

Université de Sherbrooke

**Benzodiazépines et thérapie cognitive-comportementale transdiagnostique de groupe
pour les troubles anxieux : une étude mixte**

Par
Camila Durand
Programmes de Recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.) en sciences de la santé

Sherbrooke, Québec, Canada
Mai 2021

Pasquale Roberge, psychologue, Ph.D., directrice de recherche, Département de médecine
de famille et d'urgence

Marie-France Dubois, Ph.D., codirectrice de recherche, Département des sciences de la
santé communautaire

Marie-Claude Jacques, Inf., Ph.D., évaluatrice interne, École des sciences infirmières

Geneviève Belleville, psychologue, Ph.D., évaluatrice externe, École de psychologie,
Université Laval

© Camila Durand, 2021

SOMMAIRE

Benzodiazépines et thérapie cognitive-comportementale transdiagnostique de groupe pour les troubles anxieux : une étude mixte

Par

Camila Durand

Programmes de Recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Introduction : La thérapie cognitive-comportementale (TCC) est reconnue comme étant efficace dans le traitement des troubles anxieux, troubles de santé mentale parmi les plus courants. Les benzodiazépines peuvent être prescrites dans l'optique d'un traitement de deuxième intention des troubles anxieux, à court terme et en combinaison avec un traitement fondé sur des données probantes. Au moment de débiter une TCC, il n'est pas rare qu'une personne utilise déjà un traitement pharmacologique, dont les benzodiazépines. Par contre, l'effet de la combinaison des benzodiazépines à la TCC demeure incertain. **Objectifs :** Cette étude repose sur deux objectifs : (1) Explorer l'effet des benzodiazépines au pré-traitement sur la relation entre la thérapie cognitive-comportementale transdiagnostique (TCC-t) de groupe et la réduction des symptômes anxieux et (2) explorer la perception des participants concernant leur prise de benzodiazépines avant, pendant et après une TCC-t. **Méthodologie :** Cette étude repose sur un devis mixte convergent et s'est imbriquée dans un essai contrôlé randomisé pragmatique qui avait pour but d'évaluer l'efficacité d'une TCC-t de groupe de 12 semaines pour les troubles anxieux en comparaison aux soins usuels. Le bras expérimental a reçu la TCC-t et les soins usuels (n=117) tandis que le bras témoin a reçu les soins usuels (n=114). La mesure des symptômes anxieux a été obtenue avant et après l'intervention par l'inventaire d'anxiété de Beck. Une analyse de régression linéaire multiple a permis d'examiner l'effet d'interaction (bras d'intervention*benzodiazépine) sur la réduction des symptômes anxieux. Treize entrevues qualitatives ont été réalisées auprès d'un sous-échantillon de participants ayant reçu la TCC-t et ayant utilisé des benzodiazépines dans les 12 mois avant le début du traitement. Ces données ont été analysées en utilisant une méthode descriptive interprétative. **Résultats :** Le volet quantitatif de l'étude illustre un effet non différentiel de la prise de benzodiazépines sur la relation entre la TCC-t et la réduction des symptômes anxieux ($p > 0,05$). Les résultats qualitatifs apportent des nuances et de la profondeur quant à l'utilité des benzodiazépines lors d'une TCC-t. Malgré certains avantages perçus, les participants ont soulevé que les benzodiazépines ont pu nuire à l'efficacité des exercices d'exposition, puisqu'elles modifient l'expérience de l'anxiété. Elles ont aussi pu entraver l'acquisition de certains concepts, comme ceux vus lors de la psychoéducation, en raison des effets sédatifs de cette médication. **Conclusion :** En plus d'une vision en globalité, cette étude illustre la perception de personnes quant à leur utilisation de benzodiazépines lors d'une TCC-t de groupe. Leur expérience en lien avec cette médication, les principes d'intervention de la TCC et l'influence du groupe de thérapie est également mise en lumière. **Mots clés :** benzodiazépines, thérapie cognitive-comportementale, TCC, psychothérapie de groupe, troubles anxieux, transdiagnostique

SUMMARY

Benzodiazepines use in group transdiagnostic cognitive-behaviour therapy for anxiety disorders: A mixed methods study

By
Camila Durand

A thesis presented to the Faculty of Medicine and Health Sciences in partial fulfillment of the requirements of the degree of Master of Science in Health sciences, Faculty of Medicine and Health Sciences, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Introduction: Cognitive-behavioural therapy (CBT) is known to be effective in the treatment of anxiety disorders, one of the most common mental health disorders. Benzodiazepines are also commonly used but should be prescribed as a second-line treatment, in the short term, and as an adjuvant to an evidence-based treatment. When starting CBT, it is frequent for people living with an anxiety disorder to already use a pharmacological treatment, including benzodiazepines. However, the effect of combining benzodiazepines with CBT is unclear. **Objective:** This study has two main objectives: (a) to explore the influence of pretreatment benzodiazepines use on the association between group transdiagnostic cognitive behavioural therapy (tCBT) and the reduction of anxiety symptoms; (b) to explore the participants' perception of their use of benzodiazepines before, during and after group tCBT. **Methods:** This convergent mixed design study was embedded in a pragmatic randomized controlled trial aiming to assess the effectiveness of a 12-week group tCBT for anxiety disorders as a complement to treatment-as-usual (TAU). The experimental arm received tCBT and TAU (n=117) while the control arm received TAU (n=114). Assessment of anxiety symptoms was obtained before and after treatment with the Beck Anxiety Inventory. A multiple linear regression analysis examined the interaction effect (arm*benzodiazepine) on anxiety symptom reduction. Thirteen qualitative interviews were done with a subsample of participants who received tCBT and used benzodiazepines in the 12 months prior to treatment initiation. Data were analyzed using an interpretive descriptive method. **Results:** The quantitative component of the study illustrated a non-differential effect of benzodiazepine use on the association between tCBT and anxiety symptom reduction ($p>0.05$). Qualitative findings brought nuance and depth to the utility of benzodiazepines during tCBT. Despite some benefits, participants raised the point that benzodiazepines may have interfered with the effectiveness of exposure exercises, since they modify anxiety experience. They may also have affected the acquisition of certain concepts, such as those seen in psychoeducation, due to the sedative effects of this medication. **Conclusion:** In addition to a global understanding, this study highlights the perceptions of people regarding their use of benzodiazepines during group tCBT, but also their experience with this medication, the premises of CBT intervention and the influence of group therapy. **Keywords:** benzodiazepines, cognitive-behavior therapy, CBT, group psychotherapy, anxiety disorders, transdiagnostic

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	1
Problématique	3
Troubles anxieux.....	3
Présentation des troubles anxieux à l'âge adulte	3
Portrait épidémiologique	4
Impacts.....	5
Traitement des troubles anxieux	5
Traitement par benzodiazépines	6
Traitement par la thérapie cognitive-comportementale	7
Thérapie cognitive-comportementale de groupe	8
Thérapie cognitive-comportementale transdiagnostique de groupe	9
Benzodiazépines et thérapie cognitive comportementale	9
Recension des écrits	12
Stratégie de recherche documentaire.....	12
Profil sommaire des études recensées	13
Présentation des constats issus de la recension des écrits	15
Revue de la littérature	15
Essais cliniques randomisés.....	17
Études quasi expérimentales.....	22
Analyse secondaire de données	24
Opinions d'experts.....	24
Synthèse critique de la littérature	25
Objectifs de recherche.....	27
Méthodologie et résultats	28
Article.....	28
Complément et précisions	53
Discussion	55
Interprétation des résultats.....	55
Forces de l'étude	62

Limites de l'étude.....	63
Pistes de recherches futures	64
Retombées cliniques.....	64
Retombées scientifiques.....	65
Conclusion	66
Liste des références.....	67
Annexe 1 : Guide d'entrevue	74
Annexe 2 : Approbation de la demande d'amendement et addenda	78
Annexe 3 : Script contact initial	80
Annexe 4 : Script consentement verbal.....	81

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques et résultats des ECR sans ajustement pour la prise de benzodiazépines	19
Tableau 2. Caractéristiques et résultats des ECR sur les traitements combinés	21
Tableau 3. Caractéristiques et résultats des études quasi expérimentales	23
Tableau 4. Résultats au BAI au prétest.....	53
Tableau 5. Résultats au BAI au post-test.....	53

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux de la recension des écrits.....	14
---	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADIS-5	Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5
BAI	Beck Anxiety Inventory
CBT	Cognitive behavioural therapy
ECR	Essai contrôlé randomisé
IAB	Inventaire d'anxiété de Beck
tCBT	Group transdiagnostic cognitive behavioural therapy
TAU	Treatment-As-Usual
TCC	Thérapie cognitive-comportementale
TCC-t	Thérapie cognitive comportementale transdiagnostique
RCT	Randomized controlled trial

*À mon papa, qui ne pourra jamais avoir la chance de me lire et d'être témoin du
dénouement de mes études*

REMERCIEMENTS

Dans un premier temps je tiens à remercier mes directrices de recherche Pre Pasquale Roberge et Pre Marie-France Dubois, pour leur présence et accompagnement tout au long de cette aventure. Vous vous êtes montrées patientes et rassurantes, c'était précieux de pouvoir compter sur vous. Pasquale, merci de m'avoir accueilli au sein de ton laboratoire et d'avoir cru en ce projet de recherche. Ton expertise en santé mentale et sur la TCC, m'a été d'une grande aide et m'a permis d'approfondir ma réflexion sur le sujet. Tu avais toujours les bons mots, tant pour m'aider dans la réalisation de cette maîtrise, que pour me supporter émotionnellement. Je suis heureuse de poursuivre avec toi vers un projet de doctorat. Marie-France, ton expérience dans la supervision d'étudiants m'a permis de me sentir en confiance, autant au sein du programme, que dans l'accomplissement de ma maîtrise. Tu m'as proposé d'ajouter un volet qualitatif à mon projet, ce qui m'a permis de me trouver une réelle passion pour cette méthodologie de recherche, j'en suis tellement reconnaissante. Surtout, merci pour ta patience, ta disponibilité et pour tout le temps que tu as passé à m'expliquer les analyses statistiques.

Je tiens également à remercier mon amie de maîtrise, Joëlle St-Vincent Gagné. Vivement nos séances d'études et de rédaction, qui se terminaient souvent en séances de magasinage. Je suis contente que l'on se soit trouvées et de pouvoir te considérer parmi mes amitiés les plus précieuses.

Merci à mon ami Diego Maury Legrand, définitivement la personne qui me fait le plus rire au monde, pour avoir rendu l'expérience de cette maîtrise manifestement plus plaisante. Vivement nos journées entières passées en facetime. Merci pour ton écoute et ta présence, je suis choyée de t'avoir dans ma vie. Cheers!

Danielle et Richard, merci pour m'avoir toujours supporté dans mes études et d'avoir cru en mon potentiel. Si ce n'était pas de vous, je ne sais pas si je me serais rendue jusqu'ici. Malgré la distance, j'ai toujours su que je pouvais compter sur vous.

Finalement, merci au Programme de bourse Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke pour le financement qui m'a été octroyé dans le cadre de cette maîtrise.

INTRODUCTION

L'anxiété pathologique figure au premier plan des problématiques de santé mentale les plus courantes. Touchant l'ensemble des sphères de la vie d'une personne, vivre avec un trouble anxieux occasionne plusieurs défis au quotidien et nécessite souvent une recherche d'aide. Dans l'optique de vouloir soulager ses symptômes, la personne fait face à deux principales catégories de traitements, soit la pharmacothérapie et/ou la psychothérapie. La thérapie cognitive comportementale (TCC) est reconnue comme étant efficace dans le traitement des troubles anxieux. Cette forme de psychothérapie est engageante et sollicite activement l'acquisition de nouvelles compétences pour être en mesure de comprendre son anxiété, de travailler ses pensées et de faire face à ses peurs. Pouvant être offerte dans un format de groupe, cette modalité de TCC entraîne plusieurs avantages, dont le traitement efficace d'un plus grand nombre de personnes, mais également certains défis chez celles qui décident d'y participer. Les craintes pouvant accompagner une TCC de groupe touchent notamment le jugement social et l'ouverture face à un groupe d'inconnus. Malgré le fait que la TCC ait fait ses preuves dans le traitement des troubles anxieux, dans le contexte actuel, la pharmacothérapie demeure l'intervention la plus couramment prescrite. Parmi les classes de médicaments reconnus comme étant efficaces pour le traitement de ces troubles, on y retrouve les benzodiazépines, provoquant des effets sédatifs et devant être utilisés avec prudence considérant leur risque d'abus et de dépendance.

Lorsqu'une personne entreprend une TCC, il y a de fortes chances que cette dernière utilise déjà une médication, telle que les benzodiazépines. Cependant, les effets de l'association entre la prise antérieure ou concomitante de benzodiazépines et la TCC, ainsi que la perception des personnes vivant avec un trouble anxieux à ce sujet, demeurent incertains et peu documentés. Notamment, les benzodiazépines pourraient interférer avec les principales stratégies d'intervention de la TCC et nuire à l'acquisition de ses contenus.

Ce mémoire de maîtrise s'est donc intéressé à l'exploration des effets potentiels de la prise de benzodiazépines entourant une TCC de groupe pour les troubles anxieux. Proposant un

devis mixte, la vision globale des effets moyens évalués en quantitatif jumelée à la profondeur des données qualitatives permettra de tirer des conclusions nuancées sur le sujet. La rédaction de ce mémoire est basée sur un plan de mémoire par article. Une présentation de la problématique, suivie de la recension des écrits et des objectifs, forment les trois premiers chapitres. L'article scientifique rédigé dans le cadre de projet de maîtrise, illustrant la méthodologie et les résultats de recherche, constitue le quatrième chapitre. Une discussion en lien avec les principaux résultats et une conclusion de l'ensemble de ce mémoire composent les derniers chapitres.

PROBLÉMATIQUE

Ce premier chapitre vise à illustrer le sujet et la problématique de recherche. L'ensemble des concepts à l'étude seront analysés et définis. La pertinence de ce présent projet de recherche sera mise en lumière.

Troubles anxieux

D'un point de vue éthologique, l'anxiété est nécessaire à la survie de l'humain, puisqu'elle lui permet d'adopter des comportements de protection face à un danger imminent. L'anxiété déclenche une réaction d'alarme afin que l'humain mobilise l'attention et les ressources nécessaires pour faire face à ce danger (Barlow, 2004). Toutefois, elle perd sa valeur de protection lorsqu'elle entrave les capacités d'adaptation d'un individu. En d'autres mots, l'anxiété est pathologique lorsqu'elle est orientée vers l'anticipation de menaces et l'évitement de certaines situations (American Psychiatric Association, 2013).

Présentation des troubles anxieux à l'âge adulte

Les troubles anxieux se distinguent en raison de l'objet ou de la situation à la source de l'anxiété. Ils partagent des caractéristiques communes, telles que des peurs excessives, de la rumination au sujet d'événements passés, de l'anticipation et de l'évitement de situations survenues ou à risque de survenir (American Psychiatric Association, 2013). Selon la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), les principaux troubles anxieux pouvant être présents à l'âge adulte sont : le trouble panique, le trouble d'anxiété sociale, le trouble d'anxiété généralisée, l'agoraphobie et la phobie spécifique. Le DSM-5 définit ces troubles en fonction de diverses caractéristiques et manifestations, celles-ci seront présentées sommairement pour chacun des troubles mentionnés ci-haut. Le trouble panique est caractérisé par la présence d'attaques de panique, une montée soudaine et intense d'anxiété, provoquant un immense malaise. Comme les attaques de panique font généralement surface sans avertissement, les personnes présentant ce trouble vivent avec la peur de potentiellement faire une attaque de panique. Le trouble d'anxiété sociale est une peur intense de faire l'objet d'une évaluation sociale négative ou de se retrouver dans une situation embarrassante. Étant bien plus qu'une simple timidité, cette

peur amène la personne à éviter certaines situations où elle doit être en contact avec autrui. Le trouble d'anxiété généralisée est caractérisé par des inquiétudes excessives concernant plusieurs situations du quotidien. Cette anxiété est de loin supérieure à la normale et il est parfois même question d'un état permanent d'anxiété. L'agoraphobie est la peur de se retrouver dans une situation ou un endroit sans issue, tels qu'un ascenseur, un festival ou une file d'attente. La personne présentant ce trouble peut donc éviter les endroits publics et même éviter de sortir de son domicile. La phobie spécifique est la peur intense de certains objets ou situations, comme les araignées, les hauteurs, la noirceur ou les espaces confinés (American Psychiatric Association, 2013).

Portrait épidémiologique

Les troubles anxieux figurent parmi les troubles de santé mentale les plus fréquents (Kessler et al., 2007, 2010). En effet, une revue systématique indique que la prévalence mondiale sur 12 mois des troubles anxieux s'élève en moyenne à 11,6 % [intervalle de confiance à 95 % : 7,6 à 17,7 %] (Baxter et al., 2013). Les femmes sont plus à risque de présenter un trouble anxieux comparativement aux hommes, et ce, peu importe le type de trouble (McLean et al., 2011; Somers et al., 2006). Selon le DSM-5, l'âge d'apparition est variable et propre à chaque trouble. L'anxiété sociale se manifeste entre l'enfance et l'adolescence, soit habituellement entre 8 et 15 ans. Quant aux phobies spécifiques, elles apparaissent généralement à l'enfance, avant 10 ans. Pour l'agoraphobie, une apparition à l'enfance est rare, elle se manifeste généralement à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte. Le trouble panique se manifeste à l'âge adulte, soit entre 20 et 24 ans. Le trouble d'anxiété généralisée présente un début d'apparition très large, mais se manifeste généralement plus tard que les autres troubles, soit à un âge médian de 30 ans. Les inquiétudes excessives peuvent toutefois faire surface assez tôt chez une personne, mais se présentent davantage sous l'angle d'un tempérament anxieux (American Psychiatric Association, 2013). Partageant des caractéristiques communes et des processus de pensées similaires en réaction à différents stressseurs, les troubles anxieux peuvent être extrêmement comorbides entre eux (American Psychiatric Association, 2013; Norton & Roberge, 2017).

Impacts

L'anxiété pathologique peut occasionner une importante détresse et avoir des impacts sur la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble anxieux (Comer et al., 2011), notamment au travail, dans leurs relations sociales et familiales, et ce, en plus d'affecter leur santé physique et mentale (Olatunji et al., 2007). Effectivement, ces personnes sont plus à risque de présenter des comorbidités avec d'autres troubles psychiatriques, tels que la dépression et l'abus de substances, mais également des troubles physiques comme l'hypertension et les maladies cardiovasculaires (American Psychiatric Association, 2013; Meuret et al., 2020; Roy-Byrne et al., 2008). Un diagnostic de trouble anxieux représente également un facteur de risque aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide (Bentley et al., 2016; Sareen et al., 2005). L'entourage peut aussi être affecté par le fardeau que représente cette problématique et les impacts qui y sont associés (Senaratne et al., 2010), notamment au niveau des activités de vies familiales pouvant s'avérer plus limitées en raison des sources d'anxiété que peut éprouver une personne vivant avec un trouble anxieux (Quilty et al., 2003). Face à l'incidence des troubles anxieux et leurs conséquences, ceux-ci se retrouvent généralement associés à une plus grande utilisation des services de soins de santé (Martín-Merino et al., 2010).

Traitement des troubles anxieux

Les guides de pratique clinique proposent deux grandes catégories de traitement visant à soulager la personne ou à l'engager dans un processus de rémission : la pharmacothérapie et la psychothérapie, seules ou en combinaison (Katzman et al., 2014; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2011). Le choix du traitement devrait reposer principalement entre les mains de la personne vivant avec un trouble anxieux, variant en fonction de sa motivation et de son profil clinique, ou choisi conjointement avec son clinicien. Effectivement, ce dernier peut influencer le choix de la personne, notamment en raison de son jugement clinique, de son expérience en lien avec le traitement des troubles anxieux et de l'accessibilité des traitements (Katzman et al., 2014). Malgré l'ensemble de ces facteurs, l'adéquation des soins pour les troubles anxieux s'avère problématique (Alonso et al., 2018) et la pharmacothérapie demeure l'intervention la plus courante dans le traitement des troubles anxieux (Katzman et al., 2014). De ce fait, les antidépresseurs de la catégorie des inhibiteurs

sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la norépinephrine (ISRN), sont fréquemment prescrits (Farach et al., 2012; Wu et al., 2013) en tant que traitement de première intention, en raison de leur efficacité et de leurs faibles taux d'effets secondaires (Bandelow et al., 2007).

Traitement par benzodiazépines

Les benzodiazépines sont couramment prescrites dans le traitement des troubles anxieux, mais devraient être utilisées dans le cadre d'un traitement de deuxième intention, à court terme et en combinaison avec un traitement fondé sur des données probantes (Katzman et al., 2014). Cette médication, utilisée pour ses effets sédatifs et tranquillisants, produit des effets apaisants et somnolents (Santé Canada, 2020). Les molécules les plus couramment prescrites pour les troubles anxieux sont les suivantes : le lorazépam (Ativan), le clonazépam (Rivotril) et l'alprazolam (Xanax) (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2012; Katzman et al., 2014). Leur prescription se fait généralement en début de traitement afin de diminuer certains symptômes anxieux tels que les difficultés liées au sommeil, l'agitation et les attaques de panique. Elles peuvent également être utilisées dans le but de combler le délai d'action des antidépresseurs et pour atténuer certains de leurs effets secondaires (Bandelow et al., 2012; Canadian Psychiatric Association, 2006; Katzman et al., 2014). La prise de benzodiazépines peut à son tour occasionner plusieurs effets secondaires, tels que la sédation, des troubles de la mémoire, un ralentissement du temps de réaction, des étourdissements, une perte d'équilibre ou une baisse de vigilance (Association des pharmaciens du Canada, 2015; Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2012; Katzman et al., 2014; Santé Canada, 2020). De plus, considérant leur risque d'accoutumance, d'abus, de dépendance et les symptômes de sevrage qui y sont associés (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2012; Santé Canada, 2020), le traitement par benzodiazépines doit être individualisé selon le trouble en question et surveillé de près, afin d'évaluer la nécessité de poursuivre ou non le traitement (Association des pharmaciens du Canada, 2015). Par contre, la prise de benzodiazépines à long terme n'est pas rare (Esposito et al., 2009). Effectivement, une étude menée en contexte de soins primaires a relevé que 22,6 % des adultes vivant avec trouble anxieux utilisaient des benzodiazépines et que parmi ce nombre, 88,4 % étaient des utilisateurs à long terme (Tanguay Bernard et al., 2018). Suite à la prise d'une benzodiazépine, la personne ressent

rapidement une diminution marquée de son anxiété, renforçant son besoin d'en reprendre pour ressentir les mêmes effets apaisants (Landry & Mainguy, 2004), ce qui peut expliquer en partie pourquoi son utilisation à long terme est fréquente.

Traitement par la thérapie cognitive-comportementale

La psychothérapie a fait ses preuves en ce qui concerne l'intervention auprès de personnes présentant un trouble anxieux. D'un point de vue empirique, la thérapie cognitive-comportementale (TCC) est la psychothérapie dont l'efficacité est la mieux démontrée (Butler et al., 2006). En moyenne, la TCC s'échelonne sur une période de 12 à 15 séances hebdomadaires. Elle est guidée par des principes d'interventions cognitives et comportementales. Les interventions cognitives visent à ce que la personne puisse reconnaître ses distorsions cognitives face à différents objets ou situations anxiogènes, pour ensuite les modifier. Pour ce qui est des interventions comportementales, elles ont pour but de modifier les comportements d'une personne face aux stimuli lui générant de l'anxiété (Arch & Craske, 2009; Craske, 2010). La thérapie repose également sur différentes composantes clés d'intervention. La première composante est davantage didactique et vise à aider la personne à comprendre son anxiété. Plus précisément, on y retrouve la psychoéducation qui vise à accompagner la personne dans la compréhension des causes et de la nature de ses symptômes anxieux. Ensuite, la restructuration cognitive oriente la personne dans la reconnaissance et la réévaluation de ses pensées automatiques associées à ses peurs, une habileté à acquérir et qui requiert de la mise en pratique. L'exposition, l'une des composantes les plus importantes et actives de la thérapie vise à ce que la personne soit exposée à diverses sources de stimuli anxiogènes, dans le but de réduire les comportements d'évitement adoptés face à ces stimuli (Arch & Craske, 2009; Norton, 2012). Il existe différents formats d'exposition : l'exposition in vivo, simulée et par l'imagination (Norton, 2012). L'exposition in vivo place la personne face à ses peurs réelles, mais demeure difficile à réaliser dans un contexte de psychothérapie et au niveau de l'éthique. De ce fait, l'exposition simulée, où la source d'anxiété est reproduite lors d'une séance, est plus couramment utilisée. Il existe deux catégories d'exposition simulée : l'exposition intéroceptive, où l'on provoque des sensations somatiques craintes chez une personne et l'exposition par jeu de rôle. L'exposition par imagination, utilisée lorsque les stimuli

anxiogènes s'appliquent difficilement à la simulation, demande que la personne soit guidée, notamment par une narration de son thérapeute, à imaginer la situation ou l'objet de son anxiété (Neudeck & Wittchen, 2012; Norton, 2012). La dernière composante de cette thérapie a pour objectif d'établir un plan d'intervention post-traitement et des stratégies à adopter en cas de rechute. Une des particularités de cette intervention repose également sur le fait qu'à la suite d'une séance, la personne doit faire des devoirs à la maison, lui permettant de mettre en pratique les contenus présentés lors de la thérapie (Arch & Craske, 2009; Norton, 2012). La TCC est une approche thérapeutique engageante basée sur l'acquisition de nouvelles compétences visant à soutenir la personne dans la compréhension et la gestion de son anxiété. La mémoire et les capacités d'apprentissage sont sollicitées tout au long de la thérapie et sont des éléments clés reliés à son efficacité (Harvey et al., 2014).

Thérapie cognitive-comportementale de groupe

La TCC est une forme de thérapie pouvant se présenter sous différentes modalités, telles que le format individuel, web ou groupe. Cette dernière modalité représente plusieurs avantages, notamment puisqu'elle permet de traiter un plus grand nombre de personnes simultanément et qu'elle s'avère être tout aussi efficace que la TCC individuelle (van Ingen & Novicki, 2009). Le groupe peut représenter un levier intéressant à la psychothérapie, où un sentiment d'espoir naît au sein des participants, prenant conscience qu'ils partagent des vécus similaires. Effectivement, en plus de briser l'isolement et de favoriser le développement de certaines habiletés sociales, au cours d'une thérapie de groupe, une personne peut être témoin du cheminement des autres participants et prendre conscience qu'il est possible de surmonter sa problématique (Markin & Kasten, 2015; Yalom & Leszcz, 2005). La cohésion de groupe, un avantage thérapeutique important, permet à la personne de développer un sentiment d'appartenance à son groupe de thérapie, lui faisant ressentir qu'elle est comprise, reconnue et soutenue par les autres participants (Cota et al., 1995; Yalom & Leszcz, 2005). Le format de groupe peut toutefois également représenter un défi pour la personne qui décide de s'y investir. Effectivement, la personne peut présenter certaines craintes face au fait de devoir prendre sa place au sein du groupe de thérapie et de devoir partager son vécu avec des personnes qui lui sont inconnues. La peur d'être jugé ou confronté par les autres participants peut également accompagner les séances de thérapie de groupe (Morrison, 2001). Les

personnes présentant un trouble panique vivent avec la peur de faire potentiellement une attaque de panique en public et d'être, par le fait même, jugé négativement par autrui (Raffa et al., 2004). On peut donc imaginer qu'une personne présentant un trouble panique et s'engageant dans une TCC de groupe, où elle devra travailler activement sur ses symptômes anxieux, pourrait vivre avec la peur de faire une attaque de panique devant l'ensemble des participants.

Thérapie cognitive-comportementale transdiagnostique de groupe

Les protocoles d'intervention conventionnels proposent une TCC au format individuel ciblant spécifiquement un trouble anxieux (Gunter & Whittal, 2010), ce qui ne facilite pas l'accès à cette forme de psychothérapie. Par contre, comme les troubles anxieux partagent des caractéristiques communes (American Psychiatric Association, 2013) et des processus de pensées similaires en réaction à différents stressors (Norton & Roberge, 2017), la TCC transdiagnostique de groupe (TCC-t) pourrait être une alternative intéressante à la TCC ciblant un seul trouble anxieux. La TCC-t propose une thérapie combinant plusieurs protocoles d'interventions cognitives et comportementales s'adressant à l'ensemble des troubles anxieux (McManus et al., 2010). Puisqu'elle repose sur un seul protocole d'intervention pour différents troubles anxieux, la TCC-t permet de traiter simultanément plusieurs troubles anxieux (Norton, 2012), qui s'avèrent à être fréquemment comorbides entre eux (American Psychiatric Association, 2013). De plus, la TCC-t présente également un avantage pour les thérapeutes, puisqu'ils doivent maîtriser un seul et unique protocole (Clark & Taylor, 2009; Norton, 2012). La TCC-t peut également être offerte au format de groupe, ce qui favorise le traitement d'un plus grand nombre de personnes, tout en profitant des avantages associés à une psychothérapie de groupe, tel que la cohésion (Norton, 2012).

Benzodiazépines et thérapie cognitive comportementale

Considérant que la pharmacothérapie est le traitement le plus couramment prescrit pour les troubles anxieux (Katzman et al., 2014), il n'est pas rare qu'une personne présentant ce trouble soit médicamentée au moment de débiter une TCC. Les médicaments les plus fréquemment utilisés sont les antidépresseurs de la catégorie des ISRS et des ISRN (Farach

et al., 2012; Wu et al., 2013), suivis des benzodiazépines (Katzman et al., 2014). Par contre, en raison des effets secondaires connus des benzodiazépines entourant la sédation et leurs impacts sur les capacités cognitives (Buffett-Jerrott & Stewart, 2002) et du fait que leur utilisation à long terme n'est pas rare (Esposito et al., 2009), des questionnements surgissent quant à l'impact de leur prise lors d'une TCC.

En premier lieu, les benzodiazépines pourraient avoir une influence négative sur la composante de la psychoéducation, considérant qu'il s'agit d'une composante didactique, où la personne doit être concentrée et disponible pour faire l'acquisition de nouvelles connaissances. De plus, pour réinvestir les apprentissages acquis lors de ces séances, la personne doit être en mesure de récupérer les informations qu'elle a acquises, sollicitant grandement sa mémoire (Westra et al., 2004). Ces constats pourraient également possiblement s'appliquer à la restructuration cognitive, composante qui sollicite l'acquisition de nouvelles habiletés pour travailler ses pensées et la mise en pratique de nouveaux apprentissages. La composante de l'exposition pourrait également être touchée par l'utilisation de benzodiazépines (Foa & Kozak, 1986). Succinctement, la peur est représentée et entreposée dans la mémoire, communément appelée « mémoire de la peur », elle sert de guide aux comportements anxieux. Dans le but de réduire ces comportements, la mémoire de la peur doit être réactivée, comme le proposent les exercices d'exposition (Foa & Kozak, 1986; Singewald & Holmes, 2019). Cependant, comme les benzodiazépines procurent des effets sédatifs et apaisants, ils pourraient réduire l'activation de la peur, une activation qui s'avère nécessaire pour l'efficacité des exercices d'exposition (Foa & Kozak, 1986). La prise de médication, telle que les benzodiazépines, dans un contexte d'apprentissage pourrait engendrer des apprentissages dépendants de la médication, un « *state dependent learning* » (Morissette et al., 2008; Zarrindast & Khakpai, 2020). Plus précisément, une personne utilisant des benzodiazépines dans un contexte où elle est appelée à apprendre pourrait ne pas être en mesure de récupérer l'information emmagasinée lors de cet apprentissage lorsqu'elle n'est pas sous l'effet de cette médication (Morissette et al., 2008). De plus, une personne ayant recours aux benzodiazépines lors d'exercices, tels que l'exposition, pourrait attribuer les bénéfices ressentis suite à l'exercice à la médication, et non sur le travail personnel qu'elle a effectué sur elle-même (Başoglu et al., 1994).

Face à la définition des principaux concepts à l'étude et à l'énoncé de la problématique, une question de recherche préliminaire a été élaborée : est-ce que la prise de benzodiazépines a un impact sur l'efficacité d'une TCC-t de groupe pour les troubles anxieux? Les écrits scientifiques ont d'abord été consultés pour générer des éléments de réponses en lien avec cette question. Le prochain chapitre en fait état.

RECENSION DES ÉCRITS

Cette section porte sur la recension des écrits, qui a permis de faire l'état des connaissances concernant l'effet des benzodiazépines sur l'efficacité de la TCC. Dans un premier temps, la stratégie de recherche documentaire y sera présentée, suivie d'une description sommaire des profils propres aux articles recensés. Ensuite, les différents constats issus de chaque type de documentation seront présentés. Une synthèse critique des écrits recensés conclura ce chapitre.

Stratégie de recherche documentaire

Un plan des principaux concepts à l'étude, comprenant les mots-clés et les opérateurs booléens à utiliser, a été élaboré et validé avec l'aide d'une bibliothécaire en sciences de la santé. Une recherche documentaire préliminaire a été effectuée témoignant que peu d'articles s'intéressaient à la TCC-t de groupe. Ainsi, ce concept s'est élargi à la TCC sous tous ses formats, tels que l'individuel et le groupe. Les études recensées devaient s'intéresser à des interventions cognitives et comportementales. La recherche a été lancée au mois de mai 2019 à l'aide du moteur de recherche EBSCOhost. La recherche été effectuée sur trois banques de données simultanément : CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text et APA PsycInfo. Dans le but d'assurer la pertinence des articles recensés, les mots-clés devaient se trouver dans le titre ou dans le résumé. Au moment de lancer la recherche, un filtre a été appliqué concernant la langue. De ce fait, les articles devaient être rédigés en anglais ou en français. Considérant le petit nombre d'articles, aucune limitation concernant la date de publication n'a été appliquée. La dernière mise à jour de la recherche documentaire a été faite en février 2021 et un nouvel article a été repéré.

Processus de sélection de la littérature

La sélection des articles s'est effectuée ainsi : 1) extraction des doublons; 2) retrait des articles rédigés dans une autre langue que l'anglais et le français; 3) sélection d'articles par la lecture du titre; 4) sélection d'articles par la lecture du résumé; 5) lecture des articles ayant été retenus à l'étape 4. Comme la recherche documentaire a été effectuée sur trois banques

de données simultanément à l'aide d'un seul moteur de recherche, les critères d'exclusion ont été appliqués un à un pour chaque article issu du corpus initial. De plus, les articles s'intéressant uniquement à une population infantile, adolescente et âgée ont été exclus. Les articles ciblant d'autres types de troubles, tels que le trouble de stress post-traumatique, les troubles du sommeil et le bégaiement ont également été retirés. Tous les traitements autres que la TCC pour les troubles anxieux (thérapie psychodynamique, relaxation comme stratégie unique d'intervention, vidéo feed-back) n'ont pas été retenus. La figure 1 illustrée à la page suivante représente le processus de sélection des articles qui a été fait.

Profil sommaire des études recensées

Les articles retenus pour la recension relèvent de différentes sources documentaires. En plus grand nombre, cinq essais cliniques randomisés (ECR) (n=5) ont été repérés. Deux études quasi expérimentales (n=2) ont également été recensées. Ensuite, des opinions d'experts (n=3) témoignaient de leurs préoccupations quant à l'utilisation de benzodiazépines pendant une TCC. Des revues de la littérature (n=3) visant à examiner l'impact de la pharmacothérapie combinée à la psychothérapie ont été recensées. Finalement, une analyse de données secondaires (n=1), provenant de deux ECR sur l'efficacité de la TCC, avait pour but d'examiner l'impact de la pharmacothérapie sur cette dernière. En ce qui concerne la provenance des études, une majorité d'études provenaient des États-Unis (n=8). Les autres études provenaient du Canada (n=2), du Brésil (n=1), du Royaume-Uni (n=1), de la Turquie (n=1) et du Japon (n=1), démontrant ainsi que le sujet à l'étude était principalement d'intérêt nord-américain. Il est également pertinent de souligner que les études primaires ayant examiné l'effet de la prise de benzodiazépines lors d'une TCC ont été publiées entre 1990 et 2007, illustrant une certaine forme de déclin d'intérêt face à cette problématique.

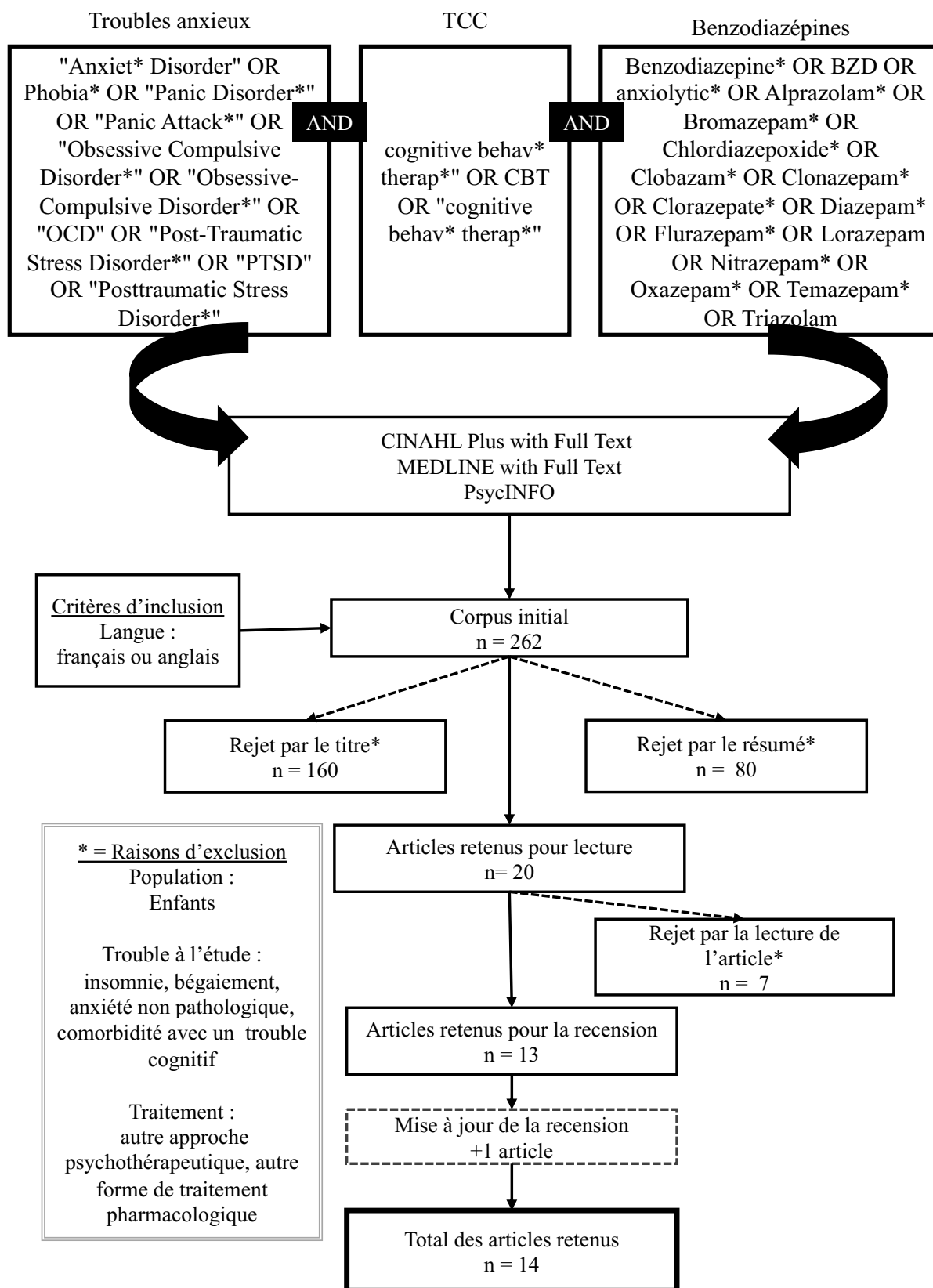


Figure 1. Diagramme de flux de la recension des écrits

Présentation des constats issus de la recension des écrits

Revue de la littérature

La revue systématique la plus récente (Melani et al., 2020) s'est intéressée à l'impact de la prise de benzodiazépines sur les interventions basées sur l'exposition, qui rappelons-le, est l'une des composantes les plus importantes de la TCC, pour les troubles anxieux et le trouble du stress post-traumatique. Bien que l'exposition soit l'une des composantes centrales de la TCC, cette revue ne s'est pas intéressée à la combinaison des interventions cognitives et comportementales. Elle incluait toute forme de traitements offrant de l'exposition en combinaison avec les benzodiazépines, ce qui explique pourquoi la recension de ce présent mémoire présente peu d'études en commun avec celle-ci. De plus, parmi les douze ECR examinés par la revue, plusieurs études (n=9) ont été publiées entre les années 1970 et 2000 et il faut comprendre qu'avec le temps, les stratégies d'exposition ont changé. Par exemple, la méthode de *flooding*, ayant été utilisée dans quatre ECR recensés, vise à exposer la personne à la dernière étape de sa hiérarchie d'exposition, soit celle lui générant le plus haut niveau d'anxiété. Cette méthode diffère des stratégies d'exposition plus couramment utilisées à ce jour (*p. ex.* in vivo, simulée, imagination), où les personnes expérimentent maintenant diverses manières de s'exposer, et ce, durant plusieurs semaines. Il est donc possible que l'expérience actuelle d'une personne s'exposant lors d'une TCC diffère en raison des techniques plus contemporaines. Dépassant le cadre de cette présente recension, cette revue permet tout de même de comprendre l'effet des benzodiazépines sur les mécanismes fondamentaux d'exposition.

Parmi l'ensemble des études examinées par Melani et *al.* (2020), deux ECR (Gladsjo et al., 2001; Power et al., 1990) étaient basés sur une intervention de type TCC et avaient préalablement été repérés dans la recension de ce mémoire. Les résultats et caractéristiques propres à ces deux ECR seront présentés ici-bas. En s'attardant aux études recensées par les auteurs, on remarque qu'au post-traitement, deux études publiées en 1972 et 1997, ont illustré que la prise de benzodiazépines était liée à une amélioration de l'efficacité du *flooding*, dans le cadre d'un traitement pour la phobie spécifique. Seulement une étude, s'étant intéressée au trouble de stress post-traumatique, publiée en 2014 et s'avérant être la plus récente des

études recensées, a démontré que la prise de benzodiazépines était statistiquement liée à une réduction de l'efficacité de l'exposition par la réalité virtuelle, au post-traitement. De ce fait, la majorité des études recensées dans cette revue systématique (n=9) a démontré que l'utilisation de benzodiazépines n'avait pas d'impact statistiquement significatif sur l'efficacité de l'exposition. Cependant, ces études présentaient des lacunes au plan méthodologique, telles que de petites tailles d'échantillon, et des risques de biais. Effectivement, selon l'outil d'évaluation de la qualité des études utilisé, le *Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials* (Sterne et al., 2019), environ 20 % des études recensées présentaient un risque élevé de biais en lien avec la mesure des variables à l'étude. Aussi, environ 5 % des études présentaient un risque élevé de biais en lien avec le processus d'assignation aléatoire et 45 % un risque incertain. En ce qui concerne la description du traitement comparé à la prise de benzodiazépine, environ 60 % des études présentaient un risque incertain de biais. De plus, un risque incertain de biais concernant les déviations en rapport avec les interventions prévues a été évalué à environ 70 %. De ce fait, cette revue systématique a témoigné qu'il s'avère difficile de tirer des conclusions solides concernant l'effet de combiner les benzodiazépines à l'exposition.

La deuxième revue systématique recensée, s'est également attardée à l'effet des benzodiazépines lors d'interventions basées sur l'exposition, mais pour le traitement du trouble panique uniquement, en analysant deux ECR uniquement (Watanabe et al., 2009). Le même enjeu rencontré avec la revue précédente a également fait surface : les interventions cognitives et comportementales n'ont pas été étudiées. Cette deuxième revue nous permet encore une fois de tirer des conclusions pertinentes sur l'exposition, une composante au cœur de la TCC. Considérant qu'aucun ECR recensé dans cette revue ne combinait des interventions cognitives et comportementales, la présente recension des écrits ne partage aucun article en commun avec cette revue systématique. Le premier ECR s'est intéressé à l'exposition in vivo durant six séances, tandis que le deuxième n'a pas précisé la forme d'exposition utilisée, mais s'est échelonné pendant 8 séances. Les résultats de cette revue ont indiqué qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les utilisateurs de benzodiazépines et les non-utilisateurs quant à leur réponse à l'intervention. Les auteurs ont toutefois conclu qu'aucune donnée de qualité ne permettait d'établir l'efficacité de combiner

les benzodiazépines à ce type d'intervention, similairement à l'étude de Melani et al. (2020). Effectivement, selon l'outil d'évaluation de la qualité des études utilisé, le *Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials* (Higgins & Green, 2008), un risque biais élevé de publication sélective des résultats a été détecté à 60%. Un risque élevé de plus 25% a également été évalué concernant le biais de données incomplètes.

Une revue de la littérature s'est penchée sur la question de l'effet de la médication, soit les antidépresseurs et les benzodiazépines, sur l'efficacité de la TCC, et ses interventions apparentées, telles que l'exposition ou thérapie cognitive uniquement, pour le traitement des troubles anxieux et du trouble de stress post-traumatique (Würz & Sungur, 2009). La méthodologie quant au processus de sélection des articles n'a pas été présentée. La section de cette revue portant sur les traitements combinés aux benzodiazépines présente deux études s'étant intéressées aux interventions basées sur l'exposition. Ces deux études sont celles qui avaient été ciblées par la revue systématique de Watanabe et al. (2009). Les conclusions de la revue sont donc très semblables à celles de ces derniers auteurs. Effectivement, en ce qui concerne les données disponibles sur les benzodiazépines, les écrits recensés ne permettaient pas d'établir l'impact potentiel de cette médication sur l'efficacité des interventions basées sur l'exposition.

Essais cliniques randomisés

Essais cliniques randomisés sans ajustement pour la prise de benzodiazépines

Deux ECR, ont analysé l'effet de la prise de benzodiazépines dans le cadre d'analyses de données secondaires. Ces ECR avaient pour but d'évaluer l'efficacité d'une TCC de groupe pour le trouble panique avec ou sans agoraphobie. La première étude a comparé l'efficacité de la TCC aux soins usuels et présentait une taille d'échantillon de quatre-vingts participants où plus de la moitié étaient des utilisateurs de benzodiazépines. Cette étude a examiné l'interaction de différentes variables sur l'efficacité de l'intervention, comme l'observance au traitement et l'utilisation de médication (ISRS et benzodiazépines). La proportion d'utilisateurs de benzodiazépines dans les groupes expérimental et témoin n'a pas été fournie. Par contre, une comparaison des groupes au pré-traitement a indiqué que les groupes étaient

équivalents au niveau de leurs symptômes anxieux et de leur utilisation de médication. L'interaction des benzodiazépines sur l'efficacité du traitement a été analysée, cette efficacité étant évaluée en utilisant le *Panic Disorder Severity Scale*. Les résultats ont démontré qu'au post-traitement, en analysant l'interaction de la prise de benzodiazépines, les utilisateurs de cette médication, ayant reçu la TCC, présentaient des scores statistiquement plus élevés au niveau de leurs symptômes du trouble panique, comparativement aux non-utilisateurs. Les auteurs concluent donc que la prise de benzodiazépines a un effet sur la relation entre la TCC et la diminution des symptômes anxieux (Addis et al., 2006).

La deuxième étude a évalué l'efficacité de la TCC de groupe en comparaison avec le traitement différé. Elle présentait une plus grande taille d'échantillon (n=178) et moins de la moitié des participants utilisaient des benzodiazépines. Elle a examiné l'interaction de la prise de médication (antidépresseurs et benzodiazépines) sur la relation entre la TCC et la diminution des symptômes anxieux. Les participants devaient utiliser uniquement une seule classe de médicament, soient uniquement les antidépresseurs ou uniquement les benzodiazépines. Il n'y a aucune information concernant l'équivalence des groupes ou non au pré-traitement. Dans un premier temps, une analyse de l'effet de la prise ou non de médication (antidépresseurs et benzodiazépines) sur l'efficacité de la TCC a été réalisée, en fonction du groupe dans lequel se trouvait le participant. La prise ou non de médication n'avait pas d'effet sur la diminution des symptômes anxieux au post-traitement. Ensuite, une analyse de l'effet d'interaction de la prise de benzodiazépine, isolée des antidépresseurs, a démontré qu'elle n'avait pas d'impact sur la relation entre la TCC et la diminution des symptômes anxieux (Schmidt & Smith, 2005). Les principales caractéristiques et résultats de ces deux ECR sont présentés au tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques et résultats des ECR sans ajustement pour la prise de benzodiazépines

Auteurs (année) - Pays	Comparateur	Format TCC	Nb de séances	n	Mesure de la prise de BZD	Mesure de l'anxiété (Issue primaire)	Résultats
Addis et al. (2006) - É-U	TCC (n=38) VS Soins usuels (n=42)	GR	12 à 15	80	Type et fréquence (questionnaire autorapporté)	Panic Disorder Severity Scale	<u>Statistique</u> Effet d'interaction significatif de la prise de BZD sur la relation entre la TCC et la diminution des symptômes anxieux
Schmidt et Smith (2005) -É-U	TCC (n=131) VS Traitement différé (n=47)	GR	12	178	Dose (questionnaire autorapporté)	Panic Disorder Severity Scale	<u>Statistique</u> Effet d'interaction non significatif des benzodiazépines sur la relation entre la TCC et les symptômes anxieux

Note. É-U = États-Unis; BZD = benzodiazépines; GR = groupe

Essais cliniques randomisés sur les traitements combinés

Trois ECR portant sur les traitements combinés ont été recensés et sont présentés au tableau 2. La première étude s'est intéressée à l'impact de la médication, soit la prise de benzodiazépines ou d'un placebo, lors d'une TCC de groupe pour le trouble panique avec ou sans agoraphobie. L'ensemble des participants ont reçu la TCC et ont été aléatoirement assignés au groupe « TCC et benzodiazépines » ou « TCC et placebo ». Parmi les 38 participants de l'étude, dix-huit se sont donc retrouvés à utiliser des benzodiazépines. Au pré-traitement, les deux groupes présentaient des profils cliniques similaires et il n'y avait pas de différences significatives. Au post-traitement, il n'y avait pas de différences significatives entre les deux groupes, sur le plan clinique et statistique, au niveau de la sévérité des symptômes selon l'*Anxiety Sensitivity Index*, une mesure de la peur associée aux sensations d'anxiété, et de la fréquence des attaques de panique. De plus, tous avaient significativement diminué la fréquence des attaques de panique. Cependant, le groupe ayant reçu la TCC et le placebo présentait un score significativement plus élevé au post-traitement au *State-Trait*

Anxiety Inventory à la dimension mesurant l'anxiété situationnelle, et ce au plan clinique et statistique (Gladsjo et al., 2001).

La deuxième étude repérée visait à évaluer l'efficacité d'une TCC, dont le format n'a pas été spécifié, en combinaison avec les benzodiazépines, le placebo, et ce, seuls ou en association. Au pré-traitement, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes ayant reçu la TCC en combinaison avec les benzodiazépines (n = 21), le groupe ayant reçu la TCC combinée au placebo (n= 18) et celui ayant reçu la TCC seule (n= 21), pour la sévérité de leurs symptômes anxieux, mesurée par le *Hamilton Rating Scale for Anxiety*. Sur le plan statistique, au post-traitement, il n'y avait pas de différence significative au niveau de la sévérité des symptômes, entre les trois groupes, tous présentaient une amélioration. En revanche, au plan clinique, le groupe ayant reçu la TCC en combinaison avec le placebo présentait une amélioration légèrement moindre que le groupe TCC en combinaison avec les benzodiazépines et le groupe TCC uniquement. Il n'y avait pas de différence clinique entre ces deux derniers groupes (Power et al., 1990).

La troisième étude appartenant à cette catégorie s'est intéressée à l'effet de différentes doses de benzodiazépines lors d'une TCC individuelle pour le trouble panique avec ou sans agoraphobie. De ce fait, les 24 participants de cette étude ont reçu une dose minimale ou modérée de benzodiazépines. Aucune information quant à l'équivalence des groupes au pré-traitement n'est fournie. Au post-traitement, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes quant à la sévérité des symptômes anxieux, les deux groupes présentaient une amélioration. L'effet de la dose de benzodiazépine n'avait donc pas d'impact statistiquement significatif sur la réduction de la sévérité des symptômes d'anxiété (Riley et al., 1995).

Tableau 2. Caractéristiques et résultats des ECR sur les traitements combinés

Auteurs (année) - Pays	Comparateur TCC	Format TCC	Nb de séances	n	Dosage BZD dans le groupe expérimental	Mesures de l'anxiété (Issue.s primaire.s)	Résultats
Gladsjo et al. (2001) -É-U	TCC + placebo (n=20) VS TCC + BZD (n=18)	GR	12	38	4mg/jour	Fréquence des attaques de panique Anxiety Sensitivity Index State-Trait Anxiety Inventory	<u>Statistique et clinique</u> TCC + placebo et TCC + BZD = aucune différence significative pour la fréquence des attaques de panique et selon l'Anxiety Sensitivity Index TCC+placebo = niveau d'anxiété significativement supérieur selon le State-Trait Anxiety Inventory au post- traitement, en comparaison avec le groupe TCC+BZD.
Power et al. (1990) -R-U	TCC (n=21) VS TCC+BZD (n=21) VS TCC+placebo (n=18) VS BZD (n=22) VS Placebo(n=19)	Non spécifié	7	101	5mg/jour	Hamilton Rating Scale for Anxiety	<u>Statistique</u> Pas de différence entre les groupes TCC+BZD, TCC+placebo, TCC : tous présentent une amélioration au niveau de la sévérité des symptômes <u>Clinique</u> TCC + placebo amélioration moindre, en comparaison avec les groupes TCC+BZD et TCC au niveau de la sévérité des symptômes
Riley et al. (1995) -É-U	TCC + BZD dose minimale (n=12) VS TCC + BZD dose modérée (n=12)	IDV	15	24	Minimale : 0,75mg/jour Modérée : 1,08mg par jour	Hamilton Rating Scale for Anxiety	<u>Statistique</u> Pas de différence significative entre les différentes doses: les deux conditions présentent une amélioration au niveau de la sévérité des symptômes

Note. É-U = États-Unis; R-U = Royaume-Uni; BZD = benzodiazépines; GR = groupe; IND = individuelle

Études quasi expérimentales

Deux études quasi expérimentales ont été recensées et leurs caractéristiques sont présentées au tableau 3. La première étude a exploré l'impact de la prise de médication lors d'une TCC de 17 séances pour le trouble panique, dont le format n'a pas été spécifié. Les participants ont été divisés en deux groupes: les utilisateurs de médication et les non-utilisateurs de médication (antidépresseurs, hypnotiques et benzodiazépines), de façon non aléatoire. Au pré-traitement, une comparaison a indiqué qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes, au niveau de la fréquence des attaques de panique et de leur appréhension. Au post-traitement, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes. Au plan clinique, les deux groupes présentaient des profils comparables au pré-traitement et il n'y avait pas de différence au niveau de la diminution de leurs symptômes au post-traitement (Gauthier et al., 1992).

La deuxième étude appartenant à cette catégorie s'est intéressée à l'impact de la prise de benzodiazépines et de son profil d'utilisation, lors d'une TCC de groupe pour le trouble panique avec ou sans agoraphobie. Trois groupes ont été créés : les non-utilisateurs de benzodiazépines (n=15), les utilisateurs occasionnels de benzodiazépines (n=15) et les utilisateurs réguliers de benzodiazépines (n=13). Au pré-traitement, il n'y avait pas de différences significatives entre les trois groupes. Au post-traitement, les participants utilisant des benzodiazépines (n=28) ont été comparés aux non-utilisateurs de benzodiazépines (n=15) et n'y avait pas de différence statistiquement significative pour l'ensemble des mesures, tous présentaient une amélioration sous le seuil clinique. Une analyse de comparaison entre les trois groupes a révélé la même conclusion. Par contre, au plan clinique, les utilisateurs occasionnels de benzodiazépines (n=15) présentaient une amélioration légèrement moindre que les non-utilisateurs (n=15) et les utilisateurs réguliers (n=13), à l'*Anxiety Sensitivity Index* et au *Fear Questionnaire Agoraphobia* (Westra et al., 2002).

Tableau 3. Caractéristiques et résultats des études quasi expérimentales

Auteurs (année) - Pays	Comparateurs	Format TCC	Nb de séances	n	Mesure de la prise de BZD	Mesure de l'anxiété (Issues primaires)	Résultats
Gauthier et al. (1992) -Canada	TCC (n=13) VS TCC sans médication (n=8)	Non spécifié	17	21	Type, dose, fréquence (fiche de suivi quotidienne)	Fréquence des attaques de panique (date et heure, durée, niveau maximum d'anxiété ressenti et nombre de symptômes)	<u>Statistique</u> Pas de différence entre les groupes: tous présentaient une amélioration au niveau de la fréquence des attaques de panique et de leur appréhension
						Appréhension des attaques de panique	<u>Clinique</u> Pas de différence entre les groupes : tous présentaient une amélioration au niveau de la fréquence des attaques de panique et de leur appréhension
Westra et al. (2002) -Canada	TCC (n=15) VS TCC + BZD usage occasionnel (n=15) VS TCC+ BZD usage régulier (n=13)	GR	10	43	Type, dose, fréquence (questionnaire autorapporté)	Beck Anxiety Inventory	<u>Statistique</u> Pas de différences significatives entre les groupes : tous présentaient une amélioration sous le seuil clinique
						Panic Attack Questionnaire	<u>Clinique</u> Le groupe d'utilisateurs occasionnels de BZD présentait une amélioration moindre que les utilisateurs réguliers et les non-utilisateurs à l'Anxiety Sensitivity Index et au Fear Questionnaire Agoraphobia
						Anxiety Sensitivity Index	
						Fear Questionnaire Agoraphobia	

Note. BZD = benzodiazépines; GR = groupe

Analyse secondaire de données

Une analyse de données secondaire combinant les résultats de deux ECR s'étant intéressés à l'efficacité TCC de groupe pour le trouble panique avec ou sans agoraphobie en comparaison avec différentes modalités thérapeutiques, a été repérée. Le premier ECR visait à évaluer une TCC de groupe en comparaison avec l'exposition in vivo menée en groupe. Le deuxième ECR évaluait une TCC de groupe en comparaison avec une TCC de groupe, combinée avec des séances individuelles. Dans les deux ECR, aucune différence statistiquement significative n'avait été détectée quant à l'efficacité des différentes modalités d'intervention. Cette analyse de données secondaire avait donc pour but d'examiner l'impact de la prise de médication (antidépresseurs et benzodiazépines) sur la réponse à l'intervention. En combinant les données des deux études, les résultats de 105 participants ont été analysés. Au pré-traitement, les deux échantillons différaient significativement au niveau clinique et sociodémographique. Un ajustement pour l'appartenance à l'un ou l'autre des ECR a donc été appliqué lors des analyses. Au post-traitement, au plan clinique et statistique, l'utilisation de médication (n=48) était significativement liée à des scores plus élevés de sévérité des symptômes, en comparaison avec les non-utilisateurs (n=57). Cependant, en s'attardant à l'utilisation de benzodiazépines uniquement (n=36), cette association ne s'est pas avérée significative, et ce, au plans clinique et statistique (Arch & Craske, 2007).

Opinions d'experts

Trois opinions d'expert dans le domaine des troubles anxieux ont été recensées. Principalement, ces experts ont exposé leurs préoccupations quant aux effets des benzodiazépines sur l'efficacité de la TCC. Selon eux, la prise de benzodiazépines lors d'une TCC serait associée à une moins bonne croissance thérapeutique. Les benzodiazépines pourraient également entrer en interaction avec les principales composantes de la TCC, telles que l'exposition. Plus précisément, la prise de benzodiazépines diminue l'expression de l'anxiété et pourrait amoindrir l'efficacité des exercices d'exposition, considérant que pour tirer bénéfice de ces exercices, la personne doit ressentir pleinement ses symptômes anxieux (Otto et al., 2008, 2010; Sanderson & Wetzler, 1993). Bien que ce type de documentation ne soit pas appuyé par des données empiriques, ces opinions portent à réflexion.

Synthèse critique de la littérature

Parmi l'ensemble des études primaires recensées et l'analyse de données secondaires, au plan statistique, seulement un article a démontré que la prise de benzodiazépines avait un effet sur la relation entre la TCC et la diminution des symptômes anxieux, où les utilisateurs de benzodiazépines présentaient des scores plus élevés concernant leurs symptômes du trouble panique, comparativement aux non-utilisateurs (Addis et al., 2006). En fonction de la disponibilité de l'information, il a été possible de tirer des conclusions sur le plan clinique, mais celles-ci s'avèrent somme toute divergentes. Effectivement, il a notamment été soulevé que selon certaines mesures (*Hamilton Rating Scale for Anxiety* et *State-Trait Anxiety Inventory*), les participants ayant reçu un placebo en combinaison avec la TCC pouvaient présenter des améliorations moindres que les utilisateurs de benzodiazépines. D'autres conclusions ont illustré qu'il n'y avait aucune différence sur le plan clinique au post-traitement entre les utilisateurs de benzodiazépines et les non-utilisateurs. Face à l'ensemble des conclusions statistiques et cliniques pouvant être dégagé par cette recension, il est important de garder en tête que les études recensées datent de plusieurs années (1990 à 2007) et présentent des qualités méthodologiques faibles. Tel que soulevé par les revues systématiques repérées, il est difficile de tirer des conclusions solides face aux caractéristiques des études portant sur le sujet et les risques de biais, notamment en lien avec la mesure des variables et la publication sélective des résultats (Melani et al., 2020; Watanabe et al., 2009). Les tailles d'échantillon et la proportion d'utilisateurs de benzodiazépines étaient très variables. Les interventions offertes aux participants étaient également très peu détaillées, puis les comparateurs divergeaient d'une étude à l'autre ; il a notamment été question de placebos, de traitements combinés. De plus, les mesures des symptômes anxieux et les issues primaires variaient d'une étude à l'autre. Ces études se sont principalement intéressées au trouble panique avec ou sans agoraphobie et il est donc difficile de se prononcer à savoir si les résultats de ces études peuvent être généralisés à l'ensemble des troubles anxieux. Aussi, bien que les opinions d'experts ne soient pas appuyées sur des données empiriques, il est difficile d'ignorer leur savoir expérientiel, et ce, d'autant plus la qualité des études primaires s'étant intéressées à la question. Il faut également soulever qu'aucun article ne s'est intéressé à cette problématique selon le point de vue et le vécu des utilisateurs.

Perspectives de recherche

Face à l'état des connaissances scientifiques actuelles, on comprend qu'il reste encore beaucoup d'avenues à explorer. Un examen plus rigoureux de cette problématique sous un angle quantitatif mérite, encore une fois, d'être réalisé, et ce, pour l'ensemble des troubles anxieux. La perception des participants à une TCC utilisant des benzodiazépines se doit également d'être explorée. Au-delà de la signification statistique, est-ce que les participants ressentent un impact de leur prise de benzodiazépines lors de leur psychothérapie ? Les comportements d'utilisation de benzodiazépines pendant une TCC méritent d'être documentés, notamment dans le but d'obtenir de l'information quant aux composantes de la TCC qui pourraient motiver une prise de benzodiazépines. Sachant les défis et les sources d'anxiété que peut accompagner une TCC de groupe, il serait intéressant de s'intéresser aux impacts possibles de ce format thérapeutique sur la prise de benzodiazépines.

OBJECTIFS DE RECHERCHE

Cette section porte sur les objectifs de recherche et découle directement des constats de la recension des écrits. De ce fait, à partir de l'état actuel des connaissances, deux objectifs de recherche ont été élaborés.

Objectif #1

Explorer l'effet des benzodiazépines sur la relation entre la TCC-t de groupe pour les troubles anxieux et la diminution des symptômes d'anxiété.

Objectif #2

Explorer la perception des participants concernant leur prise de benzodiazépines avant, pendant et après la TCC-t de groupe pour les troubles anxieux.

MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS

Dans ce chapitre, la méthodologie et les résultats de ce projet de mémoire sont présentés sous forme d'article scientifique. Ensuite, un complément en lien avec les résultats quantitatifs et des précisions concernant l'outil de recherche qualitatif et les considérations éthiques seront apportés.

Article

Benzodiazepines Use in Group Transdiagnostic Cognitive-Behaviour Therapy for Anxiety Disorders: A Mixed Methods Study

Auteurs de l'article: Camila Durand, Marie-France Dubois, Martin D. Provencher, Peter J. Norton, Pasquale Roberge

Statut de l'article: Soumis le 17 mars 2021 dans *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*

Avant-propos: Le présent article a été rédigé par Camila Durand dans le cadre d'un mémoire de maîtrise sous la supervision étroite des directrices de recherche, Pre Pasquale Roberge et Pre Marie-France Dubois. Les co-auteurs de l'article, Pr Martin D. Provencher et Pr Peter J. Norton ont fait une relecture de l'article et ont proposé des modifications dans l'optique de le bonifier. Cette étude est imbriquée dans un ECR dont les chercheurs principaux sont Pasquale Roberge et Martin D. Provencher. En ce qui concerne le premier objectif, des analyses secondaires des données de l'ECR ont été menées par Camila Durand. Pour ce qui est du deuxième objectif, il en résulte d'une contribution de cette dernière, qui a procédé au recrutement d'un sous-groupe de participants de l'ECR, à la collecte de données par le biais d'entrevues et à l'analyse des résultats. Une autorisation des co-auteurs à intégrer l'article au mémoire a été obtenue par l'étudiante.

Résumé:

Introduction: La TCC est reconnue comme étant efficace dans le traitement des troubles anxieux. Au moment d'entreprendre une TCC, les personnes ont souvent recours à un traitement pharmacologique, généralement les antidépresseurs. Les benzodiazépines sont aussi une médication couramment utilisée, mais devant être utilisée en combinaison avec un traitement fondé sur des données probantes et à court terme en raison du risque de dépendance et des effets secondaires qui y sont associés. **Objectifs :** Explorer l'influence des benzodiazépines pendant une TCC-t et l'expérience des participants quant à leur utilisation avant, pendant et après la thérapie. **Méthode :** Étude mixte convergente imbriquée dans un ECR ayant évalué l'efficacité de la TCC-t pour les troubles anxieux. Le bras expérimental a reçu la TCC-t et les soins usuels (n=117) pendant 12 semaines tandis que le bras témoin a reçu les soins usuels (n=114). Les symptômes anxieux ont été mesurés à l'aide de l'inventaire d'anxiété de Beck (IAB). Une analyse de régression linéaire multiple a permis d'examiner le lien entre les différences pré-post à l'IAB et l'utilisation de benzodiazépines, la TCC-t et leur interaction. Des entretiens semi-structurés ont été menés auprès de 13 participants ayant rapporté utiliser des benzodiazépines au prétest. Les données qualitatives ont été analysées en utilisant une méthode descriptive interprétative. **Résultats :** Les résultats quantitatifs ont démontré un effet non différentiel de l'utilisation de benzodiazépines sur l'association entre la TCC-t et la réduction des symptômes anxieux ($p > 0,05$). Les résultats qualitatifs ont apporté des nuances quant à la perception de l'utilité des benzodiazépines pendant une TCC-t de groupe. Les participants ont indiqué que les benzodiazépines pouvaient s'avérer utiles lors des moments de partage en groupe et lors des exercices d'exposition. Les participants ont toutefois perçu que la prise de benzodiazépines pouvait entraver l'efficacité des exercices d'exposition et l'acquisition des contenus de la TCC-t en raison de leur effet sédatif. **Conclusions :** Les résultats soulignent l'importance de sensibiliser les thérapeutes et les personnes vivant avec un trouble anxieux quant aux effets potentiels des benzodiazépines sur l'expérience de la TCC.

Mots clés : benzodiazépines, troubles anxieux, TCC, psychothérapie de groupe.

Benzodiazepines Use in Group Transdiagnostic Cognitive-Behaviour Therapy for Anxiety Disorders: A Mixed Methods Study

Camila Durand^{1,2}, Marie-France Dubois³, Martin D. Provencher⁴, Peter J. Norton⁵, Pasquale Roberge^{1,2}

¹ Department of Family Medicine and Emergency Medicine, Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec), Canada

² Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CRCHUS), Sherbrooke (Québec), Canada

³ Department of Community Health Sciences, Université de Sherbrooke, Québec (Québec), Canada

⁴ École de psychologie, Université Laval, Québec (Québec), Canada

⁵ The Cairnmillar Institute, Australia

*Corresponding Author

Pasquale Roberge, PhD

Department of Family Medicine and Emergency Medicine

Faculty of Medicine and Health Sciences

Université de Sherbrooke

3001, 12th Avenue North

Sherbrooke (Quebec) J1H 5N4, Canada

Tel: 1-819-821-8000 #73814

E-mail: Pasquale.Roberge@USherbrooke.ca

Acknowledgements

We would like to acknowledge the precious contribution of all participants in the study. In addition, we would like to acknowledge the support of Annie Benoit throughout the research project.

Conflict of interest

PJN receives royalties from Guilford Press for sales of “Group Cognitive Therapy of Anxiety: A Transdiagnostic Treatment Manual” (Norton, 2012). All other authors declare no competing interests.

Data Availability Statement

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author, [PR], upon reasonable request. The data are not publicly available because they contain information that could compromise the privacy of research participants.

Financial Support

The RCT was funded by the Canadian Institutes of Health Research funded this study (CIHR grants #334091 and 340410). The first author of this article received a Graduate Scholarship from the Faculty of Medicine and Health Sciences of the Université de Sherbrooke. Patient compensation and transcriptions were supported by a donation from Fonds Jean-Luc Mongrain de la Fondation du CHUS.

Abstract

Background: Cognitive behavioural therapy (CBT) is an evidence-based treatment for anxiety disorders. Patients engaging in CBT often have an ongoing pharmacological treatment, generally antidepressants. Benzodiazepines are also commonly used, although they are recommended as short-term adjunctive treatment due to dependency and side effects profiles.

Aims: Exploring the influence of benzodiazepines during a group transdiagnostic CBT (tCBT) and the participants' experience of their use before, during and after therapy.

Method: Mixed methods study embedded in a randomized controlled trial of group tCBT. The experimental arm received tCBT and treatment-as-usual (TAU) (n = 117) for 12 weeks while the control arm received TAU (n = 114). Anxiety symptoms were assessed with the Beck Anxiety Inventory (BAI). Multiple linear regression analysis examined BAI pre-post differences with benzodiazepine use, tCBT and their interaction. Semi-structured interviews were conducted with 13 participants using benzodiazepines at baseline and analysed using an interpretive descriptive method.

Results: Quantitative results showed a non-differential effect of benzodiazepines use on the association between tCBT and reduction in anxiety symptoms ($p > 0.05$). Qualitative results provided nuances about the perceived helpfulness of benzodiazepines. Participants reported that benzodiazepines facilitated the experience of sharing in group therapy and conducting exposure exercises. Despite some benefits, participants perceived that benzodiazepines may have interfered with the effectiveness of exposure exercises and the acquisition of concepts due to a sedative effect.

Conclusions: Results highlight the importance of sensitizing therapists and patients to the potential effects of benzodiazepines on the experience of tCBT.

Keywords: benzodiazepines, anxiety disorders, CBT, group psychotherapy.

Introduction

With worldwide prevalence estimated at 11.6% (Baxter et al., 2013b), anxiety disorders are among the most common class of mental disorders (Kessler, Angermeyer, Anthony, De Graaf, et al., 2007; Kessler et al., 2010b). Anxiety disorders present in adulthood are many, but all share common characteristics, such as excessive fear, anticipation, and avoidance behaviour (American Psychiatric Association, 2013c). Anxiety disorders have a significant impact on psychosocial functioning (Saris et al., 2017) and quality of life (Comer et al., 2011; Olatunji et al., 2007), and increase the risk of comorbidities with other psychological and physical problems (American Psychiatric Association, 2013).

Clinical practice guidelines indicate that there are two broad categories of research-supported treatment for anxiety disorders: psychotherapy and/or pharmacotherapy (Katzman et al., 2014; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2011). Pharmacotherapy is the most common intervention in the treatment of anxiety disorders (Katzman et al., 2014), and selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) antidepressants are the first-line treatments due to their effectiveness and low rate of side effects (Bandelow et al., 2007).

Benzodiazepines are also commonly used among patients with anxiety disorders, although they are recommended as a second-line therapy and should be used only in the short term and as an adjuvant to an evidence-based treatment (Katzman et al., 2014). Specifically, they should be used at the beginning of antidepressant treatment, to address their delayed onset of action and some of their side effects, but also to relieve acute anxiety, such as agitation and panic attacks (Bandelow, Sher, Bunevicius, Hollander, Kasper, Zohar, & Möller, 2012; Katzman et al., 2014). Caution is advised considering the risk of abuse, dependence, withdrawal symptoms and side effects such as sedation, memory impairment and decreased alertness (Katzman et al., 2014). In a survey conducted in primary care settings, 22.6% of adults with an anxiety disorder reported using benzodiazepines and of this number, 88.4% were considered long-term users (Tanguay Bernard et al., 2018). As their long-term use is not uncommon (Esposito et al., 2009; Neutel, 2005), many patients are benzodiazepine users at the time of starting psychotherapy. This raises the question of whether concomitant

benzodiazepine use could influence the process and outcome of psychotherapy, and particularly in the context of cognitive behavioural therapy (CBT) as the most empirically-supported psychotherapeutic approach for the treatment of anxiety disorders (Butler et al., 2006).

Participating in CBT requires the acquisition of new skills where memory and learning abilities are key elements for treatment outcomes (Harvey et al., 2014). Patients need to be involved in exercises and homework assignments founded on four components. These include psychoeducation, which aims to help understand the causes and nature of anxiety. Then, cognitive restructuring guides patients in recognizing and re-evaluating automatic thoughts associated with fears. Exposure, one of the most important components of therapy, is intended to systematically and repeatedly expose the patient to his or her fears. The final component of this therapy aims to establish a post-treatment intervention plan and strategies to adopt in the event of a relapse (Arch & Craske, 2009b). Taking benzodiazepines during CBT raises clinical concerns, as they may interfere with the intervention components. First, benzodiazepines may interfere with psychoeducation, because they have an impact on both learning and memory (Westra et al., 2004). Benzodiazepines may also interfere with the activation of fear that is necessary for the efficacy of the exposure component of CBT, and decrease the probability of acquiring effective coping skills (Foa & Kozak, 1986). Also, benzodiazepine use during exposure exercises may lead to attribution of the reduction of anxiety symptoms to the medication, which may result in the loss of therapeutic gains following the discontinuation of benzodiazepines (Başoglu et al., 1994). Consuming benzodiazepines during CBT can also lead to state-dependent learning, where the patient cannot generalize the learning acquired during therapy when not under the influence of benzodiazepines (Morissette et al., 2008).

The interaction between benzodiazepine use and CBT is not fully understood in the scientific literature. A systematic review was conducted by Melani et al. (2020) to assess the impact of benzodiazepines on the effectiveness of exposure therapy for anxiety disorders and post-traumatic stress disorder. Among the 12 randomized clinical trials (RCT) included in the review, 9 studies did not demonstrate the impact of benzodiazepines on the effectiveness of

therapy. On the other hand, all of the RCT reviewed had a high risk of bias and small sample sizes, so it is questionable to affirm that benzodiazepines do not compromise the efficacy of exposure therapy (Melani et al., 2020). A previous systematic review of 2 RCTs which aimed to explore the effectiveness of behavioural therapy for panic disorder combined with benzodiazepines compared to either treatment alone was also inconclusive regarding the combination between psychotherapy and benzodiazepines, due to the lack of high-quality evidence (Watanabe et al., 2009). Most RCTs on the subject date back several years, but the problem does not seem to have been completely resolved.

We sought to explore the association of benzodiazepine use with CBT in the context of a pragmatic RCT on group transdiagnostic CBT (tCBT) for anxiety disorders in community-based settings. In addition to the examination of the overall association with CBT therapeutic components and treatment effects, CBT in this trial was delivered in a transdiagnostic approach and a group modality, which makes it of particular interest to examine benzodiazepine use due to the heterogenous sample of participants with anxiety disorders as well as the group treatment modality that may present additional challenges. CBT offered in a group format may cause some apprehension and discomfort for the patients. Some may have difficulty to share and open up in front of a group of strangers, or experience fear of being confronted by other group members (Morrison, 2001). Other sources of anxiety may include concerns about judgment by other group members or worry about experiencing a panic attack. Knowing that benzodiazepine users may use this medication to feel more confident coping with anxious situations (Parr et al., 2006), what could be the pattern of benzodiazepine use during tCBT and what could be its impact? This study has two objectives: (a) to explore the influence of pretreatment benzodiazepines use on the association between tCBT and the reduction of anxiety symptoms; (b) to explore the participants' perception of their use of benzodiazepines before, during and after tCBT.

Method

We conducted a mixed methods study with a convergent design, where both quantitative and qualitative data were analysed in parallel and compared when interpreting the results (Creswell & Plano Clark, 2011). To achieve the objectives of this study, we first conducted

secondary analyses of data collected in the pragmatic RCT aiming to assess the effectiveness of group tCBT for anxiety disorders as a complement to TAU (Roberge et al., 2018, 2020). Second, we conducted an original data collection embedded in the clinical trial with qualitative interviews for a subgroup of benzodiazepine-using participants who had received tCBT.

Pragmatic randomized controlled trial

The design and the results of the pragmatic RCT are detailed elsewhere (Roberge et al., 2018, 2020). In summary, participants were recruited from the general population and were volunteers. To be included in the RCT, participants had to: (a) be between 18 and 65 years old; (b) be fluent in written and spoken French and; (c) present at least one primary diagnosis, according to the Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5) (Brown & Barlow, 2014), of the four anxiety disorders targeted by the intervention: panic disorder, agoraphobia, social anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. Participants meeting these criteria were excluded: (a) bipolar disorder, active suicidal ideation, psychosis or active substance abuse in the past 12 months; (b) cognitive impairment; and (c) consultation with a psychiatrist within the last 12 months. Following a screening process, selected participants were randomly assigned to the tCBT+TAU (n=117) or TAU arm (n=114).

The RCT was conducted in three administrative regions of the province of Quebec in Canada from October 2016 to May 2018. The experimental intervention was based on a 12 weekly group sessions of manualized tCBT protocol (Norton, 2012) comprising psychoeducation (1.5 sessions), cognitive restructuring (1.5 sessions), exposure (6 sessions), schema-based cognitive restructuring (2 sessions) and relapse prevention (1 session). The intervention protocol and patient manual focused only on psychotherapeutic components; no instructions regarding the medication use were provided. Groups of 8-10 participants were led by two therapists and sessions lasted 2 hours per week. Deferred tCBT was offered to participants of the TAU arm.

The primary outcome measures were the Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck et al., 1988) and the ADIS-5 (Brown & Barlow, 2014). Secondary outcome measures included self-reported specific anxiety and depression symptoms, functioning, quality of life, service utilization and medication use.

Quantitative secondary analysis component

Participants

In addition to the main study's inclusion and exclusion criteria, completion of the BAI at baseline and post-test was required for analytical purposes. This resulted in available data for 198 participants for this secondary analysis. Among the 95 participants in the tCBT+TAU arm and 103 participants in the TAU arm, 36 and 31 participants reported pretreatment benzodiazepines use, respectively. With a standard deviation of 12 points on the BAI pre-post difference, this gives a power between 65% and 91% to detect a clinically significant difference of 7 points in the reduction of anxiety symptoms (Oei & McAlinden, 2014) between users X arm subgroups with a bilateral significance level set at 5%.

Measures

We used the Beck Anxiety Inventory (BAI), a 21-item self-reported general measure of anxiety symptoms. The BAI reports the frequency of anxiety symptoms during the last 7 days and provides a continuous score ranging from 0 to 63 (Beck et al., 1988). The severity of symptoms of the principal anxiety disorder diagnosis at pretreatment was assessed with the ADIS-5, a semi-structured interview administered by a clinician to assess DSM-5 diagnostic criteria for anxiety and related disorders. It indicates the clinical severity of symptoms on a scale of 0 (no symptoms) to 8 (extremely severe symptoms) (Brown & Barlow, 2014). A questionnaire on medication use (molecule, dosage, length of time) was used to provide us information on benzodiazepines use 12 months preceding the baseline. For analyses purposes, a participant was classified as a pretreatment benzodiazepine user if he/she reported taking some at least once during the previous 12 months. Benzodiazepine users included occasional users (use as needed) and regular users (daily use). Socio-demographic data were also used.

Analysis

Means, standard deviations, frequencies, and proportions were first calculated to describe the characteristics of the analysed sample. Subsequently, bivariate analyses relating participants' characteristics to BAI post-pre difference were undertaken. Variables were selected based on a literature search and included sex, age, education level, presence of psychiatric comorbidity and severity of symptoms of the main anxiety disorder. Variables significantly related to BAI change (at the $\alpha = .10$ level) were included as confounders in a multiple linear regression model along with tCBT, benzodiazepine use, and their interaction (tCBT* BZD). Residual analysis was performed to assure that no outliers were too influential and that the assumptions underlying multiple linear regression were met. Statistical analysis was performed using SPSS 25 software. The significance level was set at $\alpha = .05$, except where mentioned otherwise.

Qualitative component

To meet the qualitative objective of this study, an interpretative descriptive design (Thorne, 2016) was used, in concordance with the interpretative paradigm.

Participant

To be eligible for the qualitative interviews, participants had to have reported using benzodiazepines 12 months preceding baseline and attended at least 9 tCBT sessions, to ensure good adherence to treatment. Potential participants were recruited from the the last experimental groups and the delayed intervention groups. We used a purposive sampling strategy based on sex and specific anxiety disorders (i.e., panic disorder, agoraphobia, social anxiety disorder, and generalized anxiety disorder). Eligible participants were contacted by telephone and offered the opportunity to participate in an interview conducted either by telephone or videoconferencing (Zoom). Participants received \$40 financial compensation, due to the constraints that may be incurred during participation. Recruitment was done to the point of data saturation, meaning that the interview process stopped when there was redundancy in participants' responses (Saunders et al., 2018).

Data collection

Data were collected through semi-structured interviews in French between February and May 2020. An interview guide was developed by the research team to cover three different themes: (a) benzodiazepines use behaviour surrounding tCBT (12 months before, during, after intervention until interview); (b) use of benzodiazepines during each intervention component of tCBT; and (c) perceived impacts of benzodiazepines on the effectiveness of intervention components. The average length of the interviews was 35 minutes, and the interview guide was enhanced as the interviews progressed.

Analysis

Data analytic strategies

Data analysis was conducted using a general inductive approach (Thomas, 2006). Following transcription, each interview was read and coded in NVivo software. Guided by the interview outline, all text segments were labelled to create categories. Following the encoding, all the text segments specific to different themes were labelled to create categories. After proofreading, similar categories were reduced. A template including the reduction of these most significant categories was created. This final set of reduced categories represents the end of the analysis.

Methodological integrity

To ensure the integrity of the qualitative component, various criteria of rigour were applied (Cypress, 2017). For credibility, feedback was given following the interviews, either by listening to the audiotapes or by reading the transcripts. Co-coding was done for an entire interview with one of the team's research professionals. One of the co-authors also revised a quarter of the text segments related to the different categories. To ensure the reliability of the study, a logbook was kept when the interviews were conducted, but also during the analysis. As the interviews were conducted in French, the verbatims presented in this article were translated and a verification of the integrity of the translations was made by a bilingual research professional.

Ethical Statement

The RCT research protocol was approved by the ethics committees of the Integrated Health and Social Services Centers in Estrie (#MP-22-2016-570), Québec City (#2017-166) and Laval (#2016-2017-C54). An amendment request for this research project was approved by the Research Ethics Committee of the CIUSSS of Estrie - CHUS on December 16, 2019.

Results

Quantitative findings

As seen in table 1, the sample was primarily composed of women, with an average age of 37 years old. The majority of participants were living with a spouse, with a post-secondary/vocational or university education level and a very good to excellent economic situation. More than half of the sample had generalized anxiety disorder as their principal diagnosis. About three quarters of the participants had a comorbidity with another anxiety disorder. With respect to the presence of comorbidity with a depressive disorder, about a quarter of the sample had depression or dysthymia. In terms of medication use, more than half of the participants were using SSRIs and SNRIs as antidepressants. Sixty-seven participants had been using benzodiazepines at least once in the past 12 months. Among these participants, the majority were occasional users and more than half had used benzodiazepines for more than a year. Clonazepam (Rivotril) and lorazepam (Ativan) were the most commonly used molecules.

Bivariate analyses indicated that, among all the potentially confounding variables analysed (sex, age, education level, presence of psychiatric comorbidity and severity of symptoms), the severity of symptoms of the main anxiety disorder was the only participant characteristic that was related to BAI pre-post change. It was therefore included as a confounder in the multiple linear regression model presented in Table 2. The tCBT X benzodiazepine interaction was not significant, indicating that although tCBT had a significant effect on anxiety symptoms change (larger negative post-pre difference in experimental arm), this effect was non-differential according to pretreatment benzodiazepines use.

Table 1.
Sociodemographic Baseline Characteristics of the 198 Participants

	n (%)
Sex (woman)	168 (84.8)
Age (years; mean \pm SD)	37.7 \pm 11.98
Marital status	
Married/Living together	112 (56.9)
Single	72 (36.5)
Separated/Divorced	13 (6.6)
Education	
High school or less	21 (10.7)
Vocational	20 (10.1)
College	69 (34.8)
University	88 (44.4)
Working full time	121 (61.1)
Economic situation (comfortable or sufficient income)	159 (80.3)
Principal anxiety disorder	
Generalized anxiety disorder	108 (54.5)
Social anxiety disorder	55 (27.8)
Panic disorder – agoraphobia	35 (17.6)
Comorbidity with other anxiety disorder	147 (74.2)
Comorbidity with a depressive disorder	55 (27.8)
Use of psychotropic medication	152 (76.8)
Use of SSRIs and SNRIs	110 (55.6)
Use of benzodiazepine	67 (33.8)
Frequency of use (occasional)	54 (81)
Duration of use (at least 12-month)	38 (56)
Molecule used	
Clonazepam	28 (42)
Lorazepam	28 (42)
Bromazepam	2 (3)
Alprazolam	4 (6)
Oxazepam	5 (7)

Table 2.
Multiple linear regression analysis looking at the effect of baseline benzodiazepine use on the association between group tCBT and change in AD symptoms

Model †	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients	T	p
	β	Standard error	Beta		
Constant	10.84	4.21		2.58	0.011
tCBT	-6.46	1.89	-0.28	-3.43	0.001
Benzodiazepine use	1.02	2.30	0.04	0.45	0.665
tCBT*Benzodiazepines	-2.56	3.23	-0.85	-0.79	0.429

† Adjusted for the severity of symptoms of the main anxiety disorder

Note. Dependent variable: BAI score post-pre change ($R^2 = 0.16$)

Qualitative findings

Qualitative results were based on the perceptions of 13 benzodiazepine users at baseline who received group tCBT in the experimental group ($n = 4$) or the delayed-treatment for the TAU group ($n = 9$). For participants in the experimental arm, an average of 24 months elapsed between the end of the tCBT and the interview, while for the delayed intervention group a period of 11 months elapsed. Participants included a majority of women and occasional benzodiazepine users. Generalized anxiety disorder was again the most prevalent principal diagnosis. A description of the 13 cases is presented in Table 3.

Theme 1: Evolution of the use of benzodiazepines before, during and after tCBT

In the 12-months period prior to the beginning of group tCBT, what emerged from the participants was that they were experiencing some distress and needed help. They were using benzodiazepines to relieve a feeling of discomfort and a general state of anxiety. The consumption of benzodiazepines was intended to relieve symptoms such as intrusive thoughts, panic attacks, nausea, and heart palpitations.

" I didn't want to go out for groceries. I didn't want to... I bought a gym membership; I couldn't get out to go to the gym. I was really, really not feeling well. So, it was a

really bad moment. I had approached my employer for therapy. Then that didn't work either. Twelve months ago, it was horrible. " – Case #13

Table 3.
Cases presentation

Case	Sex	Age group	Type of user in 12 months before baseline	Principal anxiety disorder	Number of tCBT sessions
1	F	35-45	Occasional	Generalized anxiety disorder	11
2	M	35-45	Occasional	Agoraphobia	11
3	F	55-65	Regular	Generalized anxiety disorder	8
4	F	45-55	Regular	Generalized anxiety disorder	10
5	F	35-45	Occasional	Generalized anxiety disorder	12
6	F	35-45	Occasional	Social anxiety disorder	10
7	F	25-35	Occasional	Generalized anxiety disorder	10
8	F	25-35	Regular	Panic disorder	11
9	M	25-35	Occasional	Panic disorder	11
10	F	35-45	Occasional	Social anxiety disorder	10
11	M	35-45	Regular	Social anxiety disorder	12
12	F	35-45	Regular	Generalized anxiety disorder	8
13	F	55-65	Occasional	Social anxiety disorder	10

When asked about their use of benzodiazepines during tCBT, some participants spontaneously reported that they had received instructions from therapists about the use of benzodiazepines during psychotherapy. Some participants were told to continue taking their benzodiazepines, while others were advised to discontinue their use. Also, there were participants for whom the use or non-use of benzodiazepines during tCBT was not discussed by therapists. These differences in benzodiazepine use instructions have influenced some participants in their patterns of use.

"But as they used to say, "Don't bother. Don't worry, you're going to do the exercises the same way. If you need it, take it. " That's it, I started, I

just took it as I did it occasionally. Of course, when we were working deep in my problem, I needed it. I could see that everyone wasn't shy. I thought?: I'll take some too. I had asked them if it could stop me from understanding or assimilating all this. They said, "Well, no, it's just going to make you feel better." You know, when you're stressed, when you can't deal with it anymore... " – Case #1

"No. The therapists had asked us not to do it, I did respect the... rule. I didn't know we couldn't... Never before the group. They had asked not to take any. " – Case #3

During tCBT, the majority of participants continued using benzodiazepines, with the exception of three, who either did not feel the need to take them or were given that indication by their therapist. For those who used benzodiazepines during therapy, taking a benzodiazepine was described as their first impulse to relieve their anxiety, and particularly at the beginning of tCBT. The group therapy format was considered a major stressor for many, having to work on themselves and opening-up in front of a group of strangers rather than to a single therapist. Specifically, participants mentioned using benzodiazepines before, during or after tCBT sessions. Some took benzodiazepines the night before the sessions to calm anticipation of attending the group therapy and to get a good night of sleep. Others took a benzodiazepine on their way to therapy, to reduce their apprehension, social anxiety, to overcome avoidance behaviour and/or to be able to leave their home to receive treatment. Some participants reported using benzodiazepines during tCBT sessions, either when sharing with other patients or during certain exercises, when the anxiety they experienced exceeded their perceived tolerance threshold. Finally, others took a benzodiazepine when they returned home on their own from a session, following challenging emotions that had emerged from tCBT. However, over the course of the sessions, as they became more able to manage their anxiety and following discussions with patients who did not report using benzodiazepines, the majority found that there were other ways to manage their anxiety that were just as effective, if not more effective, than benzodiazepines.

"I remember going out of class at one point. Going to the bathroom, then taking a moment because there... I needed to take my Ativan because... I couldn't really leave. Well... I could have, but, you know, I wanted to stay. But in order for me to be able to stay, I had to... I had to be able to stay."

– Case #9

After the 12-week group tCBT, different user profiles emerged: benzodiazepine use remained the same for 5 participants, while it decreased for 2, stopped for 4 or increased to the point of dependence for the 2 others. One recurrent term that emerged for the majority of participants was that taking benzodiazepines was a "crutch" in their management of anxiety and that they could not get rid of it overnight. There were some participants for whom reducing or stopping benzodiazepine use was challenging, but for others getting rid of the safety behaviours associated with benzodiazepines (i.e., getting out of the house without their medicine bottle) was equally challenging.

"I had told myself: if I'm in psychotherapy, it's to get rid of the crutch. It doesn't give me anything to live with that crutch. So, I try - you know, at this time, I go out, but without this medication. It's not always easy, but at least I'm not addicted to the medication anymore." – Case #2

Theme 2: Components of tCBT and benzodiazepines use

According to participants, the components of the therapy for which they felt most compelled to use benzodiazepines were psychoeducation, exposure, and homework. Some participants mentioned that psychoeducation, which was part of the first therapy sessions, led to a lot of anticipation. They were faced with the therapists' explanations of the steps to go through to understand the causes and nature of their anxiety, but also concerning eventual exposure. Participants were therefore confronted with all the work they would have to do to get better and benzodiazepines were used to reduce this anticipation.

"I created scenarios based on what the psychologist explained to us. So, you know, when she said that we were going to be confronted with some of

our anxieties, for me it was really - I didn't understand how I was going to get through that stage. That makes me think that it was really in the first stage that I took the most, because I was anticipating the actions. " – Case #8

The exposure sessions also motivated benzodiazepine use, both when they addressed fears through imagination or through situational exposure exercises. Benzodiazepines could be used when exercises were perceived as exceeding the limit of their anxiety tolerance or bringing participants too far out of their comfort zone. Participants also raised the point that homework assignments regarding exposure exercises could motivate the intake of benzodiazepines. Some participants mentioned that being alone, without the support of a therapist and the group, to expose themselves, brought anxiety and a high level of discomfort.

"It's the exposure because it was really going to be... the most difficult thing for me. It forced me to do things that I really didn't want to do. It was totally out of my comfort zone. It's really the exposure. " – Case #10

Theme 3: Perceived impacts of benzodiazepines on the effectiveness of intervention components

Taking benzodiazepines during therapy was described as a strategy to calm anticipation and alleviate some fears related to group participation. Integration into the group and active participation in therapeutic activities were facilitated, as participants were relieved of some forms of anxiety and felt a decrease in their shyness. Some participants mentioned how reducing their anxiety load made them more receptive to focus on the contents presented and more willing to expose themselves. On the other hand, participants also perceived some disadvantages. They recognized that since their anxiety levels were reduced, their anxiety experiences were also reduced. Since they could not fully experience their anxiety, they perceived that the effectiveness of certain exercises, such as exposure, was impaired. Specifically, by being under mild sedation, they could not push their anxiety and discomfort levels to the maximum in order to fully extract the benefits of the exposure. In addition, some participants perceived that although benzodiazepines could reduce their anxiety level and thus help them to participate more actively, they could also affect their concentration and

attention during the therapy sessions. Others also felt that their memory skills could be affected during the sessions, especially when they had to apply the content seen in the session to their homework.

"It impairs your judgment; it impairs your perception of things. Of course, if you have to expose yourself to something and then it's not tolerable... If every time you do it, you have "benzos" in your body, well, I don't see the point. I mean, maybe yes, the first time you're going to take them, but you have to learn how to do it without them. I think that's what psychotherapy is all about. It's to be able to move through life without always needing a little pill to give you the courage to do it. It's treacherous, a little bit, these drugs. " – Case #7

Discussion

This mixed methods study investigated benzodiazepine use during group tCBT, a therapy shown to be effective in the treatment of anxiety disorders (Newby et al., 2015; Roberge et al., 2020). The secondary data analysis of the BAI measure from the clinical trial dataset indicated globally that the positive impact of therapy on the reduction of anxiety symptoms was not significantly different whether or not benzodiazepines were taken 12 months prior to tCBT initiation. These results are consistent with studies which found that benzodiazepines had no impact on CBT outcomes (Arch & Craske, 2007; Melani et al., 2020; Schmidt & Smith, 2005; Watanabe et al., 2009; Westra et al., 2002). The qualitative interviews provided a complementary and in-depth perspective, through the nuanced contributions of the participants. Getting involved in a therapy process where you have to do personal work, and particularly in front of a group of people, can be frightening. The participants' perceptions of the group modality stressors were related to what was found in previous studies: opening up and sharing one's experience with strangers can be a very challenging experience (Morrison, 2001). Participants' interviews indicated that benzodiazepines can be perceived as helpful to cope with the group treatment modality and being more receptive to the therapeutic content. Also, for some participants for whom leaving their home was a source of anxiety, taking benzodiazepines helped them to reduce their anxiety, allowing them to attend the therapy

group. Participants also provided information about which components of therapy were most likely to lead to the use of benzodiazepines: psychoeducation, exposure and homework. Benzodiazepines use may be motivated by a desire to feel confident in a stressful situation (Parr et al., 2006), and our study underlined how the unknown of the first sessions and the anticipation of what may happen next can lead participants to use benzodiazepines. Taking benzodiazepines during exposure sessions had been noted in the literature as potentially making these exercises less effective (Otto et al., 2010), and those concerns were also raised by participants indicating that they could not reap the full benefits of exposure as benzodiazepines decreased their experience of anxiety. While benzodiazepines can help to calm this anxiety, it can also complicate the learning and the memorization of some content, which is caused with the known effects of benzodiazepines regarding mild sedation and cognitive functioning (Buffett-Jerrott & Stewart, 2002). Although some participants mentioned that taking benzodiazepines during periods of exposure could decrease their anxiety and help them with their exposure exercises, due to lack of scientific evidence about the effects of benzodiazepines on exposure, the use of benzodiazepines during this component should be evaluated with caution (Melani et al., 2020). Beyond the benefits and drawbacks of taking benzodiazepines during tCBT, participants emphasized on the risk of dependence associated with this medication, again illustrating that benzodiazepines should be used with caution, as outlined in clinical practice guidelines (Katzman et al., 2014).

Some of the experiences reported by participants about therapists' instructions regarding the use of benzodiazepines during tCBT underlined that this topic was also ambiguous for them. Despite the fact that tCBT provided a detailed psychological intervention manual for therapists and a workbook for participants, the topic of medication use was not addressed. Our results suggest that consistent instructions need to be given to therapists in CBT protocols regarding the use of benzodiazepines during therapy, but this also raises the point that it could be useful to add a psychoeducation component regarding medication use and tapering-off. For example, the topic of benzodiazepine use could be addressed at the beginning of therapy to make participants aware of the potential effects of benzodiazepines on tCBT, but also to help them to make an informed decision about their use.

This mixed methods study contributes to the advancement of knowledge regarding benzodiazepine use during CBT, a question previously examined mostly from a quantitative perspective. However, since we achieved our objectives in the context of an already existing RCT, the study was not primarily conducted to assess the efficacy of combining or not tCBT with benzodiazepines. Therefore, the RCT design and measurement of benzodiazepine use over time was not optimal for our study objectives. Future studies would benefit from monitoring participants' patterns of use more closely, for example by asking them to complete a diary for each therapy session and context of use more accurately. In addition, since the qualitative interviews were conducted approximately 1 year after participants received tCBT, the potential memory bias must be emphasized.

This study illustrates that the debate about the potential effects of benzodiazepines during tCBT is not over. Participants' sharing also revealed the importance of this subject to them and their desire for more guidance on an issue that directly affects their participation in CBT and potential treatment outcomes. It is clear from this study that research on benzodiazepine use during CBT must be continued, and that clinical concerns of participants engaging in CBT must also be addressed.

References

- American Psychiatric Association (Ed.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2007). Implications of naturalistic use of pharmacotherapy in CBT treatment for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(7), 1435–1447. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.005>
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2009). First-line treatment: A critical appraisal of cognitive behavioral therapy developments and alternatives. *Psychiatric Clinics*, *32*(3), 525–547. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.05.001>
- Bandelow, B., Seidler-Brandler, U., Becker, A., Wedekind, D., & Rüther, E. (2007). Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *8*(3), 175–187. <https://doi.org/10.1080/15622970601110273>
- Bandelow, B., Sher, L., Bunevicius, R., Hollander, E., Kasper, S., Zohar, J., & M  ller, H.-J. (2012). Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive–compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *16*(2), 77–84. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.667114>

- Başoglu, M., Marks, I. M., Kiliç, C., Swinson, R. P., Noshirvani, H., Kuch, K., O'Sullivan, G., & Brewin, C. R. (1994). Alprazolam and Exposure for Panic Disorder with Agoraphobia: Attribution of Improvement to Medication Predicts Subsequent Relapse. *British Journal of Psychiatry*, *164*(5), 652–659. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.5.652>
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, *43*(5), 897–910. <https://doi.org/10.1017/S003329171200147X>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and related disorders interview schedule for DSM-5 (ADIS-5), adult and lifetime version: Clinician manual*.
- Buffett-Jerrott, S., & Stewart, S. (2002). Cognitive and Sedative Effects of Benzodiazepine Use. *Current Pharmaceutical Design*, *8*(1), 45–58. <https://doi.org/10.2174/1381612023396654>
- Butler, A., Chapman, J., Forman, E., & Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, *26*(1), 17–31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Comer, J. S., Blanco, C., Hasin, D. S., Liu, S.-M., Grant, B. F., Turner, J. B., & Olfson, M. (2011). Health-related quality of life across the anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *The Journal of Clinical Psychiatry*, *72*(1), 43–50. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05094blu>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd ed). SAGE Publications.
- Cypress, B. S. (2017). Rigor or Reliability and Validity in Qualitative Research: Perspectives, Strategies, Reconceptualization, and Recommendations. *Dimensions of Critical Care Nursing*, *36*(4), 253–263. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000253>
- Esposito, E., Barbui, C., & Patten, S. B. (2009). Patterns of benzodiazepine use in a Canadian population sample. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *18*(3), 248–254. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00000531>
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*(1), 20–35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Harvey, A. G., Lee, J., Williams, J., Hollon, S. D., Walker, M. P., Thompson, M. A., & Smith, R. (2014). Improving Outcome of Psychosocial Treatments by Enhancing Memory and Learning. *Perspectives on Psychological Science*, *9*(2), 161–179. <https://doi.org/10.1177/1745691614521781>
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., & Van Ameringen, M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, *14*(Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., DE Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., DE Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., ... Ustün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 168–176.
- Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K., & Wittchen, H.-U. (2010). Epidemiology of Anxiety Disorders. In M. B. Stein & T. Steckler (Eds.), *Behavioral Neurobiology of Anxiety and Its Treatment* (Vol. 2, pp. 21–35). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/7854_2009_9
- Melani, M. S., Paiva, J. M., Silva, M. C., Mendlowicz, M. V., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M. P., Ventura, P. R., & Berger, W. (2020). Absence of definitive scientific evidence that benzodiazepines could hinder the efficacy of exposure-based interventions in adults with anxiety or posttraumatic stress disorders: A systematic review of randomized clinical trials. *Depression and Anxiety*, 37(12), 1231–1242. <https://doi.org/10.1002/da.23078>
- Morissette, S. B., Spiegel, D. A., & Barlow, D. H. (2008). Combining Exposure and Pharmacotherapy in the Treatment of Social Anxiety Disorder: A Preliminary Study of State Dependent Learning. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(3), 211–219. <https://doi.org/10.1007/s10862-007-9061-1>
- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 311–332. <https://doi.org/10.1017/S1352465801003058>
- National Institute for Health & Clinical Excellence. (2011). *Common mental health disorders: Identification and pathways to care*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Neutel, C. I. (2005). The epidemiology of long-term benzodiazepine use. *International Review of Psychiatry*, 17(3), 189–197. <https://doi.org/10.1080/09540260500071863>
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91–110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
- Norton, P. J. (2012). *Group cognitive-behavioral therapy of anxiety: A transdiagnostic treatment manual*. Guilford Press.
- Oei, T. P., & McAlinden, N. M. (2014). Changes in quality of life following group CBT for anxiety and depression in a psychiatric outpatient clinic. *Psychiatry Research*, 220(3), 1012–1018. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.036>
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572–581. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015>
- Otto, M. W., McHugh, R. K., & Katak, K. M. (2010). Combined Pharmacotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Medication Effects, Glucocorticoids, and Attenuated Treatment Outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(2), 91–103. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01198.x>

- Parr, J. M., Kavanagh, D. J., Young, R. McD., & McCafferty, K. (2006). Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: A qualitative analysis. *Social Science & Medicine*, *62*(5), 1237–1249. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.016>
- Roberge, P., Provencher, M. D., Gaboury, I., Gosselin, P., Vasiliadis, H.-M., Benoît, A., Carrier, N., Antony, M. M., Chaillet, N., Houle, J., Hudon, C., & Norton, P. J. (2020). Group transdiagnostic cognitive-behavior therapy for anxiety disorders: A pragmatic randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 1–11. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004316>
- Roberge, P., Provencher, M. D., Gosselin, P., Vasiliadis, H.-M., Gaboury, I., Benoit, A., Antony, M. M., Chaillet, N., Houle, J., Hudon, C., & Norton, P. J. (2018). A pragmatic randomized controlled trial of group transdiagnostic cognitive-behaviour therapy for anxiety disorders in primary care: Study protocol. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 320. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1898-1>
- Saris, I. M. J., Aghajani, M., van der Werff, S. J. A., van der Wee, N. J. A., & Penninx, B. W. J. H. (2017). Social functioning in patients with depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *136*(4), 352–361. <https://doi.org/10.1111/acps.12774>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, *52*(4), 1893–1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Schmidt, N. B., & Smith, J. D. (2005). Do medications matter in the context of cognitive behavior therapy for panic disorder? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *19*(4), 347–354. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1891/jcop.2005.19.4.347>
- Tanguay Bernard, M.-M., Luc, M., Carrier, J.-D., Fournier, L., Duhoux, A., Côté, E., Lessard, O., Gibeault, C., Bocti, C., & Roberge, P. (2018). Patterns of benzodiazepines use in primary care adults with anxiety disorders. *Heliyon*, *4*(7), e00688. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00688>
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, *27*(2), 237–246. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
- Thorne, S. E. (2016). *Interpretive description: Qualitative research for applied practice* (Second edition). Routledge.
- Watanabe, N., Churchill, R., & Furukawa, T. A. (2009). Combined psychotherapy plus benzodiazepines for panic disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005335.pub2>
- Westra, H. A., Stewart, S. H., & Conrad, B. E. (2002). Naturalistic manner of benzodiazepine use and cognitive behavioral therapy outcome in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, *16*(3), 233–246. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00091-9](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00091-9)
- Westra, H. A., Stewart, S. H., Teehan, M., Johl, K., Dozois, D. J. A., & Hill, T. (2004). Benzodiazepine Use Associated with Decreased Memory for Psychoeducation Material in Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *28*(2), 193–208. <https://doi.org/10.1023/B:COTR.0000021540.15135.45>

Complément et précisions

Complément en lien avec les résultats quantitatifs

Dans le but de permettre une interprétation clinique des résultats, au-delà de leur signification statistique, les tableaux 4 et 5 illustrent les scores à l'IAB au prétest et au post-test, et ce, pour les quatre groupes de participants. Rappelons que pour présenter une différence cliniquement significative, une amélioration de 7 points doit être observée. Face à ces résultats, on peut premièrement constater qu'au prétest, l'ensemble des participants présentait des scores similaires à l'IAB. Au post-test on remarque que les participants ayant reçu la TCC-t et les soins usuels présentent des scores nettement moins élevés à l'IAB en comparaison avec les participants ayant uniquement reçu les soins usuels. En s'attardant aux participants ayant reçu la TCC-t, on constate que les utilisateurs de benzodiazépines douze mois avant de débiter la thérapie se sont améliorés de façon très similaire à l'IAB, en comparaison avec les non-utilisateurs.

Tableau 4. Résultats au BAI au prétest

	TCC-T + Traitements usuels	Traitements usuels
Pré-test	Utilisateurs de benzodiazépines 12 mois avant le début du traitement	n=31 Moyenne: 25,74 Écart-type: 11,38
	Non utilisateurs de benzodiazépines 12 mois avant le début du traitement	n=72 Moyenne: 22,40 Écart-type: 10,81
	Utilisateurs de benzodiazépines 12 mois avant le début du traitement	n=36 Moyenne: 24,3 Écart-type: 9,63
	Non utilisateurs de benzodiazépines 12 mois avant le début du traitement	n=59 Moyenne: 22,77 Écart-type: 11,21

Tableau 5. Résultats au BAI au post-test

	TCC-T + Traitements usuels	Traitements usuels
Post-test	Utilisateurs de benzodiazépines 12 mois avant le début du traitement	n=31 Moyenne: 23,88 Écart-type: 10,33
	Non utilisateurs de benzodiazépines 12 mois avant le début du traitement	n=72 Moyenne: 19,54 Écart-type: 11,04
	Utilisateurs de benzodiazépines 12 mois avant le début du traitement	n=36 Moyenne: 13,38 Écart-type: 9,20
	Non utilisateurs de benzodiazépines 12 mois avant le début du traitement	n=59 Moyenne: 13,09 Écart-type: 9,16

Précision concernant l'outil de recherche qualitatif

Le guide d'entrevue, élaboré et validé par l'équipe de recherche, se trouve à l'Annexe 1. Les premières questions du guide ont été élaborées dans le but de briser la glace avec les participants et visaient à documenter brièvement leur expérience de psychothérapie. En plus de permettre aux participants de se remémorer leur expérience et de favoriser l'établissement d'un lien de confiance, ces questions ont permis d'aborder l'utilisation de benzodiazépines, un sujet pouvant être délicat, plus en douceur. Par la suite, le guide d'entrevue a été conçu en fonction de 3 différents thèmes, selon une séquence logique : 1) les comportements d'utilisation de benzodiazépines entourant la TCC-t, 2) les composantes de la TCC-t et prise de benzodiazépines et 3) la perception de l'influence potentielle des benzodiazépines sur la TCC-t. Au fil des entrevues, le thème des comportements sécurisants a émergé des participants et a donc été ajouté au guide d'entrevue.

Précisions concernant les considérations éthiques

Une demande d'amendement et d'addenda au Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie – CHUS concernant le volet qualitatif a été approuvé le 2019-12-17 (Annexe 2). Le script de contact initial pour le recrutement via téléphone est présenté à l'Annexe 3. Considérant que les entrevues ont été menées à distance, par téléphone ou via la plateforme Zoom, le consentement s'est fait de façon verbale et est illustré à l'Annexe 4.

DISCUSSION

Ce dernier chapitre porte sur la discussion des résultats rattachés aux objectifs, mis en lien avec les connaissances issues de la littérature. Les forces et limites de l'étude seront également exposées, suivies des pistes pour les recherches futures. La présentation des retombées potentielles pour la clinique et la recherche concluront ce chapitre.

Interprétation des résultats

Rappelons que les objectifs de ce présent mémoire visaient à 1) explorer l'effet de la prise de benzodiazépines sur la relation entre la TCC-t de groupe pour les troubles anxieux et la diminution des symptômes anxieux et 2) explorer la perception des participants concernant leur prise de benzodiazépines avant, pendant et après la TCC-t de groupe pour les troubles anxieux. Les résultats quantitatifs de cette étude offrent une vision globale illustrant un effet moyen non différentiel de la prise de benzodiazépines sur la relation entre la TCC-t et la réduction des symptômes anxieux. En d'autres mots, l'efficacité moyenne de la TCC-t n'est pas significativement différente, que l'on ait été ou non un utilisateur de benzodiazépines (régulier ou au besoin) au cours des 12 mois avant le début du traitement, en ce qui concerne la diminution des symptômes anxieux. En s'attardant individuellement aux variables du modèle statistique et plus précisément à la variable « bras d'intervention », donc le fait de se retrouver dans le bras de TCC-t ou le bras témoin, on constate que cette variable a un effet statistiquement et cliniquement significatif sur la diminution des symptômes anxieux. Les résultats du volet quantitatif sont en concordance avec les résultats d'études primaires ayant aussi démontré que la prise de benzodiazépines n'avait pas d'effet différentiel sur l'efficacité de la thérapie au niveau de la diminution des symptômes anxieux (Arch & Craske, 2007; Gauthier et al., 1992; Gladsjo et al., 2001; Power et al., 1990; Riley et al., 1995; Schmidt & Smith, 2005; Westra et al., 2002). Face aux résultats non significatifs des études primaires s'étant intéressées aux effets de l'utilisation de benzodiazépines sur l'efficacité d'une TCC, cela peut expliquer le déclin d'intérêt scientifique sur le sujet. Pourtant, il est pertinent de se rappeler que deux revues systématiques en sont venues à la conclusion que les études antérieures s'étant penchées sur le sujet présentaient des qualités méthodologiques lacunaires et que les évidences scientifiques actuelles ne permettaient pas de conclure que la prise de

benzodiazépines n'a pas d'influence sur l'efficacité de la TCC. Effectivement, l'état des connaissances actuelles permet difficilement de dégager des conclusions claires quant à cette problématique, et ce, en raison de plusieurs sources de biais possibles, notamment quant au processus d'assignation aléatoire, à la publication sélective des résultats à la mesure des issues primaires (Melani et al., 2020; Watanabe et al., 2009). Les interventions ayant été déployées dans ces études étaient également peu explicites, et ce, autant pour la TCC que pour l'intervention utilisée comme comparateur. De plus, rappelons qu'avec le temps, les interventions se raffinent et s'éloignent peu à peu de ce qui avait lieu d'être dans les années 1990, ce qui complique la généralisation aux interventions actuelles de TCC. Le volet qualitatif de cette étude présente également des limites, ne permettant pas de conclure définitivement quant à l'influence ou non de la prise de benzodiazépines sur l'efficacité de la TCC-t.

Par contre, ces résultats qualitatifs ont permis d'apporter un vent nouveau dans le domaine de la recherche sur le sujet et de nuancer les résultats quantitatifs. Ces résultats reposent sur trois grands thèmes et ceux-ci seront discutés dans les paragraphes qui viennent. Dans un premier temps, rappelons que les profils d'utilisation de benzodiazépines se dessinent de deux manières, soient une utilisation régulière ou occasionnelle. Somme toute, une personne utilisant des benzodiazépines, quel que soit son profil, est sujette à vivre une expérience d'utilisation qui lui est propre lors d'une TCC. Les moments susceptibles de motiver une prise de benzodiazépines ont donc été explorés auprès des participants. Principalement, ces moments gravitaient autour des séances de psychothérapie (avant, pendant et après) et lors des exercices à faire à la maison. À notre connaissance, aucune étude ne s'était intéressée à documenter ces périodes clés pouvant mener à une prise de benzodiazépines. Plus précisément, l'anxiété face au fait d'assister au groupe de TCC-t, que ce soit lié à l'anticipation la veille d'une séance, au moment d'aller dormir ou peu de temps avant d'y assister, pesait lourd chez certains participants, qui ont ressenti le besoin de soulager leur anxiété à l'aide d'une benzodiazépine. Le vécu rapporté par les participants suggère que la prise de benzodiazépines, la veille d'une séance, pouvait aider certains participants à passer une bonne nuit de sommeil et être plus reposés lors de la TCC-t. Chez certains participants, présentant des symptômes d'agoraphobie, le fait de quitter leur domicile pouvait représenter un défi de taille et une source importante d'anxiété. Il est possible d'imaginer ce que ces

personnes pouvaient ressentir à l'idée de sortir de leur maison pour se rendre à une psychothérapie de groupe, qui elle aussi, générait de l'anxiété. L'utilisation de cette médication, peu de temps avant d'assister à une séance, a permis à des participants de calmer leur anxiété, pour ainsi être en mesure de se rendre au groupe. Plusieurs participants ayant eu recours aux benzodiazépines lors des séances de TCC-t rapportent avoir vécu un niveau d'anxiété dépassant un seuil tolérable, mais ont été en mesure de poursuivre leur travail sur soi, en grand groupe, grâce à cette médication. Pour d'autres participants, le retour à la maison, à la suite d'une séance, pouvait être difficile : la thérapie avait remuée plusieurs émotions. La prise de benzodiazépines leur permettait donc de diminuer leur inconfort et de retourner à leurs activités quotidiennes sans être envahis par l'anxiété. La période des devoirs et exercices à faire à la maison pouvait aussi causer de l'anxiété. Se retrouver seul avec son manuel du participant et devoir faire les exercices demandés, tels que des expositions, pouvait être difficile, puisque les participants ne pouvaient bénéficier du soutien des thérapeutes, mais également du groupe. Dans l'ensemble, ces périodes clés d'utilisation de benzodiazépines illustrent encore une fois que la TCC-t est une thérapie exigeante et pouvant générer un niveau d'inconfort important, mais passager, chez les personnes qui décident de s'y engager. Les personnes s'engageant dans une TCC présentent des profils d'observance à la thérapie divergents, certains décident d'abandonner ou de présenter un investissement moindre à la thérapie. Par contre, chez les participants du volet qualitatif où tous présentaient un niveau élevé d'observance, ses principes d'intervention semblent avoir généré des bienfaits considérables, puisqu'ils ont pris le choix de poursuivre leur thérapie, malgré les obstacles rencontrés.

Lors des entrevues avec les participants, un point important a émergé de leur propos : les consignes des thérapeutes quant à l'utilisation de benzodiazépines durant la TCC-t se sont avérées divergentes. Effectivement, le manuel du thérapeute ne fournissait pas de consignes claires quant à l'usage de médication (Norton, 2012). Certains participants ont reçu des thérapeutes la consigne de continuer à utiliser leur médication, comme ils le faisaient habituellement. Cette consigne a pu être rassurante pour des participants, puisqu'ils n'auraient pu envisager de se rendre ou d'assister à la thérapie sans leurs benzodiazépines. Comme mentionné ci-haut, la prise de benzodiazépines a pu sembler nécessaire chez certains participants, puisque sans elle, ils ont eu l'impression qu'ils n'auraient pu être en mesure de

recevoir leur traitement psychothérapeutique. À l'inverse, d'autres participants ont mentionné avoir reçu des thérapeutes la consigne de ne pas utiliser leurs benzodiazépines pendant la TCC-t. Bien que les résultats de cette étude ne permettent pas de confirmer cette hypothèse, il est possible d'imaginer à quel point ces consignes pourraient potentiellement engendrer de la détresse chez certains participants et même, possiblement, les empêcher de recevoir ce traitement pour leur trouble anxieux. On ne peut ignorer les préoccupations des utilisateurs de benzodiazépines s'engageant dans une TCC-t. Il est donc nécessaire de s'assurer que les thérapeutes futurs reçoivent des consignes claires quant à l'utilisation de benzodiazépines pendant la TCC-t. Ces derniers devraient être également sensibilisés aux impacts de la prise de benzodiazépines lors d'une TCC, qu'ils soient positifs et négatifs, et ce, pour guider uniformément les personnes et les aider à prendre une décision éclairée concernant l'utilisation de cette médication.

Les composantes de la TCC-t les plus susceptibles de motiver une prise de benzodiazépine ont également été documentées, ce qui à notre connaissance, n'avait jamais été réalisé. Principalement, les résultats ont indiqué que la prise de benzodiazépines était concentrée entre les séances de psychoéducation et d'exposition. L'inconnu des premières séances de psychoéducation et les consignes des thérapeutes quant au déroulement de la thérapie, ont motivé une prise de benzodiazépines chez certains participants. Il est alors possible de dégager que les symptômes anxieux vécus lors de la psychoéducation s'apparentaient à de l'appréhension et à de l'intolérance à l'incertitude (Chen et al., 2018; Counsell et al., 2017). Ces résultats sont intéressants et bonifient les connaissances actuelles, puisque la littérature s'était principalement intéressée à la prise de benzodiazépines lors des séances d'exposition. L'importance d'étudier l'impact des benzodiazépines sur l'ensemble des composantes de la TCC est donc soulignée. En ce qui concerne les séances d'exposition, l'anticipation de devoir s'exposer à ses peurs et l'exercice d'exposition en tant que tel a pu engendrer une prise de benzodiazépines. Chez certains participants, l'utilisation de cette médication a pu calmer leur anxiété liée à l'appréhension et leur permettre de réaliser leur exposition sans être trop envahis par l'anxiété. De manière générale, on peut comprendre que la prise de benzodiazépines chez ces participants pouvait être liée au fait de vouloir se sentir en confiance lors d'une situation incertaine (Parr et al., 2006). Le fait d'entreprendre une thérapie proposant de s'exposer à ses peurs et de comprendre les causes et la nature de son

anxiété peut être profondément confrontant et avoir un impact sur le sentiment de confiance : ai-je les capacités nécessaires pour travailler sur moi en fonction des stratégies proposées par la TCC-t?

En ce qui concerne l'influence du format de groupe sur la prise de benzodiazépines, les participants du volet qualitatif ont souligné que le fait de se lancer dans une TCC de groupe pouvait s'avérer confrontant, et ce, avant même le début de la thérapie. Devoir travailler activement sur soi et acquérir les compétences visées par les principes de la TCC, représentent un défi en soit. La modalité d'intervention au format de groupe ajoute un important stresser, comparativement à la thérapie individuelle où la personne entame une démarche d'aide avec son thérapeute uniquement. Plus précisément, des participants ont soulevé qu'il pouvait être difficile de s'ouvrir au groupe et d'y prendre place. Chez ces participants, la prise de benzodiazépines a favorisé le dévoilement au groupe et la participation active aux exercices proposés. Les sources d'anxiété vécues pendant les séances de groupe sont également en concordance avec la littérature indiquant qu'une thérapie au format de groupe peut être accompagnée par la peur de s'ouvrir à un groupe de pairs inconnus (Morrison, 2001).

Bien que la prise de benzodiazépines ait pu apporter des avantages, tels que le fait de permettre à des participants d'assister aux séances et de s'investir dans leur participation à la thérapie sans être submergés par leurs symptômes anxieux, des désavantages considérables quant à leur utilisation pendant la TCC-t ont aussi été rapportés par les participants. Comme mentionné par ceux-ci et soulevé dans la littérature, la prise de benzodiazépines, lors de périodes didactiques où les capacités d'apprentissage et la mémoire sont sollicitées, peut entraver l'acquisition et la mémorisation de certains contenus, en raison des effets sédatifs de la médication (Buffett-Jerrott & Stewart, 2002; Westra et al., 2004). Il est alors possible de mettre en lumière le fait que les benzodiazépines pourraient faire obstacle à l'efficacité des séances de psychoéducation, mais aussi des devoirs, où les personnes se doivent d'être disponibles aux apprentissages. La composante de l'exposition ne serait pas non plus à l'abri des effets indésirables des benzodiazépines. Effectivement, les propos des participants étaient orientés dans le même sens que la littérature : les benzodiazépines modifient l'expérience de l'anxiété et la pleine activation de la peur (Foa & Kozak, 1986), pouvant rendre les exercices

d'exposition moins efficaces (Otto et al., 2010). Étant sous l'influence d'une médication occasionnant des effets sédatifs, les participants n'ont pu vivre pleinement leur anxiété et leur niveau d'inconfort occasionné par l'exposition à un stimulus anxiogène. De ce fait, face à l'ensemble des pour et contre associés à la prise de benzodiazépines lors d'une TCC-t, les participants ont souligné que cette médication devait être utilisée en dernier recours : lorsque la personne n'est pas en mesure de quitter son domicile pour recevoir son traitement et lorsque l'anxiété dépasse un seuil tolérable, empêchant la réalisation des exercices. De plus, en choisissant d'utiliser une benzodiazépine, la personne devrait toujours garder en tête les effets indésirables de cette médication et son risque de dépendance (Association des pharmaciens du Canada, 2015; Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2012; Katzman et al., 2014; Santé Canada, 2020).

Face aux comportements d'utilisation de benzodiazépines rapportés par les participants, il est possible de faire des liens avec la littérature concernant les comportements sécurisants. Principalement, le recours aux comportements sécurisants complique l'acquisition de stratégies adaptatives pour la gestion de l'anxiété. Certains comportements d'utilisation de médication sont considérés comme des comportements sécurisants et ils se divisent en deux catégories : les comportements planifiés et ceux appliqués de façon immédiate (Thwaites & Freeston, 2005). Ces deux types de comportements ont été rapportés par des participants. Effectivement, des participants ont nommé qu'ils s'assuraient d'avoir leur médication avec eux lors de la TCC-t, au cas où ils feraient face à des symptômes anxieux, ce qui correspond au premier type de comportements. D'autres participants ont rapporté avoir utilisé des benzodiazépines pour calmer immédiatement une montée d'anxiété, correspondant au deuxième type de comportements sécurisants. De plus, l'adoption de comportements sécurisants, lors des séances d'exposition, est associée à une diminution de l'efficacité de ces exercices (E.-J. Kim, 2005; McManus et al., 2008). De ce fait, il est possible de formuler l'hypothèse que la prise de benzodiazépine, considérée comme un comportement sécurisant, pourrait compliquer l'acquisition de stratégies efficaces et non médicamenteuses pour faire face à l'anxiété, et ce, en plus de possiblement affecter l'efficacité des interventions.

Cette étude a également permis de mettre en lumière les différents parcours d'utilisation de benzodiazépines entourant une TCC-t, allant de l'arrêt de l'utilisation au développement d'une dépendance. Chez les participants de l'étude, plusieurs ont nommé avoir reçu plusieurs outils pour faire face à l'anxiété autrement qu'en utilisant la médication, mais comme leurs comportements d'utilisation de benzodiazépines suite à la TCC-t l'illustrent, l'arrêt ou la diminution de cette médication ne se fait pas du jour au lendemain et le processus aboutissant à l'une ou l'autre de ces options ne se fait pas de façon nécessairement linéaire. Face à ces résultats, nul ne peut ignorer le risque d'accoutumance et de dépendance (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2012; Santé Canada, 2020) qui guette les personnes vivant avec un trouble anxieux utilisant des benzodiazépines, car même avec les stratégies acquises lors de la TCC-t, certains ont développé une dépendance. Pour plusieurs participants, la prise de benzodiazépines était associée à l'image d'une béquille et il est pertinent de s'attarder à la représentation de ce mot, dans le contexte de l'utilisation de médication pour les troubles anxieux. L'utilisation de béquille se fait dans le but d'obtenir soutien et se sentir en confiance. Par contre, lors des entrevues, il a été soulevé que les benzodiazépines pouvaient être « traîtres ». Il est alors intéressant d'observer que l'utilisation de cette médication peut représenter une forme de confort et de sécurité tout en étant associée à quelque chose de nuisible.

S'engager dans une thérapie de groupe de douze séances n'est pas une mince affaire, et l'on peut déduire que les personnes qui prennent la décision de s'investir dans une telle démarche d'aide présentent une détresse importante. Les participants de cette étude ont pris la décision de s'engager dans une TCC, alors qu'ils avaient eu recours aux benzodiazépines dans les douze mois avant de débiter le traitement, ce qui illustre, en quelque sorte, que l'utilisation de cette médication ne leur permettait pas d'assurer une pleine gestion de leurs symptômes anxieux. L'ensemble des participants interviewés a exprimé avoir vécu une expérience positive de psychothérapie et en avoir retiré des bénéfices, certes sur leurs symptômes anxieux, mais aussi sur leur qualité de vie. La TCC est une modalité thérapeutique qui se doit d'être plus accessible chez les personnes présentant un trouble anxieux, et ce, d'autant plus que les personnes présentent généralement une préférence plus importante envers la TCC que les traitements pharmacologiques (Deacon & Abramowitz, 2005; McHugh et al., 2013).

Forces de l'étude

Dans un premier temps, comme cette étude s'est imbriquée dans un ECR rigoureux où l'intervention déployée était manualisée (Norton, 2012) et démontrée comme étant efficace (Roberge et al., 2020), ceci représente une force. Les thérapeutes possédaient le matériel nécessaire pour bien guider l'intervention et accompagner les participants dans la réalisation des exercices liés aux différentes composantes. De plus, les participants avaient eux aussi un manuel, leur permettant notamment d'avoir les outils nécessaires pour la réalisation des devoirs à faire à la maison. De ce fait, une intervention manualisée favorise la généralisation des constats de cette présente étude aux expériences pouvant être vécues durant une TCC, et ce, en fonction de ces différentes composantes clés d'intervention. Le fait que cette étude repose sur un devis mixte représente également une force, considérant que cette méthodologie vise à assurer une compréhension en profondeur d'une problématique complexe, telle que le sujet à l'étude. En plus, l'utilisation de deux méthodologies de recherche a permis d'atténuer les faiblesses des méthodes quantitatives et qualitatives utilisées (Fortin & Gagnon, 2016), puisque l'ECR dans lequel s'est imbriquée cette étude n'avait pas été conçu afin d'étudier l'impact de la prise de benzodiazépines lors d'une TCC-t. Le volet qualitatif de cette étude représente également une force, considérant qu'à notre connaissance aucune étude ne s'était intéressée à la question en explorant la perception des personnes utilisatrices de benzodiazépines s'engageant dans une TCC-t. Les techniques associées aux critères de rigueur (Fortin & Gagnon, 2016) qui ont été appliquées ont permis d'étoffer la méthodologie qualitative. Effectivement, la crédibilité a notamment été assurée lors de la réalisation des entretiens pour lesquels des rétroactions ont été données dans le but d'assurer le bon déroulement des entrevues suivantes, de couvrir efficacement les thèmes à l'étude, et ce, en étant à l'affut des autres thèmes qui pouvaient être émergents. Aussi, une entrevue a été co-codée dans son entièreté par une professionnelle de l'équipe de recherche. De plus, un journal de bord a été tenu à la suite des entrevues pour mettre sur papier les expériences d'entrevues vécues, diminuer la subjectivité et ainsi s'assurer de la fiabilité. Afin de veiller à transférabilité, une description détaillée des participants, de leur profil d'utilisateur et d'utilisation de benzodiazépines a été faite en fonction des informations présentes dans la banque de données, mais aussi en fonction de ce qui a été recueilli lors des

entrevues. La confirmabilité a quant à elle été assurée par la vérification des réductions de données et des résultats avec l'équipe de recherche.

Limites de l'étude

Cette étude présente des limites, et ce, pour les volets quantitatif et qualitatif. D'abord, l'analyse quantitative a été effectuée sur les données d'un ECR qui, tel que mentionné ici haut, n'avait pas été conçu pour examiner la question. De ce fait, comme les bras d'intervention n'ont pas été conçus au hasard en fonction de l'utilisation ou non de benzodiazépines, il est possible que les quatre groupes analysés dans cette présente étude ne soient pas équilibrés. Les utilisateurs de benzodiazépines pouvaient également présenter des différences entre eux, notamment au niveau de leur profil d'utilisation. Dans le contexte de cette étude, la mesure de la prise de benzodiazépines, qui a été utilisée, documentait si un participant avait eu recours à cette médication dans les 12 mois avant de débiter l'intervention. Tous les participants ayant rapporté avoir utilisé au moins une benzodiazépine au cours des 12 derniers mois étaient considérés comme un utilisateur de cette médication. Cette catégorisation des participants avait été déterminée dans l'optique d'inclure tous ceux qui avaient un historique d'utilisation de benzodiazépines au cours de la dernière année, et ce, notamment en raison des comportements sécurisants pouvant accompagner un utilisateur de benzodiazépines, comme le fait d'avoir sa médication sur soi dans l'optique de devoir potentiellement faire face à un stimulus anxiogène. Les comportements d'utilisation de benzodiazépines durant la TCC-t n'ont toutefois pas été documentés, mis à part pour les 13 participants du volet qualitatif. Bien que les entrevues aient été menées auprès de participants des derniers groupes d'intervention et ceux ayant reçu le traitement différé, le volet qualitatif de l'étude présente la possibilité d'un biais de mémoire. Effectivement, un délai d'environ un an entre la fin de la psychothérapie et le moment de l'entrevue s'est écoulé, ce qui est considérable. Il a donc pu être difficile pour les participants de se remémorer avec justesse les périodes où ils ont fait usage de benzodiazépines lors de la TCC-t. De plus, comme les entrevues qualitatives ont été réalisées avec des participants présentant un profil d'observance élevé à la TCC-t, dans le but de pouvoir bien documenter l'influence des benzodiazépines sur l'ensemble des composantes de la thérapie, on ne peut ignorer le fait que

des participants présentant un profil d'observance à la thérapie plus faible aient pu vivre une expérience différente.

Pistes de recherches futures

Avec l'expérience de ce présent projet de recherche, il est possible d'élaborer des pistes pour les recherches futures. Il serait pertinent d'évaluer la prise de benzodiazépines de façon plus pointue, par exemple via la complétion d'un journal de bord de médication électronique (Stone et al., 2003). De manière plus précise, un mois avant de débiter l'intervention, les participants pourraient tenir un journal de bord concernant leur utilisation de benzodiazépines, en documentant leur profil d'utilisation (molécule utilisée, dose, fréquence). Lors de la TCC-t, en plus de documenter le profil général d'utilisation, les participants pourraient inscrire à leur journal de bord les moments (avant une séance, pendant ou après) et les composantes qui ont motivé l'utilisation de cette médication. Documenter le ressenti suite à la prise serait également intéressant pour obtenir une perspective en profondeur de l'impact des benzodiazépines. Dans l'optique d'utiliser une méthodologie rigoureuse, les données issues du journal de bord concernant le profil d'utilisation pourraient être croisées avec les données de banques administratives (Hafferty et al., 2018). Pour les études s'intéressant à la TCC offerte au format de groupe, il serait important de documenter l'impact du groupe sur l'utilisation de benzodiazépines, en lui dédiant une section dans le journal de bord. La perception des thérapeutes quant à l'utilisation de benzodiazépines lors d'une TCC serait également une avenue intéressante à explorer, considérant le message qu'ils peuvent véhiculer concernant l'utilisation de médication. En somme, il serait pertinent d'étudier la question avec un devis spécifiquement conçu pour étudier l'impact de la prise de benzodiazépines lors d'une TCC.

Retombées cliniques

Les résultats de cette étude pourraient engendrer des retombées cliniques intéressantes, notamment pour sensibiliser les thérapeutes et les personnes vivant avec un trouble anxieux, aux effets perçus des benzodiazépines lors d'une TCC-t. Ils pourraient également être renseignés quant à l'évolution de la prise de cette médication, illustrant qu'il peut être difficile pour certains d'abandonner les benzodiazépines, malgré l'acquisition de stratégies

efficaces et non médicamenteuses pour faire face à l'anxiété. De plus, les thérapeutes utilisant une approche de TCC dans leur pratique pourront mieux comprendre le vécu des personnes utilisant des benzodiazépines. Avec les résultats de cette étude, on comprend qu'il est important que leurs thérapeutes véhiculent les mêmes messages quant à l'utilisation de benzodiazépines lors de la thérapie. Les personnes présentant un trouble anxieux sont soucieuses des effets de leur traitement sur leur santé et elles méritent de recevoir des messages clairs et congruents venant de leur thérapeute. Il est même pertinent de se questionner à savoir si l'ajout d'une période de renseignements sur l'utilisation de médication, lors de la psychoéducation, pourrait être bénéfique. Cet ajout à la psychoéducation serait judicieux, puisqu'il correspond aux prémisses éducatives de cette composante et que le message serait véhiculé dès le début du traitement. Tel que dégagé dans ce projet de recherche, la TCC ne mène pas nécessairement à l'arrêt de la prise de benzodiazépines, il serait donc important de miser sur les interventions de sevrage aux benzodiazépines, telle que la TCC s'adressant spécifiquement à cette problématique, dans l'optique de venir en aide aux personnes souhaitant modifier leur utilisation (Darker et al., 2015; Lader et al., 2009).

Retombées scientifiques

Comme présenté, les qualités méthodologiques des études antérieures s'étant intéressées à ce sujet étaient lacunaires. Ainsi, au niveau scientifique, les résultats de cette étude génèrent de nouvelles connaissances quant à l'utilisation de benzodiazépines lors d'une TCC de groupe. D'un point de vue qualitatif, ce présent projet se distingue de ce qui a été fait jusqu'à présent. Effectivement, le volet qualitatif a exploré une avenue qui, à notre connaissance, ne l'avait jamais été jusqu'à présent. Une voix a été donnée aux personnes vivant avec un trouble anxieux et utilisant des benzodiazépines, puis leur point de vue a été considéré. Pour ce qui est du volet quantitatif, il a permis d'ajouter aux connaissances actuelles et de mettre en lumière l'importance d'utiliser un devis spécialement conçu pour répondre à la question. Enfin, les résultats de cette étude pourraient réanimer l'intérêt scientifique sur le sujet, et ce, d'autant plus qu'une récente revue systématique (Melani et al., 2020) a également conclu que les recherches devraient être poursuivies.

CONCLUSION

Les personnes vivant avec un trouble anxieux et qui utilisent des benzodiazépines sont au courant des effets de leur médication, et ce, qu'ils soient positifs ou négatifs. Ils sont les mieux placés pour documenter l'impact perçu de la prise de benzodiazépines lors d'une TCC. Leur ressenti est une source précieuse de données et leur perception se doit d'être explorée davantage. Les thérapeutes doivent d'être conscientisés à l'impact des benzodiazépines sur la TCC et recevoir des consignes claires sur le sujet, afin de guider adéquatement les personnes vivant avec un trouble anxieux vers une prise de décision éclairée quant à l'utilisation de cette médication et à ses effets sur la thérapie.

Les cliniciens gravitant autour de ces personnes devraient également être sensibilisés aux effets potentiels des benzodiazépines lors d'une TCC, considérant que plusieurs choisissent de s'investir dans cette thérapie, en étant sous l'effet d'un traitement pharmacologique. En somme, cette étude dégage que les personnes vivant avec un trouble anxieux ressentent le besoin d'être guidées adéquatement quant à leur utilisation de benzodiazépines, et ce, d'autant plus lorsque cette médication pourrait potentiellement entraver l'efficacité de leur traitement psychologique. Malgré le déclin d'écrits scientifiques sur le sujet, les résultats de ce projet de recherche illustrent que l'utilisation de benzodiazépines lors d'une TCC, qu'elle soit de groupe ou selon un autre format, est une problématique qui se doit d'être encore explorée, et ce, en considérant l'expérience des personnes vivant avec un trouble anxieux.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Addis, M. E., Hatgis, C., Cardemil, E., Jacob, K., Krasnow, A. D., & Mansfield, A. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for panic disorder versus treatment as usual in a managed care setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(2), 377-385. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.377>
- Alonso, J., Liu, Z., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterji, S., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Bruffaerts, R., Cardoso, G., Cia, A., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., de Jonge, P., ... the WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global : Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and Anxiety, 35*(3), 195-208. <https://doi.org/10.1002/da.22711>
- American Psychiatric Association (Éd.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2007). Implications of naturalistic use of pharmacotherapy in CBT treatment for panic disorder. *Behaviour research and therapy, 45*(7), 1435-1447.
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2009). First-line treatment : A critical appraisal of cognitive behavioral therapy developments and alternatives. *Psychiatric Clinics, 32*(3), 525-547.
- Association des pharmaciens du Canada. (2015). *Benzodiazépines—Monographie de l'APhC*.
- Bandelow, B., Seidler-Brandler, U., Becker, A., Wedekind, D., & Rüther, E. (2007). Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry, 8*(3), 175-187.
- Bandelow, B., Sher, L., Bunevicius, R., Hollander, E., Kasper, S., Zohar, J., Möller, H.-J., Care, W. T. F. on M. D. in P., WFSBP Task Force on Anxiety Disorders, O. C. D., & PTSD. (2012). Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *International journal of psychiatry in clinical practice, 16*(2), 77-84.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders : The nature and treatment of anxiety and panic* (2. ed., paperback ed). Guilford Press.
- Başoglu, M., Marks, I. M., Kiliç, C., Swinson, R. P., Noshirvani, H., Kuch, K., O'Sullivan, G., & Brewin, C. R. (1994). Alprazolam and Exposure for Panic Disorder with Agoraphobia : Attribution of Improvement to Medication Predicts Subsequent Relapse. *British Journal of Psychiatry, 164*(5), 652-659. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.5.652>
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders : A systematic review and meta-regression. *Psychological medicine, 43*(5), 897-910.
- Bentley, K. H., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Fox, K. R., & Nock, M. K. (2016). Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors : A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 43*, 30-46. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.008>

- Buffett-Jerrott, S., & Stewart, S. (2002). Cognitive and Sedative Effects of Benzodiazepine Use. *Current Pharmaceutical Design*, 8(1), 45-58.
<https://doi.org/10.2174/1381612023396654>
- Butler, Chapman, J., Forman, E., & Beck. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy : A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Canadian Psychiatric Association. (2006). Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 51(8 Suppl 2), 9S.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2012). *Médicaments contre l'anxiété (anxiolytiques benzodiazépines)*. Médicaments contre l'anxiété.
<https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/medicaments-contre-l%e2%80%99anxiete>
- Chen, S., Yao, N., & Qian, M. (2018). The influence of uncertainty and intolerance of uncertainty on anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 61, 60-65. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.06.005>
- Clark, D. A., & Taylor, S. (2009). The Transdiagnostic Perspective on Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety and Depression : New Wine for Old Wineskins? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 60-66. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.60>
- Comer, J. S., Blanco, C., Hasin, D. S., Liu, S.-M., Grant, B. F., Turner, J. B., & Olfson, M. (2011). Health-related quality of life across the anxiety disorders : Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(1), 43-50.
<https://doi.org/10.4088/JCP.09m05094blu>
- Cota, A. A., Evans, C. R., Dion, K. L., Kilik, L., & Longman, R. S. (1995). The Structure of Group Cohesion. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(6), 572-580.
<https://doi.org/10.1177/0146167295216003>
- Counsell, A., Furtado, M., Iorio, C., Anand, L., Canzonieri, A., Fine, A., Fotinos, K., Epstein, I., & Katzman, M. A. (2017). Intolerance of uncertainty, social anxiety, and generalized anxiety : Differences by diagnosis and symptoms. *Psychiatry Research*, 252, 63-69. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.046>
- Craske, M. G. (2010). *Cognitive-behavioral therapy*. American Psychological Association.
- Darker, C. D., Sweeney, B. P., Barry, J. M., Farrell, M. F., & Donnelly-Swift, E. (2015). Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009652.pub2>
- Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2005). Patients' perceptions of pharmacological and cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 36(2), 139-145. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80062-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80062-0)
- Esposito, E., Barbui, C., & Patten, S. B. (2009). Patterns of benzodiazepine use in a Canadian population sample. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18(3), 248-254.
- Farach, F. J., Pruitt, L. D., Jun, J. J., Jerud, A. B., Zoellner, L. A., & Roy-Byrne, P. P. (2012). Pharmacological treatment of anxiety disorders : Current treatments and future directions. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(8), 833-843.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.07.009>

- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear : Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*(1), 20-35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation,.
- Gauthier, J., Côté, G., Laberge, B., & Cormier, H. J. (1992). La consommation de médication et les gains thérapeutiques dans le traitement cognitivo-comportementale du trouble de panique. *Science et Comportement*, *22*(3-4), 219-232. APA PsycInfo.
- Gladsjo, J. A., Rapaport, M. H., McKinney, R., Auerbach, M., Hahn, T., Rabin, A., Oliver, T., Hazen, A., & Judd, L. L. (2001). Absence of Neuropsychologic Deficits in Patients Receiving Long-Term Treatment With Alprazolam-XR for Panic Disorder: *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *21*(2), 131-138. <https://doi.org/10.1097/00004714-200104000-00003>
- Gouvernement du Québec. (2019). *Troubles anxieux*. Québec.ca. <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/troubles-anxieux/>
- Gunter, R. W., & Whittal, M. L. (2010). Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders : Overcoming barriers and improving patient access. *Clinical Psychology Review*, *30*(2), 194-202. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.001>
- Hafferty, J. D., Campbell, A. I., Navrady, L. B., Adams, M. J., MacIntyre, D., Lawrie, S. M., Nicodemus, K., Porteous, D. J., & McIntosh, A. M. (2018). Self-reported medication use validated through record linkage to national prescribing data. *Journal of Clinical Epidemiology*, *94*, 132-142. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.10.013>
- Harvey, A. G., Lee, J., Williams, J., Hollon, S. D., Walker, M. P., Thompson, M. A., & Smith, R. (2014). Improving Outcome of Psychosocial Treatments by Enhancing Memory and Learning. *Perspectives on Psychological Science*, *9*(2), 161-179. <https://doi.org/10.1177/1745691614521781>
- Higgins, & Green (Eds.). (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.0*. The Cochrane Collaboration. www.cochrane-handbook.org.
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., & Van Ameringen, M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, *14*(Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R. O. N., Demyttenaere, K., Gasquet, I., De Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O. Y. E., & Haro, J. M. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry*, *6*(3), 168.
- Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K., & Wittchen, H.-U. (2010). Epidemiology of anxiety disorders. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, *2*, 21-35.
- Kim, E.-J. (2005). The effect of the decreased safety behaviors on anxiety and negative thoughts in social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*(1), 69-86. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2003.11.002>

- Lader, M., Tylee, A., & Donoghue, J. (2009). Withdrawing Benzodiazepines in Primary Care: *CNS Drugs*, 23(1), 19-34. <https://doi.org/10.2165/0023210-200923010-00002>
- Landry, P., & Mainguy, N. (2004). Conseils cliniques pour faciliter le sevrage des benzodiazépines. *Santé mentale au Québec*, 28(2), 43-58. <https://doi.org/10.7202/008616ar>
- Markin, R. D., & Kasten, J. (2015). Group Psychotherapy. Dans R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (Éds.), *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (p. 1-6). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp364>
- Martín-Merino, E., Ruigómez, A., Wallander, M.-A., Johansson, S., & García-Rodríguez, L. A. (2010). Prevalence, incidence, morbidity and treatment patterns in a cohort of patients diagnosed with anxiety in UK primary care. *Family Practice*, 27(1), 9-16. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp071>
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient Preference for Psychological vs Pharmacologic Treatment of Psychiatric Disorders : A Meta-Analytic Review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(06), 595-602. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07757>
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & 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.jpsychires.2011.03.006>
- McManus, F., Sacadura, C., & Clark, D. M. (2008). Why social anxiety persists : An experimental investigation of the role of safety behaviours as a maintaining factor. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(2), 147-161. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.12.002>
- McManus, F., Shafran, R., & Cooper, Z. (2010). What does a transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *British Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 491-505.
- Melani, M. S., Paiva, J. M., Silva, M. C., Mendlowicz, M. V., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M. P., Ventura, P. R., & Berger, W. (2020). Absence of definitive scientific evidence that benzodiazepines could hinder the efficacy of exposure-based interventions in adults with anxiety or posttraumatic stress disorders : A systematic review of randomized clinical trials. *Depression and Anxiety*, 37(12), 1231-1242. <https://doi.org/10.1002/da.23078>
- Meuret, A. E., Tunnell, N., & Roque, A. (2020). Anxiety Disorders and Medical Comorbidity : Treatment Implications. Dans Y.-K. Kim (Éd.), *Anxiety Disorders* (Vol. 1191, p. 237-261). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_15
- Morissette, S. B., Spiegel, D. A., & Barlow, D. H. (2008). Combining Exposure and Pharmacotherapy in the Treatment of Social Anxiety Disorder : A Preliminary Study of State Dependent Learning. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(3), 211-219. <https://doi.org/10.1007/s10862-007-9061-1>
- Morrison, N. (2001). GROUP COGNITIVE THERAPY : TREATMENT OF CHOICE OR SUB-OPTIMAL OPTION? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 311-332. <https://doi.org/10.1017/S1352465801003058>

- National Institute for Health & Clinical Excellence. (2011). *Common mental health disorders : Identification and pathways to care*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Neudeck, P., & Wittchen, H.-U. (Eds.). (2012). *Exposure Therapy: Rethinking the Model - Refining the Method*. Springer New York. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3342-2>
- Norton, P. J. (2012a). *Group cognitive-behavioral therapy of anxiety : A transdiagnostic treatment manual*. Guilford Press.
- Norton, P. J. (2012b). Transdiagnostic group CBT for anxiety disorder : Efficacy, acceptability, and beyond. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *17*(3), 205-217. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11840>
- Norton, P. J., & Hope, D. A. (2008). The “Anxiety Treatment Protocol” : A Group Case Study Demonstration of a Transdiagnostic Group Cognitive—Behavioral Therapy for Anxiety Disorders. *Clinical Case Studies*, *7*(6), 538-554. <https://doi.org/10.1177/1534650108321307>
- Norton, P. J., & Roberge, P. (2017). Transdiagnostic Therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, *40*(4), 675-687. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.003>
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders : A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *27*(5), 572-581. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015>
- Otto, M. W., Behar, E., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2008). *Combining Pharmacological and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Anxiety Disorders*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195307030.013.0032>
- Otto, M. W., McHugh, R. K., & Katak, K. M. (2010). Combined Pharmacotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders : Medication Effects, Glucocorticoids, and Attenuated Treatment Outcomes: COMBINATION TREATMENT AND GLUCOCORTICOID. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *17*(2), 91-103. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01198.x>
- Parr, J. M., Kavanagh, D. J., Young, R. McD., & McCafferty, K. (2006). Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines : A qualitative analysis. *Social Science & Medicine*, *62*(5), 1237-1249. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.016>
- Power, K. G., Simpson, R. J., Swanson, V., & Wallace, L. A. (1990). Controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of generalized anxiety disorder in primary care. *British Journal of General Practice*, *40*(336), 289-294.
- Quilty, L. C., Van Ameringen, M., Mancini, C., Oakman, J., & Farvolden, P. (2003). Quality of life and the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, *17*(4), 405-426. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00225-6](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00225-6)
- Raffa, S., White, K., & Barlow, D. (2004). Feared consequences of panic attacks in panic disorder : A qualitative and quantitative analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *33*(4), 199-207. <https://doi.org/10.1080/16506070410033356>

- Riley, W. T., McCormick, M. G. F., Simon, E. M., Stack, K., Pushkin, Y., Overstreet, M. M., Carmona, J. J., & Magakian, C. (1995). Effects of alprazolam dose on the induction and habituation processes during behavioral panic induction treatment. *Journal of Anxiety Disorders, 9*(3), 217-227. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(95\)00003-7](https://doi.org/10.1016/0887-6185(95)00003-7)
- Roberge, P., Fournier, L., Menear, M., & Duhoux, A. (2014). Access to psychotherapy for primary care patients with anxiety disorders. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 55*(2), 60-67. <https://doi.org/10.1037/a0036317>
- Roberge, P., Provencher, M. D., Gaboury, I., Gosselin, P., Vasiliadis, H.-M., Benoît, A., Carrier, N., Antony, M. M., Chaillet, N., Houle, J., Hudon, C., & Norton, P. J. (2020). Group transdiagnostic cognitive-behavior therapy for anxiety disorders : A pragmatic randomized clinical trial. *Psychological Medicine, 1*-11. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004316>
- Roberge, P., Provencher, M. D., Gosselin, P., Vasiliadis, H.-M., Gaboury, I., Benoit, A., Antony, M. M., Chaillet, N., Houle, J., Hudon, C., & Norton, P. J. (2018). A pragmatic randomized controlled trial of group transdiagnostic cognitive-behaviour therapy for anxiety disorders in primary care : Study protocol. *BMC Psychiatry, 18*(1), 320. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1898-1>
- Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J. G., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., Lydiard, R. B., Massie, M. J., Katon, W., Laden, S. K., & Stein, M. B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry, 30*(3), 208-225. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.12.006>
- Sanderson, W. C., & Wetzler, S. (1993). Observations on the cognitive behavioral treatment of panic disorder : Impact of benzodiazepines. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 30*(1), 125-132. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.30.1.125>
- Santé Canada. (2020, avril 9). *Benzodiazépines : À propos de ces substances, effets sur la santé, risques et sevrage*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/drogues-illicites-et-reglementees/benzodiazepines.html>
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., de Graaf, R., Asmundson, G. J. G., ten Have, M., & Stein, M. B. (2005). Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts : A Population-Based Longitudinal Study of Adults. *Archives of General Psychiatry, 62*(11), 1249. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.11.1249>
- Schmidt, N. B., & Smith, J. D. (2005). Do medications matter in the context of cognitive behavior therapy for panic disorder? *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*(4), 347-354. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1891/jcop.2005.19.4.347>
- Senaratne, R., Van Ameringen, M., Mancini, C., & Patterson, B. (2010). The Burden of Anxiety Disorders on the Family: *The Journal of Nervous and Mental Disease, 198*(12), 876-880. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181fe7450>
- Singewald, N., & Holmes, A. (2019). Rodent models of impaired fear extinction. *Psychopharmacology, 236*(1), 21-32. <https://doi.org/10.1007/s00213-018-5054-x>
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders : A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie, 51*(2), 100-113. <https://doi.org/10.1177/070674370605100206>

- Sterne, J. A., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S., & Eldridge, S. M. (2019). RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *Bmj*, 366.
- Stone, A. A., Shiffman, S., Schwartz, J. E., Broderick, J. E., & Hufford, M. R. (2003). Patient compliance with paper and electronic diaries. *Controlled Clinical Trials*, 24(2), 182-199. [https://doi.org/10.1016/S0197-2456\(02\)00320-3](https://doi.org/10.1016/S0197-2456(02)00320-3)
- Tanguay Bernard, M.-M., Luc, M., Carrier, J.-D., Fournier, L., Duhoux, A., Côté, E., Lessard, O., Gibeault, C., Bocti, C., & Roberge, P. (2018). Patterns of benzodiazepines use in primary care adults with anxiety disorders. *Heliyon*, 4(7), e00688. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00688>
- Thwaites, R., & Freeston, M. H. (2005). Safety-Seeking Behaviours : Fact or Function? How Can We Clinically Differentiate Between Safety Behaviours and Adaptive Coping Strategies Across Anxiety Disorders? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(2), 177-188. <https://doi.org/10.1017/S1352465804001985>
- van Ingen, D. J., & Novicki, D. J. (2009). An effectiveness study of group therapy for anxiety disorders. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(2), 243-251.
- Watanabe, N., Churchill, R., & Furukawa, T. A. (2009). Combined psychotherapy plus benzodiazepines for panic disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005335.pub2>
- Westra, H. A., Stewart, S. H., & Conrad, B. E. (2002). Naturalistic manner of benzodiazepine use and cognitive behavioral therapy outcome in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(3), 233-246. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00091-9](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00091-9)
- Westra, H. A., Stewart, S. H., Teehan, M., Johl, K., Dozois, D. J. A., & Hill, T. (2004). Benzodiazepine Use Associated with Decreased Memory for Psychoeducation Material in Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 28(2), 193-208. <https://doi.org/10.1023/B:COTR.0000021540.15135.45>
- Wu, C.-H., Wang, C.-C., Katz, A. J., & Farley, J. (2013). National trends of psychotropic medication use among patients diagnosed with anxiety disorders : Results from Medical Expenditure Panel Survey 2004–2009. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 163-170. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.11.004>
- Würz, A., & Sungur, M. Z. (2009). *Combining Cognitive Behavioural Therapy and Pharmacotherapy in the Treatment of Anxiety Disorders : True Gains or False Hopes?* 19(4), 11.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed). Basic Books.
- Zarrindast, M.-R., & Khakpai, F. (2020). State-dependent memory and its modulation by different brain areas and neurotransmitters. *EXCLI Journal*; 19:Doc1081; ISSN 1611-2156. <https://doi.org/10.17179/EXCLI2020-2612>

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTREVUE

Introduction

- Remercier le participant quant à sa participation à l'entretien d'aujourd'hui
- Nommer le but de l'entretien : connaître votre perception face à leur utilisation de benzodiazépines avant, pendant et après le traitement
 - Démêler les différentes classes de médications (antidépresseurs, benzodiazépines...)
 - **Utiliser les noms commerciaux pour faciliter la compréhension
- Nommer qu'il n'y a aucune bonne ou mauvaise réponse aux questions qui seront posées.
- Exposer la réalité des adultes ayant un trouble anxieux qui débutent une thérapie : *la majorité se fait prescrire une médication avant de commencer une psychothérapie.*

Questions brise-glace :

Parlez-moi un peu de comment vous avez trouvé le fait de participer à ce programme ?

- En quoi l'intervention vous a aidé ?
 - Activités de la vie quotidienne
 - Développement personnel
 - Manifestations d'anxiété
- Quels sont les défis rencontrés?

Qu'avez-vous pensé d'une intervention offerte dans un format « groupe » ?

- Avantages ?
- Limites ?

Comment qualifieriez-vous votre participation au programme ?

- Nombre de séances approximativement
- Implication lors des séances
- Implication dans les exercices et devoir à faire à la maison

Questions générales concernant l'utilisation de médicaments

Pouvez-vous me partager votre expérience d'utilisation de médication concernant votre trouble anxieux ?

- Classes de médication utilisées ?
- Base régulière ? À l'occasion ?
- Depuis combien de temps ?

Thème : Comportements d'utilisation de benzodiazépines entourant la TCC-t

Spontanément, qu'est-ce qui vous vient en tête lorsque je vous demande de me parler de votre utilisation de nom commercial de benzodiazépine utilisé en lien avec votre anxiété ?

- Que ressentez-vous suite à une prise de benzodiazépines ?

Si on retourne dans le temps, 12 mois avant l'intervention, dans quel contexte avez-vous utilisé de nom commercial de benzodiazépine utilisé ?

- Dans quelles circonstances ?
 - Était-ce associé avec certaines situations particulières ?
- Était-ce associé avec certains symptômes anxieux particuliers ?

Pendant l'intervention, à quoi ressemblait votre utilisation de nom commercial de benzodiazépine utilisé ?

- Dans quelles circonstances ?
 - Était-ce associé avec certaines situations particulières ?
- Était-ce associé avec certains symptômes anxieux particuliers ?
- Au fil des séances, votre utilisation avait-elle diminué ? Augmentée ? Restée stable ?

12 mois après avoir reçu la TCC, à quoi ressemblait votre utilisation de nom commercial de benzodiazépine utilisé ?

- Dans quelles circonstances ?
 - Était-ce associé avec certaines situations particulières ?
- Était-ce associé avec certains symptômes anxieux particuliers ?

Thème : Composantes de la TCC-t et prise de benzodiazépines

Les questions qui suivent portent sur votre utilisation de benzodiazépines en lien avec votre participation à la thérapie.

Premièrement, j'aimerais comprendre l'impact d'une thérapie offerte au format « groupe » sur votre prise de nom commercial de benzodiazépine utilisé ?

- En quoi une thérapie de groupe a-t-elle pu influencer votre prise de nom commercial de benzodiazépine utilisé ?
- Ressentez-vous des impacts sur votre participation et implication au sein du groupe ? Si oui, lesquels ?
- Si l'intervention avait été offerte en format individuel, comment aurait été votre prise de nom commercial de benzodiazépine utilisé ?

Deuxièmement, j'aimerais en savoir plus sur votre utilisation de nom commercial de benzodiazépine utilisé en lien avec les thèmes et exercices abordés au cours de la thérapie.

**Faire un rappel des thèmes (psychoéducation, restructuration cognitive et exposition) et fournir des exemples concrets.

- Quelles composantes était plus susceptible de motiver votre prise de nom commercial de benzodiazépine utilisé ? Pourquoi ?
- Est-ce associé avec certains exercices ou thèmes en particulier particuliers ? Si oui, lesquels ?
- Avez-vous ressenti des impacts (+ ou -) de votre utilisation de nom commercial de benzodiazépine utilisé sur votre participation aux exercices ? Si oui, lesquels ?

Thème : Perception de l'influence potentielle des benzodiazépines sur la TCC-t

Pour conclure l'entrevue, j'aimerais comprendre votre perception face à l'influence de votre prise de nom commercial de benzodiazépine utilisé sur la thérapie.

- Est-ce que le fait de prendre nom commercial de benzodiazépine utilisé pendant la thérapie est... plus aidant ? Moins aidant ? Pourquoi ?
- Croyez-vous que votre utilisation de nom commercial de benzodiazépine utilisé ait eu un impact (+ ou -) sur votre expérience de thérapie ? Si oui, lequel ?
- Que recommanderiez-vous à un utilisateur de nom commercial de benzodiazépine utilisé souhaitant participer à cette thérapie ?

Thème : Comportements sécurisants

Expliquer ce que sont les comportements sécurisants

- Mis à part l'utilisation de benzodiazépines, avez-vous recours à d'autres comportements sécurisants ?
- Dans quelles circonstances ?
- Depuis quand ?
- En quoi ces comportements vous sont aidants ?

Conclusion de l'entrevue

Questions et commentaires ?

Remercier le participant pour son partage et sa précieuse contribution.

ANNEXE 2 : APPROBATION DE LA DEMANDE D'AMENDEMENT ET ADDENDA



Sherbrooke, le 16 décembre 2019

Pre Pasquale Roberge
FMSS Département de médecine de famille
Université de Sherbrooke

**Objet : Approbation d'une demande de modification (F1 - 28154) par le
Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS**

Projet #MP-22-2016-570 - TCC transdiagnostique

Thérapie cognitive comportementale transdiagnostique de groupe pour les troubles anxieux: un essai contrôlé randomisé
pragmatique en première ligne

Bonjour Pre Roberge,

Suite à la réception de votre demande de modification, le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, qui agit comme CÉR évaluateur pour le projet de recherche en titre, a approuvé, **via révision accélérée le 16 décembre 2019**, les documents ci-dessous, et ce, pour l'ensemble des centres participants au Québec.

- (description-amendement_2019-11-25_F.docx)
- Addenda-2019-12-11_v2.doc
- (Script contact initial_2019-11-25_F.docx)
- (Guide entrevue_2019-11-25_F.docx)
- (Script_consentement_verbal_2019-11-25_F.docx)

Il est à noter qu'aucun membre du comité d'éthique participant à l'évaluation et à l'approbation de ce projet n'est impliqué dans celui-ci.

Attestation du CÉR (REBA) :

En ce qui concerne ce projet de recherche, à titre de représentant du Comité d'éthique de la recherche, je certifie que:

1. La composition de ce comité d'éthique satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
2. Le comité d'éthique de la recherche exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques.
3. Ce comité d'éthique a examiné et approuvé le formulaire de consentement et le protocole d'essai clinique qui sera mené par le chercheur susmentionné, au lieu d'essai indiqué. L'approbation et les opinions du présent comité ont été consignées par écrit.
4. Ce Comité est conforme aux normes américaines. (FWA #00005894 et IRB #00003849)

Espérant le tout à votre convenance, je vous prie d'agréer, Pre Roberge, mes salutations distinguées.

Dre Annabelle Cumyn, MDCM, MHPE
Présidente du CÉR du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

ANNEXE 3 : SCRIPT CONTACT INITIAL

SCRIPT CONTACT INITIAL

Bonjour, je me nomme Camilla Séguin-Durand. Je suis étudiante à la maîtrise et je travaille pour le laboratoire de recherche sur les troubles anxieux et dépressifs à l'Université de Sherbrooke.

Je vous contacte aujourd'hui concernant l'étude sur la psychothérapie de groupe à laquelle vous avez participé. Dans votre formulaire de consentement de cette étude, vous avez accepté qu'un membre de l'équipe de recherche vous recontacte pour vous proposer une nouvelle participation à un projet de recherche.

J'aimerais vous donner quelques informations concernant l'étude que je mène présentement et voir si c'est quelque chose qui vous intéresse. Avez-vous une dizaine de minutes ?

Sinon, prendre un rendez-vous téléphonique

Introduction

- Dans le cadre de mon projet de maîtrise, j'aimerais connaître la perception des participants face à leur utilisation de benzodiazépines/anxiolytiques entourant la psychothérapie à laquelle vous avez participé.
- Je réalise donc un projet volet complémentaire imbriqué à l'étude principale qui consiste en une entrevue individuelle supplémentaire.

Participation attendue

- Si vous acceptez de participer à ce volet, votre participation consistera en une seule rencontre qui durera entre 30 et 60 minutes.
- Cette entrevue se fera en face à face, via ordinateur ou par téléphone.
- Elle aura lieu soit à l'endroit où les évaluations de l'équipe de recherche se déroulaient ou à domicile.
- Lors de cette entrevue, des questions vous seront posées concernant dans le but de documenter votre expérience de prise de benzodiazépines/anxiolytiques avant le traitement, pendant et après.
- L'entrevue sera enregistrée sur des bandes audios pour recueillir les informations exactes notre discussion et de faciliter l'analyse.
- L'entrevue sera menée par moi.
- Comme dans l'étude principale, je vous rappelle que votre participation est volontaire et que vous pouvez décider à tout moment de vous retirer de l'étude. Aussi, tous vos renseignements demeureront confidentiels.

Compensation

- Vous recevrez un montant de 40\$ pour cette rencontre en compensation des frais encourus et des contraintes subies pendant votre participation.

Avez-vous des questions sur ce que je viens de vous présenter?

Souhaitez-vous participer à cette étude?

Si oui, planifier un moment pour réaliser l'entrevue et définir le lieu

Merci pour votre temps et votre intérêt pour l'étude. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter via courriel ou téléphone (donner les coordonnées du labo).

ANNEXE 4 : SCRIPT CONSENTEMENT VERBAL

Thérapie cognitive comportementale transdiagnostique de groupe pour les troubles anxieux : Un essai contrôlé randomisé pragmatique en première ligne – volet étude sur le rôle des benzodiazépines sur la relation entre la thérapie et la diminution des symptômes anxieux

SCRIPT POUR OBTENIR LE CONSENTEMENT VERBAL

(Entrevues via ordinateur ou par téléphone)

- Vous avez déjà signé un formulaire de consentement pour participer à l'étude intitulée « Thérapie cognitive comportementale transdiagnostique de groupe pour les troubles anxieux : Un essai contrôlé randomisé pragmatique en première ligne ».
- Vous aviez accepté qu'un membre de l'équipe de recherche vous recontacte pour vous proposer une nouvelle participation à un projet de recherche.
- Un volet complémentaire a été ajouté à ce projet et nous vous invitons à participer à ce volet en nous accordant une seule entrevue qui durera de 30 à 60 minutes.
- Le but de cette entrevue est de connaître la perception des participants face à leur utilisation de benzodiazépines entourant la psychothérapie.
- Lors de cette entrevue, des questions vous seront posées entourant votre utilisation de benzodiazépines avant, pendant et après le traitement.
- L'entrevue sera enregistrée sur bandes audios pour assurer l'exactitude des échanges et ainsi faciliter l'analyse des données.
- Le contenu de l'entrevue est confidentiel et des mesures seront prises pour préserver votre anonymat.
- Veuillez noter que toutes les informations contenues dans le formulaire de consentement principal demeurent en vigueur.
- Vous pouvez mettre fin à votre participation à ce volet ou à l'enregistrement en tout temps ou vous pouvez demander d'effacer certains extraits sans que cela vous cause aucun préjudice.
- Vous recevrez un montant de 40\$ pour cette rencontre en compensation des frais encourus et des contraintes subies pendant votre participation.
- Avez-vous des questions concernant votre participation à ce volet?

M. ou Mme _____, acceptez-vous de participer à ce volet complémentaire à l'étude principale?

Je soussignée, _____, certifie avoir expliqué au participant le projet de recherche et répondu aux questions qu'il m'a posées.

Signature qui a obtenu le consentement

Date