and subthreshold PTSD. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 180-188. <https://doi.org/10.1002/gps.1448>
- Vázquez, A., Jiménez-Jiménez, F. J., García-Ruiz, P. et García-Urra, D. (1993). "Panic attacks" in Parkinson's disease. A long-term complication of levodopa therapy. *Acta Neurologica Scandinavica*, 87(1), 14-18.
- Veazey, C., Cook, K., Stanley, M., Lai, E. et Kunik, M. (2009). Telephone-administered cognitive behavioral therapy: A case study of anxiety and depression in Parkinson's disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(3), 243-253. <https://doi.org/10.1007/s10880-009-9167-6>
- Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., Stoddard, J. A., Ruberg, J., Kraft, A., Sorrell, J. T. et Petkus, A. J. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy*, 42(1), 127-134. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.002>
- Williams, L. J., Bjerkeset, O., Langhammer, A., Berk, M., Pasco, J. A., Henry, M. J., Schei, B. et Forsmo, S. (2011). The association between depressive and anxiety symptoms and bone mineral density in the general population: The HUNT Study. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 164-171.
- Yohannes, A. M., Baldwin, R. C. et Connolly, M. J. (2000). Mood disorders in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10(2), 193-202. <https://doi.org/10.1017/S0959259800002100>
- Yousefy, A., Khayyam-Nekouei, Z., Sadeghi, M., Ahmadi, S. A., Ruhafza, H., Rabiei, K. et Khayyam-Nekouei, S. A. (2010). The effect of cognitive-behavioral therapy in reducing anxiety in heart disease patients. *ARYA Journal*, 2(2), 84-88.
- Zijlstra, G. A. R., van Haastregt, J. C. M., Ambergen, T., Van Rossum, E., Van Eijk, J. T. M., Tennstedt, S. L. et Kempen, G. I. J. M. (2009). Effects of a multicomponent cognitive behavioral group intervention on fear of falling and activity avoidance in community-dwelling older adults: Results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(11), 2020-2028. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02489.x>
- Zijlstra, G. A. R., van Haastregt, J. C. M., Du Moulin, M. F. M. T., de Jonge, M. C., van der Poel, A. et Kempen, G. I. J. M. (2013). Effects of the implementation of an evidence-based program to manage concerns about falls in older adults. *The Gerontologist*, 53(5), 839-849. <https://doi.org/10.1093/geront/gns142>

Chapitre 11

- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K. et Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 186(9), E324-E332. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131792>
- Assurance maladie, Ministère des Solidarités et de la Santé, Collège de la médecine générale, Conseil national professionnel de psychiatrie, Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie et Association française de thérapie comportementale et cognitive. (2017). *Guide pratique à destination des psychologues cliniciens et des psychothérapeutes. Prise en charge par l'Assurance maladie des thérapies non médicamenteuses : dispositif expérimenté dans trois départements. Troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée.* <http://www.psychologues-psychologie.net/attachments/article/506/AssuranceMaladie-Guide-pour-psycho-Remboursement-actes.pdf>
- Australian Institute of Health and Welfare. (2021, 3 mars). *Mental health services in Australia.* <https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/medicare-services>
- Bergeron, L., Breton, J. J. et Valla, J. P. (1993). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes. Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services.* Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothèquevirtuelle/santecom/3556700030368.pdf>
- Bernard, P., Lemay, M. et Vézina, M. (2004). *Perspectives de recherche en santé des populations au moyen de données complexes.* Institut national de santé publique du Québec.
- Brisson, C., Gilbert-Ouimet, M., Duchaine, C., Trudel, X. et Vézina, M. (2016). Workplace interventions aiming to improve psychosocial work factors and related health. Dans J. Siegrist et M. Wahrendorf (dir.), *Work stress and health in a globalized economy. The model of effort-reward imbalance.* Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-32937-6_15

- Bureau de normalisation du Québec. (2020). *Norme CAN/BNQ 9700-800 : Entreprise en santé – Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé et au mieux-être en milieu de travail*. <https://bnq.qc.ca/fr/normalisation/sante-au-travail/entreprise-en-sante.html>
- Dezetter, A. et Kovess-Masfety, V. (2018, 15 mars). *Assessing the costs and benefits of insuring psychological services in France* [communication orale]. Conférence de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal, QC, Canada.
- Fansi, A., Jehanno, C., Lapalme, M., Drapeau, M. et Bouchard, S. (2015). 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*, 40(4), 141-173. <https://doi.org/10.7202/1036098ar>
- Fréchette, L. (1992). *Un Québec fou de ses enfants ! Un appel à un investissement profitable dans l'enfance et la jeunesse du Québec*. *Nouvelles pratiques sociales*, 5(1), 159-161. <https://doi.org/10.7202/301165ar>
- Garaicoechea, M. (2021, 23 mars). Les séances chez le psy bientôt remboursées. *Libération*. https://www.liberation.fr/societe/sante/les-seances-chez-le-psy-bientot-remboursees-20210323_GPJVKVRM6GFF3BFCZUOJZL6HPHYE/
- Georgiades, K., Duncan, L., Wang, L., Comeau, J. et Boyle, M. H. (2019). Six-month prevalence of mental disorders and service contacts among children and youth in Ontario: Evidence from the 2014 Ontario Child Health Study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 64(4), 246-255. <https://doi.org/10.1177%2F0706743719830024>
- Gheorghiu, I. et Lesage, A. (2017). *Meilleures pratiques en matière de dépistage, de prévention et de traitement de cinq troubles mentaux courants chez les jeunes*. *Revue des revues et exemples de bonnes pratiques au Québec*. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/b3199619>
- Goldberg, D. et Huxley, P. (1980). *Mental illness in the community: The pathway to psychiatric care*. Tavistock Publications.
- Gouvernement du Canada. (2020, 7 mai). *Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC)*. Infobase de la santé publique. <https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/outil-de-donnees/?G=00&V=1&M=2>
- Gouvernement du Québec. (2020, 22 décembre). *Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Herba, C. M., Tremblay, R. E., Boivin, M., Liu, X., Mongeau, C., Séguin, J. R. et Côté, S. M. (2013). Maternal depressive symptoms and children's emotional problems: Can early child care help children of depressed mothers? *JAMA Psychiatry*, 70(8), 830-838. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1361>
- Huynh, C., Rochette, L., Pelletier, É., Jutras-Aswad, D., Fleury, M. J., Kisely, S. et Lesage, A. (2020). *Portrait des troubles liés aux substances psychoactives : troubles mentaux concomitants et utilisation des services médicaux en santé mentale*. Institut national de santé publique du Québec.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2021, 20 janvier). *Enquête internationale de 2020 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès de la population générale de onze pays – tableaux de données*. https://www.cih.ca/sites/default/files/document/how-canada-compares-cmwf-survey-2020-data-tables-fr.xlsx?_ga=2.66258798.1165082774.1614811314-706448889.1614811314
- Lemire, F. et Chomiene, M.-H. (2021). Commentaire: Time to improve access to psychotherapies – A family medicine perspective. *Healthcare Policy*, 16(3), 26-29. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2021.26436>
- Lesage, A. (2015). Heuristic model of depressive disorders as systemic chronic disease. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(4), 309-311. <https://dx.doi.org/10.1017%2F2045796015000426>
- Lesage, A., Bernèche, F. et Bordeleau, M. (2010, mai). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action*. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Institut de la statistique du Québec.
- Lesage, A. et Émond, V. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services* [Surveillance des maladies chroniques, numéro 6]. Institut national de santé publique du Québec.
- Ligier, F., Giguère, C.-E., Séguin, M. et Lesage, A. (2019). Survey evidence of the decline in child abuse in younger Canadian cohorts. *European Journal of Pediatrics*, 178(9), 1423-1432. <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03432-6>
- Nique, S., Fournis, G., El-Hage, W., Nabhan-Abou, N., Garré, J. et Gohier, B. (2014). Transporteur de la sérotonine, troubles anxieux et dépression : revue de la littérature. *European Psychiatry*, 29(S3), 544-545. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.328>
- O'Sullivan, T., Cotton, A., et Scott, A. (2018). Goldberg and Huxley's model revisited. *Psychiatric Bulletin*, 29(3). <https://doi.org/10.1192/pb.29.3.116>
- Ouadahi, Y., Lesage, A., Rodrigue, J. et Fleury, M.-J. (2009). Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens? Regard sur la perspective des omnipraticiens selon les banques de données administratives. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 161-172. <https://doi.org/10.7202/029764ar>
- Schmitz, N., Wang, J., Malla, A. et Lesage, A. (2007). Joint effect of depression and chronic conditions on disability: Results from a population-based study. *Psychosomatic Medicine*, 69(4), 332-338. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e31804259e0>
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P. et Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100-113.
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J. et Marmot, M. G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: Prospective results from the Whitehall II Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 56(5), 302-307. <https://dx.doi.org/10.1136/oem.56.5.302>
- Statistique Canada. (2013, 18 septembre). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC)*. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V. et Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476-493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration et Office of the Surgeon General. (2016). *Facing addiction in America: The Surgeon General's report on alcohol, drugs, and health*. US Department of Health and Human Services. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424857/>
- Vasiliadis, H.-M., Spagnolo, J. et Lesage, A. (2021). Public funding of evidence-based psychotherapy for common mental disorders: Increasing calls for action in Canadian provinces. *Healthcare Policy*, 16(3), 16-25. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2021.26437>
- Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C. et Trudel, L. (2004). Workplace prevention and promotion strategies. *Healthcare Papers*, 5(2), 32-44. <https://doi.org/10.12927/hcpap.16822>
- Waddell, C., Georgiades, K., Duncan, L., Comeau, J., Reid, G. J., O'Brian, W., Lampard, R. et Boyle, M. H. (2019). 2014 Ontario Child Health Study findings: Policy implications for Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 64(4), 227-231. <https://doi.org/10.1177/0706743719830033>
- Waraich, P., Goldner, E. M., Somers, J. M. et Hsu, L. (2004). Prevalence and incidence studies of mood disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(2), 124-138. <https://doi.org/10.1177/070674370404900208>

Chapitre 12

- Alzola, M. (2018). Decent work: The moral status of labor in human resource management. *Journal of Business Ethics*, 147(4), 835-853. <https://doi.org/10.1007/s10551-017-3507-5>
- Bakhshi, H., Downing, J. M., Osborne, M. A. et Schneider, P. (2017). *The future of skills: Employment in 2030*. Pearson and Nesta.
- Bakker, A. B. et Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273-285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Bakker, A. B., van Veldhoven, M. et Xanthopoulos, D. (2010). Beyond the demand-control model: Thriving on high job demands and resources. *Journal of Personnel Psychology*, 9(1), 3-16. <https://doi.org/10.1027/1866-5888/a000006>
- Bal, P. M. et Dóci, E. (2018). Neoliberal ideology in work and organizational psychology. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 27(5), 536-548. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2018.1449108>
- Beltrán-Martin, I. et Roca-Puig, V. (2013). Promoting employee flexibility through HR practices. *Human Resource Management*, 52(5), 645-674. <https://doi.org/10.1002/hrm.21556>
- Beltrán-Martin, I., Roca-Puig, V., Escrig-Tena, A. et Bou-Llusar, J. C. (2009). Internal labour flexibility from a resource-based view approach: Definition and proposal of a measurement scale. *The International Journal of Human Resource Management*, 20(7), 1576-1598. <https://doi.org/10.1080/09585190902985194>
- Bondú, R. et Inerle, S. (2020). Afraid of injustice? Justice sensitivity is linked to general anxiety and social phobia symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 272, 198-206. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.167>
- Boyatzis, R. E. (2019). Coaching with intentional change theory. Dans S. English, J. M. Sabatine et P. Brownell (dir.), *Professional coaching. Principles and practice* (p. 221-230). Springer Publishing Company.
- Brooks, A. W., Schroeder, J., Risen, J. L., Gino, F., Galinsky, A. D., Norton, M. I. et Schweitzer, M. E. (2016). Don't stop believing: Rituals improve performance by decreasing anxiety. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 137, 71-85. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2016.07.004>
- Brown, R., Wey, H. et Foland, K. (2018). The relationship among change fatigue, resilience, and job satisfaction of hospital staff nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), 306-313. <https://doi.org/10.1111/jnu.12373>
- Camilleri, J., Cope, V. et Murray, M. (2019). Change fatigue: The frontline nursing experience of large-scale organisational change and the influence of teamwork. *Journal of Nursing Management*, 27(3), 655-660. <https://doi.org/10.1111/jonm.12725>
- Camirand, H., Traoré, I. et Baulne, J. (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*. Institut de la statistique du Québec.
- Casper, A. et Sonnentag, S. (2020). Feeling exhausted or vigorous in anticipation of high workload? The role of worry and planning during the evening. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 93(1), 215-242. <https://doi.org/10.1111/joop.12290>
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 1024-1037. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.6.1024>
- Dehue, F., Bolman, C., Völlink, T. et Pouwelse, M. (2012). Coping with bullying at work and health related problems. *International Journal of Stress Management*, 19(3), 175-197. <https://doi.org/10.1037/a0028969>
- Desrumaux-Zagrodnicki, P., Lemoine, C. et Mahon, P. (2004). Harcèlement moral et climats d'entreprise : effets de facteurs humains et organisationnels sur les jugements d'équité. *Psychologie du travail et des organisations*, 10(1), 29-44. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2003.12.004>
- Dimoff, J. K. et Kelloway, E. K. (2019). With a little help from my boss: The impact of workplace mental health training on leader behaviors and employee resource utilization. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(1), 4-19. <https://doi.org/10.1037/ocp0000126>
- Driscoll, J. B. (1981). Sexual attraction and harassment: Management's new problems. *Personnel Journal*, 60(1), 33-36.
- Evans, L. J. (1978). Sexual harassment: Women's hidden occupational hazard. Dans J. R. Chapman et M. Gates (dir.), *The victimization of women* (p. 203-223). Sage.

- Faulx, D. et Detroz, P. (2009). Harcèlement psychologique au travail : processus relationnels et profils de victimes. Approche processuelle, intégrative et dynamique d'un phénomène complexe. *Le travail humain*, 72(2), 155-184. <https://doi.org/10.3917/th.722.0155>
- Fiske, A. P. et Fiske, S. T. (2007). Social relationships in our species and cultures. Dans S. Kitayama et D. Cohen (dir.), *Handbook of cultural psychology* (p. 283-306). Guilford Press.
- Foster, W. M., Hassard, J. S., Morris, J. et Wolfram Cox, J. (2019). The changing nature of managerial work: The effects of corporate restructuring on management jobs and careers. *Human Relations*, 72(3), 473-504. <https://doi.org/10.1177/0018726719828439>
- Francis, L. et Barling, J. (2005). Organizational injustice and psychological strain. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 37(4), 250-261. <https://doi.org/10.1037/h0087260>
- Frost, P. J. (2004). Handling toxic emotions: New challenges for leaders and their organization. *Organizational Dynamics*, 33(2), 111-127. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2004.01.001>
- Gallie, D., Felstead, A., Green, F. et Inanc, H. (2017). The hidden face of job insecurity. *Work, Employment and Society*, 31(1), 36-53. <https://doi.org/10.1177/0950017015624399>
- Greenberg, J. (1990). Organizational justice: Yesterday, today, and tomorrow. *Journal of Management*, 16(2), 399-432. <https://doi.org/10.1177/014920639001600208>
- Grote, G. et Guest, D. (2017). The case for reinvigorating quality of working life research. *Human Relations*, 70(2), 149-167. <https://doi.org/10.1177/0018726716654746>
- Guest, D. et Grote, G. (2018). Captured by neo-liberalism: what hope for WOP? *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 27(5), 554-555. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2018.1488685>
- Hershcovis, M. S. (2011). "Incivility, social undermining, bullying. . . Oh my!": A call to reconcile constructs within workplace aggression research. *Journal of Organizational Behavior*, 32(3), 499-519. <https://doi.org/10.1002/job.689>
- Hobfoll, S. E. et Freedy, J. R. (1990). The availability and effective use of social support. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(1), 91-103. <https://doi.org/10.1521/jscp.1990.9.1.91>
- Hobfoll, S. E., Freedy, J., Lane, C. et Geller, P. (1990). Conservation of social resources: Social support resource theory. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(4), 465-478. <https://doi.org/10.1177/0265407590074004>
- Hünefeld, L., Gerstenberg, S. et Hüffmeier, J. (2020). Job satisfaction and mental health of temporary agency workers in Europe: A systematic review and research agenda. *Work & Stress*, 34(1), 82-110. <https://doi.org/10.1080/02678373.2019.1567619>
- Huyghebaert, T., Fouquereau, E., Lahiani, F.-J., Beltou, N., Gimenes, G. et Gillet, N. (2018). Examining the longitudinal effects of workload on ill-being through each dimension of workaholism. *International Journal of Stress Management*, 25(2), 144-162. <https://doi.org/10.1037/str0000055>
- Jahoda, M. (1979). The impact of unemployment in the thirties and seventies. *British Psychological Society Bulletin*, 32, 309-314.
- Jahoda, M. (1981). Work, employment, and unemployment: Values, theories, and approaches in social research. *American Psychologist*, 36(2), 184-191. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.36.2.184>
- Jenkins, A. (1998). Flexibility, "individualization", and employment insecurity in France. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 7(1), 23-38. <https://doi.org/10.1080/135943298398943>
- Jenkins, J. G. (1935). Problems of human motivation. Dans J. G. Jenkins, *Psychology in business and industry: An introduction to psychotechnology* (p. 231-249). John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1037/10732-010>
- Kim, H. J., Duffy, R. D. et Allan, B. A. (2021). Profiles of decent work: General trends and group differences. *Journal of Counseling Psychology*, 68(1), 54-66. <https://doi.org/10.1037/cou0000434>
- Kleine, A. K., Rudolph, C. W. et Zacher, H. (2019). Thriving at work: A meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 40(9-10), 973-999. <https://doi.org/10.1002/job.2375>
- Kovacs, C., Batinic, B., Stiglbauer, B. et Gnamb, T. (2019). Development of a shortened version of the Latent and Manifest Benefits of Work (LAMB) scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 35(5), 685-697. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000434>
- Kronenwett, M. et Rigotti, T. (2019). When do you face a challenge? How unnecessary tasks block the challenging potential of time pressure and emotional demands. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(5), 512-526. <https://doi.org/10.1037/ocp0000149>
- la Rocco, J. M. et Jones, A. P. (1978). Co-worker and leader support as moderators of stress-strain relationships in work situations. *Journal of Applied Psychology*, 63(5), 629-634. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.63.5.629>
- Lesage, A. et Émond, V. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services* (publication n° 1578). Institut national de santé publique du Québec.
- Liu, W., Chi, S.-C. S., Friedman, R. et Tsai, M.-H. (2009). Explaining incivility in the workplace: The effects of personality and culture. *Negotiation and Conflict Management Research*, 2(2), 164-184. <https://doi.org/10.1111/j.1750-4716.2009.00035.x>
- Livne, Y. et Rashkovits, S. (2018). Psychological empowerment and burnout: Different patterns of relationship with three types of job demands. *International Journal of Stress Management*, 25(1), 96-108. <https://doi.org/10.1037/str0000050>
- Makarius, E. E., Mukherjee, D., Fox, J. D. et Fox, A. K. (2020). Rising with the machines: A sociotechnical framework for bringing artificial intelligence into the organization. *Journal of Business Research*, 120, 262-273. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.07.045>
- Masson-Maret, H. et Steiner, D. D. (2004). Climat de justice et harcèlement moral : perspectives théoriques et outils de diagnostic. *Psychologie du travail et des organisations*, 10(1), 9-28. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2003.12.002>
- May, R. (1977). *The meaning of anxiety* (édition révisée). W W Norton & Co.
- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. Dans S. M. McCann, J. M. Lipton, E. M. Sternberg, G. P. Chrousos, P. W. Gold et C. Smith (dir.), *Molecular aspects, integrative systems, and clinical advances* (p. 33-44). New York Academy of Sciences.
- McEwen, B. S. (2016). Central role of the brain in stress and adaptation: Allostasis, biological embedding, and cumulative change. Dans G. Fink (dir.), *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (p. 39-55). Elsevier Academic Press.
- McMillan, K. et Perron, A. (2013). Nurses amidst change: The concept of change fatigue offers an alternative perspective on organizational change. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 14(1), 26-32. <https://doi.org/10.1177/1527154413481811>
- McMillan, K. et Perron, A. (2020). Change fatigue in nurses: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 76(10), 2627-2636. <https://doi.org/10.1111/jan.14454>
- Means, A. J. (2018). Platform learning and on-demand labor: Sociotechnical projections on the future of education and work. *Learning, Media and Technology*, 43(3), 326-338. <https://doi.org/10.1080/17439884.2018.1504792>
- Mellifont, D., Smith-Merry, J. et Scanlan, J. N. (2016). Pitching a Yerkes-Dodson curve ball?: A study exploring enhanced workplace performance for individuals with anxiety disorders. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 31(2), 71-86. <https://doi.org/10.1080/15555240.2015.1119654>
- Meunier, S., Roberge, C., Coulombe, S. et Houle, J. (2019). Feeling better at work! Mental health self-management strategies for workers with depressive and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 254, 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.011>
- Morin, E. M. (2010). La santé mentale au travail : une question de gros bon sens. *Gestion*, 35(3), 34-40. <https://doi.org/10.3917/rges.353.0034>
- Mortensen, R. (2014). Anxiety, work, and coping. *The Psychologist-Manager Journal*, 17(3), 178-181. <https://doi.org/10.1037/mgr0000200>
- Muller, J. J., Creed, P. A., Waters, L. E. et Machin, M. A. (2005). The development and preliminary testing of a scale to measure the latent and manifest benefits of employment. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(3), 191-198. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.21.3.191>
- Murcia, M., Chastang, J.-F. et Niedhammer, I. (2013). Psychosocial work factors, major depressive and generalised anxiety disorders: Results from the French national SIP study. *Journal of Affective Disorders*, 146(3), 319-327. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.09.014>
- Organisation mondiale de la santé. (2004). *Investir dans la santé mentale*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42896/9242562572_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pearson, C. M., Andersson, L. M. et Porath, C. L. (2000). Assessing and attacking workplace incivility. *Organizational Dynamics*, 29(2), 123-137. [https://doi.org/10.1016/S0090-2616\(00\)00019-X](https://doi.org/10.1016/S0090-2616(00)00019-X)
- Phillips, S. P. et Yu, J. (2021). Is anxiety/depression increasing among 5-25 year-olds? A cross-sectional prevalence study in Ontario, Canada, 1997-2017. *Journal of Affective Disorders*, 282, 141-146. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.178>
- Pignault, A. et Houssemand, C. (2018). An alternative relationship to unemployment: Conceptualizing unemployment normalization. *Review of General Psychology*, 22(3), 355-366. <https://doi.org/10.1037/gpr0000148>
- Porath, C. L., Foulk, T. et Erez, A. (2015). How incivility hijacks performance: It robs cognitive resources, increases dysfunctional behavior, and infects team dynamics and functioning. *Organizational Dynamics*, 44(4), 258-265. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2015.09.002>
- Porath, C. L. et Pearson, C. M. (2010). The cost of bad behavior. *Organizational Dynamics*, 39(1), 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2009.10.006>
- Pyc, L. S., Meltzer, D. P. et Liu, C. (2017). Ineffective leadership and employees' negative outcomes: The mediating effect of anxiety and depression. *International Journal of Stress Management*, 24(2), 196-215. <https://doi.org/10.1037/str0000030>
- Renick, J. C. (1980). Sexual harassment at work: Why it happens, what to do about it. *Personnel Journal*, 59(8), 658-662.
- Richmond, M. K., Pampel, F. C., Wood, R. C. et Nunes, A. P. (2016). Impact of employee assistance services on depression, anxiety, and risky alcohol use: A quasi-experimental study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 58(7), 641-650. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000744>
- Richmond, M. K., Pampel, F. C., Wood, R. C. et Nunes, A. P. (2017). The impact of employee assistance services on workplace outcomes: Results of a prospective, quasi-experimental study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(2), 170-179. <https://doi.org/10.1037/ocp0000018>
- Sánchez, A. M., Pérez, M. P., de Luis Carnicer, P. et Jiménez, M. J. V. (2007). Teleworking and workplace flexibility: A study of impact on firm performance. *Personnel Review*, 36(1), 42-64. <https://doi.org/10.1108/00483480710716713>
- Sauter, S. L. et Hurrell Jr., J. J. (2017). Occupational health contributions to the development and promise of occupational health psychology. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 251-258. <https://doi.org/10.1037/ocp0000088>
- Selenko, E., Stiglbauer, B. et Batinic, B. (2020). More evidence on the latent benefits of work: Bolstered by volunteering while threatened by job insecurity. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 29(3), 364-376. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2019.1706487>
- Sprigg, C. A., Niven, K., Dawson, J., Farley, S. et Armitage, C. J. (2019). Witnessing workplace bullying and employee well-being: A two-wave field study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(2), 286-296. <https://doi.org/10.1037/ocp0000137>
- Sterling, P. (2012). Allostasis: A model of predictive regulation. *Physiology & Behavior*, 106(1), 5-15. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.06.004>
- Tanskanen, J. (2020). Bending work time: Curvilinear relationship between working time dimensions and psychological and somatic symptoms. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 62(4), 253-259. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000001787>
- Tepper, B. J. (2000). Consequences of abusive supervision. *Academy of Management Journal*, 43(2), 178-190. <https://doi.org/10.5465/1556375>

- Trist, E., Murray, H. (1990-1993). The social engagement of social science. Dans E. Trist et H. Murray (dir.), *The social engagement of social science*. University of Pennsylvania Press.
 - van Hooff, M. L. M. et van Hooff, E. A. J. (2014). Boredom at work: Proximal and distal consequences of affective work-related boredom. *Journal of Occupational Health Psychology*, 19(3), 348-359. <https://doi.org/10.1037/a0036821>
 - Vartia, M. A. L. (2001). Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27(1), 63-69. <https://doi.org/10.5271/sjweh.588>
 - Villaggi, B., Provencher, H., Coulombe, S., Meunier, S., Radziszewski, S., Hudon, C., Roberge, P., Provencher, M. D. et Houle, J. (2015). Self-management strategies in recovery from mood and anxiety disorders. *Global Qualitative Nursing Research*, 2. <https://doi.org/10.1177/2333393615606092>
 - von Scheve, C., Esche, F. et Schupp, J. (2017). The emotional timeline of unemployment: Anticipation, reaction, and adaptation. *Journal of Happiness Studies*, 18, 1231-1254. <https://doi.org/10.1007/s10902-016-9773-6>
 - Waghorn, G. et Chant, D. (2012). Overworking among people with psychiatric disorders: Results from a large community survey. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(2), 252-261. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9333-1>
 - Warhurst, C. et Knox, A. (2020). Manifesto for a new Quality of Working Life. *Human Relations*. <https://doi.org/10.1177/0018726720979348>
 - Warr, P. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work & Stress*, 8(2), 84-97. <https://doi.org/10.1080/02678379408259982>
 - Whitley, R. et Drake, R. E. (2010). Recovery: A dimensional approach. *Psychiatric Services*, 61(12), 1248-1250. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.12.1248>
 - Wickrama, K., O'Neal, C. W. et Lorenz, F. O. (2018). The decade-long effect of work insecurity on husbands' and wives' midlife health mediated by anxiety: A dyadic analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(3), 350-360. <https://doi.org/10.1037/ocp0000084>
 - Wood, S., Daniels, K. et Ogbonnaya, C. (2020). Use of work-nonwork supports and employee well-being: The mediating roles of job demands, job control, supportive management and work-nonwork conflict. *The International Journal of Human Resource Management*, 31(14), 1793-1824. <https://doi.org/10.1080/09585192.2017.1423102>
 - Zhu, Y.-Q., Corbett, J. et Chiu, Y.-T. (2020). Understanding employees' responses to artificial intelligence. *Organizational Dynamics*, 50(2). <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2020.100786>
- ## Chapitre 13
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R. et Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392-407. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
 - Altounian, J. (2000). *La survivance : traduire le trauma collectif*. Dunod.
 - Altounian, J. (2005). Événements traumatiques et transmission psychique : la survivance. Traduire le trauma collectif. *Dialogue*, 168(2), 55-68. <https://doi.org/10.3917/dia.168.0055>
 - Baubet, T. et Moro, M. R. (2009). *Psychopathologie transculturelle*. Elsevier Masson.
 - Benish, S. G., Quintana, S. et Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 279-289. <https://doi.org/10.1037/a0023626>
 - Boivin, I., Brisset, C. et Leanza, Y. (2011). Interprétation et interprétabilité : chassé-croisé en thérapies analytiques plurilingues. *Filigrane*, 20(2), 107-122. <https://doi.org/10.7202/1007614ar>
 - Chavira, D. A., Ponting, C., et Lewis-Fernández, R. (2020). Cultural and social aspects of anxiety disorders. Dans N. Simon, E. Hollander, B. O. Rothbaum, D. J. Stein et American Psychiatric Association Publishing (dir.), *The American Psychiatric Association Publishing textbook of anxiety, trauma, and OCD-related disorders* (3^e éd., p. 59-74). American Psychiatric Association Publishing.
 - Chu, J., Leino, A., Pflum, S. et Sue, S. (2016). A model for the theoretical basis of cultural competency to guide psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(1), 18-29. <https://doi.org/10.1037/pro0000055>
 - Comas-Díaz, L. (2020). Liberation psychotherapy. Dans L. Comas-Díaz et E. Torres Rivera (dir.), *Liberation psychology: Theory, method, practice, and social justice* (p. 169-185). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000198-010>
 - Craske, M. G. et Stein, M. B. (2016). Anxiety. *The Lancet*, 388(10063), 3048-3059.
 - Delanoë, D. (2015). Pourquoi il ne faut pas avoir peur du transfert et du contre-transfert culturels. *Le Carnet PSY*, 188(3), 22. <https://doi.org/10.3917/lcp.188.0022>
 - Delanoë, D. et Moro, M. R. (2016). Les rapports sociaux dans le transfert culturel : essai de problématisation. *L'autre*, 17(2), 203-211. <https://doi.org/10.3917/la.17.02.0203>
 - Evans Holmes, D. (2016). Culturally imposed trauma: The sleeping dog has awakened. Will psychoanalysis take heed? *Psychoanalytic Dialogues*, 26(6), 641-654. <https://doi.org/10.1080/10481885.2016.1235454>
 - Fish, E. W., Shahrokht, D., Bagot, R., Caldji, C., Bredy, T., Szyf, M. et Meaney, M. J. (2004). Epigenetic programming of stress responses through variations in maternal care. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1036(1), 167-180. <https://doi.org/10.1196/annals.1330.011>
 - Geertz, C. (2006). *The interpretation of cultures. Selected essays*. Basic Books.
 - Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery*. Basic Books.
 - Ifabumuyi, O. I. (1981). The dynamics of central heat in depression. *Psychopathologie africaine*, 17(1-3), 127-133.
 - Johnson, T. P. et van de Vijver, F. J. R. (2003). Social Desirability in Cross-Cultural Research. Dans J. A. Harkness, F. J. R. van de Vijver et P. P. Mohler (dir.), *Cross-cultural survey methods* (p. 195-204). Wiley.
 - Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H. et Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research*, 42(2), 727-754. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x>
 - Kirmayer, L. J. (1992). The body's insistence on meaning: Metaphor as presentation and representation in illness experience. *Medical Anthropology Quarterly*, 6(4), 323-346. <https://doi.org/10.1525/maq.1992.6.4.02a00020>
 - Kirmayer, L. J. (1999). Myth and ritual in psychotherapy. *Transcultural Psychiatry*, 36(4), 451-460. <https://doi.org/10.1177/136346159903600404>
 - Kirmayer, L. J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: Implications for diagnosis and treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 22-30.
 - Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149-164. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
 - Kirmayer, L. J. (2015). Re-visioning psychiatry: Toward an ecology of mind in health and illness. Dans L. J. Kirmayer, R. Lemelson et C. A. Cummings (dir.), *Re-visioning psychiatry: Cultural phenomenology, critical neuroscience, and global mental health* (p. 622-660). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139424745>
 - Kirmayer, L. J. et Gómez-Carrillo, A. (2019). Culturally responsive clinical psychology and psychiatry: An ecosocial approach. Dans A. Maercker, E. Heim, et L. J. Kirmayer (dir.), *Cultural clinical psychology and PTSD* (p. 3-21). Hogrefe.
 - Kirmayer, L. J., Gone, J. P. et Moses, J. (2014). Rethinking historical trauma. *Transcultural Psychiatry*, 51(3), 299-319. <https://doi.org/10.1177/1363461514536358>
 - Kirmayer, L. J., Guzder, J. et Rousseau, C. (dir.). (2014). *Cultural consultation: Encountering the other in mental health care*. Springer.
 - Kirmayer, L. J., Kienzler, H., Afana, A. H. et Pedersen, D. (2010). Trauma and disasters in social and cultural context. *Principles of Social Psychiatry*, 2, 155-177. <https://doi.org/10.1002/9780470684214.ch13>
 - Leanza, Y., Boivin, I., Moro, M. R., Rousseau, C., Brisset, C., Rosenberg, E. et Hassan, G. (2015). Integration of interpreters in mental health interventions with children and adolescents: The need for a framework. *Transcultural Psychiatry*, 52(3), 353-375. <https://doi.org/10.1177/1363461514558137>
 - Leanza, Y., Miklavcic, A., Boivin, I. et Rosenberg, E. (2014). Working with interpreters. Dans L. J. Kirmayer, J. Guzder et C. Rousseau (dir.), *Cultural consultation: Encountering the other in mental health care* (p. 89-114). Springer.
 - Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Hinton, L., Hinton, D. E. et Kirmayer, L. J. (dir.). (2016). *DSM-5: Handbook on the Cultural Formulation Interview*. American Psychiatric Association Publishing.
 - Lewis-Fernández, R., Hinton, D. E., Laria, A. J., Patterson, E. H., Hofmann, S. G., Craske, M. G., Stein, D. J., Asnaani, A. et Liao, B. (2011). Culture and the anxiety disorders: Recommendations for DSM-V. *Focus*, 9(3), 351-368. <https://doi.org/10.1176/foc.9.3.foc351>
 - Mestre, C. (2017). Naissance de l'hospitalité dans la langue. *L'autre*, 18(3), 379. <https://doi.org/10.3917/la.18.03.0379>
 - Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
 - Moro, M. R. (2006). Narrativité et traumatisme. *Le Carnet PSY*, 112(8), 47-51. <https://doi.org/10.3917/lcp.112.0047>
 - Moro, M. R. (2011). *Enfants d'ici venus d'ailleurs : naître et grandir en France*. Pluriel.
 - Mouchard, C. (2007). *Qui si je criais... ? Œuvres-témoignages dans les tourmentes du XX^e siècle*. Tèper.
 - Mouchenik, Y. (2002). Réflexion sur l'identité chez l'adolescent juif. *Champ psychosomatique*, 25(1), 119-128. <https://doi.org/10.3917/psps.025.0119>
 - Oury, J. (2007). Chemins vers la clinique. *L'Évolution psychiatrique*, 72(1), 3-14. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2007.01.004>
 - Papps, E. et Ramsden, I. (1996). Cultural safety in nursing: The New Zealand experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 491-497. <https://doi.org/10.1093/intqhc/8.5.491>
 - Rouchon, J.-F., Reyre, A., Taieb, O. et Moro, M. R. (2009). L'utilisation de la notion de contre-transfert culturel en clinique. *L'autre*, 10(1), 80-89. <https://doi.org/10.3917/la.10.01.0080>
 - Rousseau, C. et Frounfelker, R. L. (2019). Mental health needs and services for migrants: An overview for primary care providers. *Journal of Travel Medicine*, 26(2). <https://doi.org/10.1093/jtm/tay150>
 - Semprún, J. (1998). *L'écriture ou la vie*. Gallimard.
 - Sironi, F. (2004). Vers une théorie générale du traumatisme intentionnel. *Pratiques psychologiques*, 10(4), 319-333. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.09.001>
 - Tervalon, M. et Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117-125. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>
 - Triandis, H. C. (1995). *Individualism and Collectivism*. Westview Press.
 - Ungar, M. (2015). Resilience and culture: The diversity of protective processes and positive adaptation. Dans L. C. Theron, L. Liebenberg et M. Ungar (dir.), *Youth resilience and culture: Commonalities and complexities* (1^{re} éd., p. 37-48). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-9415-2>
 - van Loon, A., van Schaik, A., Dekker, J. et Beekman, A. (2013). Bridging the gap for ethnic minority adult outpatients with depression and anxiety disorders by culturally adapted treatments. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.12.014>
 - Widlöcher, D. (1988). Anxiété et programme d'action. *Psychiatrie and Psychobiologie*, 3(S2), 155s-159s. <https://doi.org/10.1017/S0767399X0002170>
 - Zoldan, Y. (2015). Incidences psychiques des rencontres avec l'histoire : résister, exister et transmettre face à l'oppression politique. *L'autre*, 16(1), 80-84. <https://doi.org/10.3917/la.16.01.0080>
 - Zoldan, Y. et Rousseau, C. (2020). À la croisée des chemins. Entre routes de pouvoir et sentiers cliniques. *L'autre*, 21(3), 307-317. <https://doi.org/10.3917/la.21.03.0307>



La principale mission de l'Ordre des psychologues du Québec est la protection du public.

Pour ce faire, l'Ordre s'assure de la qualité des services offerts par les membres, favorise le développement de la profession et défend l'accessibilité aux services psychologiques.

CRÉDITS

Rédactrice en chef

D^{re} Isabelle Marleau, psychologue

Comité scientifique

La D^{re} Pascale Brillon, le D^r Luc Granger, M. André Renaud et le D^r Camillo Zacchia, psychologues

Conception graphique

Isabelle Toussaint

Révision linguistique

Tradèm

Photos

Page couverture et page 91 :

iStock / Jeff Manes

Unsplash / Andrew Bertram

Page 3 :

Christine Grou : Martin Girard pour Shoot

Isabelle Marleau : Louis-Étienne Doré

Page 111 :

Unsplash / Appolinary Kalashnikova

Impression

Numérix

Ce document a été réalisé par la direction des communications de l'Ordre des psychologues du Québec.

