

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

L'ADAPTATION EN VISIOCONFÉRENCE DU ROSEAU, UN PROGRAMME DE  
GROUPE BASÉ SUR L'ACT POUR TRAITER L'ANXIÉTÉ :  
UNE ANALYSE QUALITATIVE

ESSAI DE 3<sup>e</sup> CYCLE PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
CLARYS RANCOURT

AOÛT 2025

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

**Direction de recherche :**

---

Frédéric Dionne, Ph. D.  
Université du Québec à Trois-Rivières

directeur de recherche

**Jury d'évaluation :**

---

Frédéric Dionne, Ph. D.  
Université du Québec à Trois-Rivières

directeur de recherche

---

Frédéric Langlois, Ph. D.  
Université du Québec à Trois-Rivières

évaluateur interne

---

Isabelle Fortin-Dufour, Ph. D.  
Université Laval

évaluatrice externe

## Sommaire

L'offre de services psychologiques par visioconférence a gagné en popularité avec la pandémie. Elle se présente comme une offre de service prometteuse pour faciliter l'accès aux soins de santé mentale, notamment lorsque prodiguée en format de groupe. Les troubles anxieux, en hausse ces dernières années, constituent les diagnostics les plus fréquents et engendrent un important fardeau social et économique. La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) offre une intervention validée pour le traitement des troubles anxieux. Cependant, la littérature scientifique offre très peu d'études portant sur les perceptions des thérapeutes concernant la télépratique de programmes de groupe basés sur l'ACT pour le traitement des troubles anxieux. Cette étude adopte un devis qualitatif et vise à mieux comprendre les perceptions de thérapeutes dans l'utilisation de la visioconférence lors de l'animation d'un programme ACT dans le contexte de la pandémie. Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de six psychologues ou travailleurs sociaux âgées entre 35 et 59 ans ( $M = 48,5$ ;  $ET = 8,6$ ). Une analyse thématique a été effectuée et les résultats révèlent trois principales rubriques (1) réactions initiales; (2) expérimentations; et (3) leçons tirées. Les réactions initiales comportent des thèmes comme le sentiment d'irritabilité, l'insécurité, la confiance; les expérimentations présentent des thèmes comme les exigences physiques, les interactions et la cohésion de groupe, le sentiment d'efficacité personnelle avec la pratique; enfin, la rubrique des leçons tirées contient des thèmes comme prévenir les problèmes logistiques, prévoir les démarches en cas de crise, expliquer les règles de fonctionnement aux participants. Ces résultats sont discutés et mis en perspective avec l'offre de soins actuelle en santé mentale.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des figures .....	vii
Remerciements .....	viii
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	4
Troubles anxieux .....	5
Contexte québécois de l'accès aux services de santé mentale .....	7
Programme québécois pour les troubles mentaux .....	9
Contexte pandémique .....	9
Services de santé mentale en visioconférence .....	10
Interventions de groupe .....	12
Interventions de l'ACT pour les troubles anxieux .....	14
Études quantitatives et qualitatives sur les interventions en télépratique .....	20
Pertinence de la méthode qualitative avec l'ACT .....	23
Perceptions et attitudes des thérapeutes de la visioconférence .....	23
Programme Roseau .....	27
Limites dans la littérature et apport de la présente étude .....	27
Objectif de l'étude .....	28
Méthode .....	29
Devis de recherche .....	30
Participants .....	30

Intervention .....	31
Collecte des données .....	32
Analyse des données .....	33
Considérations éthiques .....	36
Résultats .....	38
Réactions initiales .....	42
Sentiment d'irritabilité .....	42
Insécurité.....	42
Confiance .....	43
Scepticisme .....	43
Expérimentations .....	44
Exigences physiques .....	44
Inconforts physiques .....	44
Difficulté à se concentrer .....	45
Interactions et cohésion de groupe moins fluides, mais possibles.....	45
Moins de proximité et de spontanéité dans les interactions.....	45
Cohésion de groupe possible et profitable.....	46
Sentiment d'efficacité personnelle avec la pratique .....	46
Meilleure accessibilité et continuité des soins .....	46
Plus grande offre de services .....	477
Moins de déplacements.....	47
Continuité des services .....	47

Exposition progressive et incitation à l'évitement.....	48
Défis reilés aux expérientiels .....	48
Leçons tirées .....	49
Prévenir les problèmes logistiques.....	49
Prévoir les démarches en cas de crise .....	49
Expliquer les règles de fonctionnements aux participants.....	50
Respecter la confidentialité et diminuer les distractions .....	50
Expliquer les bénéfices de l'investissement personnel.....	51
S'assurer de prendre des pauses.....	51
Adapter les expérientiels.....	51
Favoriser la coopération entre les animateurs.....	52
Lors des problèmes techniques .....	52
Lors de l'animation .....	52
Discussion .....	53
Réactions initiales .....	54
Expérimentations .....	55
Leçons tirées .....	63
Limites .....	666
Conclusion .....	70
Références .....	74
Appendice A. Contenu du programme Roseau.....	85
Appendice B. Canevas d'entrevue.....	90

## **Liste des figures**

### Figure

1	Hexaflex des processus de la flexibilité psychologique (adaptation de Hayes et al., 2012; Neveu & Dionne, 2010) .....	18
2	Perceptions des thérapeutes de l'animation du programme Roseau en format visioconférence.....	40
3	Arbre thématique.....	41

## **Remerciements**

Ce parcours doctoral aura été une aventure unique, riche et complexe qui aura su me faire découvrir et approfondir une passion : l'univers fascinant et vaste qu'est la psychologie. J'aimerais partager ma plus sincère gratitude envers toutes les personnes qui ont contribué à ce parcours ainsi qu'à la réalisation de cet essai doctoral.

D'abord, j'aimerais remercier mon directeur de recherche, M. Frédéric Dionne, Ph. D., professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa fiabilité, son regard attentif et rigoureux, ses commentaires pertinents et empreints de respect. Merci pour les commentaires positifs qui ont su m'encourager au fil de ces années. Je tiens également à remercier les membres du jury qui participeront à la qualité de cet essai en offrant de leur expertise et de leur temps.

Merci à toutes les personnes ayant participé à ce projet de recherche en passant par les animateurs du Roseau, les participants que j'ai interviewés, les assistantes de recherche qui ont fait preuve d'une grande méticulosité pour la transcription des verbatims ainsi que mes collègues Laurianne Lapointe, D. Ps., et Sarah-Maude Carrier, D. Ps., qui ont tracé la voie avant moi.

Pour terminer, j'aimerais remercier mon amoureux ainsi que mes amies et amis qui m'ont accompagnée à travers ce périple. Votre présence aura fait toute la différence pour traverser les périodes plus ardues et pour bien se réjouir des moments heureux, petits

et grands. Merci de m'avoir écoutée, soutenue et encouragée à travers toutes ces années, merci pour votre qualité de présence, votre complicité et tout votre amour.

## **Introduction**

En mars 2020, la crise sanitaire mondiale liée à la COVID-19 est officiellement qualifiée de pandémie. En peu de temps, au Québec comme à plusieurs endroits dans le monde, la télépratique devient nécessaire dans le domaine de la psychothérapie pour respecter les mesures de distanciation sociale. C'est le cas pour les traitements psychologiques tels que le Roseau, un programme d'intervention de groupe basé sur la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT; Hayes & Strosahl, 2004) implanté dans le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches pour les personnes aux prises avec de l'anxiété qui s'est rapidement transposé en format visioconférence. Ainsi, à l'automne 2020, les psychologues et les travailleurs sociaux qui animaient ce programme ont dû adapter leur pratique à cette nouvelle modalité d'intervention. Or, une telle transition vers la visioconférence comporte plusieurs défis qu'il importe de mieux comprendre afin de soutenir le développement de modalités thérapeutiques adaptées. Toutefois, la littérature scientifique demeure limitée quant aux études explorant les perceptions des thérapeutes à l'égard de la télépratique de groupes ACT pour le traitement de l'anxiété, particulièrement dans un contexte de crise sanitaire.

Cette étude vise à explorer l'expérience de six intervenants ayant animé le programme Roseau et adapté en format visioconférence. Afin de situer cette recherche dans son cadre théorique, une revue de la littérature mettra en lumière plusieurs aspects fondamentaux, notamment les troubles anxieux, les enjeux liés à l'accès aux services de santé mentale au

Québec et le Programme québécois pour les troubles de santé mentale (PQPTM). Le contexte pandémique et l'essor des interventions de santé mentale par visioconférence seront également abordés, tout comme les interventions de groupe et l'application de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) auprès de la population anxieuse. Un éclairage sera également apporté sur le programme Roseau, ainsi que sur les perceptions et attitudes des thérapeutes envers la visioconférence, en mettant en évidence les limites identifiées dans la littérature et les contributions spécifiques de cette étude. Sur le plan méthodologique, une approche qualitative sera privilégiée. Les résultats seront analysés et présentés sous la forme d'un arbre thématique, permettant d'illustrer les principaux thèmes émergents. Enfin, la discussion portera sur l'interprétation des résultats ainsi que sur les limites de l'étude, ouvrant la voie à des pistes de recherche et d'intervention futures.

## **Contexte théorique**

La présente section vise d'abord à dégager les connaissances relatives aux troubles anxieux ainsi qu'au contexte québécois de l'accès aux services de santé mentale et au contexte pandémique. La pandémie ayant mené à l'augmentation de l'usage de la télépsychologie, cette modalité est ensuite décrite de même que les interventions de groupe, tous deux favorisant l'accessibilité des services à la population. La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), reconnue pour son efficacité dans le traitement des troubles anxieux, est également présentée. Les études portant sur les interventions en visioconférence ainsi que sur les perceptions et attitudes des thérapeutes à l'égard de cette modalité sont ensuite mises en lumière. Le Programme Roseau est décrit et présenté en réponse à la problématique soulevée. Finalement, les limites identifiées dans la littérature actuelle amènent aux objectifs de la présente étude.

## **Troubles anxieux**

Les troubles anxieux se caractérisent par une peur et une anxiété excessives et persistantes, accompagnées de perturbations comportementales significatives (p. ex., évitement des situations redoutées, hypervigilance, agitation motrice), pouvant entraîner une détresse importante ou une altération du fonctionnement quotidien (American Psychiatric Association [APA], 2022). Les diagnostics de troubles anxieux du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DMS-5-TR; APA, 2022) regroupent l'anxiété de séparation, le mutisme sélectif, la phobie spécifique, le trouble d'anxiété

sociale, le trouble panique, l'agoraphobie, le trouble d'anxiété généralisée, le trouble d'anxiété induit par une substance, le trouble anxieux lié à une condition médicale, autre trouble anxieux spécifié et le trouble anxieux non spécifié.

Les troubles anxieux ont une ampleur considérable. En effet, il s'agit de la catégorie diagnostique la plus courante dans la population générale. Le tiers de la population sera affectée par un trouble anxieux dans sa vie (Bandelow & Michaelis, 2015; Horwitz, 2013). Au Québec, selon l'Institut de la statistique du Québec (ISQ, 2021), environ une personne sur dix présente un trouble anxieux. Dans le plan d'action de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le besoin pour des services nationaux pour rendre plus accessibles des traitements psychologiques efficaces est soulevé (OMS, 2021, 2023).

Les troubles anxieux représentent un fardeau social et économique considérable. En effet, les dépenses de santé attribuables aux troubles anxieux représentent environ 135 milliards de dollars américains (Konnopka & König, 2020). Plus précisément, les coûts des soins de santé chez les patients souffrant de troubles anxieux aigus sont deux fois plus élevés que chez les personnes qui ne présentent pas de troubles anxieux (Konnopka & König, 2020). Les troubles anxieux perturbent la vie quotidienne des personnes qui en sont atteintes (Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada, 2006). Ils sont également associés à la réduction de la qualité de vie sur les plans individuel et familial (Tolin et al., 2010). En outre, ils affectent le fonctionnement au travail et sont associés à l'absentéisme, au présentéisme (être présent

au travail sans être productif en raison de l'état mental ou physique), à l'invalidité, à la diminution de l'efficacité et à la réduction de revenus (Bokma et al., 2017). Considérant la prévalence de ce problème de santé mentale, ses conséquences individuelles et collectives, l'accès à des traitements efficaces de l'anxiété est crucial. Cependant, dans le contexte actuel, l'accès aux services psychothérapeutiques est difficile au Québec. Certaines modalités d'intervention apparaissent comme des options prometteuses pour faciliter cet accès, comme les soins de psychologie par visioconférence et ceux de groupe.

### **Contexte québécois de l'accès aux services de santé mentale**

L'accès à la psychothérapie est un enjeu majeur au Québec. À cet effet, le Service de la recherche de la Bibliothèque de l'Assemblée nationale du Québec met en lumière que l'accès aux soins de psychothérapie au Québec est affecté par une pénurie de travailleurs (Lanouette, 2023). L'augmentation de la demande de services en santé mentale contribuerait à la congestion du système de santé. En effet, selon un sondage du Collège des médecins (2022), 18 % des consultations de médecins de famille ont trait à des problèmes de santé mentale en 2021-2022. Ce taux augmente à 39 % pour les personnes âgées de 18 à 24 ans. De plus, en 2021, le temps d'attente pour consulter un psychologue dans le réseau public se situait entre six mois et deux ans (Couturier, 2021). En avril 2023, 20 685 personnes étaient en attente d'un service de santé mentale au Québec (Gouvernement du Québec, 2023).

En région, l'accès à un psychologue est d'autant plus difficile. À titre d'exemple, les données de localisation des membres de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) indiquent que seule une municipalité sur dix dispose d'un bureau de psychologue pour 1000 habitants (Carabin & Croteau, 2023). Il est donc courant dans les régions éloignées de ne pas suffire aux demandes d'aide psychologique, ce qui pousse certains patients à se rendre dans de grands centres urbains pour obtenir des soins plus rapidement (Carabin & Croteau, 2023).

Malheureusement, les obstacles à l'accès à la psychothérapie augmentent les risques de préjudices pour la santé physique et mentale des personnes concernées. D'une part, les individus souffrant d'un trouble de santé mentale présentent un risque accru de développer des maladies physiques, telles que des problèmes cardiaques, le diabète ou des troubles cognitifs (Suls, 2018). En effet, les statistiques indiquent que 88 % des individus avec un trouble de santé mentale souffrent aussi d'une maladie chronique physique (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2020). D'autre part, plus un trouble de santé mentale demeure non traité, plus le risque de chronicisation augmente. À titre indicatif, les jeunes Québécois manifestant des symptômes de dépression ou d'anxiété sont plus enclins à développer des problèmes significatifs liés à la consommation d'alcool (Conrod et al., 2011) ou aux jeux de hasard et d'argent (Allami et al., 2018) ainsi que des difficultés à fonctionner à plus long terme (Esmaeelzadeh et al., 2018).

L'OPQ (2021a) souligne les risques de la difficulté d'accès aux soins de santé mentale :

Une personne souffrante qui ne peut consulter en temps opportun pour une évaluation ou une psychothérapie risque de voir sa problématique s'aggraver, se complexifier voire devenir chronique, ce qui entraîne souvent des conséquences humaines multiples, parfois dramatiques, notamment sur les plans personnel, familial et professionnel. (p. 11)

### **Programme québécois pour les troubles mentaux**

Au cours des dernières années, afin de favoriser l'accessibilité des services psychosociaux, le gouvernement du Québec a implanté le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM; Bellemare et al., 2020). Ce programme de soins repose sur un modèle de soins par paliers de services, allant de l'autosoin à la psychothérapie, en fonction des besoins et de la gravité des symptômes anxieux ou dépressifs. Fondé sur des données probantes, il vise à améliorer l'accès de la population à des services psychosociaux structurés et de qualité, adaptés aux besoins spécifiques (Bellemare et al., 2020). Il résulte de l'adaptation au contexte québécois des guides pratiques du National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Il s'inspire également du programme *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT), mis en place en Angleterre depuis plus de dix ans, dont l'efficacité est bien établie (Lapalme et al., 2017).

### **Contexte pandémique**

Les enquêtes épidémiologiques révèlent qu'en 2020 et 2021, 86 % des Québécois associent, au moins partiellement, leurs sentiments de détresse psychologique à la

pandémie de COVID-19 (Gouvernement du Québec, 2022). Sur le plan mondial, la pandémie de COVID-19 a également aggravé les problèmes de santé mentale de la population incluant l'anxiété (Elton-Marshall et al., 2021; Santomauro, 2021; Wu et al., 2021). Plus précisément, la revue systématique de Santomauro (2021) révèle que la prévalence des troubles anxieux a augmenté durant la pandémie de plus de 25 % dans le monde et de 20 % au Canada. De surcroit, la pandémie a exacerbé les problèmes d'accès aux soins de psychothérapie et de santé mentale (Gouvernement du Québec, 2022). Compte tenu de ce défi de santé publique en matière de santé mentale, il apparaît essentiel d'adapter l'accessibilité des services de santé mentale afin de mieux répondre aux besoins de la population.

### **Services de santé mentale en visioconférence**

La télépsychologie se présente comme un dispositif prometteur pour favoriser l'accès aux services de santé mentale. L'OPQ (n.d.) définit la télépsychologie :

La télépsychologie est définie comme la prestation de services psychologiques à l'aide des technologies des télécommunications. Par télécommunications, on entend la préparation, la transmission, la communication ou toute autre activité connexe de traitement de l'information par voie électronique, électromagnétique, électromécanique, électro-optique ou électronique (Comité sur les systèmes nationaux de sécurité, 2010). Les technologies des télécommunications comprennent, sans s'y limiter, le téléphone, les applications mobiles, les vidéoconférences interactives, les courriels, le clavardage, les textos et l'Internet (sites Web d'entraide, blogues et médias sociaux) (p. 2)

Un sondage de l'American Psychological Association réalisé auprès de psychologues ( $N = 1786$ ) révèle que durant la pandémie, 96 % des psychologues ont continué de fournir au moins quelques services en télépsychologie, 64 % déclarent avoir traité tous leurs

clients à distance alors que 32 % ont opté pour un format hybride (American Psychological Association, 2020). La plupart de ces cliniciens rapportaient utiliser la combinaison du téléphone (sans vidéo) et de logiciels vidéos spécialement conçus pour le traitement en télépratique. Au Québec, avant la pandémie, 18 % des psychologues du réseau public et 35 % en cabinet privé utilisaient la vidéoconférence avec des clients selon un sondage de l'OPQ (2021b) réalisé auprès de psychologues ( $N = 2477$ ). En 2021, ce même sondage indique que ces taux ont augmenté à 83 % (réseau public) et 89 % (cabinet privé). Il va sans dire que l'offre de service par vidéoconférence s'est développée de manière marquée avec pandémie.

Étant donné que les problèmes de santé mentale et physique sont intimement liés, que les problèmes de santé mentale non traités coûtent cher aux individus et à la société, que de nombreux traitements efficaces existent pour les troubles mentaux, mais qu'environ la moitié des personnes dans le besoin ne reçoivent aucun traitement, Menear et ses collègues (2017) soutiennent que l'intégration des soins de santé mentale dans les soins primaires se présente comme une stratégie éthique, clinique et économique pour améliorer la santé mentale de la population. Selon les chercheurs, favoriser une plus grande utilisation des technologies pour soutenir cette intégration figure dans les leçons que le Québec devrait tirer de ce type d'initiative qui a déjà été réalisé internationalement.

### **Interventions de groupe**

En 2018, la psychothérapie de groupe a été reconnue comme une spécialité par l'Association américaine de psychologie avec la Division 49 (Whittingham et al., 2021). L'American Psychological Association (2015) définit la thérapie de groupe ainsi :

Un traitement des problèmes psychologiques dans lequel deux participants ou plus interagissent les uns avec les autres à un niveau émotionnel et cognitif en présence d'un ou de plusieurs psychothérapeutes qui servent de catalyseurs, de facilitateurs ou d'interprètes. (...) La thérapie de groupe cherche à renforcer le respect de soi, à approfondir la compréhension de soi et à améliorer les relations interpersonnelles. [traduction libre] (p. 474)

La psychothérapie de groupe trouve son origine dans les modèles psychodynamiques de la pathologie (Allen, 2002; Beck, 1979). Les interventions psychologiques de groupe se présentent comme une modalité facilitant l'accès aux soins de santé mentale. En effet, les interventions de groupe permettent d'offrir des soins à plusieurs personnes à la fois (Whitfield, 2010), rendent accessibles les services en régions éloignées et permettent d'utiliser plus efficacement les ressources en matière de soins de santé mentale (Tucker & Oei, 2007; Whitfield, 2010; Yalom & Leszcz, 2020). En outre, ce format d'intervention offre des avantages thérapeutiques significatifs tels que la réduction de la stigmatisation (effet de normalisation grâce à la rencontre de personnes vivant le même problème), l'apprentissage vicariant (apprendre des expériences des autres) ainsi que des occasions d'exposition et d'expériences comportementales (Whitfield, 2010). Par exemple, les situations anxiogènes socialement, comme parler en public, peuvent être recréées au sein du groupe, permettant ainsi aux individus de s'exposer « *in vivo* » et progressivement s'habituer à leurs peurs.

La focalisation sur la tâche et la cohésion du groupe sont deux éléments importants qui doivent être présents dans un groupe de TCC efficace (White & Freeman, 2000). D'une part, tous les groupes de TCC devraient être axés sur la tâche, c'est-à-dire qu'ils devraient avoir des objectifs définis à atteindre chaque semaine et au terme de l'intervention (White & Freeman, 2000). D'autre part, la cohésion de groupe définie comme « le degré d'intérêt personnel des membres les uns pour les autres » (White & Freeman, 2000, traduction libre, p. 13) est particulièrement importante (Burlingame et al., 2019; White & Freeman, 2000; Whitfield, 2010). La cohésion de groupe inclut la relation entre le membre et le thérapeute (l'alliance), le membre et d'autres membres (la cohésion) ainsi que le membre et le groupe (le climat) (Burlingame et al., 2019). Or, l'influence de la cohésion sur les résultats s'avère comparable aux variables relationnelles étudiées en thérapie selon ces mêmes auteurs.

La revue systématique et méta-analyse de Barkowki et collaborateurs (2020) révèle que le traitement de groupe démontre son efficacité pour le traitement de l'anxiété au même titre que la psychothérapie individuelle. Cette méta-analyse intègre 57 essais contrôlés et aléatoires comprenant 3656 participants ayant reçu une thérapie de groupe pour un trouble anxieux (trouble d'anxiété généralisée, trouble d'anxiété sociale et trouble panique). Plus précisément, les résultats démontrent une taille d'effet élevée lors de la comparaison de l'efficacité des groupes thérapeutiques avec les groupes contrôles. Aucune différence significative n'a été constatée par rapport à la psychothérapie individuelle ou à la pharmacothérapie. Par ailleurs, une méta-analyse s'est intéressée à

l'apport du groupe dans les effets thérapeutiques. Les auteurs ont utilisé 169 tailles d'effet provenant de 37 études sur le traitement de groupe. Les résultats indiquent que l'effet du groupe sur les effets de traitement représente 6 % de la variabilité (Kivlighan et al., 2020). De plus, une revue systématique ( $N = 1877$ ) regroupant 40 études (dont 6 essais aléatoires) montre que les interventions de groupe menées en vidéoconférence présentent une bonne faisabilité, une bonne satisfaction concernant l'usage de la technologie et produisent des résultats similaires au traitement en personne. Ces résultats incluent notamment une alliance thérapeutique de qualité comparable (Gentry et al., 2019).

### **Interventions de l'ACT pour les troubles anxieux**

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) est une thérapie comportementale qui s'inscrit dans la TCC de la troisième vague (Hayes & Strosahl, 2004). Ses fondements théoriques sont le contextualisme fonctionnel et la théorie des cadres relationnels (TCR; Hayes et al., 2012). Le contextualisme fonctionnel est une philosophie qui s'intéresse à la fonction du comportement, de la pensée ou de l'émotion dans le contexte d'apparition (Hayes et al., 2012). La TCR, quant à elle, est une théorie comportementale du langage et de la cognition de l'humain. Le comportement verbal qu'est le langage est considéré comme un comportement opérant. Autrement dit, on y considère que les paroles ou les pensées ont été renforcées dans des circonstances passées. En outre, le langage crée des relations entre les stimuli (objets, personnes, pensées, émotions, etc.) lesquelles transforment la perception et la réaction à ceux-ci (Ngô & Dionne, 2018).

L'ACT a pour but le développement de la flexibilité psychologique, la capacité à être conscient du moment présent (phénomènes internes et environnementaux) et à ajuster ses comportements en fonction de ce que la situation permet, pour agir conformément à ses valeurs personnelles (Hayes & Strosahl, 2004). Contrairement aux thérapies cognitives (dites de deuxième vague), l'ACT ne cible pas directement les symptômes (pensées, émotions, sensations) pour modifier leur fréquence ou leur contenu, elle vise davantage la relation qu'à le client avec ces symptômes. Plus précisément, le client est guidé à substituer l'évitement expérientiel (stratégies de lutte ou de fuite des symptômes inconfortables) par une attitude d'acceptation des expériences internes et de défusion cognitive, dans une perspective d'engagement envers des actions cohérentes avec ses valeurs et porteuses de sens pour sa qualité de vie (Hayes et al., 2012). De plus, l'ACT est une approche dite expérientielle. Cela signifie que le client est amené à s'exposer directement à des éléments internes (pensées, émotions, sensations) et externes (actions et conséquences) pour favoriser des apprentissages plutôt que ceux-ci lui soient transmis verbalement (Monestès & Villatte, 2011). Pour ce faire, des exercices, des métaphores, des séances de pleine conscience sont employés (Monestès & Villatte, 2011). Le modèle de l'hexaflex, présenté à la Figure 1, illustre les interactions entre ces concepts ainsi que leurs opposés.

Premièrement, le « moment présent » est l'habileté à être en contact avec ce qui se passe dans le moment présent et est aussi appelé la flexibilité attentionnelle. Celle-ci implique également une intention de non-jugement et de bienveillance. Deuxièmement, bien connaître quelles sont ses valeurs personnelles contribue à générer un sens à sa vie et à

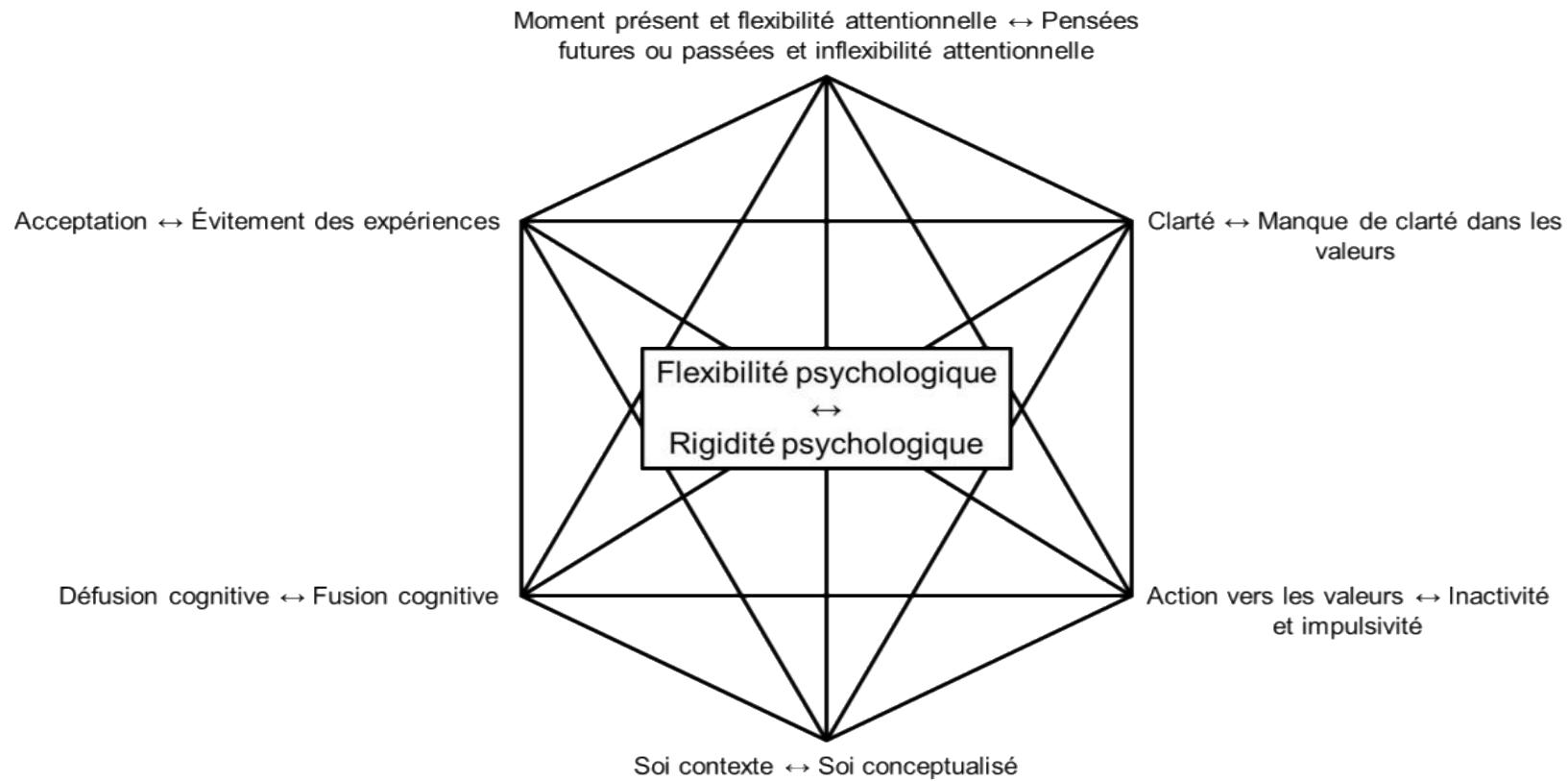
poser des actions cohérentes avec celles-ci. Ainsi, chez une personne anxieuse, les valeurs peuvent susciter une motivation à oser s'exposer à certaines peurs afin d'agir en direction de ce qui est intrinsèquement important pour elle. Troisièmement, une « action engagée » est un comportement motivé par une valeur malgré les défis internes impliqués tels que des émotions, sensations ou pensées difficiles (Neveu & Dionne, 2010). Tel qu'indiqué dans la Figure 1, son opposé est l'inactivité ou l'impulsivité à l'égard de ses propres valeurs.

Quatrièmement, se percevoir soi-même comme un contexte d'apparition d'évènements internes (tels que des pensées ou émotions) correspond à ce que ACT appelle « le soi contexte » ou « le soi observateur ». En contrepartie, « le soi conceptualisé » réfère à une perception de soi plus rigide qui contraint à certains comportements ou attitudes (Hayes et al., 2012). En effet, il serait possible qu'un individu se perçoive comme étant « une anxieuse » alors qu'un autre se dit expérimenter de l'anxiété. Dans le deuxième cas, la personne ne se définit pas par son expérience et a davantage de recul sur son expérience. Cinquièmement, la « défusion cognitive » est une habileté à prendre un certain recul à l'égard des pensées de manière à ne pas les considérer comme des faits. À l'opposé, la fusion implique de croire les pensées comme si elles révélaient la réalité. Par exemple, un individu vivant de l'anxiété sociale pourrait penser que les gens vont le juger, considérer ces pensées comme vraies et ainsi éviter certaines situations sociales. Sixièmement, l'« acceptation expérientielle » ou émotionnelle est un processus qui réfère à une attitude d'ouverture, de réceptivité à l'égard de ses expériences internes (pensées, sensations et émotions) plutôt que de les éviter par divers moyens

(Hayes et al., 2012). En somme, c'est par le développement de ces six processus que les individus développent leur flexibilité psychologique, laquelle est conçue comme le processus de changement central de l'ACT (Hayes et al., 2012).

**Figure 1**

*Hexaflex des processus de la flexibilité psychologique*



*Note.* Adaptation de Hayes et al., 2012; Neveu & Dionne, 2010.

Selon la Division 12 de l'American Psychological Association, laquelle évalue le soutien empirique associé à divers diagnostics psychologiques, la TCC est une approche dont l'efficacité modérée a été démontrée dans le traitement des troubles anxieux mixtes (American Psychological Association, 2022). Cette reconnaissance est corroborée par des études empiriques significatives (Dobson & Dobson, 2018; Hofmann et al., 2012). Par ailleurs, certaines recherches suggèrent que l'ACT présente une efficacité comparable à celle de la TCC dans la prise en charge de l'anxiété (A-Tjak et al., 2015; Bluett et al., 2014). En outre, l'étude de Gloster et ses collègues (2020) réunissant 20 méta-analyses (incluant 133 essais aléatoires et 12 477 participants) révèle des tailles d'effet de petites à moyennes dans la réduction des symptômes anxieux à la suite d'une intervention basée sur l'ACT.

La revue systématique de Beygi et ses collègues (2023), qui regroupe 25 études incluant 14 revues systématiques et méta-analyses ainsi que 11 revues systématiques, a examiné les effets de l'ACT sur la dépression et l'anxiété chez diverses populations (patients enfants et adultes, souffrant de troubles mentaux ou de différentes maladies physiques ainsi que des personnes normales). Les auteurs ont également analysé les effets de l'ACT dans des formats individuels, de groupe, informatisés ou combinés. Les résultats montrent des tailles d'effet de petites à élevées lors de la comparaison de l'efficacité de l'ACT avec les groupes contrôles ou les autres interventions psychologiques. Les résultats révèlent également que l'ACT n'offre pas des effets supérieurs à la thérapie cognitivo-comportementale.

Ces données convergent avec des recherches récentes portant spécifiquement sur les effets de l'ACT lorsqu'elle est administrée en groupe. La méta-analyse de Ferreira et ses collègues (2022), qui examine 48 essais contrôlés aléatoires auprès de 3292 adultes, indique que l'ACT de groupe entraîne des tailles d'effet modérées à élevées pour les symptômes anxieux et petites à modérées pour les symptômes dépressifs. Les résultats montrent que l'ACT est significativement plus efficace que les groupes contrôles, bien que son efficacité ne dépasse pas celle de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). De manière complémentaire, la méta-analyse de Burley et McAloon (2024) portant sur l'ACT en groupe (9 études, 1011 adolescents) rapporte une réduction modérée des symptômes anxieux, particulièrement marquée chez les individus présentant des symptômes cliniquement significatifs. Enfin, la revue systématique de Coto-Lesmes et ses collègues (2020), regroupant 15 études, met en lumière les effets bénéfiques de l'ACT de groupe dans la prise en charge de l'anxiété et de la dépression. Ces effets se maintiennent également en format virtuel, notamment auprès de populations spécifiques telles que les parents d'enfants atteints de maladies chroniques (Douma et al., 2020) ou les professionnels de la santé durant la pandémie de COVID-19 (Otared et al., 2021).

### **Études quantitatives et qualitatives sur les interventions en télépratique**

La recherche quantitative des deux dernières décennies a accumulé de nombreuses données empiriques démontrant l'efficacité de la psychothérapie par vidéoconférence, avec des résultats souvent comparables à ceux de la thérapie en personne (Batastini et al., 2021; Fernandez et al., 2021; Lin et al., 2022; Varker et al., 2019).

En contexte pandémique, le Journal of Clinical Psychology a publié une édition spéciale affirmant que la télépratique constitue une alternative viable et efficace aux services en personne (McCord, 2020). Cette revue de littérature quantitative s'intéresse tant au point de vue du thérapeute (croyances et attitudes au sujet de la télépsychologie, préoccupations cliniques au sujet des interventions de groupe ou de l'alliance thérapeutique notamment) qu'à celui du client (attitudes et perceptions des interventions en télépsychologie).

De surcroit, l'étude de cas de Perrin et ses collègues (2020), qui fait partie de cette revue spéciale, traite du déploiement rapide des services de télépsychologie de la Virginia Commonwealth University (VCU) pendant la pandémie de COVID-19 ( $N = \text{n.d.}$ ). Elle met en relief ce qui a facilité cette adaptation, les obstacles surmontés ainsi que les leçons apprises. Les résultats révèlent que le déploiement de télépsychologie à la VCU a été facilité par : (1) les ressources des stagiaires et des superviseurs; (2) une bonne formation en télépsychologie; et (3) l'expérience antérieure. Les obstacles rencontrés concernaient (1) la capacité limitée des cliniques; (2) les horaires; (3) la technologie; (4) l'accessibilité (comme les données limitées pour la visioconférence); et (5) les problèmes relatifs à l'inclusion ethnique. Enfin, les leçons tirées de leur étude concernaient (1) les présentations cliniques liées au contexte pandémique; (2) les ajustements de la supervision en télépratique; et (3) les adaptations du travail avec les enfants et les adolescents. En somme, les auteurs affirment que la télépsychologie a été cruciale pour la prestation de services psychologiques durant la pandémie.

Certains auteurs se penchent spécifiquement sur le point de vue du thérapeute quant à leur utilisation de la télépratique. La revue systématique de Connolly et ses collègues (2020) examine les attitudes des prestataires de services en santé mentale par vidéoconférence. L'étude comporte 38 études qualitatives et quantitatives. Bien que le nombre cumulé de participants ne soit pas accessible, les études devaient avoir minimalement quatre participants et certaines études avaient plusieurs centaines de participants. Les résultats suggèrent que les professionnels de la santé mentale ont généralement une attitude positive envers l'usage de la visioconférence. Cette modalité est perçue comme avantageuse en raison de son efficacité, de sa flexibilité et de l'amélioration de l'accès aux soins. Parmi les inconvénients perçus figurent les problèmes technologiques, l'augmentation des tracas et la perception d'un contact humain plus impersonnel. De plus, l'expérience de la télépratique semble favoriser l'acceptation de son usage, car les utilisateurs développent des stratégies pour surmonter les obstacles et trouvent les outils plus faciles à utiliser avec le temps.

Une étude européenne traitant de l'utilisation de la télépsychologie pendant la pandémie a été réalisée (Haddouk et al., 2022) et met en exergue les déterminants de la perception des consultations en ligne des psychologues. Au moins 15 psychologues de chacun des treize pays européens sondés ont participé à l'étude. Les résultats indiquent que la formation spécifique et l'expérience antérieure en télépsychologie sont des facteurs clés influençant positivement la perception et la satisfaction des psychologues envers les consultations en ligne. Les résultats révèlent également que la perception positive de la

télépsychologie est liée au sentiment de téléprésence (impression d'être connecté au patient) et à l'expérience globale de la télépratique. Ces facteurs renforcent l'acceptation de l'usage de la télépsychologie, même en l'absence de formation spécifique.

### **Pertinence de la méthode qualitative avec l'ACT**

Une revue narrative récente menée par Jando et Dionne (2024) a recensé 36 études portant sur la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT). Cette revue met en lumière la contribution précieuse de la recherche qualitative au développement de la Science Comportementale Contextuelle (SCC), cadre théorique dans lequel s'inscrit l'ACT. En adoptant une méthode inductive et itérative, les auteurs ont dégagé les principes et thèmes communs émergeant de ces travaux : (1) une meilleure appréciation du contexte; (2) la compréhension des processus de changement; (3) la mise en lumière d'évènements privés complexes; (4) la reconnaissance des valeurs et des préjugés du chercheur; et (5) la contribution au transfert de connaissances et à la pertinence clinique de la recherche. En regard de ces avantages, les auteurs proposent d'intégrer davantage la méthodologie qualitative aux études quantitatives, lesquelles prédominent, en adoptant un cadre pluraliste dans lequel plusieurs devis méthodologiques peuvent coexister.

### **Perceptions et attitudes des thérapeutes de la visioconférence**

L'étude qualitative de Knott et ses collègues (2020) s'intéresse aux attitudes et perceptions de douze thérapeutes à l'égard de la thérapie par vidéoconférence. Des entrevues semi-structurées et une analyse thématique ont été réalisées. Les résultats se

déclinent en trois grandes rubriques : (1) la perception des limites et des avantages de la télépratique (composante cognitive); (2) le sentiment d'aisance expérimenté (composante affective); et (3) la tendance générale à résister ou adopter l'usage des technologies de conférence vidéo (composante comportementale). Premièrement, les thérapeutes qui sont à l'aise d'utiliser la vidéoconférence identifient un certain nombre d'avantages, dont l'amélioration de l'engagement, la réduction des perturbations et un meilleur anonymat. Ceux qui sont réticents à leur usage indiquent certaines limites comme un manque d'indices non verbaux contribuant à réduire les liens interpersonnels et l'empathie. Deuxièmement, accroître le niveau d'aisance des thérapeutes lors de l'usage de la vidéoconférence en thérapie semble être un objectif central pour l'adaptation. Pour ce faire, les chercheurs proposent de la formation à la gestion des risques, à l'utilisation flexible de la technologie et à l'adaptation des microcompétences lors de son usage afin de permettre aux thérapeutes de se sentir plus à l'aise et d'adopter plus largement la vidéoconférence. Troisièmement, les principaux obstacles susceptibles d'expliquer la résistance à l'utilisation de la vidéoconférence des thérapeutes sont un manque de formation et de connaissances de cette technologie, des préoccupations éthiques concernant la gestion des risques et des inquiétudes quant à la qualité et à la sécurité de la technologie.

Bien que centrée sur l'expérience des patients, l'étude suivante met en lumière des éléments qui rejoignent les constats précédemment observés chez les thérapeutes. Par le biais d'entretiens semi-structurés menant à une analyse thématique, une étude qualitative

met en relief l'expérience de patients ( $N = 13$ ) ayant reçu un traitement en santé mentale individuel en visioconférence (Bleyel et al., 2020). Les résultats indiquent, d'une part, que les participants soulèvent la meilleure accessibilité aux soins grâce à des temps d'attente plus courts, des distances de déplacement plus courtes. D'autre part, les principaux obstacles qui ont été indiqués sont les défis techniques et l'absence de contact humain direct. Il est conclu que les cliniciens qui effectuent des consultations vidéo doivent être dûment formés à la technologie utilisée. Il est également soulevé que les thérapeutes doivent, au même titre qu'en présentiel, savoir créer une relation thérapeutique basée sur la confiance et l'appréciation tout en portant une attention particulière aux signaux non verbaux des participants (Bleyel et al., 2020).

Les études indiquent que les thérapeutes ont une perception partagée de l'influence du format vidéoconférence sur la qualité de l'alliance. L'alliance thérapeutique est la collaboration client-thérapeute. Elle repose sur trois composantes : le lien entre le thérapeute et le client, l'accord sur les buts thérapeutiques à poursuivre et le consensus sur les méthodes thérapeutiques à mettre en place pour parvenir à ces buts (Bordin, 1979). L'alliance thérapeutique est étroitement liée aux résultats thérapeutiques (Flückiger et al., 2018). L'essai aléatoire de Watts et ses collègues (2020) compare l'alliance en télépsychothérapie et en présentiel chez les personnes présentant un trouble d'anxiété généralisée ( $N = 115$ ). Les résultats montrent que les clients perçoivent une alliance plus forte en vidéoconférence qu'en face à face, tandis que les thérapeutes sont plus réservés quant à la qualité de la relation en ligne. Toutefois, un autre essai aléatoire réalisé auprès

d'adultes souffrant de boulimie ( $N = 116$ ) indique que les thérapeutes évaluent l'alliance comme moins bonne en vidéoconférence, alors que les clients ne perçoivent pas de différence (Ertelt et al., 2011). Ainsi, l'évaluation de l'alliance thérapeutique diffère selon les études, en fonction de la perspective adoptée, qu'il s'agisse de celle des clients ou des thérapeutes, et à ce jour, aucun consensus clair ne se dégage.

Malgré les préoccupations des thérapeutes, la littérature rapporte que l'alliance en vidéoconférence est élevée et comparable à celle en présentiel (Bouchard et al., 2020; Jenkins-Guarnieri et al., 2015; Reese et al., 2016; Simpson & Reid, 2014). De plus, la majorité des psychothérapeutes considèrent positivement les services en télépsychothérapie (Perry et al., 2020). Les connaissances actuelles, qu'elles proviennent des devis quantitatifs et qualitatifs, encouragent le recours à la télépratique pour traiter les problématiques de santé mentale, dont l'anxiété est la plus répandue (Bandelow & Michaelis, 2015; Horwitz, 2013).

En regard des connaissances actuelles sur l'accès restreint à la psychothérapie au Québec, la forte prévalence de l'anxiété exacerbée par la pandémie, l'efficacité démontrée de l'ACT, les avantages des interventions en groupe et en visioconférence, le programme Roseau constitue une application clinique tout indiquée et conforme aux données empiriques des études recensées.

### **Programme Roseau**

Le Roseau est un programme de groupe basé sur l'ACT qui a été implanté dans le CISSS de Chaudière-Appalaches pour les personnes aux prises avec de l'anxiété (Lapointe, 2023). En raison du contexte pandémique et des mesures de distanciations sociales en place, le programme a été adapté au format visioconférence. Or, cette adaptation, réalisée dans un contexte sans précédent, représente un phénomène nouveau dont l'exploration scientifique apparaît pertinente pour en évaluer la viabilité. Il semble nécessaire de consulter les thérapeutes quant à leurs expériences et leurs perceptions des avantages et inconvénients pour mieux favoriser leur adaptation. Également, quoique les études antérieures fournissent des bases solides pour comprendre le phénomène étudié, il n'en demeure pas moins que certaines dimensions ont été peu investiguées jusqu'à présent.

### **Limites dans la littérature et apport de la présente étude**

Bien que les écrits sur l'ACT concernant les troubles anxieux se sont développés ces dernières années, quelques limites subsistent dans la littérature. Premièrement, les études produites sur l'ACT s'appliquent surtout au présentiel et non à la visioconférence. L'étude de cette modalité, dont l'usage s'est accru considérablement avec la pandémie, permettra d'en savoir plus sur la faisabilité et l'acceptabilité de l'application de l'ACT en télépratique. Deuxièmement, les recherches sur l'ACT se concentrent majoritairement sur le format individuel, laissant le format de groupe relativement peu exploré. Pourtant, cette pratique, dont la viabilité gagne à être mieux connue, revêt des avantages en termes

cliniques et d'accès aux soins. Troisièmement, l'expérience idiosyncrasique des thérapeutes est encore peu documentée. Or, l'ACT reposant sur une approche fortement expérientielle, la transposition de l'intervention au format visioconférence pose un questionnement quant à sa faisabilité. Également, investiguer les difficultés et les bénéfices perçus par les prestataires d'un traitement psychologique permettra de relever des informations cliniques et pragmatiques spécifiques à celui-ci. Quatrièmement, les écrits qui concernent le sujet à l'étude utilisent rarement un devis qualitatif. Complémentaire aux méthodes quantitatives, ce devis permettra la mise en lumière d'évènements privés complexes. Cinquièmement, peu d'études intègrent les variables à l'étude dans le contexte pandémique. S'y intéresser permettra de mieux comprendre l'interrelation des variables étudiées avec ce contexte singulier. Dans ce contexte où la pandémie a imposé une adaptation rapide du programme Roseau en visioconférence et où les connaissances scientifiques demeurent limitées quant aux perceptions des thérapeutes face à cette modalité, il apparaît essentiel d'explorer de manière approfondie leur expérience afin d'éclairer le développement de pratiques adaptées et efficaces.

### **Objectif de l'étude**

Cette étude vise à mieux comprendre les perceptions des intervenants de l'usage de la visioconférence lors de l'animation d'un programme ACT de groupe dans le contexte de la pandémie. Elle vise plus précisément à approfondir les avantages et les inconvénients perçus de ce format d'intervention pour l'animation du programme Roseau.

## **Méthode**

La section suivante décrit la méthodologie en abordant successivement le devis de recherche, les participants, le programme d'intervention, la collecte de données, la procédure d'analyse des données ainsi que les considérations éthiques.

### **Devis de recherche**

La présente étude adopte une méthodologie qualitative et exploratoire. Elle vise à mieux comprendre les perceptions des intervenants du format visioconférence lors de l'animation du programme Roseau durant la pandémie. La méthodologie qualitative permet d'explorer et récolter le point de vue des intervenants, notamment en ce qui concerne les défis et les bénéfices expérimentés lors de leurs expériences d'animation. De plus, la méthode qualitative permet d'explorer les impacts du contexte, en l'occurrence le contexte exceptionnel de la pandémie. Cela permettra de mieux adapter les pratiques. En accord avec les écrits de Jando et Dionne (2024), cette étude se présente comme un apport complémentaire aux études quantitatives en fournissant des recommandations pragmatiques pour la clinique et en permettant une meilleure appréciation du contexte.

### **Participants**

Pour participer, les personnes devaient avoir animé un groupe du Roseau en visioconférence en 2020 ou 2021 au sein du CISSS de Chaudière-Appalaches. Une lettre d'invitation à participer à l'étude a été envoyée par courriel aux intervenants

correspondants. L'échantillon de participants est composé de trois psychologues et de trois travailleurs sociaux ( $N = 6$ ). Il s'agit de femmes âgées entre 35 et 59 ans ( $M = 48,5$ ;  $ET = 8,6$ ). Les participantes ont animé ce programme à des groupes composés de personnes anxieuses avec ou sans trouble diagnostiqué. Une lettre de remerciement et une carte-cadeau de 25 \$ leur ont été transmises par la poste à la suite de leur participation.

### **Intervention**

L'intervention ci-étudiée est le programme Roseau. Celui-ci a été implanté avant la mise en place de ce projet de recherche. Ce programme, d'une durée de 13 semaines, inclut six rencontres de groupes de deux heures et demie aux deux semaines. Les rencontres de groupes sont animées par deux intervenants à la fois (psychologue et travailleur social) lesquels sont dûment formés à l'ACT. Les groupes sont constitués de huit à 15 participants. Ceux-ci sont amenés à visionner 14 capsules vidéo d'une durée de 20 à 30 minutes chacune entre les séances de groupes. Ces vidéos offrent l'occasion d'approfondir les concepts théoriques vus en groupe et les mettre en pratique par des exercices pratiques. Aux deux semaines, lors des semaines sans rencontre de groupes, six relances téléphoniques d'environ 15 minutes sont proposées aux participants. Elles visent à soutenir les participants dans leur démarche, susciter leur motivation et valider leur compréhension du contenu. Le programme offre aussi des exercices expérientiels. En somme, les rencontres de groupe, les capsules vidéo et les relances téléphoniques sont les différentes modalités du programme Roseau qui permettent aux participants d'apprendre et appliquer dans leur vie les notions de l'ACT c'est-à-dire le soi observateur, la défusion

cognitive, l'acceptation, le moment présent, les valeurs et l'action engagée pour ainsi accroître leur flexibilité psychologique. Le Tableau 1 présente le contenu du programme Roseau par semaine (voir Appendice A).

### **Collecte des données**

Un canevas a d'abord été conçu afin de mener des entrevues semi-directives et ainsi récolter les données qualitatives auprès des animateurs du programme. Ce canevas a été élaboré par les deux co-chercheurs de l'étude, Clarys Rancourt, chercheure principale et candidate au doctorat en psychologie et Frédéric Dionne, directeur de recherche et professeur-chercheur. Le canevas inclut des questions liées à leur perception et leur expérience avec la plateforme, avec les aspects techniques, avec le programme Roseau, avec les interactions entre participants et entre participants et eux-mêmes. De plus, des questions se rapportent à la comparaison entre les interventions en visioconférence versus en présentiel. Par exemple, les questions suivantes font partie du canevas : « Quelle a été votre expérience dans l'utilisation de cette plateforme? » ou « En quoi l'expérience d'être en Teams est-elle similaire ou différente d'une expérience en face à face? » (voir Appendice B).

La collecte des données s'inscrit dans une démarche constructiviste en cohérence avec les lignes directrices de Gaudet et Robert (2018). Les entretiens semi-directifs ont l'avantage d'orienter les propos des participantes autour de thèmes préalablement définis tout en offrant la flexibilité d'approfondir des éléments pertinents en regard des objectifs

de recherche. Ce que l'entrevue structurée ne permet pas (Patton, 2002). Cette combinaison de structure et de flexibilité permet ainsi une co-construction des données par l'interviewer et l'interviewé (Gaudet & Robert, 2018). Les entrevues individuelles avec les animateurs ont été réalisées et enregistrées via la plateforme Zoom. Les consignes de confidentialité ont été rappelées à chaque participant avant l'enregistrement de la séance. Les entrevues se tenaient à distance dans un cadre privé; l'usage d'écouteurs était recommandé pour préserver la confidentialité des échanges. Leur durée est 45 minutes approximativement. Elles ont été effectuées par la même personne limitant ainsi les biais à cette étape. De plus, l'intervieweuse n'était pas impliquée dans l'administration ou l'implantation du programme Roseau, ce qui réduit le biais d'allégeance. Les fichiers audio/vidéo étaient chiffrés dès leur création et stockés sur un serveur institutionnel sécurisé à accès restreint; seuls la chercheuse principale et le directeur pouvaient y accéder.

### **Analyse des données**

Une analyse thématique a été effectuée laquelle est divisée en trois principales étapes : la transcription des verbatims, la transposition du corpus en annotations et la reconstitution finale de l'analyse (Paillet & Mucchielli, 2021).

Premièrement, les entrevues individuelles ont été transcrrites en verbatims et anonymisées par une assistante de recherche. Tous les propos ont été transcrits incluant les erreurs de français (syntaxes, conjugaisons, néologismes, anglicismes, prononciations,

etc.), les hésitations, les silences et les rires au cas où ceux-ci recèlent une signification subjective pertinente. Or, les premières minutes de l'entretien, lorsque la personne qui mène l'entretien se présente, offre les remerciements d'usage et rappelle le but de l'étude, n'ont pas été transcrrites étant donné que les participantes ne parlaient pas durant cette formalité. De plus, les tics de langage ont été réduits, puisqu'ils n'apportaient pas de matière pertinente pour répondre à la question de recherche. De plus, lorsque des informations confidentielles sont évoquées par les participantes, elles ne sont pas transcrrites telles quelles. En outre, toutes les transcriptions respectent une même mise en page. L'en-tête de chaque document contient un code d'identification de la participante, la date de l'entrevue, le nom de l'interviewer, le nom du transcriveur, la date de début et de fin de la transcription ainsi que le temps requis pour la transcription.

Deuxièmement, la transposition du corpus en annotations consiste en la création d'un arbre thématique. Un processus de thématisation en continu (Paillé & Mucchielli, 2021) a été réalisé, c'est-à-dire que la codification des données et la construction de l'arbre thématique se sont fait simultanément. Le logiciel NVivo (QSR International Pty Ltd, 2020) a été utilisé dans cette phase. Cette étape se subdivise en trois principales procédures : la création de thèmes, de rubriques et de catégories.

D'abord, la création de thèmes vise à illustrer comment l'expérience des intervenants se déploie (Paillé & Mucchielli, 2021). En accord avec les écrits de Paillé et Mucchielli (2021), une méthode inductive a été utilisée dans l'analyse des données brutes (verbatim)

de manière que la codification des thèmes soit fidèle au sens du contenu exprimé par les intervenants. Une analyse préliminaire a ensuite permis de dégager une vue d'ensemble de tous les verbatims et en extraire les thèmes principaux. Cette comparaison des données entre verbatims constitue une analyse dite horizontale (Gaudet & Robert, 2018). Une analyse rigoureuse a ensuite été réalisée de manière à codifier exhaustivement les thèmes.

Ensuite, la création de rubriques permet de classifier les thèmes par des regroupements (Paillé & Mucchielli, 2021). À cet effet, la méthode ascendante (des thèmes vers les rubriques) est recommandée et offre une meilleure validité que son inverse (Paillé & Mucchielli, 2021). Les récurrences, les similarités, les divergences, les complémentarités, les chevauchements entre les thèmes ont été identifiés pour créer les rubriques. Une analyse itérative a été utilisée tout au long du processus de l'analyse des données. Celle-ci comporte plusieurs allers-retours entre les données brutes et la codification des thèmes et rubriques. L'arbre thématique initial a ainsi été créé.

En outre, la création de catégories permet de théoriser et conceptualiser le phénomène à l'étude (Paillé & Mucchielli, 2021). Cela consiste à poursuivre la classification de l'arbre en proposant une interprétation intelligible des relations ou des rapports structurants des données analysées (Gaudet & Robert, 2018). Ainsi, un modèle théorique englobant tous les éléments de l'arbre thématique a émergé (voir Figure 1) par ce processus dit d'induction théorisante (Paillé & Mucchielli, 2021). Une méthode de déduction interprétative a aussi été accomplie, puisque des théories issues de l'approche cognitivo-

comportementale (TCC) servent de références permettant de replacer les témoignages à l'intérieur d'un contexte interprétatif, explicatif et théorisant (Paillé & Mucchielli, 2021). Ce cadre théorique permet bien de classifier et vulgariser les données sans enlever de richesse au contenu. À ce stade, il s'agit d'un processus d'analyse verticale du corpus (Gaudet & Robert, 2018).

Troisièmement, la reconstitution finale de l'analyse est en fait la finalisation de l'arbre thématique. Une attention particulière a été portée à l'ensemble de l'arbre. Plus précisément, les verbatims et l'arbre thématique ont été examinés afin de s'assurer que ce dernier soit complet (qu'il n'y ait pas d'information pertinente omise), synthétique (qu'il résume les informations pertinentes), cohérent (que les thèmes et rubriques soient bien organisés) et surtout, qu'il réponde aux objectifs de recherche. Il en est suivi différentes versions de l'arbre thématique dont chacune a impliqué une analyse itérative afin d'assurer l'adéquation avec les propos des participantes. Les révisions et le raffinement de l'arbre thématique sont le fruit d'un consensus entre la chercheure et le directeur du projet de recherche.

### **Considérations éthiques**

Le Comité d'éthique de la recherche (CER) du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA) a autorisé ce présent projet (#2022-864) ainsi que le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (#CER-18-248-10.04). Également, un formulaire d'informations

et de consentement a été préalablement lu et signé par chacun des participants. Ils ont été informés de la visée du projet de recherche, de la nature et la durée de leur participation, de l'enregistrement des entrevues, du bénéfice de participer à l'étude, des risques encourus, des ressources d'aide à leur disposition, de leur droit à se retirer de l'étude à tout moment et des mesures assurant la confidentialité de leurs informations. En outre, les verbatims ont été anonymisés ne permettant pas l'identification des individus. La présentation des résultats a été réalisée de manière à préserver l'anonymat.

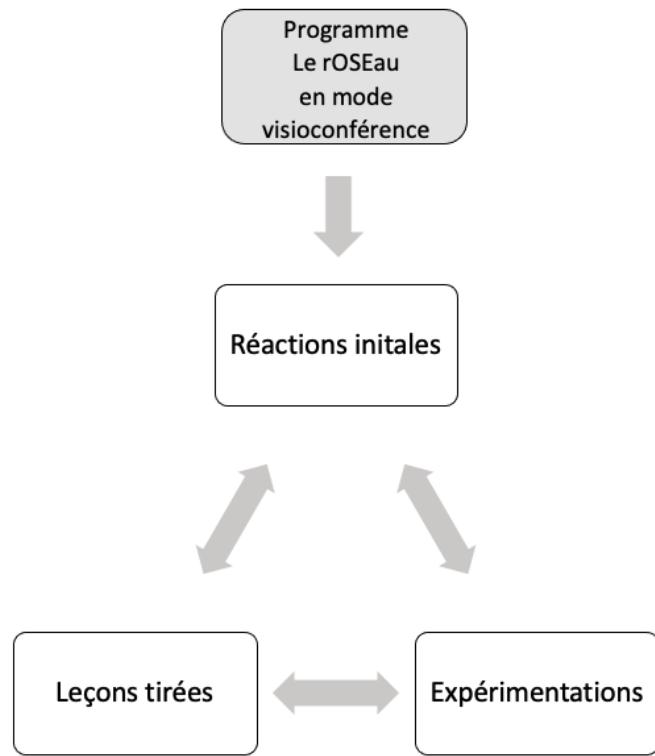
## Résultats

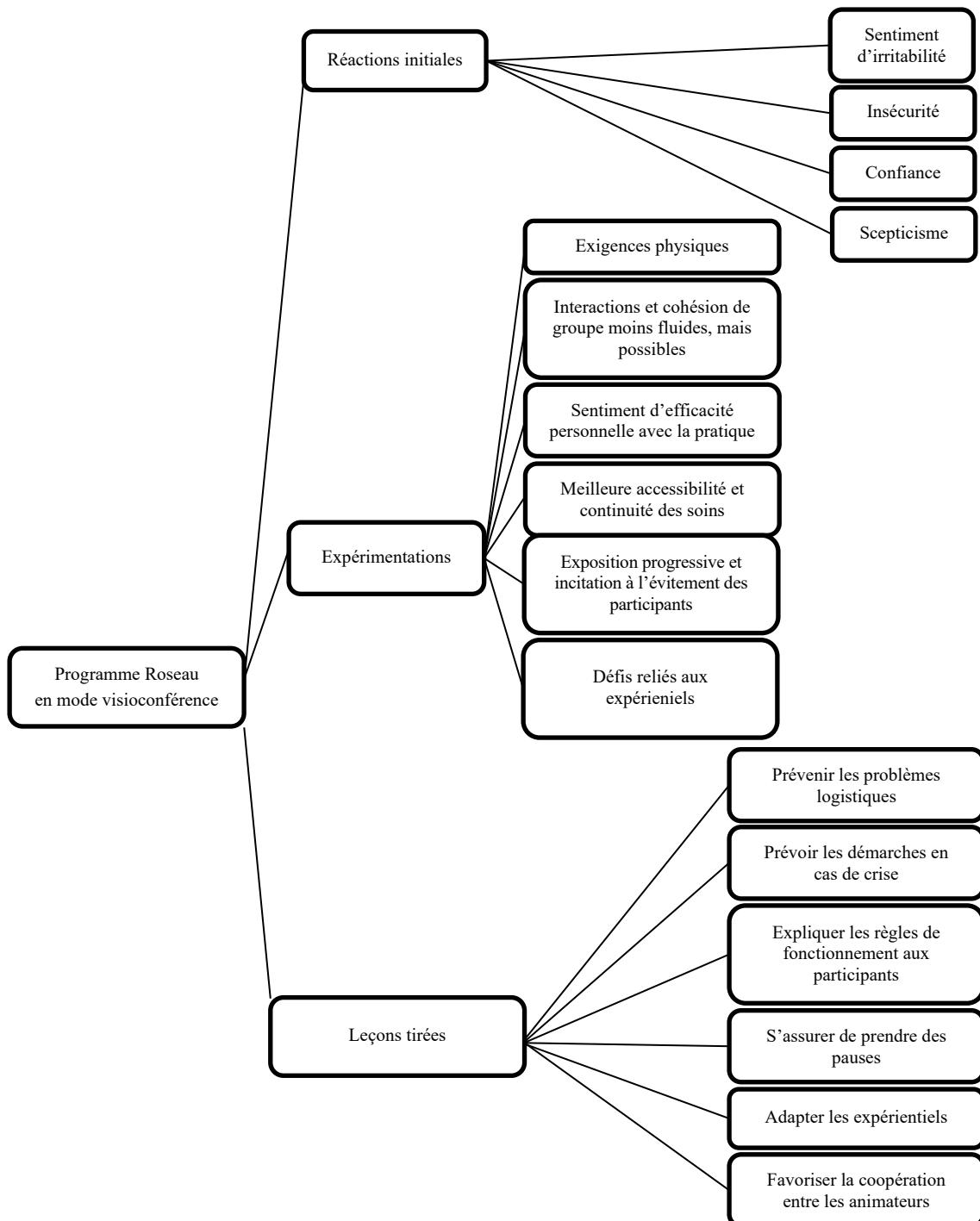
Les résultats reflètent l'expérience subjective des animateurs quant à l'adaptation en visioconférence du programme Roseau. Comme l'indique la Figure 2, trois rubriques sont ressorties de l'analyse des données, illustrant trois phases successives par lesquelles les animateurs ont passé pour s'adapter à cette modalité. La première phase constitue leurs réactions initiales comme les sentiments ressentis lors de la transition vers la télépratique (p. ex., irritabilité, insécurité, etc.). La deuxième phase, l'expérimentation, réfère à diverses expériences vécues lors de l'animation réalisée en visioconférence (p. ex., exigences physiques, interactions sociales, etc.). La troisième phase représente des leçons tirées ou apprentissages qui ont été réalisés à la suite de l'expérimentation. Ainsi, ces phases sont illustrées dans un modèle circulaire incluant une bidirectionnalité dans les interactions. Les réactions initiales sont mises à l'épreuve par les expérimentations, desquelles interagissant avec les réactions initiales, permettent des apprentissages nouveaux qui seront intégrés dans le futur.

La Figure 3 présente ces mêmes résultats en arbre thématique mettant en lumière l'expérience des animateurs de manière plus détaillée (inclus tous les thèmes).

**Figure 2**

*Perceptions des thérapeutes de l'animation du programme Roseau en format visioconférence*



**Figure 3***Arbre thématique*

Les résultats illustrés dans l'arbre thématique (Figure 3) sont détaillés dans les sections suivantes.

## Réactions initiales

La mise en place du mode visioconférence a suscité chez les animateurs diverses réactions. La première rubrique de l'analyse thématique est constituée des réactions initiales. Celles-ci sont essentiellement émotives et cognitives et se traduisent par quatre thèmes : (1.1) sentiment d'irritabilité; (1.2) insécurité; (1.3) confiance et (1.4) scepticisme.

### Sentiment d'irritabilité

L'irritabilité est la réaction initiale la plus rapportée par les animateurs.

*« Je l'avais déjà fait en présentiel, fait que là j'avais de la misère comme à adapter un peu les choses. Fait que ça des fois c'était comme un peu un irritant, tsé, on faisait vraiment des choses physiquement avec les clients dans la pièce, fait que là ça allait mal par ordinateur, pis on essayait de faire les acteurs moi pis mon collègue, avec un masque, là la pandémie est un irritant là-dedans, mais ça reste que c'était pas super. C'est sûr que d'adapter le contenu par moment c'est un irritant (...). »*

### Insécurité

L'adaptation en télépratique a initialement suscité de l'insécurité pour des animateurs.

*« Nous au début, ça c'était une question d'insécurité, (...) on voulait être dans le même lieu physique les deux animateurs. Pas dans le même bureau nécessairement, mais mettons, au CLSC, chacun dans notre bureau, puis pas trop loin, fait que tsé s'il y a quelque chose, on est capable de s'interroger par les vitres, de régler les choses-là. Puis au début on était insécurité aussi avec la technique, fait que ça facilitait. Là tu vois avec l'expérience de six sept mois euh moi il annoncerait une tempête puis j'aurais un groupe Teams à animer je le ferais de chez nous là. Ça me dérangerait pas. »*

## Confiance

D'autres animateurs témoignent d'une adaptation à la visioconférence marquée par la confiance et l'aisance.

*« Donc votre expérience avec les aspects techniques de la plateforme Teams, comment vous les décririez? P : Bien je trouve que c'était quand même assez facile, tsé quand tu l'as regardé un petit peu une fois ou deux après ça, comme créer une réunion tout ça. Tsé j'ai pas une grosse formation là-dessus, mais tsé j'ai pu me débrouiller. C'est sûr qu'à la base je suis habituée de travailler un peu avec l'informatique, fait que j'essaye, j'ai quand même trouvé ça assez facile. »*

## Scepticisme

Le scepticisme a également été vécu par des animateurs. Cette citation permet de mettre en relief les réticences exprimées quant à la cohésion en général, et plus précisément, au sujet de la relation membre-thérapeute, membre-autres membres et membre-groupe.

*« Moi j'étais pas convaincue, mais tsé après l'avoir vécu, tsé euh... le lien avec les animateurs tout ça pis le lien, tsé, à l'attachement au groupe, dans le premier groupe, y'a une madame à la fin du programme, tsé, a pleurait là [hm]. Tsé ça lui faisait quelque chose que le groupe soit fini, pis tout ça, fait que tsé je me disais "mon dieu tsé elle avait quand même le lien avec les animateurs et avec les autres participants pour que ça fasse ça". Puis dans le deuxième groupe aussi, il y avait une jeune femme, tsé elle avait dit en tous cas un mot vraiment gentil à ma collègue, tsé à quel point ça l'avait aidé. Fait que tsé je me suis dit "mon dieu, ça plus d'impact". Puis les gens embarquaient étonnamment. »*

Des animateurs ont également manifesté du scepticisme concernant le format en visioconférence en raison du renforcement de l'évitement qu'il pourrait créer chez les personnes anxieuses.

*« Puis, moi j'avais une grande préoccupation, euh, clinique, à cause du Teams par rapport aux gens anxieux. Je trouvais qu'on renforçait un peu l'évitement.*

*C'est-à-dire que, qu'il y avait comme, ils venaient pas au CLSC, ils se retrouvaient chez eux, dans..., donc moins d'exposition, ça fait que ça, ça m'a un petit peu questionné, mais au bout du compte, j'ai vu qu'entre rien pantoute pis ça, bien c'était très positif finalement. »*

## Expérimentations

Les intervenants ont mis en relief différentes expérimentations lors de leur animation du programme. De cette deuxième rubrique « expérimentations », six thèmes ont émergé dans l'analyse : (2.1) exigences physiques; (2.2) interactions de groupe; (2.3) sentiment d'efficacité personnelle; (2.4) accessibilité et continuité des soins; (2.5) exposition et évitement des participants; et (2.6) adaptation des exercices expérientiels.

### Exigences physiques

Les propos des animateurs témoignent que l'adaptation en format visioconférence leur a été exigeante physiquement. D'une part, il est mention d'inconforts physiques comme de la fatigue cognitive, des maux à la tête et aux yeux

### Inconforts physiques

*« Pis moi là, pis là c'était peut-être moi qui a comme un problème, mais moi ça me donne mal à tête deux heures de Teams. Pas à chaque fois, mais je veux dire mon attention à un moment donné c'est difficile. Pis quand on fait deux heures, deux heures et demie de Roseau, mais qu'avant on a eu une réunion Teams, pis après, tsé à un moment donné, au niveau de nos capacités, pis de comment qu'on se sent, j'ai pas mal à tête lorsque je fais le Roseau en présentiel. Ça peut arriver, mais c'est pas une équation systématique à chaque fois. C'est ça, des fois, pis tsé la pause de dix minutes, elle passe vite quand même. Moi je me levais pis j'essayais de faire d'autres choses, mais des fois on a justement quelque chose à dire à une participante. Fait qu'on est pas tant en pause. Ça, là, ça donne mal aux yeux. Ça donne mal à tête. Moins le "fun". »*

### ***Difficulté à se concentrer***

D'autre part, les animateurs ont mis en évidence les distractions et la difficulté à se concentrer.

*« Fait que c'est sûr que tsé, le médium en tant que tel était pas toujours apprécié de part et d'autre, on va dire ça de même. Pis c'est sûr que, on en a ri un peu finalement, mais sur le moment c'était moins drôle, ça amenait beaucoup de distractions. Moi et mon collègue, on animait pis il se passait rien autour de nous, mais des chats, des chiens, des enfants, le téléphone qui sonne, le livreur de chez Amazon, le plombier qui est là finalement, mais qu'on le savait pas parce qu'il était à quatre pattes pis on le voyait pas à l'écran. Ça, c'est... On en a ri après, on va faire un genre de bilan, toutes les choses qu'on a vus, mais c'est sûr que ça, on voit jamais ça en présence. Jamais personne va se lever d'un bond pis s'en aller d'un coup, en tous cas, ça peut arriver, mais ça nous était jamais arrivé. Les gens disparaissent pas d'un coup. Il y en a qui mangeait quasiment, tsé par une collation, un repas au complet. »*

### ***Interactions et cohésion de groupe moins fluides, mais possibles***

Globalement, les animateurs ont expérimenté des interactions sociales et une cohésion moins aisées qu'en présence, mais tout de même possibles.

### ***Moins de proximité et de spontanéité dans les interactions***

Les animateurs ont soulevé moins de proximité et de spontanéité dans les interactions entre les participants et avec les participants.

*« Puis ça, ça limite le fait d'avoir un écran aussi, ça limite beaucoup le contact je trouve, ça... Ça été moins pire que je l'anticipais, mais quand même (...) [Les interactions entre les participants étaient] plus distantes qu'en présentiel. Je dirais pas complètement distantes, je trouve ça important de nuancer là. I : Ouais. OK. Puis, est-ce que c'est entre les participants, ou aussi avec participant-animateur que ça s'applique? P : C'est la même chose. I : Ouais? P : C'est en fait distant et moins naturel, moins spontané. »*

### ***Cohésion de groupe possible et profitable***

Malgré tout, les animateurs ont signalé une cohésion de groupe tout de même possible et profitable pour les participants. En effet, les échanges entre participants auraient permis de dégager des pistes solutions, stimulé l'entraide et permis à certains de se reconnaître dans les expériences partagées ou se sentir rassurés.

*« (...) souvent, c'est les gens eux-mêmes qui vont trouver leur solution ou les gens, ou les participants qui vont amener leur expérience, qui vont éclairer l'autre participant, qui vont, tsé, vraiment... [silence] L'expérience que les autres apportent est très forte, parle beaucoup aux gens, ou des fois aussi fait l'effet contraire, fait de dire "mon dieu, moi, finalement, ce que je vis, c'est, a va très bien ma vie là, tsé". Fait que ça, ça l'a ça aussi comme puissance, soit la similitude ou soit le, "ah c'est réassurant OK". »*

### ***Sentiment d'efficacité personnelle avec la pratique***

Les témoignages mettent en lumière que la pratique a permis de développer l'aisance et le sentiment d'efficacité personnelle.

*« Bien, mon appréciation a comme variée au début, je trouvais pas ça vraiment agréable là, parce que tsé il y avait des fonctionnalités qu'on comprenait pas, pis là les gens aussi avaient de la misère, fait qu'au début je trouvais pas ça facile, mais, (...) plus on a fait de groupe, plus les gens étaient meilleurs (...). Plus on devient meilleur, moins il y a d'irritants au niveau de l'utilisation en tant que tel. »*

### ***Meilleure accessibilité et continuité des soins***

L'adaptation en mode visioconférence a permis d'expérimenter divers bénéfices associés à cette modalité d'intervention concernant l'accessibilité et la continuité des soins.

### ***Plus grande offre de services***

Un des bénéfices qui a été soulevé par plusieurs animateurs est la plus grande offre de services qu'a permis le format visioconférence. Un décloisonnement des services entre les différentes régions du CISSS-CA a pu être réalisé offrant ainsi plus de services aux individus. Cela a également contribué à réduire les délais d'attente, particulièrement marqués dans certains secteurs.

*« Mais ça quand même eu l'avantage que ça ouvert nos horizons, on va dire ça de même. Pis moi et mon collègue, on a été dans les premiers à accepter des gens de d'autres secteurs qui attendaient depuis une éternité. Ça quand même ouvert des portes à des gens qui seraient peut-être encore en attente dans leur secteur pis qui auraient rien fait. »*

### ***Moins de déplacements***

Un bénéfice fréquemment mentionné est celui de réduire les inconvénients du déplacement.

*« Hm, ouais. Parce que tsé le territoire est grand, tsé des fois les déplacements c'est pas toujours possible pour tout le monde. Surtout tsé quand c'est l'hiver, des fois, les madames ou, tsé, il y en a qui sont pas à l'aise de conduire le soir pour venir au groupe ou tsé des fois s'il fait tempête, bien là on doit annuler parce que là c'est vraiment pas beau sur la route. »*

### ***Continuité des services***

Il a été également mis en relief que l'adaptation en visioconférence du programme Roseau a permis la continuité des services malgré le contexte pandémique.

*« Puis là j'en ai pas parlé des avantages je trouve, ce qui est bien de pouvoir continuer à animer de cette façon-là, c'est que ben là on continue à donner les services. Parce que quand la pandémie a débuté, là c'était, on arrêtait les groupes et puis bon. »*

## Exposition progressive et incitation à l'évitement

Selon l'expérience des animateurs, l'adaptation en visioconférence a créé des occasions d'expositions progressives à certains participants et des incitations à l'évitement pour d'autres.

*« Ce que j'ai remarqué aussi, ce qu'on a remarqué, il y a des gens qui vont avoir tendance à avoir plus d'anxiété sociale. C'est comme s'ils sont plus à l'aise avec la vidéoconférence. Ça peut être vu comme une forme d'évitement. Mais ça peut être vu aussi comme une forme d'exposition progressive. (...) il y a des clients comme ça qui nous disait "eille, j'ai parlé, plus que je le ferais dans un groupe en présentiel". Euh... Puis, il y en a aussi qui nous disait qu'ils seraient pas inscrits au programme si ça avait pas été en vidéoconférence. »*

## Défis reliés aux expérientiels

Les animateurs ont fait part de leur expérience quant à l'adaptation des exercices expérientiels du programme Roseau. Certains ont soulevé leur aisance, d'autres leurs difficultés.

*« Ben en fait ce que je trouve, que le contenu d'animation qu'on donne en présentiel est somme toute bien adapté à l'animation en vidéoconférence. Donc pour le Roseau il y a pas fallu faire de grosses adaptations pour le donner en vidéoconférence. Il y a certains exercices qu'on a peut-être changés, qu'on fait différemment. Puis ça permet autant qu'en présentiel de faire de l'expérientiel. Parce qu'avec Roseau, la thérapie d'acceptation et d'engagement qui met beaucoup l'accent sur l'expérientiel. Ne serait-ce que les faire lever, puis pousser sur un mur pour faire, parce qu'on faisait un exercice "le monstre de l'anxiété" à la première rencontre, sur l'acceptation. Dans le fond, on les fait pousser sur un mur, on les fait imaginer que l'anxiété c'est le mur, puis fait pousser. Il y a des adaptations faciles à faire. »*

*« Bien en fait ce qui était pas facile, c'est un groupe qui est très expérientiel, donc là c'était comme d'adapter le contenu pour essayer que les gens vivent quand même la même expérience, on va dire ça comme ça. Je l'avais déjà fait en présentiel, fait que là j'avais de la misère comme à adapter un peu les choses. Fait que ça des fois c'était comme un peu un irritant, tsé, on faisait vraiment des choses physiquement avec les clients dans la pièce, fait que là ça allait mal par ordinateur, pis on essayait de faire les acteurs moi pis mon collègue, avec un*

*masque, là la pandémie est un irritant là-dedans, mais ça reste que c'était pas super. C'est sûr que d'adapter le contenu par moment c'est un irritant. »*

### **Leçons tirées**

Les propos des intervenants ont permis de mettre en exergue les leçons tirées de l'animation en format visioconférence du programme Roseau. Cette troisième rubrique « Leçons tirées » se décline en sept thèmes : (3.1) prévenir les problèmes logistiques; (3.2) prévoir les démarches en cas de crise; (3.3) expliquer les règles de fonctionnements aux participants; (3.4) s'assurer de prendre des pauses; (3.5) adapter les expérientiels; et (3.6) favoriser la coopération entre les animateurs.

#### **Prévenir les problèmes logistiques**

La majorité des animateurs ont retenu l'importance d'anticiper les problèmes logistiques en s'exerçant préalablement sur la plateforme.

*« Peut-être que ça aurait été, de un, plus vendeur qu'on soit mieux préparé pour essayer ça. Parce que quand on pensait qu'on avait compris quelque chose, après ça finalement on se rendait compte que la fonctionnalité on l'avait pas bien compris ou qu'on l'utilisait pas bien et tout ça. C'est sûr que dans le avant, je pense que ça aurait été bien qu'on soit dégagé pour se pratiquer, ou qu'on aille du temps pour faire des tests avec les participants avant le jour J. Ça aussi ça aurait été... Dans l'organisation autour de la technologie, il y a possiblement des irritants qui auraient pu être évités, ou du moins faire une petite prévention que nous on se sente meilleurs là. »*

#### **Prévoir les démarches en cas de crise**

Une autre leçon soulevée est celle de prévoir les démarches en cas de crise.

*« Ça aussi, un autre désavantage, c'est que des fois il y en a qui vont pas bien, qui "feel", tsé, qui ferment leur écran, fait que je fais quoi moi pour les récupérer? [ouais] Fait que ça implique qu'on a toujours une liste de, où,*

*l'adresse où ils sont, les numéros de téléphone pour les rejoindre, on n'a pas eu de, de grosse catastrophe, où on a eu à envoyer des gens de la famille, ou la police ou quoi que ce soit là, mais c'est arrivé une fois où on a une qui a fermé l'écran parce qu'elle trouvait ça trop difficile, mais elle était res-, au moins je voyais que son micro était ouvert, fait que je lui ai demandé "je comprends que vous vivez de quoi de difficile, mais là soit vous m'écrivez dans le "chat" privé, soit qu'on s'appelle, mais je peux pas vous laisser de même en plan, et moi je dois continuer de m'occuper du groupe, donc là faut que, faut que vous me répondez". Fait que là elle a dit dans le micro "ça m'ébranle beaucoup, je suis toute chamboulée, je suis triste, mais je demeure là, je vous entends, je veux juste pas que le monde me voit pleurer et me mouche. (...) Fait qu'on a un numéro en cas d'urgence, mais on les a aussi en présentiel, mais tsé en Teams, moi je m'assure de les avoir très proche là". »*

### **Expliquer les règles de fonctionnements aux participants**

Les animateurs ont mis en évidence la pertinence de préciser le code de conduite aux participants en ce qui a trait à la confidentialité, aux distractions et à l'investissement personnel.

### **Respecter la confidentialité et diminuer les distractions**

Selon les animateurs, les règles de fonctionnement qui ont trait au respect de la confidentialité et aux distractions doivent être explicitées aux participants, puisque des différences s'imposent.

*« Y'a toute la gestion de ben il faut pas qu'il y aille d'autres personnes qui soient là, il faut pas qu'il y aille de personnes qui passent, dans le fond ce qu'on leur dit, c'est que même si vous êtes chez vous, c'est comme si vous étiez dans la salle avec nous, fait que votre famille est pas là, ça reste de la confidentialité, faut que vous soyez seul avec la cohorte, pas avec d'autres personnes ou en train de faire d'autres choses ou à répondre sur votre cell, c'est un peu de se dire "si j'étais au CLSC dans la salle, comment ce serait, c'est la même [bug] en visio". »*

### ***Expliquer les bénéfices de l'investissement personnel***

Une animatrice a soulevé que l'implication des participants a un effet sur les bénéfices qu'ils retirent du programme.

*« Ben mon expérience c'est ça. Je trouve que c'est un programme qui est hyper intéressant, hyper riche pour les gens. Les gens apprécient beaucoup, en fait, les gens apprécient autant qu'ils participent, c'est-à-dire si quelqu'un va visionner les capsules, va faire les exercices dans le journal du participant, la participation dans les rencontres, c'est dans le sens, oui d'être là, mais pas nécessairement de parler beaucoup, mais plus que les gens sont impliqués, plus qu'ils vont être contents des résultats. Moins qu'ils s'impliquent, ben là... sont un peu moins satisfaits, mais tsé c'est un peu leur responsabilité. C'est un peu ça que j'observe. »*

### **S'assurer de prendre des pauses**

Afin de s'adapter à la fatigue générée par la modalité virtuelle, il a été souligné l'importance d'ajuster les pauses.

*« C'est plus fatigant d'utiliser l'écran là. Parce que notre attention est vraiment sur l'écran. Tandis que quand on est dans le groupe, notre regard, on se promène de gauche à droite, on regarde les participants au complet [oui] ça c'est un aspect plus fatiguant. Ça c'est ça. Ça c'est une chose à considérer. Même qu'on avait tendance à prendre deux pauses au lieu d'une pause. (...) Par vidéoconférence. Deux plus courtes pauses. Au lieu d'une plus longue. »*

### **Adapter les expérientiels**

Adapter les exercices expérientiels aux particularités de la visioconférence s'est révélée une piste d'amélioration identifiée par les animateurs.

*« En tous cas, ça peut se faire, mais je pense que quand on l'a fait, on était pas préparés nécessairement à ça. On avait pas adapté nos affaires, fait qu'on l'a peut-être pas fait comme on aurait pu le faire là, mais tsé après coup, pis avec l'expérience qu'on a eue, pis les changements, voir l'expérience aussi de d'autres animateurs, qu'est-ce qu'ils avaient fait, là on a pu, y'a des exercices qui ont été adaptés pour que justement ça soit plus expérientiel encore même si les gens étaient dans leur, à l'écran là. »*

## **Favoriser la coopération entre les animateurs**

Les animateurs ont soulevé que la coopération entre eux leur était profitable tant lors des difficultés techniques que lors de l'animation.

### ***Lors des problèmes techniques***

D'un côté, cette coopération a été aidante dans la gestion des problèmes techniques.

*« Ben moi je la connaissais déjà la plateforme Teams, mais c'était la première fois en groupe. (...) Fait que, tsé, moi j'étais quand même à l'aise, puis, en plus, ma coanimatrice, c'était ma stagiaire étudiante à [nom de l'université], fait qu'elle, en étant plus jeune, elle est plus habile avec la technologie, je m'appuyais un peu sur elle, ça me sécurisait un peu [rire], mais ça me rendait pas anxieuse d'utiliser Teams. C'est sûr qu'il y a toujours des petites difficultés de connexion, par rapport aux clients, nous ça allait bien de notre côté, mais les clients qui arrivaient pas à se connecter, ou que des fois l'image gelait, mais tsé on leur avait dit que s'il y avait un problème technique, ils allaient être contactés par téléphone. Fait que c'est l'avantage d'être à deux, il y a quelqu'un qui peut continuer à animer pis l'autre contacte ceux qui ont de la difficulté. »*

### ***Lors de l'animation***

D'un autre côté, la coopération entre les animateurs a été aidante dans l'enrichissement de l'animation.

*« Et la force de la co-animation. D'être deux, on a chacun nos forces, chacun nos, nos... façons d'amener des choses ou de faire vivre des choses. Ça pour moi c'est hyper important. I : Hm, hm. P : Je trouve que ça fait vraiment une belle, une "plus-value" aussi [hm, hm] pour les participants. »*

## **Discussion**

L'objectif de cette étude était de mieux comprendre l'expérience vécue par les intervenants ayant animé, en contexte pandémique, un programme d'intervention fondé sur la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) par le biais de la visioconférence. Des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de six intervenants ayant animé ce programme en télépratique. À partir des verbatims de ces entrevues, une analyse thématique a été menée et a permis d'extraire trois rubriques : (1) les réactions émotionnelles initiales; (2) les expérimentations vécues durant l'animation; et (3) les leçons tirées. Ces rubriques illustrent une séquence en trois phases vécues par les animateurs dans leur processus d'adaptation à la visioconférence. Les résultats seront examinés à la lumière de la littérature scientifique et les limites de la présente étude seront ensuite analysées.

### **Réactions initiales**

Selon les résultats, pour la première rubrique « réactions initiales », quatre thèmes ont émergé : l'irritabilité, l'insécurité, la confiance et le scepticisme. Ces réactions majoritairement négatives pourraient en partie être attribuées au contexte tendu du début de la pandémie en plus du caractère exigeant d'une adaptation subite à une nouvelle modalité. Par ailleurs, les résultats rejoignent d'autres travaux portant sur la perception des thérapeutes quant à la télépratique. En effet, l'analyse thématique de Knott et ses collaborateurs (2020), qui explore les attitudes et perceptions des thérapeutes à l'égard des consultations

thérapeutiques virtuelles, montre que les réactions initiales de la présente étude pourraient se qualifier de réactions affectives. Ces chercheurs présentent un modèle à trois composantes pour décrire les attitudes des thérapeutes : la perception des limites et avantages (composante cognitive), le sentiment de confort dans l'utilisation (composante affective) et la tendance à adopter ou résister à cette pratique (composante comportementale). Ainsi, les thèmes des réactions initiales pourraient s'inscrire dans cette composante affective, puisqu'ils identifient la nature de l'inconfort (irritabilité, insécurité, scepticisme) et du confort (confiance/aisance) vécus lors de l'utilisation de la plateforme de visioconférence.

Quant à elle, l'étude de van Dijk et ses collègues (2020) s'est précisément intéressée aux premières impressions de la transition en ligne d'un traitement thérapeutique de groupe durant la pandémie. Le traitement basé sur la thérapie des schémas a été offert deux fois par semaine durant vingt semaines à des personnes âgées. Les résultats tirés d'une analyse qualitative décrivent que les thérapeutes initialement sceptiques quant à la faisabilité d'une telle initiative ont été plus que satisfaits des résultats de leur programme en ligne. De manière similaire à la présente étude, les réactions initiales de scepticisme de ces thérapeutes se sont transformées en nouveaux apprentissages grâce à l'expérimentation du programme en ligne.

## **Expérimentations**

Selon les résultats, pour la deuxième rubrique « expérimentations », six thèmes ont émergé. Les thèmes identifiés et illustrés dans la Figure 3 feront l'objet d'un examen

approfondi dans les sections suivantes afin d'en préciser les nuances et d'établir des liens avec les connaissances scientifiques actuelles.

Des exigences physiques exprimées par des inconforts physiques (fatigue cognitive, mal à la tête, mal aux yeux, etc.) et des difficultés de concentration ont été expérimentées par les intervenants animant le Roseau. De manière similaire, l'étude de Bennett et ses collègues (2021) s'est intéressée à la fatigue liée à l'usage de la vidéoconférence en raison de la pandémie de COVID-19. Les résultats de l'analyse thématique et quantitative de ces chercheurs ( $N = 55$ ) montrent que la vidéoconférence peut provoquer de la fatigue chez les usagers et peut affecter leur bien-être. Les analyses indiquent que cette fatigue issue de la vidéoconférence est distincte de la fatigue liée au travail lesquelles ne se présentent pas sur une même trajectoire temporelle. De plus, l'étude de Montag et ses collaborateurs (2022) indique que la fatigue liée à la visioconférence est positivement associée au burnout et à la dépression. Les facteurs contribuant à la fatigue incluent la surcharge cognitive, l'anxiété liée à l'image de soi et la pression sociale accrue en visioconférence.

En ce qui a trait aux interactions et à la cohésion de groupe, les résultats révèlent des interactions moins fluides, mais tout de même possibles entre les participants. Plus précisément, les animateurs ont identifié moins de proximité et de spontanéité dans les interactions des participants. La revue systématique de Connolly et ses collègues (2020), qui s'intéresse aux attitudes des prestataires de services en santé mentale à l'égard de la télépratique, soulève que ceux-ci préfèrent généralement les rencontres en présentiel

qu'en virtuel. Pour les intervenants de la présente étude, ce sont les interactions et la cohésion de groupe spécifiquement qui amènent une appréciation moindre de la visioconférence par rapport au présentiel. En revanche, les résultats permettent tout de même de mettre en lumière que les partages des participants ont aidé d'autres participants à trouver leurs pistes de solutions, à se rassurer ou à se reconnaître dans leur vécu. Ainsi, la cohésion de groupe, c'est-à-dire la relation des participants avec d'autres participants (Burlingame et al., 2019), a pu néanmoins se développer et s'avérer bénéfique. Cela concorde avec les écrits de Yalom et Leszcz (2020) indiquant que les processus psychothérapeutiques des participants en groupe interagissent et s'enrichissent. En effet, selon le point de vue des intervenants, des participants ont pu adopter une autre perspective à l'égard de leur propre expérience grâce aux partages d'autres participants. Ainsi, les échanges auraient favorisé la défusion (Hayes et al., 2012), cette habileté à prendre un certain recul à l'égard de ses pensées de manière à ne pas les considérer comme des faits. En d'autres termes, cette prise de recul quant à leurs expériences internes a favorisé un regard nouveau sur celles-ci. Par conséquent, le groupe aurait favorisé la conscience métacognitive de participants. Cette aptitude est inhérente au concept de soi observateur, c'est-à-dire la conscience qui observe ses propres expériences (émotions, pensées, sensations) sans se définir par celles-ci (Hayes et al., 2012). Ainsi, les analyses laissent présumer que malgré le format en visioconférence, des interactions en groupe auraient pu susciter de la défusion et possiblement faciliter la perspective du soi observateur : des éléments inhérents à la thérapie d'acceptation et d'engagement. Or, plus d'investigation à cet effet est requise afin de confirmer de telles hypothèses.

En outre, dans la présente étude, la perception des intervenants de la qualité de l'alliance thérapeutique est variable selon la personne interviewée. Conformément à ces résultats, il ne semble pas avoir de consensus dans la littérature scientifique au sujet de la perception de l'alliance par visioconférence tant chez les thérapeutes que chez les clients. Selon les études, la perception de la qualité de l'alliance est parfois jugée meilleure en présentiel, et parfois meilleure en visioconférence (Ertelt et al., 2011; Turgoose et al., 2018; Watts et al., 2020). Puisque la présente étude n'a pas fait d'évaluation objective de l'alliance, les résultats ne permettent pas de se positionner à cet effet. Toutefois, hormis les préoccupations soulevées par les animateurs, l'état des connaissances indique que l'alliance en vidéoconférence demeure élevée et similaire à la qualité de l'alliance qui est observée en présentiel (Jenkins-Guarnieri et al., 2015; Reese et al., 2016; Simpson & Reid, 2014).

Par ailleurs, les réactions initiales des participants de la présente étude ont permis de se transformer en expérimentations diverses incluant le sentiment d'efficacité personnelle grâce à la pratique. Cet élément concorde avec les écrits de la revue systématique de Connolly et ses collaborateurs (2020) rassemblant 38 études incluant 3169 intervenants (psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, etc.). En effet, l'attitude des intervenants à l'égard des soins offerts en vidéoconférence pourrait être liée à leur degré d'expérience préalable. Ceux ayant davantage utilisé cette modalité auraient plus tendance à la juger acceptable. Plus précisément, la revue, comparant les intervenants utilisateurs et non-utilisateurs de la visioconférence, indique que les premiers adoptent une attitude plus

positive envers cette modalité et expriment une plus grande confiance dans leur capacité à fournir des soins à distance. Il semble donc que la pratique constitue non seulement un levier pour développer les habiletés, mais également pour transformer positivement les attitudes ou les réactions à l'utilisation de la visioconférence.

De plus, les résultats indiquent que le format en visioconférence a favorisé l'accessibilité du programme Roseau. Plus précisément, cette adaptation en télépratique a amené le Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA) à ouvrir l'accès au programme entre les différents secteurs qu'il dessert. À titre d'exemple, des usagers du secteur de Thetford Mines pouvaient dès lors être ajoutés à des groupes de traitement offerts par le secteur de Saint-Romuald. Cette approche a permis à des usagers en attente depuis longtemps d'accéder plus rapidement à des services offerts dans d'autres secteurs que le leur, contribuant ainsi à la réduction des listes d'attente. À l'instar des présents résultats, l'étude de Bleyel et ses collaborateurs (2020) souligne que 85 % des patients interrogés s'attendent que le format visioconférence favorise l'accès aux soins en santé mentale en réduisant le temps d'attente. Également, les résultats révèlent que la réduction des inconvénients du déplacement (temps, distance, conditions météorologiques défavorables) a également contribué à l'accessibilité du programme. Dans le même ordre d'idées, certains écrits soutiennent que la réduction des déplacements constitue un avantage susceptible de favoriser l'accès aux soins, notamment pour les patients confrontés à des obstacles géographiques ou logistiques (Bleyel et al., 2020; Connolly et al., 2020). En outre, sans l'adaptation en visioconférence, le Roseau aurait

fort probablement été cessé compte tenu des mesures de santé publique en vigueur du contexte pandémique de cette période. Ce format a donc permis la continuité des services dans un contexte marqué par une forte demande. Des études abondent dans ce sens en soutenant que la transition vers la visioconférence a permis la continuité des soins psychologiques, et ce, dans plusieurs pays comme la France (Schneider et al., 2022), la République tchèque, l'Allemagne et la Slovaquie (Humer et al., 2020). En somme, la visioconférence permet à des personnes en attente de services, atteintes de maladies, à risque, géographiquement éloignées ou vivant des conditions particulières, de recevoir des soins offerts par le système public pour le traitement de l'anxiété, et ce, indépendamment des contraintes météorologiques. Considérant le taux élevé d'anxiété de la société et l'accès restreint aux services, les modalités en visioconférence et en groupe offrent à la fois un bon rapport coût/ bénéfice ainsi que des retombées cliniques significatives dans la population.

En outre, les intervenants ont pu constater lors de leur animation du programme Roseau que certains participants évitaient davantage des sources d'anxiété due au format en ligne. En contrepartie, le format en visioconférence permettait à d'autres participants anxieux, une exposition progressive à des éléments qui leur étaient anxiogènes. À cet effet, l'article de Warnock-Parkes et ses collègues (2020) est un document d'orientation clinique fondé sur des données empiriques qui fournit des conseils aux cliniciens sur la manière d'administrer la thérapie à distance pour les personnes aux prises avec un trouble d'anxiété sociale. Les chercheurs indiquent que la thérapie à distance pourrait être particulièrement

avantageuse pour les individus atteints de trouble d'anxiété sociale qui ont souvent tendance à éviter ou à reporter l'accès à une thérapie en présentiel, notamment en raison de l'anxiété associée aux déplacements et aux rencontres en personne avec des professionnels de la santé mentale. Également, la revue systématique de Connolly et ses collègues (2020) indique que le format en visioconférence pourrait augmenter le confort du patient, diminuer son inhibition et ainsi servir de tremplin vers les soins pour les patients évitants. Ce constat amène à envisager la visioconférence comme un élément du contexte qui peut inciter l'évitement ou favoriser l'émergence de comportements cliniquement significatifs tels que l'exposition.

Enfin, le dernier élément expérimenté et soulevé par les intervenants concerne leur niveau d'aisance dans l'adaptation des exercices expérientiels. En effet, ce qui distingue l'ACT des autres approches est sa composante expérientielle, c'est-à-dire qu'elle intègre des métaphores, des exercices concrets ainsi que de la pratique de pleine conscience (Hayes et al., 2012). Or, un thérapeute pourrait s'interroger à savoir si les expérientiels sont faisables dans le contexte de la visioconférence. Les résultats de la présente étude indiquent que les expérientiels sont possibles en visioconférence à condition d'adapter préalablement les interventions pour un format à distance. En raison du contexte pandémique, des intervenants ont été amenés à s'adapter rapidement sans nécessairement avoir eu l'occasion de bien préparer l'adaptation des expérientiels ce qui a été signalé par ceux-ci. Pour d'autres, des adaptations ont pu être réalisées plus aisément. Par exemple, « la métaphore du tir à la corde » (Hayes et al., 2012) est un exercice expérientiel où le

participant est amené à tirer sur une corde pour faire tomber un monstre (l'intervenant) qui tient l'autre extrémité de la corde. Ce monstre représente des difficultés telles que le sentiment de honte ou l'anxiété. L'expérientiel amène entre autres à constater que l'énergie déployée pour la lutte avec le monstre empêche de se consacrer aux choses qui sont importantes pour soi. Il a été rapporté que cet exercice a été facilement adapté à la modalité en ligne, notamment en demandant aux participants de pousser contre un mur à domicile.

Par ailleurs, les résultats indiquent que, lorsque des défis se présentent, qu'ils soient reliés à l'animation d'expérientiels ou quelconques problèmes techniques, ceux-ci peuvent être utilisés pour faire des parallèles avec les notions de la flexibilité psychologique. Ainsi, les thérapeutes peuvent utiliser les problèmes imprévus du moment présent comme une occasion d'apprentissage pour faire des liens avec les notions présentées dans le programme. Ces résultats concordent avec l'approche de la thérapie analytique fonctionnelle (TAF). Cette approche comportementale relationnelle souligne l'importance d'être conscient des comportements cliniquement pertinents dans l'ici et maintenant pour favoriser les changements comportementaux (Tsai et al., 2014).

### Leçons tirées

Enfin, de la troisième rubrique « leçons tirées », sept thèmes ont émergé : prévenir les problèmes logistiques, prévoir les démarches en cas de crise, adapter les expérientiels, expliquer les règles de fonctionnement aux participants, s’assurer de prendre des pauses, favoriser la coopération entre les animateurs, favoriser l’exposition. Ces leçons tirées mettent en évidence l’avantage qu’a la recherche qualitative de renseigner sur la pratique clinique (Jando & Dionne, 2024).

La préparation s’avère un élément récurrent des leçons tirées. Tout d’abord, se pratiquer avec la plateforme (Zoom ou Teams) ainsi que faire des tests avec les participants ont été soulevés dans le but de favoriser l’aisance des intervenants, prévenir des problèmes logistiques et techniques. L’étude s’intéressant aux déterminants de la perception de la télépratique des psychologues européens (Haddouk et al., 2022), a soulevé que les intervenants ont dû entreprendre des consultations en ligne dans les conditions ardues et exceptionnelles des premiers confinements pour contrer la propagation de COVID-19, c’est-à-dire sans avoir préalablement acquis d’expérience ou reçues de formation en télépsychologie. Il en a été ainsi pour les animateurs de la présente étude, ce qui peut expliquer en partie la préparation manquante dans certains cas. Cela soulève des interrogations quant à la garantie d’un cadre clinique et éthique adéquat, ainsi que sur les améliorations nécessaires à apporter pour l’avenir. Les lignes directrices de l’exercice de la télépsychologie de l’American Psychological Association et de l’OPQ informent en effet que les psychologues doivent faire en sorte de prendre les mesures

raisonnables pour s'assurer de leur compétence, tant avec les technologies utilisées que des impacts potentiels de celles-ci sur les clients (American Psychological Association, 2024; OPQ, n.d.).

Ensuite, les intervenants ont mis en relief l'importance de préparer les démarches en cas de crise. D'ailleurs, l'OPQ (Marleau, 2021) recommande de prévoir une autre manière de communiquer avec le client si un problème technologique survient. Il est également pertinent de rappeler au client les ressources à sa disposition en cas d'urgence. Dans un autre ordre d'idée, les résultats révèlent que la collaboration entre intervenants s'est avérée aidante tant lors de problèmes techniques que lors de l'animation en général.

Par ailleurs, l'étude actuelle confirme que les règles de fonctionnement gagnent à être définies préalablement et expliquées aux participants dès le commencement du programme. Plus précisément, il s'agit des considérations relatives à la confidentialité et au fonctionnement général tel que la gestion des distractions. En matière de confidentialité, l'OPQ (n.d.) affirme que les mêmes règles s'appliquent qu'il s'agisse de traitement en présentiel ou en télépratique. Le psychologue doit tenir compte des caractéristiques de la situation et discuter des avantages et inconvénients de l'usage de la vidéoconférence. Or, le psychologue doit offrir ses services dans un lieu privé, s'assurer de la confidentialité des partages. Il peut inviter son client à faire de même. Il incombe au psychologue d'informer son client des règles de confidentialité qui régissent sa pratique et de discuter avec lui des risques de préjudice auxquels il pourrait s'exposer s'il se trouve

dans un environnement qui ne garantit pas la confidentialité des échanges, notamment en présence d'autres personnes. Par ailleurs, établir des normes de groupe (telles que l'utilisation de la sourdine et de la webcam, l'acceptation du multitâche, quand et comment parler) se présente comme une recommandation de Bennett et ses collègues (2021) lesquels ont investigué la fatigue liée à l'usage de la vidéoconférence. Ceux-ci indiquent les avantages de normes solides dans un groupe en ligne. D'une part, les individus ressentent moins d'ambiguïté quant au comportement acceptable et au moment où ce comportement doit être adopté. D'autre part, ils peuvent se sentir plus fortement liés au groupe ce qui devrait renforcer leur niveau d'intérêt et d'engagement dans la rencontre, et même entraîner moins de fatigue. Par ailleurs, il a été soulevé que l'implication des participants pourrait avoir un effet sur les bénéfices qu'ils retirent du programme. Ainsi, expliquer les bénéfices de l'investissement personnel pourrait s'imbriquer dans la présentation du fonctionnement général afin de faire bénéficier cette observation aux participants concernés.

En réponse aux exigences physiques expérimentées (fatigue physique et cognitive), des intervenants ont relevé qu'il est judicieux de prévoir des pauses plus fréquemment qu'en présentiel et de bien s'assurer de les prendre. Par exemple, si des participants ont des questions ou des demandes, celles-ci ne devraient pas avoir lieu durant les pauses. Conformément à ces leçons tirées, la même étude de Bennett et ses collaborateurs (2021) indique des recommandations pour limiter la fatigue. Notamment, les auteurs suggèrent de faire des pauses pendant les périodes de visioconférences (p. ex., détourner le regard

de l'écran, se lever et marcher) et entre les visioconférences. De plus, les chercheurs indiquent que le facteur de protection le plus considérable pour contrer la fatigue liée à la vidéoconférence est un haut niveau de sentiment d'appartenance au groupe. En outre, utiliser un affichage qui retire de la vue la vidéo de soi-même peut réduire les stimuli, les distractions, les préoccupations sur soi et conséquemment, la fatigue.

Enfin, tel que décrit précédemment, la modalité en ligne a pu moduler l'exposition de certains participants anxieux. Ainsi, il apparaît avantageux de porter une attention particulière aux caractéristiques des participants afin de limiter leur évitement expérientiel et plutôt favoriser leur exposition progressive. Cet élément permet de mettre en relief que cette dimension subjective est à prendre en considération lors de l'animation en visioconférence pour adapter les interventions aux besoins spécifiques des individus. En d'autres termes, en accord avec l'approche de l'ACT (Hayes & Strosahl, 2004), il semble souhaitable d'accompagner les clients à prendre conscience de ce qui les habite dans le moment présent (phénomènes internes comme leurs pensées, sensations et émotions) en relation avec les évènements environnementaux (tel que l'usage de la modalité en ligne). Ainsi, les stratégies d'évitement peuvent mieux être identifiées tout comme les comportements possibles en accord avec leurs valeurs.

### **Limites**

Les limites de l'étude qui suivent favorisent une interprétation plus nuancée des résultats. Premièrement, il va sans dire que l'étude a été réalisée durant une période sans

précédent qu'est la pandémie de COVID-19. Bien qu'il s'agisse d'une des rares études ayant questionné des intervenants pratiquant l'ACT dans le contexte pandémique, il n'en demeure pas moins que les résultats ne peuvent être transférés à d'autres contextes sans respecter certaines conditions. En effet, ces constats sont transférables surtout lorsque les conditions suivantes sont réunies : coanimation interprofessionnelle formée à l'ACT, groupes de 8 à 15 personnes, plateforme stable avec soutien technique minimal, protocole de gestion de crise et règles de fonctionnement explicites. Par ailleurs, des recherches ultérieures pourraient permettre de mieux distinguer les effets de la pandémie de ceux relatifs à l'adaptation à la visioconférence.

Deuxièmement, il est à noter que la méthodologie n'inclut pas d'accord interjuge dans la codification des thèmes et rubriques. En effet, aucun évaluateur indépendant n'a été consulté dans ce processus de codification. Néanmoins, une approche par comité a été réalisée. Celle-ci a impliqué un travail en étroite collaboration entre la chercheure principale et le directeur du projet. Or, les différentes étapes de la méthodologie de recherche ont été explicitées rigoureusement et appuyées par la littérature conformément aux normes établies pour la recherche qualitative.

Troisièmement, l'échantillon était composé de femmes uniquement. Des études ultérieures pourraient s'intéresser à l'expérience des intervenants masculins lors de l'animation de traitements de groupe par visioconférence, et plus spécifiquement, auprès de personnes aux prises avec l'anxiété. Par ailleurs, l'échantillon à l'étude est composé à

la fois de psychologues et de travailleuses sociales. Ces deux perspectives ont probablement pu enrichir les résultats obtenus. En outre, le regard des patients n'a pas été analysé dans cette étude alors que cela pourrait être complémentaire aux présentes conclusions.

Quatrièmement, bien que la taille de l'échantillon ( $N=6$ ) soit tout de même satisfaisante pour le devis qualitatif (Guest et al., 2006), elle demeure relativement petite. Toutefois, grâce à l'approche qualitative, cette étude permet d'explorer un phénomène d'exception, de bien prendre en considération le contexte tout en saisissant les nuances qu'offrent les perspectives idiosyncrasiques. En effet, l'aspect holistique de l'analyse qualitative permet de saisir les interrelations entre les conditions de l'expérience des sujets. De plus, le type d'analyse offre l'avantage d'être utile pour la pratique clinique (Jando & Dionne, 2024).

En dépit de ces limites, cette étude est une des rares ayant exploré l'expériences des intervenants pratiquant l'ACT durant la pandémie. Également, peu d'études s'intéressent au traitement de l'anxiété en format de groupe et en format visioconférence. Dans le cadre de recherches futures, il serait pertinent de s'intéresser à la perspective des bénéficiaires d'un programme ACT tel que le Roseau. Cela permettrait de récolter une perspective complémentaire à celle des intervenants quant à leur expérience du traitement par vidéoconférence. Le développement des connaissances à l'égard du traitement de groupe

ACT en télépratique pourra étayer son déploiement et ainsi favoriser l'accès à des soins de santé mentale de qualité.

## **Conclusion**

L'objectif de cette étude était d'explorer et de mieux comprendre l'expérience des intervenants concernant l'utilisation de la visioconférence dans le cadre de l'animation d'un programme de groupe basé sur l'ACT pour le traitement de l'anxiété. Cette étude a permis d'examiner les avantages et les inconvénients perçus de cette modalité, dans le contexte particulier de la pandémie. Trois rubriques ont émergé des résultats, illustrant le processus évolutif des animateurs dans leur adaptation à la visioconférence : les réactions initiales, les expérimentations et les leçons tirées.

L'étude offre un éclairage nouveau dans le domaine de l'intervention de groupe adoptant un format en visioconférence. À notre connaissance, aucune étude ne s'est encore intéressée à la combinaison de l'expérience idiosyncrasique d'intervenants animant un programme ACT de groupe destiné à des personnes anxieuses, dans un contexte pandémique. Les résultats mettent notamment en exergue la pertinence de s'intéresser aux expériences subjectives des personnes pour y extraire des apprentissages utiles sur le plan clinique. En effet, ce travail pourra inspirer des recommandations d'ordre éthique, déontologique, clinique et logistique à l'intention d'une équipe souhaitant former ses intervenants à l'utilisation de la technologie. Certaines difficultés pourront être prévenues grâce aux leçons tirées de cette étude : prévenir les problèmes logistiques, prévoir les démarches en cas de crise, expliquer les règles de fonctionnements aux participants, s'assurer de prendre des pauses, adapter les expérientiels et favoriser la coopération entre

les animateurs. Par ailleurs, les résultats permettent d'établir des jalons scientifiques soutenant l'acceptabilité de ce type d'initiative. Plus encore, l'étude met en lumière la faisabilité de l'adaptation des exercices expérientiels propres à l'ACT à la visioconférence. Il a ainsi été constaté que ces exercices peuvent être réalisés à distance, moyennant une préparation adéquate à la plateforme utilisée et certaines adaptations des interventions. Étant donné que les exercices expérientiels sont au cœur de l'approche ACT, leur adaptabilité à la télépratique constitue une condition essentielle à l'intégrité de l'intervention.

Par ailleurs, les améliorations discutées se rapportent à des aspects spécifiques de la composition et de la taille de l'échantillon, de la transférabilité des résultats et de la méthode employée pour la révision des thèmes. De manière complémentaire à cette étude, des recherches futures pourraient être réalisées afin de créer des traitements ACT en visioconférence et en groupe pour d'autres problématiques de santé mentale. La réalisation d'essais contrôlés randomisés (ECR) serait pertinente afin d'évaluer de manière rigoureuse l'efficacité de telles initiatives. Le présent travail ouvre par ailleurs une réflexion sur le rôle de la visioconférence dans l'organisation de l'offre de soins en santé mentale, notamment dans des établissements comme le CISSS de Chaudière-Appalaches. Les résultats indiquent que la visioconférence peut réduire les listes d'attente, faciliter l'accès aux services dans certains secteurs moins bien desservis et favoriser l'exposition progressive pour certains individus anxieux. Il met également en lumière le potentiel du format de groupe, dont le rapport coûts-bénéfices favorable en fait une

solution prometteuse aux enjeux persistants d'accessibilité aux services en santé mentale. Dans cette optique, l'intégration de modalités de télépratique de groupe au sein du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) pourrait représenter une piste stratégique à explorer pour améliorer l'accès équitable aux soins psychologiques.

## **Références**

- Allami, Y., Vitaro, F., Brendgen, M., Carboneau, R., & Tremblay, R. E. (2018). Identifying at-risk profiles and protective factors for problem gambling: A longitudinal study across adolescence and early adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 32(3), 373-382. <https://doi.org/10.1037/adb0000356>
- Allen, N. B. (2002). Cognitive therapy of depression. Aaron T Beck, A John Rush, Brian F Shaw, Gary Emery. New York: Guilford Press, 1979. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 36(2), 275-278. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.t01-5-01015.x>
- American Psychiatric Association. (APA) (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision* (5<sup>e</sup> éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychological Association. (2015). Dictionary of psychology (2<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychological Association (2020). *Patients with depression and anxiety surge as psychologists respond to the coronavirus pandemic*. <https://www.apa.org/news/press/releases/2020/11/telehealth-survey-summary.pdf>
- American Psychological Association (2022). Division 12 - Society of Clinical Psychology. *Acceptance and Commitment Therapy for mixed anxiety disorders*. <https://div12.org/psychological-treatments/treatments/acceptance-and-commitment-therapy-for-mixed-anxiety-disorders/>
- American Psychological Association (2024). *Guidelines for the practice of telepsychology*. <https://www.apa.org/about/policy/telepsychology-revisions>
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327-335. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>

- Barkowski, S., Schwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., & Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 30(8), 965-982. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440>
- Batastini, A. B., Paprzycki, P., Jones, A. C. T., & MacLean, N. (2021). Are videoconferenced mental and behavioral health services just as good as in-person? A meta-analysis of a fast-growing practice. *Clinical Psychology Review*, 83, Article 101944. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101944>
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Bellemare, S., Morin, S., & Bleau, P. (2020). Document d'information à l'intention des établissements. Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM). *Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-914-07W.pdf>
- Bennett, A. A., Campion, E. D., Keeler, K. R., & Keener, S. K. (2021). Videoconference fatigue? Exploring changes in fatigue after videoconference meetings during COVID-19. *Journal of Applied Psychology*, 106(3), 330-344. <https://doi.org/10.1037/apl0000906>
- Beygi, Z., Jangali, R. T., Derakhshan, N., Alidadi, M., Javanbakhsh, F., & Mahboobizadeh, M. (2023). An overview of reviews on the effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on depression and anxiety. *Iranian Journal of Psychiatry*, 18(2), 248-257. <https://doi.org/10.18502/ijps.v18i2.12373>
- Bleyel, C., Hoffmann, M., Wensing, M., Hartmann, M., Friederich, H.-C., & Haun, M. W. (2020). Patients' perspective on mental health specialist video consultations in primary care: Qualitative preimplementation study of anticipated benefits and barriers. *Journal of Medical Internet Research*, 22(4), Article e17330. <https://doi.org/10.2196/17330>
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 612-624. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008>
- Bokma, W. A., Batelaan, N. M., van Balkom, A. J. L. M., & Penninx, B. W. J. H. (2017). Impact of anxiety and/or depressive disorders and chronic somatic diseases on disability and work impairment. *Journal of Psychosomatic Research*, 94, 10-16. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.01.004>

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bouchard, S., Allard, M., Robillard, G., Dumoulin, S., Guitard, T., Loranger, C., Green-Demers, I., Marchand, A., Renaud, P., Cournoyer, L. G., & Corno, G. (2020). Videoconferencing psychotherapy for panic disorder and agoraphobia: Outcome and treatment processes from a non-randomized non-inferiority trial. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 2164. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02164>
- Burley, J., & McAloon, J. (2024). Group Acceptance and Commitment Therapy for adolescent anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 31, Article 100712. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.11.003>
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Yang, C. (2019). Cohesion in group therapy. Dans J. C. Norcross & M. J. Lambert (Éds), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (3<sup>e</sup> éd., pp. 205-244). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0006>.
- Carabin, F. C., & Croteau, L. (2023, 8 Mai). Où sont les psychologues au Québec? *Le Devoir* <https://www.ledevoir.com/societe/sante/790591/sante-mentale-les-psychologues-peinent-a-repondre-a-la-demande-en-region>
- Collège des médecins. (2022). *Sondage du collège des médecins, Consultations et délais*. <https://www.cmq.org/fr/actualites/sondage-du-college-des-medecins-du-quebec>
- Connolly, S. L., Miller, C. J., Lindsay, J. A., & Bauer, M. S. (2020). A systematic review of providers' attitudes toward telemental health via videoconferencing. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(2), Article 12311. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12311>
- Conrod, P. J., Castellanos-Ryan, N., & Mackie, C. (2011). Long-term effects of a personality-targeted intervention to reduce alcohol use in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 296-306. <https://doi.org/10.1037/a0022997>
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263, 107-120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.154>
- Couturier, C. (2021, 13 Février). Le trop difficile accès à un psychologue. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/594966/le-trop-difficile-acces-a-un-psychologue>

- Dobson, D., & Dobson, K. S. (2018). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy* (2<sup>e</sup> éd.). Guilford Press.
- Douma, M., Maurice-Stam, H., Gorter, B., Krol, Y., Verkleij, M., Wiltink, L., & Grootenhuis, M. A. (2020). Online psychosocial group intervention for parents: Positive effects on anxiety and depression. *Journal of Pediatric Psychology*, 46(2), 123-134. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa102>
- Elton-Marshall, T., Wells, S., Jankowicz, D., Nigatu, Y. T., Wickens, C. M., Rehm, J., & Hamilton, H. A. (2021). Multiple COVID-19 risk factors increase the likelihood of experiencing anxiety symptoms in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry/ La revue canadienne de psychiatrie*, 66(1), 56-58. <https://doi.org/10.1177/0706743720949356>
- Ertelt, T. W., Crosby, R. D., Marino, J. M., Mitchell, J. E., Lancaster, K., & Crow, S. J. (2011). Therapeutic factors affecting the cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa via telemedicine versus face-to-face delivery. *International Journal of Eating Disorders*, 44(8), 687-691. <https://doi.org/10.1002/eat.20874>
- Esmaeelzadeh, S., Moraros, J., Thorpe, L., & Bird, Y. (2018). The association between depression, anxiety, and substance use among Canadian post-secondary students. *Neuropsychiatry Disease and Treatment*, 14, 3241-3251. <https://doi.org/10.2147/NDT.S187419>
- Fernandez, E., Woldgabreal, Y., Day, A., Pham, T., Gleich, B., & Aboujaoude, E. (2021). Live psychotherapy by video versus in-person: A meta-analysis of efficacy and its relationship to types and targets of treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(6), 1535-1549. <https://doi.org/10.1002/cpp.2594>
- Ferreira, M. G., Mariano, L. I., Rezende, J. V. d., Caramelli, P., & Kishita, N. (2022). Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 309, 297-308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.134>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Gaudet, S., & Robert, D. (2018). *L'aventure de la recherche qualitative : du questionnement à la rédaction scientifique*. Presses de l'Université d'Ottawa.
- Gentry, M. T., Lapid, M. I., Clark, M. M., & Rummans, T. A. (2019). Evidence for telehealth group-based treatment: A systematic review. *Journal of Telemedicine & Telecare*, 25(6), 327-342. <https://doi.org/10.1177/1357633X18775855>

- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of Acceptance and Commitment Therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Gouvernement du Québec (2022). *Le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301>
- Gouvernement du Québec (2023). *Tableau de bord – Performance du réseau de la santé et des services sociaux*. Ministère de la santé et des Services sociaux. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOTFmZjc4NzAtMTBkMS00OTE5LWE4YjQtZTIzOTc5NDZjNmZlIwidCI6IjA2ZTFmZTI4LTVmOGItNDA3NS1iZjZjLWFIMjRiZTFhNzk5MiJ9>
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Haddouk, L., Milcent, C., & Gabri, S. (2022). *La télépsychologie en France depuis le COVID-19 : la formation comme facteur clé de la pratique de la télépsychologie et la satisfaction des psychologues dans les consultations en ligne*. <https://centreborelli.ens-paris-saclay.fr/fr/publications/la-telepsychologie-en-france-depuis-le-covid-19-la-formation-comme-facteur-cle-de-la>
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Springer Science.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & Fang, A. (2012). The efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Horwitz, V. A. (2013). *Anxiety: A short history*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Humer, E., Pieh, C., Kuska, M., Barke, A., Doering, B. K., Gossman, K., Trnka, R., Meier, Z., Kascakova, N., Tavel, P., & Probst, T. (2020). Provision of psychotherapy during the COVID-19 pandemic among Czech, German and Slovak psychotherapists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), Article 4811. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134811>

- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2021). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Troubles d'anxiété*. <https://statistique.quebec.ca/vitrine/egalite/dimensions-egalite/sante/troubles-anxiete>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2020). *L'effet combiné de la multimorbidité et des troubles mentaux sur les admissions fréquentes à l'urgence chez les adultes québécois*. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2645\\_effet\\_multimorbidite\\_troubles\\_mentaux\\_urgence.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2645_effet_multimorbidite_troubles_mentaux_urgence.pdf)
- Jando, C., & Dionne, F. (2024). A call for qualitative research in contextual behavioral science. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, Article 100751. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100751>
- Jenkins-Guarnieri, M. A., Pruitt, L. D., Luxton, D. D., & Johnson, K. (2015). Patient perceptions of telemental health: Systematic review of direct comparisons to in-person psychotherapeutic treatments. *Telemedicine and e-Health*, 21(8), 652-660. <https://doi.org/10.1089/tmj.2014.0165>
- Kivlighan III, D. M., Aloe, A. M., Adams, M. C., Garrison, Y. L., Obrecht, A., Ho, Y. C. S., Kim, J. Y., Hooley, C., Chan, L., & Deng, K. (2020). Does the group in group psychotherapy matter? A meta-analysis of the intraclass correlation coefficient in group treatment research. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 88(4), 322-337. <https://doi.org/10.1037/ccp0000474>
- Knott, V., Habota, T., & Mallan, K. (2020). Attitudes of Australian psychologists towards the delivery of therapy via video conferencing technology, *Australian Psychologist*, 55(6), 606-617. <https://doi.org/10.1111/ap.12464>
- Konnopka, A., & König, H. (2020). Economic burden of anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *PharmacoEconomics*, 38(1), 25-37. <https://doi.org/10.1007/s40273-019-00849-7>
- Lanouette, C. (2023). Matière à réflexion : l'accès aux soins de psychothérapie au Québec. *Service de la recherche de la Bibliothèque de l'Assemblée nationale*. <https://premierelecture.bibliotheque.assnat.qc.ca/2023/01/16/matiere-a-reflexion-lacces-aux-soins-de-psychotherapie-au-quebec/>
- Lapalme, M., Moreault, B., Fansi, A. K., & Jehanno, C. (2017). Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec : état des connaissances. *Institut national d'excellence en santé et services sociaux*. [http://www.santecom.qc.ca/Bibliotheque\\_virtuelle/INESSS/9782550803997.pdf](http://www.santecom.qc.ca/Bibliotheque_virtuelle/INESSS/9782550803997.pdf)

- Lapointe, L. (2023). *L'évaluation d'un programme d'intervention en groupe basé sur la thérapie d'acceptation et d'engagement pour les symptômes anxieux* [Essai de doctorat]. Université du Québec à Trois-Rivières, QC. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/10613/#:~:text=L%27%C3%A9valuation%20d%27un%20programme%20d%27intervention%20en%20groupe%20bas%C3%A9%20sur,de%20l%27essai%20est%20r%C3%A9dig%C3%A9e%20sous%20forme%20d%27article%20scientifique>
- Lin, T., Heckman, T. G., & Anderson, T. (2022). The efficacy of synchronous teletherapy versus in-person therapy: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(2), 167-178. <https://doi.org/10.1037/cps000005610.1037/cps0000056.supp> (Supplemental)
- Marleau, I. (2021). La télépratique : le recours à la vidéoconférence. *Ordre des psychologues du Québec*. <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/la-telepratique-le-recours-a-la-videoconference>
- McCord, C. E. (2020). Guest editorial: Introduction to the special issue on telepsychology: Research, training, practice, and policy. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 925-928. <https://doi.org/10.1002/jclp.22970>
- Menear, M., Gilbert, M., & Fleury, M.-J. (2017). Améliorer la santé mentale des populations par l'intégration des soins de santé mentale aux soins primaires. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 243-271. <https://doi.org/10.7202/1040253ar>
- Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. [https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human\\_face\\_f.pdf?utm](https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf?utm)
- Monestès, J.-L., & Villatte, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement*. Elsevier Masson.
- Montag, C., Rozgonjuk, D., Riedl, R., & Sindermann, C. (2022). On the associations between videoconference fatigue, burnout and depression including personality associations. *Journal of Affective Disorders Reports*, 10, Article 100409. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100409>
- Neveu, C., & Dionne, F. (2010). Introduction à la troisième génération de thérapie comportementale et cognitive. *Revue Québécoise de Psychologie*, 31(3), 15-36.
- Ngô, T., & Dionne, E. (2018). La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) : une approche combinant la pleine conscience et l'action. Dans A. Devault & G. Pérodeau (éds), *Pleine conscience et relation d'aide. Théories et pratiques* (pp. 87-105). Presses de l'Université Laval.

Ordre des psychologues du Québec (OPQ). (n.d.). *Guide de pratique concernant l'exercice de la télépsychologie*. <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/Guide+de+pratique+concernant+1%20%80%99exercice+de+la+t%C3%A9C3%A9%C3%A9psychologie/5175fd35-d45b-4cbe-99e3-e46ff5079552>

Ordre des psychologues du Québec (OPQ). (2021a). *Mémoire de l'Ordre des psychologues du Québec présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Dans le cadre des consultations concernant les effets de la pandémie sur la santé mentale*. <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/500970/M%C3%A9moire%20de%20l'OPQ%20pr%C3%A9sent%C3%A9%20au%20MSSS%20dans%20le%20cadre%20des%20consultations%20concernant%20les%20effets%20de%20la%20pand%C3%A9mie%20sur%20la%20sant%C3%A9%20mentale/5ad34f11-f5db-da16-b13f-e401b6ced726>

Ordre des psychologues du Québec (OPQ). (2021b). *Sondage sur la pandémie de COVID-19 – Télépratique*. <https://www.ordrepsy.qc.ca/fr/sondage-telepratique-membres>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2021). *Plan d'action globale pour la santé mentale 2013-2030*. <https://www.who.int/fr/publications/item/9789240031029>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2023). *Avant-projet de mise à jour de l'Appendice 2 du Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 : mise à jour des options possibles pour la mise en œuvre*. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/french-zero-draft-of-updated-appendix-2-of-the-comprehensive-mental-health-action-plan.pdf?sfvrsn=44b417b8\\_10](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/french-zero-draft-of-updated-appendix-2-of-the-comprehensive-mental-health-action-plan.pdf?sfvrsn=44b417b8_10)

Otared, N., Moharrampour, N. G., Vojoudi, B., & Najafabadi, A. J. (2021). A group-based online Acceptance and Commitment Therapy treatment for depression, anxiety symptoms and quality of life in healthcare workers during COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 21(3), 399-411.

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5<sup>e</sup> éd.). Armand Colin.

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3<sup>e</sup> éd.). Sage Publications.

Perrin, P. B., Rybarczyk, B. D., Pierce, B. S., Jones, H. A., Shaffer, C., & Islam, L. (2020). Rapid telepsychology deployment during the COVID-19 pandemic: A special issue commentary and lessons from primary care psychology training. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1173-1185. <https://doi.org/10.1002/jclp.22969>

- Perry, K., Gold, S., & Shearer, E. M. (2020). Identifying and addressing mental health providers' perceived barriers to clinical video telehealth utilization. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1125-1134. <https://doi.org/10.1002/jclp.22770>
- QSR International Pty Ltd. (2020). *NVivo (version 20.6.2)* [Logiciel].
- Reese, R. J., Mecham, M. R., Vasilj, I., Lengerich, A. J., Brown, H. M., Simpson, N. B., & Newsome, B. D. (2016). The effects of telepsychology format on empathic accuracy and the therapeutic alliance: An analogue counselling session. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16(4), 256-265. <https://doi.org/10.1002/capr.12092>
- Santomauro, D. (2021) Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Schneider, B., Truong-Minh, E., & Jover, M. (2022). Le psychologue face au Covid-19 : enquête exploratoire sur les pratiques en distanciel. *Pratiques psychologiques*, 29(2), 71-85. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2022.10.001>
- Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280-299. <https://doi.org/10.1111/ajr.12149>
- Suls J. (2018). Toxic affect: Are anger, anxiety, and depression independent risk factors for cardiovascular disease? *Emotion Review*. 10(1), 6-17. <https://doi.org/10.1177/1754073917692863>
- Tolin, D. F., Gilliam, C. M., & Dufresne, D. (2010). The economic and social burden of anxiety disorders. Dans D. J. Stein, E. Hollander, & B. O. Rothbaum (Éds), *Textbook of anxiety disorders* (2<sup>e</sup> éd., pp. 731-746). American Psychiatric Publishing.
- Tsai, M., Yard, S., & Kohlenberg, R. J. (2014). Functional analytic psychotherapy: A behavioral relational approach to treatment. *Psychotherapy*, 51(3), 364-371. <https://doi.org/10.1037/a0036506>
- Tucker, M., & Oei, T. P. (2007). Is group more cost effective than individual cognitive behaviour therapy? The evidence is not solid yet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(1), 77-91. <https://doi.org/10.1017/S1352465806003134>
- Turgoose, D., Ashwick, R., & Murphy, D. (2018). Systematic review of lessons learned from delivering tele-therapy to veterans with post-traumatic stress disorder. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(9), 575-585. <https://doi.org/10.1177/135763x17730443>

- van Dijk, S. D. M., Bouman, R., Folmer, E. H., den Held, R. C., Warringa, J. E., Marijnissen, R. M., & Voshaar, R. C. O. (2020). (Vi)-rushed into online group schema therapy based day-treatment for older adults by the COVID-19 outbreak in the Netherlands. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(9), 983-988. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.028>
- Varker, T., Brand, R. M., Ward, J., Terhaag, S., & Phelps, A. (2019). Efficacy of synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment. *Psychological Services*, 16(4), 621-635. <https://doi.org/10.1037/ser0000239>
- Warnock-Parkes, E., Wild, J., Thew, G. R., Kerr, A., Grey, N., Stott, R., Ehlers, A., & Clark, D. M. (2020). Treating social anxiety disorder remotely with cognitive therapy. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13, Article e30. <https://doi.org/10.1017/S1754470X2000032X>
- Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G., & Dugas, M. J. (2020). Telepsychotherapy for generalized anxiety disorder: Impact on the working alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 208-225. <https://doi.org/10.1037/int0000223>
- White, J. R., & Freeman, A. S. (2000). *Cognitive-behavioral group therapy: For specific problems and populations*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10352-000>
- Whitfield, G. (2010). Group cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(3), 219-227. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.108.005744>
- Whittingham, M., Lefforge, N. L., & Marmarosh, C. (2021). Group psychotherapy as a specialty: An inconvenient truth. *American Journal of Psychotherapy*, 74(2), 60-66. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200037>
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., & Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6<sup>e</sup> éd.). Basic Books.

**Appendice A**  
Contenu du programme Roseau

**Tableau 1***Contenu du programme Roseau*

Semaines	Contenu
0	<p>Rencontre d'évaluation pré-groupe individuelle</p> <p>Capsule Web d'introduction : Qu'est-ce que l'anxiété?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition, statistiques, symptômes, facteurs de risque, facteurs prédisposants/précipitants/perpétuants</li> <li>• Définition du stress, sortes de stress, déclencheurs, réactions</li> <li>• Exercice : trois minutes d'expansion pour mieux tolérer l'anxiété</li> </ul>
1	<p>Rencontre de groupe : Le désespoir créatif et l'acceptation des émotions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les neuf émotions de base</li> <li>• Métaphore du tir à la corde</li> <li>• Définition de l'acceptation</li> <li>• Métaphore de la tante Irma</li> <li>• Stratégies de contrôle</li> <li>• Métaphore de l'interrupteur de lutte</li> <li>• Réflexion personnelle sur les réactions de lutte et d'évitement</li> <li>• L'acceptation de la réalité pour tolérer la détresse</li> </ul> <p>Capsule Web complémentaire : Émotions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition des émotions, émotions de base</li> <li>• Mythes et réalités sur les émotions, fonctions des émotions</li> <li>• Processus émotionnel</li> <li>• Exercice : l'acceptation des émotions</li> </ul>
2	<p>Capsule Web : Le désespoir créatif et l'acceptation des émotions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrôler VS accueillir la détresse</li> <li>• Métaphore du monstre de l'anxiété</li> <li>• Exercice : cinq minutes de centration sur la respiration</li> </ul>
3	<p>Rencontre de groupe : La défusion face aux pensées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercice d'identification des pensées « hameçons »</li> <li>• Techniques de défusion cognitive</li> </ul> <p>Capsule Web complémentaire : Faire face, exposition</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition de la tolérance à la détresse, stratégies d'acceptation</li> <li>• Intolérance à l'incertitude, inquiétudes, suppression des pensées</li> <li>• Motivation aux changements, étapes de changement de Prochaska</li> <li>• Exercice : pleine conscience</li> </ul>

**Tableau 1***Contenu du programme Roseau (suite)*

Semaines	Contenu
4	<p>Capsule Web : La défusion face aux pensées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fusion cognitive, stratégies de défusion</li> <li>• Métaphore du cinéma pour considérer les pensées comme ce qu'elles sont</li> <li>• Métaphore du pop-corn pour choisir les pensées que l'on souhaite écouter</li> <li>• Référence YouTube : « Comment ne plus vous faire hameçonner? » par Benjamin Schoendorff, psychologue à l'Institut de psychologie contextuelle</li> <li>• Exercice : regarder nos pensées</li> </ul>
5	<p>Rencontre de groupe : Le moment présent</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiration diaphragmatique</li> <li>• Exercices de pratique informelle de la pleine conscience</li> </ul> <p>Capsule Web complémentaire : Résolution de problèmes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Étapes de la résolution de problèmes</li> <li>• Définition de l'affirmation de soi, capacité à s'exprimer, capacité à défendre ses droits, capacité à s'exprimer de façon directe, honnête et appropriée, avantages de l'affirmation de soi</li> <li>• Modes d'affirmation</li> <li>• Ce qui n'est pas de l'affirmation</li> <li>• Stratégies d'affirmation</li> <li>• Exercice : le vagabondage de mes pensées</li> </ul>
6	<p>Capsule Web : Le moment présent</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégies d'application du moment présent</li> <li>• Exercice du bras en direction du passé-présent-futur</li> <li>• Pleine conscience lors d'une activité choisie par le participant</li> <li>• Manger en pleine conscience</li> <li>• Exercice : le lieu de refuge</li> </ul>

**Tableau 1***Contenu du programme Roseau (suite)*

Semaines	Contenu
7	<p>Rencontre de groupe : Le Soi observateur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Journal des stratégies d'adaptation et leur efficacité</li> <li>• Exercice pour prendre une distance avec les pensées, émotions et actions</li> <li>• Métaphore sur les manières de croire et de voir</li> </ul> <p>Capsule Web complémentaire : Habitudes de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition de l'équilibre de vie, temps pour soi, prendre soin de soi</li> <li>• Les bienfaits de l'activité physique : capsule vidéo par Jézabel Amesse, kinésiologue et agente de promotion des saines habitudes de vie</li> <li>• Les saines habitudes de consommation</li> <li>• L'hygiène du sommeil</li> <li>• La saine alimentation</li> <li>• L'utilité de la médication</li> <li>• La pyramide de Maslow</li> <li>• Exercice : faites une petite pause avec « l'espace respiratoire »</li> </ul>
8	<p>Capsule Web : Le Soi observateur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition du Soi observateur, métaphore du ciel et du temps, métaphore de la caméra</li> <li>• Exercice du rappel des souvenirs en posture d'observateur</li> <li>• Exercice : trois minutes pour introduire le Soi observateur</li> </ul>
9	<p>Rencontre de groupe : Les valeurs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Texte sur le sens à sa vie</li> <li>• Exercices d'identification des valeurs</li> </ul> <p>Capsule Web complémentaire : Bienveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition de l'estime de soi, construction de l'estime de soi</li> <li>• Définition de la bienveillance envers soi, fonction de la bienveillance</li> <li>• Les modes « faire » et « être »</li> <li>• Exercice : méditation de bienveillance</li> </ul>

**Tableau 1***Contenu du programme Roseau (suite)*

Semaines	Contenu
10	<p>Capsule Web : Les valeurs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition des valeurs</li> <li>• Distinction entre buts et valeurs</li> <li>• L'importance de clarifier ses valeurs</li> <li>• Exercice : relâcher, accepter, aimer</li> </ul>
11	<p>Rencontre de groupe : Les actions engagées et utiles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réflexion personnelle sur les obstacles à l'action engagée</li> <li>• Exercice d'identification des stratégies les plus utiles depuis le début des rencontres et des actions engagées à poursuivre</li> </ul> <p>Capsule Web complémentaire : Prévention, rechute</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le réseau social</li> <li>• Identifier ses besoins</li> <li>• Agir en direction de ses valeurs</li> <li>• Exercice : les feuilles sur la rivière</li> </ul>
12	<p>Capsule Web : Les actions engagées et utiles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition de l'action engagée, stratégies pour agir en direction de ses valeurs</li> <li>• Établir des objectifs réalistes</li> <li>• Comment surmonter les obstacles aux actions engagées</li> <li>• L'importance de s'engager et d'agir selon ses valeurs</li> <li>• Référence YouTube : « Les passagers de l'autobus » par Benjamin Schoendorff, psychologue à l'Institut de psychologie contextuelle</li> <li>• Exercice : l'expansion; plus je m'expose, plus je me repose</li> </ul>
13	<p>Capsule Web : Maintien des acquis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les six principes fondamentaux de l'ACT</li> <li>• L'hexaflex et l'engagement au quotidien</li> <li>• L'état d'équilibre</li> <li>• Les signaux d'alarme d'une rechute</li> <li>• Exercice : la bulle</li> </ul>

**Appendice B**  
Canevas d'entrevue

## ENTREVUE *ANIMATEUR*

### INTRODUCTION

- Remercier de la présence
- Se présenter
- But de l'étude : recueillir votre expérience, votre point de vue sur ce programme et sur l'aspect visioconférence
- Demander les initiales
- Demander le mois de la participation

### EXPÉRIENCE AVEC LA PLATEFORME

1. Dans le cadre du programme, vous avez utilisé la plateforme Teams, c'est bien cela?
    - 1.1. Quelle a été votre expérience dans l'utilisation de cette plateforme?
    - 1.2. Comment évaluez-vous cet outil comme moyen de suivre un programme d'intervention comme le Roseau?
    - 1.3. Quelle a été votre expérience d'intervenir par le biais de cette plateforme?
    - 1.4. Comment décririez-vous les interactions entre les participants?
    - 1.5. Quelle a été votre expérience en lien avec les aspects techniques avec la plateforme Teams?
- Et en lien avec le programme Roseau en général? (Capsules Web à visionner)

### COMPARAISON AVEC LES INTERVENTIONS EN PRÉSENCE

2. Si vous aviez à choisir entre la passation du programme en face à face ou sur la plateforme Teams, que choisiriez-vous? Et pourquoi?
  - 2.1. En quoi l'expérience d'être en Teams est-elle similaire ou différente d'une expérience en face à face?
  - 2.2. Selon vous, quels sont les avantages que vous avez expérimentés avec l'utilisation de la plateforme?
  - 2.3. Quels sont les aspects plus négatifs que vous avez expérimentés avec l'utilisation de la plateforme?

2.4. Est-ce qu'il y aurait d'autres éléments que vous aimeriez ajouter en général?

- sur le programme Roseau
- ou sur son format en visioconférence?

2.5. D'autres questions/commentaires?

## **CONCLUSION**

- Remercier du temps et de la participation
- Laquelle contribue à l'avancement de la science concernant le traitement des symptômes anxieux