

## Trouble panique avec agoraphobie et trouble d'anxiété sociale : recours aux pairs-aidants et accès au traitement

Michel Perreault, Mariko Chartier-Otis, Claude Bélanger, André Marchand, Camillo Zacchia and Stéphane Bouchard

Santé mentale en première ligne  
Volume 34, Number 1, printemps 2009

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/029767ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/029767ar>

[See table of contents](#)

### Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

### ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

### Cite this article

Perreault, M., Chartier-Otis, M., Bélanger, C., Marchand, A., Zacchia, C. & Bouchard, S. (2009). Trouble panique avec agoraphobie et trouble d'anxiété sociale : recours aux pairs-aidants et accès au traitement. *Santé mentale au Québec*, 34 (1), 187–198. <https://doi.org/10.7202/029767ar>



## Trouble panique avec agoraphobie et trouble d'anxiété sociale : recours aux pairs-aidants et accès au traitement

---

Michel Perreault\*

Mariko Chartier-Otis\*\*

Claude Bélanger\*\*\*

André Marchand\*\*\*\*

Camillo Zacchia\*\*\*\*\*

Stéphane Bouchard\*\*\*\*\*

**L**es troubles anxieux représentent les troubles de santé mentale les plus fréquents aux États-Unis avec une prévalence annuelle de 18,1 % chez la population adulte (Kessler et al., 2005). Parmi ces troubles, le trouble d'anxiété sociale (TAS) et le trouble panique avec agoraphobie (TPA) sont les plus répandus avec des taux de prévalence à vie respectifs de 13,3 % et 3,5 % (Kessler et al., 1994 ; Wittchen et Essau, 1993). Au Canada, la prévalence à vie des troubles anxieux se situerait à 3,7 % pour le trouble panique, à 1,5 % pour l'agoraphobie et à 8,1 % pour le TAS (Ramage-Morin, 2004 ; Shields, 2004). Au Québec, c'est environ 11 % de la population qui a rapporté avoir eu un trouble panique, d'anxiété sociale ou d'agoraphobie au cours de sa vie (Kairouz et al., 2008).

---

\* Ph.D., Institut universitaire en santé mentale Douglas et département de psychiatrie, Université McGill.

\*\* B.A., Université du Québec à Montréal.

\*\*\* Ph.D., Université du Québec à Montréal et Institut universitaire en santé mentale Douglas.

\*\*\*\* Ph.D., Université du Québec à Montréal.

\*\*\*\*\* Ph.D., Institut universitaire en santé mentale Douglas.

\*\*\*\*\* Ph.D., Université du Québec en Outaouais.

### Remerciements

Nous désirons remercier le Réseau de recherche en santé des populations du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et les Instituts de recherche en santé du Canada (programme des partenariats pour l'amélioration des services de santé — PASS), pour leur soutien financier. Des remerciements particuliers à Marie-Christine Héroux et Noé Djawn White pour leur contribution à la recension des écrits sur le sujet.

Ces troubles engendrent des perturbations particulières au niveau des interactions sociales des personnes qui en souffrent. Ces dernières ont en effet tendance à consulter peu ou à attendre très longtemps avant de le faire, en raison des comportements d'évitement présents chez elles. De tous les troubles transitoires modérés de santé mentale, ces problèmes ont d'ailleurs les taux de consultation les plus bas (Kessler et al., 1999; Vasiliadis et al., 2005; Wang et al., 2005). Il importe donc d'améliorer l'accès au traitement pour ces personnes (Olfson et al., 1998; Perreault et al., 2004).

### **Les meilleures pratiques de traitement pour les troubles anxieux**

Plusieurs guides de pratique ont été publiés, dont le *Guide pratique clinique pour le traitement des troubles anxieux*, conçu au Canada par Swinson et al. (2006). D'autres guides ont été produits en Angleterre (National Health Institute, 2004) et aux États-Unis (Connolly et Bernstein, 2007). Ces guides proposent des interventions efficaces basées sur les meilleures pratiques (Lecomte, 2003). La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est considérée comme un traitement de choix dans ces guides et plusieurs études empiriques en confirment l'efficacité pour traiter les différents types de troubles anxieux (Gorman et al., 1998; Heimberg, 2001, 2002; Marchand et al., 2004; Telch et al., 1995).

### **Les difficultés d'accès au traitement**

Malgré l'existence de traitements reconnus, très peu de personnes qui souffrent de troubles anxieux ont accès à des soins spécialisés. Au Canada, seulement 11 % des personnes qui en souffrent seraient traitées (Ohayon et al., 2000). Les personnes qui consultent attendent très longtemps avant de le faire (Olfson et al., 1998; Perreault et al., 2004), et un faible pourcentage seulement de celles-ci reçoit un traitement approprié (Collins et al., 2004; Marchand et al., 2004; Telch et al., 1995; Young et al., 2001). Cette situation est encore plus problématique pour les soins primaires. Young (2001) rapporte que seulement 19 % des personnes qui ont consulté des services de première ligne ont reçu des soins adéquats, contre 90 % qui ont consulté un spécialiste en santé mentale. Or, les médecins généralistes sont les plus consultés par les personnes souffrant de troubles anxieux (Vasiliadis et al., 2005; Wang et al., 2005); puisque ces dernières consultent davantage les services de soins primaires, il importe dès lors d'améliorer l'arrimage entre les différents services. C'est d'ailleurs un des objectifs du *Plan d'action en santé mentale du Québec* où l'on favorise le traitement des troubles modérés de santé mentale en première ligne, visant ainsi une évaluation et un traitement rapide, tant au plan médical que psychosocial (MSSS, 2005).

### **Les obstacles organisationnels**

Plusieurs obstacles organisationnels et contextuels entravent l'accès au traitement pour les troubles de santé mentale (Wang et al., 2002). En effet, des problèmes liés au diagnostic, à une mauvaise orientation vers les services spécialisés et à la disponibilité des ressources caractérisent la dispensation des traitements (Gretchen, 2001 ; Spitzer et al., 1994). Afin de pallier ces difficultés et assurer une plus grande fluidité entre les différents niveaux de services, la tendance actuelle consiste à mieux intégrer les services spécialisés et ceux de première ligne (Funk et Ivbijaro, 2008). Une des principales stratégies s'appuie sur le modèle des soins en collaboration ou de soins partagés (MSSS, 2005 ; Sullivan et al., 2007). Dans une recension des écrits, Fournier et ses collaborateurs (2007) soulignent à cet effet l'importance d'améliorer la collaboration entre les intervenants des soins primaires et des services spécialisés.

### **Les obstacles reliés à la symptomatologie**

Bien que le modèle de soins en collaboration semble prometteur pour cibler les obstacles organisationnels, la symptomatologie propre aux personnes souffrant de troubles anxieux doit être considérée de manière distincte si l'on souhaite améliorer l'accès et la qualité de leurs traitements. Ces personnes ont souvent peur de l'opinion d'autrui ou ont des difficultés à se rendre à leur rendez-vous, ce qui interfère avec la recherche de traitement (Christiana et al., 2000 ; Craske et al., 2005 ; Olfson et al., 2000 ; Rodriguez et al., 2004). Même lorsqu'elles ont trouvé un traitement adéquat, leurs symptômes peuvent encore représenter un obstacle pour l'accès à des soins de qualité. Dans une recherche entreprise à notre laboratoire, plus du tiers des personnes souffrant d'un TPA, qui ont effectué une demande de soins par téléphone, ne se sont pas présentées à l'entrevue d'évaluation. Chez celles qui ont débuté la TCC, plusieurs ont abandonné. Des *focus groups* réalisés auprès de ces participants mettent en relief leurs difficultés. Ainsi, les appréhensions avant le début du traitement, la nouveauté de la situation, les craintes associées au déplacement jusqu'au lieu de traitement et la peur de consulter dans une clinique psychiatrique représentent des sources d'inquiétudes majeures pour plusieurs d'entre elles. Par ailleurs, le nombre important d'abandons lors de la phase d'exposition (moment du traitement où les patients sont confrontés aux situations qui leur sont anxiogènes) souligne la nécessité de cibler les comportements d'évitement lors de la dispensation du traitement (Perreault et al., 2004).

## **Les interventions visant les comportements d'évitement**

Pour améliorer l'accès aux services spécialisés, il importe donc de cibler les comportements d'évitement faisant obstacle au traitement. Plusieurs stratégies d'intervention ont été mises de l'avant. Dans la plupart des cas, elles tentent de réduire l'anxiété d'appréhension générée en offrant une thérapie qui ne nécessite qu'un contact minimal avec le thérapeute. Les effets des traitements auto-administrés présentent des résultats intéressants, non seulement pour les troubles chroniques (Wagner, 1998), mais aussi pour les troubles anxieux (Ito et al., 2001 ; Lidren, 1993 ; Murphy et al., 1998). Dans cette perspective, les patients acquièrent de l'information sur leurs troubles et bénéficient d'un encadrement pour développer des habiletés adéquates d'auto-gestion tout en jouant un rôle actif dans la gestion de leur santé.

Il existe aussi d'autres stratégies telles que la bibliothérapie. Il s'agit d'une forme d'aide psychologique qui privilégie l'utilisation de matériel écrit dans la procédure d'intervention (Goudreau et Côté, 2001). L'efficacité de cette modalité thérapeutique demeure toutefois controversée, sauf lorsque le patient a des échanges ponctuels avec un thérapeute (Febbraro et al., 1999 ; Gould et Clum, 1995 ; Gould et al., 1993 ; Lovell et al., 2003 ; Sharp et al., 2000). Par contre, un troisième type de stratégies, basées sur les technologies des communications, a permis de mettre de l'avant des modalités originales de traitement. Certains chercheurs ont étudié la TCC administré par le biais de la vidéoconférence ou lorsque l'exposition est effectuée en réalité virtuelle (Allard et al., 2007 ; Botella et al., 2004 ; Bouchard et al., 2006 ; Bouchard et al., 2004 ; Kenwright et Marks, 2004 ; McNamee et al., 1989 ; Swinson et al., 1995). Selon ces auteurs, de telles modalités permettent d'améliorer l'accessibilité au traitement ou de contourner les stratégies d'évitement reliées au fait de venir consulter.

## **L'intervention de pairs-aidants (PA)**

Certaines stratégies visent d'ailleurs à rendre la TCC conventionnelle, plus conviviale et accessible pour le traitement des troubles associés à des comportements d'évitement. Pollack et al. (1991) ont examiné l'impact d'une intervention clinique débutant à domicile. D'autres recherches tentent plutôt d'améliorer l'accès aux soins en ajoutant une intervention non professionnelle à la TCC. Plusieurs de ces travaux analysent le soutien du conjoint (Cobb et al., 1984 ; Oatley et Hodgson, 1987) ; cependant, les résultats montrent une amélioration plus importante des participants accompagnés par des amis. Dans cette perspective, certains chercheurs (Fokias et Tyler, 1995) suggèrent de

porter une plus grande attention à l'impact d'une personne significative extérieure au noyau familial. Marcus et Runge (1990) ont aussi examiné l'efficacité d'un programme d'accompagnement par des PA, qui étaient des personnes qui avaient déjà souffert de TPA et qui étaient supervisées par des professionnels. Ces pairs-aidants accompagnaient des clients au moment de leurs exercices d'exposition. Les résultats indiquent que leur intervention a permis de diminuer la fréquence et la sévérité des attaques de panique. Leurs clients ont souligné la contribution de la relation d'aide, le soutien social ressenti, les progrès thérapeutiques et l'optimisme relativement au rétablissement. L'aide fournie par des pairs-aidants peut donc favoriser une compréhension des problèmes et une meilleure introspection au cours de la thérapie (Parsonnet et Weinstein, 1987). En fait, leur intervention permet d'atténuer les obstacles organisationnels liés à l'accès au traitement et aide à amenuiser les symptômes.

C'est dans cet esprit qu'une formation pour PA a été mise en place à l'Institut Douglas en collaboration avec Phobies-Zéro, un groupe de soutien et d'entraide pour les personnes souffrant de troubles anxieux. Cette formation comporte cinq sessions de trois heures et est assurée par des cliniciens. Elle vise à aider de futurs PA dans leur rôle d'accompagnateur dans le traitement du TPA et du TAS. L'intervention des PA aura pour objet de contrer les comportements d'évitement qui caractérisent ces deux troubles et de faciliter l'accès et l'observance au traitement. Dans ce contexte, le contenu de la formation porte sur l'identification des différents troubles anxieux ; la connaissance des ressources d'aide où les patients peuvent être orientés ; la manière d'établir une relation d'aide et d'assurer un accompagnement efficace dans un environnement thérapeutique. L'implantation du projet va bon train alors que plusieurs personnes ayant déjà souffert d'un TPA ou d'un TAS ont offert leurs services à titre bénévole. La formation d'une première cohorte de quatre personnes est sur le point d'être complétée. Le succès de cette initiative réside toutefois dans l'intérêt que manifesteront les clients pour obtenir le soutien de PA, tel que le démontre une initiative similaire dans un traitement en toxicomanie (Perreault et al., 2006).

Malgré la pertinence d'associer des PA à la TCC, l'absence d'études contrôlées sur ce mode de traitement ne permet pas de le reconnaître comme « bonnes pratiques » du domaine. Pourtant, outre l'avantage de profiter de l'expérience de personnes ayant déjà surmonté les difficultés d'accès au traitement, la contribution de PA peut aussi s'inscrire dans le modèle du rétablissement privilégié dans le traitement des troubles graves et persistants. Un nombre grandissant d'études

appuie cette approche et démontre l'impact positif de la contribution des PA pour ces troubles (Corrigan et al., 2002; Goldstrom et al., 2006). Elle est également reconnue comme bénéfique pour assurer le soutien et faciliter le traitement de ces personnes (Hodges et Hardiman, 2006; Kirby et Keon, 2006). L'apport des PA dans le traitement du TAS et du TPA semble révéler les mêmes tendances, même si la recherche ne s'inscrit pas dans le courant actuel des études sur le «rétablissement».

## Conclusion

Les modèles actuels de prestation des soins visent une meilleure intégration des services de santé mentale aux soins primaires afin de favoriser la continuité et l'accès aux soins (Funk et Ivbijaro, 2008; MSSS, 2005; Sullivan et al., 2007). Bien que cette stratégie apparaisse prometteuse pour contrer les obstacles organisationnels qui entravent l'accès aux soins, la symptomatologie des personnes souffrant du TAS et du TPA constitue un obstacle tout aussi important. Il apparaît donc primordial de considérer aussi leurs symptômes d'évitement qui sont au cœur de leur problématique. Parmi les moyens qui peuvent être utilisés à cette fin, le recours à des PA représente une piste intéressante. La formation et l'encadrement de PA qui ont déjà vécu l'expérience de ces problèmes et leur traitement, pourraient aider à surmonter les obstacles reliés à ces symptômes, et ceux qui sont inhérents à l'organisation des services destinés à ces personnes.

## Références

- ALLARD, M., BOUCHARD, S., MARCHAND, A., COURNOYER, L. G., GREEN-DEMERS, I., RENAUD, P., 2007, L'efficacité de la psychothérapie pour le trouble panique en vidéoconférence: Réplication et alliance thérapeutique, *Revue québécoise de psychologie*, 28, 2, 43-64.
- BOTELLA, C., VILLA, H., GARCIA PALACIOS, A., QUERO, S., BANOS, R. M., ALCANIZ, M., 2004, The use of VR in the treatment of panic disorders and agoraphobia, *Studies in Health Technology and Informatics*, 99, 73-90.
- BOUCHARD, S., CÔTÉ, S., RICHARD, D. S., 2006, Virtual reality applications of exposure, in Richard, D.S., Lauterbach, D., eds., *Handbook of Exposure*, Academic Press, New York, 347-388.
- BOUCHARD, S., PAQUIN, B., PAYEUR, R., ALLARD, M., RIVARD, V., FOURNIER, T., 2004, Delivering Cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference, *Telemedicine Journal and e-health*, 10, 1, 13-25.

- CHRISTIANA, J. M., GILMAN, S. E., GUARDINO, M., MICKELSON, K., MORSELLI, P. L., OLFSO, M., 2000, Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: An international survey of members of mental health patient advocate groups, *Psychological Medicine*, 30, 3, 693-703.
- COBB, J. P., MATHEWS, A. M., CHILDS-CLARKE, A., BLOWERS, C. M., 1984, The spouse as co-therapist in the treatment of agoraphobia, *British Journal of Psychiatry*, 144, 282-287.
- COLLINS, K. A., WESTRA, H. A., DOZOIS, D. J., BURNS, D. D., 2004, Gaps in accessing treatment for anxiety and depression: Challenges for the delivery of care, *Clinical Psychology Review*, 24, 5, 583-616.
- CONNOLLY, S. D., BERNSTEIN, G. A., 2007, Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders, *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 2, 267-283.
- CORRIGAN, P. W., CALABRESE, J. D., DIWAN, S. E., KEOGH, C. B., KECK, L., MUSSEY, C., 2002, Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness: Qualitative analysis of program materials and testimonies, *Community Mental Health Journal*, 38, 4, 287-301.
- CRASKE, M. G., EDLUND, M. J., SULLIVAN, G., ROY-BYRNE, P., SHERBOURNE, C., BYSTRITSKY, A., 2005, Perceived unmet need for mental health treatment and barriers to care among patients with panic disorder, *Psychiatric Services*, 56, 8, 988-994.
- FEBBRARO, G. A. R., CLUM, G. A., WRIGHT, J. A., ROODMAN, A., 1999, The limits of bibliotherapy: A study of differential effectiveness of self-administered interventions in individuals with panic attacks, *Behavior Therapy*, 30, 2, 209-222.
- FOKIAS, D., TYLER, P., 1995, Social support and agoraphobia: A review, *Clinical Psychology Review*, 15, 4, 347-366.
- FOURNIER, L., AUBÉ, D., ROBERGE, P., LESSARD, L., DUHOUX, A., 2007, *Vers une première ligne forte en santé mentale: Messages clés de la littérature scientifique*, Institut national de santé publique du Québec.
- FUNK, M., IVBIJARO, G., 2008, *Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective*, Geneva.
- GOLDSTROM, I. D., CAMPBELL, J., ROGERS, J. A., LAMBERT, D. B., BLACKLOW, B., HENDERSON, M. J., 2006, National estimates for mental health mutual support groups, self-help organizations, and consumer-operated services, *Administration in Policy and Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 1, 92-103.



- GORMAN, J., SHEAR, K., COWLEY, D., CROSS, C. D., MARCH, J., ROTH, W., 1998, *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder*, American Psychiatric Publishing Inc.
- GOUDREAU, A., CÔTÉ, G., 2001, La bibliothérapie: Comment favoriser l'alliance thérapeutique, *Revue québécoise de psychologie*, 22, 3, 7-25.
- GOULD, R. A., CLUM, G. A., 1995, Self-help plus minimal therapist contact in the treatment of panic disorder: A replication and extension, *Behavior Therapy*, 26, 533-546.
- GOULD, R. A., CLUM, G. A., SHAPIRO, D., 1993, The use of bilbiotherapy in the treatment of panic: A preliminary investigation, *Behavior Therapy*, 24, 241-252.
- GRETCHEN, W. C., 2001, *Barriers to the Effective Treatment of Anxiety Disorder*, Paper presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting, Washington.
- HEIMBERG, R. G., 2001, Current status of psychotherapeutic interventions for social phobia, *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 1, 36-42.
- HEIMBERG, R. G., 2002, Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions, *Society of Biological Psychiatry*, 51, 1, 101-108.
- HODGES, J. Q., HARDIMAN, E. R., 2006, Promoting healthy organizational partnerships and collaboration between consumer-run and community mental health agencies, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 3, 267-278.
- ITO, L. M., DE ARAUJO, L. A., TESS, V. L., DE BARROS-NETO, T. P., ASBAHR, F. R., MARKS, I., 2001, Self-exposure therapy for panic disorder with agoraphobia: Randomised controlled study of external v. interoceptive self-exposure, *British Journal of Psychiatry*, 178, 331-336.
- KAIROUZ, S., BOYER, R., NADEAU, L., PERREAULT, M., FISET-LANIEL, J., 2008, *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Institut de la statistique du Québec.
- KENWRIGHT, M., MARKS, I. M., 2004, Computer-aided self-help for phobia/panic via internet at home: a pilot study, *British Journal of Psychiatry*, 184, 448-449.
- KESSLER, R. C., CHIU, W. T., DEMLER, O., MERIKANGAS, K. R., 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.

- KESSLER, R. C., MCGONAGLE, K. A., ZHAO, S., NELSON, C. B., HUGHES, M., ESHLEMAN, S., 1994, Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States, Results from the National Comorbidity Survey, *Archives of General Psychiatry*, 51, 1, 8-19.
- KESSLER, R. C., ZHAO, S., KATZ, S. J., KOUZIS, A. C., FRANK, R. G., EDLUND, M., 1999, Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey, *American Journal of Psychiatry*, 156, 1, 115-123.
- KIRBY, M. J. L., KEON, W. J., 2006, De l'ombre à la lumière — La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada, Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.
- LECOMTE, Y., 2003, [Developing better practices], *Santé mentale au Québec*, 28, 1, 9-36.
- LIDREN, D. M., 1993, *The Differential Efficacy of Self-Help and Group Therapy in the Treatment of Panic Disorder and Agoraphobia: A Treatment Comparison Study*, Unpublished thesis, Washington State University, Department of Psychology.
- LOVELL, K., RICHARDS, D. A., BOWER, P., 2003, Improving access to primary mental health care: uncontrolled evaluation of a pilot self-help clinic, *British Journal of General Practice*, 53, 487, 133-135.
- MARCHAND, A., GERMAIN, V., DUPUIS, G., 2004, Le TPA et la qualité de vie: impact de différents traitements du trouble panique avec agoraphobie sur la qualité de vie, *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 9, 1, 12-22.
- MARCUS, H. P., RUNGE, C. M., 1990, Community-based services for agoraphobics, Families in society, *Journal of Contemporary Human Services*, 71, 10, 602-606.
- MCNAMEE, G., O'SULLIVAN, G., LELLIOTT, P., MARKS, I., 1989, Telephone-guided treatment for housebound agoraphobics with panic disorder: Exposure vs relaxation, *Behavior Therapy*, 2, 4, 491-497.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 — La force des liens*, Gouvernement du Québec.
- MURPHY, M. T., MICHELSON, L. K., MARCHIONE, K., MARCHIONE, N., TESTA, S., 1998, The role of self-directed in vivo exposure in combination with cognitive therapy, relaxation training, or therapist-assisted exposure in the treatment of panic disorder with agoraphobia, *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 2, 117-138.

- NATIONAL HEALTH INSTITUTE, 2004, *Management of Anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in Community Care (NICE Clinical Guideline22)*, National Institute for Health and Clinical Excellence, London (www.nice.org.uk).
- OATLEY, K., HODGSON, D., 1987, Influence of husbands on the outcome of their agoraphobic wives' therapy, *British Journal of Psychiatry*, 150, 380-386.
- OHAYON, M. M., SHAPIRO, C. M., KENNEDY, S. H., 2000, Differentiating DSM-IV anxiety and depressive disorders in the general population: comorbidity and treatment consequences, *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 2, 166-172.
- OLFSON, M., GUARDINO, M., STRUENING, E., SCHNEIER, F. R., HELLMAN, F., KLEIN, D. F., 2000, Barriers to the treatment of social anxiety, *The American Journal of Psychiatry*, 157, 4, 521-527.
- OLFSON, M., KESSLER, R. C., BERGLUND, P. A., LIN, E., 1998, Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario, *American Journal of Psychiatry*, 155, 10, 1415-1422.
- PARSONNET, L., WEINSTEIN, L., 1987, A volunteer program for helping families in a critical care unit, *Health and Social Work*, 12, 1, 21-27.
- PERREAU, M., BÉLANGER, C., MARCHAND, A., SÉGUIN, C., WHITE, N.-D., KATERELOS, D., 2004, *Adhésion au traitement cognitivo-comportemental pour le trouble panique avec agoraphobie : cheminement et perspective de la clientèle*, présenté au Colloque Les meilleures pratiques en santé mentale.
- PERREAU, M., HÉROUX, M.-C., LAUZON, P., WHITE, N. D., TREMBLAY, I., LÉVESQUE, G.-P., 2006, Intérêt de la clientèle d'un programme de méthadone quant aux services offerts par un groupe de pairs-aidants, *Drogues, santé et société*, 5, 1, 77-103.
- POLLACK, M. H., SACHS, G. S., TESAR, G. E., SHUSHTARI, J., HERMAN, J. B., OTTO, M. W., 1991, Pilot outreach services to homebound agoraphobic patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 3, 315-317.
- RAMAGE-MORIN, P. L., 2004, Panic disorder and coping, *Health Reports*, 15 Suppl, 31-43.
- RODRIGUEZ, B. F., WEISBERG, R. B., PAGANO, M. E., MACHAN, J. T., CULPEPPER, L., KELLER, M. B., 2004, Frequency and patterns of psychiatric comorbidity in a sample of primary care patients with anxiety disorders, *Comprehensive Psychiatry*, 45, 2, 129-137.
- SHARP, D. M., POWER, K. G., SWANSON, V., 2000, Reducing therapist contact in cognitive behaviour therapy for panic disorder and agoraphobia in

- primary care: global measures of outcome in a randomised controlled trial, *British Journal of General Practice*, 50, 461, 963-968.
- SHIELDS, M., 2004, *Social Anxiety Disorder — Beyond Shyness*, Health reports/ Statistics Canada, Canadian Centre for Health Information, 15, 45-61.
- SPITZER, R. L., WILLIAMS, J. B., KROENKE, K., LINZER, M., DEGRUY, F. V., HAHN, S. R., 1994, Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care, The PRIME-MD 1000 study, *Journal of the American Medical Association*, 272, 22, 1749-1756.
- SULLIVAN, G., CRASKE, M. G., SHERBOURNE, C., EDLUND, M. J., ROSE, R. D., GOLINELLI, D., 2007, Design of the coordinated anxiety learning and management (CALM) study: innovations in collaborative care for anxiety disorders, *General Hospital Psychiatry*, 29, 5, 379-387.
- SWINSON, R. P., ANTONY, M. M., BLEAU, P., CHOKKA, P., CRAVEN, M., FALLU, A., 2006, Guide de pratique clinique, Traitement des troubles anxieux, *Revue canadienne de psychiatrie*, 51, 2, 1-97.
- SWINSON, R. P., FERGUS, K. D., COX, B. J., WICKWIRE, K., 1995, Efficacy of telephone-administered behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia, *Behaviour Research and Therapy*, 33, 4, 465-469.
- TELCH, M. J., SCHMIDT, N. B., JAIMEZ, T. L., JACQUIN, K. M., HARRINGTON, P. J., 1995, Impact of cognitive behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 5, 823-830.
- VASILIADIS, H. M., LESAGE, A., ADAIR, C., BOYER, R., 2005, Service use for mental health reasons: cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access, *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 10, 614-619.
- WAGNER, E. H., 1998, Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?, *Effective Clinical Practice*, 1, 1, 2-4.
- WANG, P. S., DEMLER, O., KESSLER, R. C., 2002, Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States, *American Journal of Public Health*, 92, 1, 92-98.
- WANG, P. S., LANE, M., OLFSON, M., PINCUS, H. A., WELLS, K. B., KESSLER, R. C., 2005, Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication, *Archives of General Psychiatry*, 62, 6, 629-640.
- WITTCHEN, H. U., ESSAU, C. A., 1993, Epidemiology of panic disorder: progress and unresolved issues, *Journal of Psychiatric Research*, 27, 1, 47-68.

YOUNG, A. S., KLAP, R., SHERBOURNE, C. D., WELLS, K. B., 2001, The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States, *Archives of General Psychiatry*, 58, 1, 55-61.