

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

L'ÉVALUATION D'UN PROGRAMME D'INTERVENTION EN GROUPE BASÉ
SUR LA THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT
POUR LES SYMPTÔMES ANXIEUX

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
LAURIANE LAPOINTE

JANVIER 2023

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie 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 cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet 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

Sophie Desjardins, Ph. D.
Université du Québec à Trois-Rivières

évaluatrice interne

Stéphane Bouchard, Ph. D.
Université du Québec en Outaouais

évaluateur externe

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

Sommaire

Le tiers de la population générale sera affecté par un trouble anxieux au cours de sa vie. Plusieurs approches d'intervention psychologique s'intéressent au traitement des troubles anxieux, dont la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT). Celle-ci vise le développement de la flexibilité psychologique, qui est au cœur de sa conceptualisation de la santé mentale. L'ACT peut être prodiguée selon différents formats : en individuel, en groupe, en autogestion. Au cours des dernières années, le Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (Québec) a développé un programme d'intervention de groupe basé sur l'ACT pour les personnes souffrant de symptômes anxieux : le Roseau. Ce programme de 13 semaines est hybride, c'est-à-dire qu'il offre six séances de groupe aux deux semaines bonifiées par du contenu d'autogestion via 14 capsules Web. Cet essai clinique avec groupe contrôle vise à évaluer les effets du Roseau auprès de personnes présentant des symptômes anxieux ($N = 202$) réparties en trois groupes : (1) Le Roseau accompagné de six relances téléphoniques ($n = 69$); (2) Le Roseau sans relances téléphoniques ($n = 95$); et (3) liste d'attente ($n = 38$). Les instruments de mesure (*World Health Organization Quality of Life Assessment* – version abrégée, Whoqol Group, 1998; *Hospital Anxiety and Depression Scale*, Zigmond & Snaith, 1983; *Acceptance and Action Questionnaire*, Bond et al., 2011, *Cognitive Fusion Questionnaire*, Gillanders et al., 2014) ont été administrés à deux reprises, avant et après l'intervention. Les résultats mettent en évidence l'efficacité significativement plus élevée du Roseau accompagné de relances téléphoniques pour l'ensemble des variables à l'étude, comparativement à une liste d'attente, ainsi que l'efficacité significativement plus élevée

du Roseau sans relances téléphoniques, comparativement à la liste d'attente, en ce qui a trait au domaine « santé physique » de la qualité de vie, aux symptômes anxieux, aux symptômes dépressifs et à la fusion cognitive. Les résultats indiquent aussi que le Roseau est significativement plus efficace lorsqu'il est bonifié par des relances téléphoniques, notamment pour le domaine « santé psychologique » de la qualité de vie ainsi que pour les symptômes anxieux, l'évitement expérientiel et la fusion cognitive. Cette étude, bien qu'elle présente certaines limites en lien avec son contexte clinique, appuie l'efficacité de l'ACT pour le traitement des troubles anxieux et fournit des indications quant à la pertinence des modalités de groupe et d'autogestion. Elle propose un éclairage supplémentaire quant à la plus-value de relances téléphoniques dans l'efficacité thérapeutique. Ces conclusions ont des retombées concrètes dans l'offre de services en santé mentale au Québec.

Mots clés : thérapie d'acceptation et d'engagement, thérapie de groupe, autogestion, qualité de vie, anxiété, dépression, flexibilité psychologique.

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	x
Remerciements	xi
Introduction	1
Contexte théorique	4
Les troubles anxieux	5
Principaux diagnostics	5
Prévalence	6
Conséquences.....	8
La thérapie d'acceptation et d'engagement	10
Le programme Roseau	11
Le développement de la flexibilité psychologique	13
Acceptation des émotions	13
Défusion cognitive.....	15
Moment présent et flexibilité attentionnelle	16
Soi contexte.....	17
Clarté dans les valeurs personnelles	18
Action engagée	19
État actuel des connaissances.....	21
Limites actuelles	27

Objectifs de l'article empirique.....	29
Article scientifique – Évaluation d'une intervention hybride basée sur la thérapie d'acceptation et d'engagement pour les symptômes anxieux avec ou sans relances téléphoniques : un essai clinique avec groupe contrôle	30
Résumé.....	32
Objectifs de l'étude	38
Méthode	39
Devis de recherche	39
Participants.....	40
Déroulement.....	41
Flux des participants	43
Intervention	45
Instruments de mesure	50
Qualité de vie	50
Symptômes d'anxiété et de dépression	51
Flexibilité psychologique.....	51
Analyses statistiques	52
Résultats	54
Équivalence des groupes au prétest	55
Abandons	59
Comparaisons entre les conditions d'intervention et la liste d'attente	61
Qualité de vie	61
Symptômes anxieux.....	63

Symptômes dépressifs.....	64
Flexibilité psychologique.....	65
Comparaisons entre les deux conditions d'intervention (avec et sans relances téléphoniques).....	66
Qualité de vie.....	66
Symptômes anxieux.....	68
Symptômes dépressifs.....	68
Flexibilité psychologique.....	68
Discussion.....	69
Références.....	78
Annexe 1 – Guide pour les relances téléphoniques.....	83
Conclusion générale.....	85
Pistes de recherches futures.....	87
Apport de la présente étude.....	89
Programme québécois pour les troubles mentaux.....	91
Conclusion.....	92
Références générales.....	94

Liste des tableaux

Tableau

1	Contenu du programme Roseau.....	46
2	Moyennes et écarts-types au prétest et post-test pour chaque condition.....	54
3	Distribution des résultats pour la variable « Revenu familial » des groupes avec et sans relances téléphoniques.....	56
4	Différences de moyennes entre chaque condition au prétest pour les variables d'efficacité.....	57
5	Différences de moyennes entre les participants ayant abandonné le programme et ceux l'ayant complété sur le plan des variables sociodémographiques et des variables d'efficacité au prétest.....	60

Liste des figures

Figure

1	Hexaflex des processus de la flexibilité psychologique (adaptation de Hayes et al., 2012; Neveu & Dionne, 2010).....	14
2	Flux des participants à la recherche.....	44
3	Moyennes pré-post pour la qualité de vie.....	63
4	Moyennes pré-post pour les symptômes anxieux.....	64
5	Moyennes pré-post pour les symptômes dépressifs	65
6	Moyennes pré-post pour la flexibilité psychologique	66

Remerciements

La réalisation de cet essai doctoral n'aurait pas pu être possible sans la contribution de nombreuses personnes qui, de près ou de loin, m'ont soutenue et m'ont fait bénéficier de leurs connaissances.

J'aimerais d'abord remercier grandement mon directeur de recherche, M. Frédérick Dionne, Ph. D., professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son soutien constant, sa disponibilité, sa rigueur et toutes les opportunités qu'il m'a offertes au cours de mon parcours doctoral. Son accompagnement a été des plus bienveillants.

Merci aux membres du jury qui prendront le temps de se pencher sur cet essai et d'en faire profiter de leur expertise.

Un grand merci à M. Joël Gagnon, Ph. D., pour son grand apport sur le plan statistique, sa volonté de transmettre ses connaissances et la pertinence de ses réflexions, ainsi qu'à Mme Sarah-Maude Carrier, D. Ps.(c), pour son implication dans le projet Roseau, sa minutie et sa compétence.

Un merci particulier à Mme Nadia Gagnon, M. Michel Larouche et Mme Josée Larocque, psychologues et coordonnateurs cliniques du projet Roseau, ainsi qu'à toute l'équipe clinique du CISSS de Chaudière-Appalaches. Leur collaboration, leur désir d'en

connaître toujours davantage et leur dévouement envers la clientèle ont été des plus précieux. Merci également à tous les participants qui ont donné de leur temps à ce projet de recherche.

Je tiens à remercier mon milieu de stage et d'internat qui m'a offert un environnement soutenant et favorable à la conciliation de la clinique et de la recherche.

Merci aux collègues et amis rencontrés au cours de mon cheminement doctoral pour la richesse de leurs réflexions, la grande valeur de leurs partages ainsi que les souvenirs teintés de plaisir qu'ils ont inscrits dans ma mémoire.

Un énorme merci à chaque membre de ma famille pour leur support de multiples formes à travers mon parcours académique. Leur écoute et leurs encouragements m'ont permis de continuer à progresser malgré les embûches. J'en suis particulièrement reconnaissante.

Finalement, un merci tout spécial à Jeff, non seulement pour les nombreux repas qu'il a cuisinés (c'est mon tour maintenant!), mais surtout pour son appui infailible à travers les défis, la légèreté qu'il a su m'apporter lorsque mon esprit était bien rempli et la confiance qu'il a toujours portée en moi.

Introduction

Dans un monde où la science évolue à un rythme effréné, l'une des plus importantes richesses de notre société actuelle est le savoir. L'accès à l'information nous prodigue le sentiment d'avoir une emprise sur notre environnement et sur les circonstances qui l'entourent. L'accès à l'information vient cependant avec une conscience plus accrue envers notre monde, qu'il s'agisse d'enjeux tels que le réchauffement climatique, les crises économiques, les conflits politiques ou encore les pandémies (Taylor, 2022). Ces situations sur lesquelles nous avons moins de contrôle offrent un terreau fertile aux inquiétudes, menant à des niveaux d'anxiété élevés, voire même au développement de troubles anxieux. L'ensemble des bouleversements que connaît notre société contemporaine, ajouté à la facilité d'accès à l'information, crée un environnement perpétuellement anxiogène.

Le développement des connaissances scientifiques permet de mieux aider les personnes vivant avec l'anxiété, notamment par la psychothérapie. Plus spécifiquement, la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT; Hayes et al., 2012) est une approche qui génère de l'intérêt dans le traitement des troubles anxieux. L'ACT vise à améliorer la qualité de vie de l'individu en favorisant le développement de la flexibilité psychologique (Hayes et al., 2012), une notion qui sera décrite dans cet essai à travers le Roseau, un programme d'intervention développé par le Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches et qui vise le traitement des symptômes anxieux.

Cet essai se divise en trois sections. La première section porte sur le contexte théorique entourant les troubles anxieux, l'ACT, ses particularités et son niveau d'efficacité. La deuxième section présente un article empirique intitulé « Évaluation d'une intervention hybride basée sur la thérapie d'acceptation et d'engagement pour les symptômes anxieux avec ou sans relances téléphoniques : un essai clinique avec groupe contrôle ». Cet article décrit les résultats d'une étude portant sur l'efficacité du Roseau, une thérapie ACT en format hybride (qui combine des rencontres de groupe et du contenu d'autogestion) pour le traitement de l'anxiété. La dernière section, la conclusion générale, présente les principaux apports de l'étude, fait un rappel des limites et offre des pistes de recherches futures. Elle discute également des retombées de ce projet sur la façon de concevoir l'offre de soins et de services en santé mentale au Québec.

Contexte théorique

La présente section vise à décrire les troubles anxieux ainsi que leurs prévalences et leurs conséquences individuelles, familiales, professionnelles et collectives. La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT; Hayes et al., 2012), une approche qui génère de l'intérêt dans la littérature pour le traitement des troubles anxieux, est ensuite présentée et mise en relation avec le programme Roseau du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches. Finalement, les objectifs de l'article empirique présenté dans cet essai sont introduits.

Les troubles anxieux

L'anxiété est un phénomène lié à la peur d'une menace imminente ou future, réelle ou imaginée (American Psychiatric Association [APA], 2013). Elle mène à l'adoption de comportements adaptatifs visant à faire face au danger. Elle devient problématique lorsqu'elle est excessive et persistante, occasionnant ainsi des répercussions sur le fonctionnement de la personne dans des domaines importants tels que le travail et la sphère sociale (APA, 2013). La cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5; APA, 2013) répertorie plusieurs troubles anxieux.

Principaux diagnostics

Parmi les troubles anxieux classifiés dans le DSM-5, il est possible de retrouver le trouble panique, qui est caractérisé par des attaques de panique répétitives qui comportent,

entre autres, des palpitations cardiaques, de la transpiration, des tremblements et une impression d'étouffement. L'agoraphobie est un trouble qui se présente souvent en comorbidité avec le trouble panique (APA, 2013). Il s'agit d'une peur ou d'une anxiété marquée en lien avec des situations telles que les transports en commun, les endroits ouverts, les endroits clos, les files d'attentes, les foules, ou encore le fait d'être seul à l'extérieur du domicile. Le trouble d'anxiété sociale est composé de symptômes déclenchés par les interactions sociales, les contextes d'observation ou les situations de performance. Le trouble d'anxiété généralisée est caractérisé par des inquiétudes en lien avec des situations variées telles que le travail ou les performances scolaires. Les symptômes, présents pendant au moins six mois, peuvent comprendre de l'agitation ou une sensation d'être survolté ou à bout, de la fatigabilité, des difficultés de concentration ou des trous de mémoire, de l'irritabilité, des tensions musculaires ainsi qu'une perturbation du sommeil. Pour poser un diagnostic de trouble anxieux, les symptômes doivent être durables et entraîner une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (APA, 2013).

Prévalence

En 2013, la prévalence mondiale des troubles anxieux était estimée à 7,3 %, allant de 5,3 % dans les cultures africaines à 10,4 % dans les cultures « euro/anglo » (Europe de l'Ouest, Amérique du Nord et Australie; Baxter et al., 2013). En 2015, il était estimé que le tiers de la population générale serait affecté par au moins un trouble anxieux au cours

de sa vie (Bandelow & Michaelis, 2015). Au Québec, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes révèle qu'environ 10 % de la population aurait reçu un diagnostic pour au moins un trouble anxieux (Statistique Canada, 2013a).

Une revue systématique de Somers et ses collègues (2006) indique que selon la prévalence à vie, les troubles anxieux les plus répandus sont l'anxiété généralisée (6,2 %), les phobies spécifiques (5,3 %) et la phobie sociale (3,6 %). En ce qui concerne plus précisément le trouble d'anxiété généralisée (TAG), environ 2,5 % de la population canadienne de 15 ans et plus rapportait des symptômes compatibles avec un TAG dans les 12 mois précédents en 2012 (Statistique Canada, 2013a).

Plus récemment, dans le contexte de la pandémie COVID-19, une étude réalisée auprès de 3 779 Canadiens de 15 ans et plus indique qu'en juillet 2020, la prévalence des symptômes de TAG modérés à sévères était de 13,6 % (Lin, 2022). Entre septembre et décembre 2020, environ 13 % des Canadiens de 18 ans et plus ont présenté des symptômes de TAG dans le contexte pandémique (Statistique Canada, 2021). Au niveau mondial, une étude de Morin et al. (2021), menée auprès de 22 330 adultes provenant de 13 pays et de quatre continents, révèle qu'entre mai et août 2020, en lien avec la COVID-19, 25,6 % de la population a présenté des symptômes d'anxiété probable (score moyen égal ou supérieur à 3, « Presque tous les jours », à une version abrégée du *Generalized Anxiety Disorder-7*; GAD-7; Spitzer et al., 2006). Une revue systématique de Santomauro et ses

collègues (2021) soutient que la COVID-19 aurait engendré environ 76,2 millions nouveaux cas de troubles anxieux à l'échelle internationale. En tenant compte des stressseurs actuels (pandémie, inflation, guerre), qui exigent une capacité adaptative croissante et constante de la part de la société, la prévalence des troubles et des symptômes anxieux est susceptible d'aller en augmentant.

Conséquences

Les troubles anxieux ont des répercussions importantes, autant individuellement que collectivement. Premièrement, sur le plan individuel, les personnes qui souffrent de troubles anxieux peuvent avoir recours à des stratégies dommageables pour tenter de gérer leurs symptômes. Par exemple, la fréquence de consommation de tabac chez les personnes souffrant de troubles anxieux serait de 36 à 46 %, alors qu'elle serait de 22,5 % chez les sujets sans trouble anxieux (Lasser et al., 2000). Les personnes ayant un trouble d'anxiété sociale auraient deux à trois fois plus de chances de développer un trouble d'usage de l'alcool que la population générale (Kushner et al., 2000). Par ailleurs, l'anxiété serait associée à la présence de symptômes dépressifs (Carlier & Pull, 2006). En 2012, la moitié des 700 000 Canadiens âgés de 15 ans et plus présentant des symptômes compatibles au trouble d'anxiété généralisée souffrait également de symptômes associés à un épisode dépressif caractérisé (Statistique Canada, 2013b). De plus, chez les personnes souffrant d'un trouble anxieux avec ou sans trouble de l'humeur, le risque de développer des idées

suicidaires et de faire une tentative de suicide serait significativement plus élevé que chez les personnes n'ayant pas de trouble anxieux (Sareen et al., 2005).

Deuxièmement, l'anxiété aurait des répercussions sur le plan familial. Senaratne et ses collègues (2010) soulignent que les familles de personnes ayant un trouble anxieux peuvent vivre un fardeau significatif lié aux finances, à la routine familiale, aux loisirs, aux interactions familiales, à la santé physique et à la santé mentale. Ce fardeau serait positivement corrélé à la sévérité du niveau d'anxiété ainsi qu'à la présence d'un trouble de l'humeur en comorbidité.

Troisièmement, la sphère du travail serait affectée par l'anxiété. Une vaste enquête épidémiologique menée auprès de 21 111 personnes souligne qu'environ 30 % des participants ayant un trouble anxieux rapportaient une baisse significative de productivité dans les quatre dernières semaines au travail, comparativement à environ 0,5 % chez les personnes n'ayant pas de trouble anxieux (Waghorn et al., 2005).

Quatrièmement, l'anxiété peut occasionner la présence de symptômes somatiques (p. ex., fatigue, difficultés de sommeil, céphalées, symptômes gastro-intestinaux; Hoge et al., 2012). En présence de ces manifestations physiques, les individus rapporteraient davantage leurs symptômes somatiques plutôt que leur anxiété ou leurs inquiétudes lors de leurs consultations dans les services de santé (Nutt et al., 2006). Cela rendrait le dépistage des troubles anxieux plus difficile (Pelletier et al., 2017) et, en l'absence d'un

traitement approprié, le nombre de consultations et d'hospitalisations chez les personnes souffrant d'anxiété serait plus élevé (Nutt et al., 2006).

Devant ces constats, les traitements psychologiques occupent un rôle important dans la prévention et l'intervention auprès des personnes vivant avec un trouble anxieux. Parmi les traitements, la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT; Hayes et al., 2012) génère un intérêt certain dans la communauté scientifique.

La thérapie d'acceptation et d'engagement

L'ACT est une approche psychothérapeutique qui a pour but d'aider l'individu à redéfinir ses valeurs personnelles et à agir en cohérence avec celles-ci pour améliorer sa qualité de vie (Hayes et al., 2012). Elle provient de deux principaux fondements théoriques : le contextualisme fonctionnel, une philosophie selon laquelle les événements, tels que les comportements humains, peuvent être prédits et influencés de manière empirique (Biglan & Hayes, 1996), et la théorie des cadres relationnels (TCR; Hayes et al., 2001). La TCR est une théorie comportementale qui met de l'avant le processus de cadrage relationnel (« ceci est pareil à »; « cela est différent de »), une activité mentale qui met en relation des stimuli entre eux via les processus langagiers (Hayes, 2016).

L'ACT est une approche expérientielle, c'est-à-dire que le client est amené à intégrer les différents concepts par l'entremise d'exercices et de métaphores. Ceux-ci permettent

de déconstruire les associations qui se sont faites par la voie du langage dans le processus de pensée (Stoddard & Afari, 2014). De plus, des exercices de pleine conscience sont souvent proposés en début de séance et dans le quotidien afin que le client puisse se connecter à ses sensations, émotions et pensées (Dionne et al., 2013).

L'ACT attribue un rôle prédominant au concept d'évitement expérientiel dans le développement des problématiques de santé mentale. Elle considère que le fait d'éviter d'entrer en contact avec des pensées, images, souvenirs, émotions ou sensations physiques inconfortables ou désagréables contribue à diminuer le répertoire comportemental de l'individu, faisant en sorte de maintenir la psychopathologie. Par conséquent, l'ACT vise principalement le développement de la flexibilité psychologique : la capacité à persister dans une action ou à s'adapter malgré la présence de pensées, de sensations et/ou d'émotions désagréables afin d'agir en direction de ses valeurs (Hayes et al., 2012). Dans la prochaine section, le programme Roseau basé sur l'ACT sera introduit afin de le mettre en relation, par la suite, avec le modèle théorique de la flexibilité psychologique.

Le programme Roseau

Au cours des dernières années, le CISSS de Chaudière-Appalaches (Québec) a développé un programme d'intervention de groupe basé sur l'ACT pour les personnes souffrant d'anxiété : le Roseau. Ce programme de 13 semaines comprend six rencontres de groupe de deux heures et demie aux deux semaines. Deux intervenants (psychologue et travailleur social) par groupe de 8 à 15 participants se chargent de l'animation des

rencontres. Ces animateurs ont été préalablement formés à la thérapie ACT auprès d'un formateur accrédité. Les participants ont accès à un guide dans lequel se retrouve le contenu uniformisé abordé en groupe. Les thèmes et le contenu du programme sont présentés dans le Tableau 1 de l'article scientifique de cet essai.

Le Roseau adopte un format hybride, c'est-à-dire qu'il combine les rencontres de groupe avec du contenu d'autogestion. L'autogestion est un ensemble de stratégies employées quotidiennement par les individus pour reprendre du contrôle sur leur vie et leur santé dans le but de réduire les difficultés, prévenir les rechutes et améliorer leur bien-être (Barlow et al., 2002; Omisakin & Ncama, 2011; Villaggi et al., 2015). Ces stratégies sont enseignées à l'aide d'une plateforme Web, de technologies mobiles ou encore d'un livre. L'autogestion favorise l'accessibilité aux soins, le sentiment d'autoefficacité ainsi qu'un rapport coût-bénéfice avantageux (Cavanagh et al., 2014). Dans le programme Roseau, le volet d'autogestion consiste en 14 capsules vidéo à visionner entre les séances sur une plateforme Web. Les capsules durent entre 20 et 30 minutes. Elles ont pour but d'approfondir les concepts théoriques vus en groupe et de proposer des exercices pratiques.

Les interventions d'autogestion peuvent comprendre différents niveaux de soutien thérapeutique. Par exemple, elles peuvent être non guidées, c'est-à-dire que le client chemine de façon autonome dans le programme. Elles peuvent aussi être guidées par un contact avec le thérapeute via des courriels, des appels téléphoniques ou des rencontres en

personne visant à offrir un accompagnement dans l'intégration des acquis (Newman et al., 2003). Dans le cadre du programme Roseau, six relances téléphoniques sont offertes aux participants, une semaine sur deux (lors des semaines sans rencontre de groupe). Elles sont d'une durée approximative de 15 minutes et elles ont pour but de soutenir la compréhension du contenu, de s'assurer de l'évolution des participants et de maintenir leur motivation. L'Annexe 1 joint à l'article scientifique de cet essai présente le guide à suivre par les animateurs lors des relances téléphoniques.

En résumé, le programme Roseau offre plusieurs modalités d'intervention (rencontres de groupe, capsules Web d'autogestion, relances téléphoniques) permettant toutes l'intégration des concepts de l'ACT afin que les participants puissent développer son principal mécanisme de changement : la flexibilité psychologique (Hayes et al., 2012).

Le développement de la flexibilité psychologique

La flexibilité psychologique se développe à l'aide de six processus thérapeutiques interreliés qui forment les grands principes de cette approche. Ces processus, illustrés à l'aide de l'hexaflex (voir Figure 1), seront décrits dans cette section en relation avec les troubles anxieux et le programme Roseau.

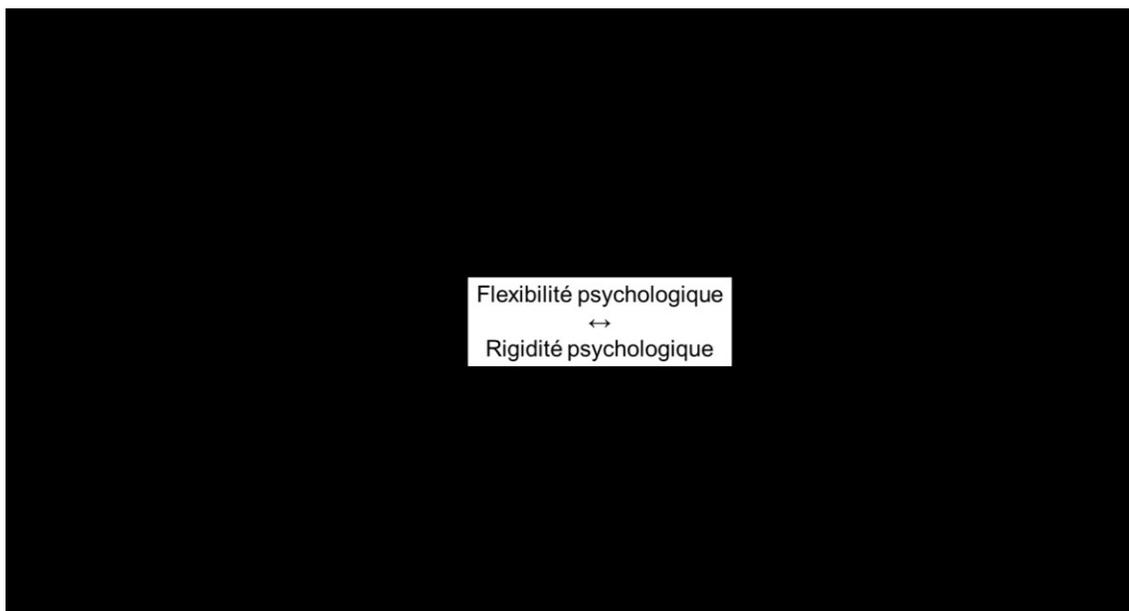
Acceptation des émotions

À l'inverse de l'évitement expérientiel, l'acceptation des émotions permet à l'individu de demeurer ouvert, réceptif et flexible face à ses pensées et émotions (Hayes

et al., 2012). Ce processus actif amène la personne à entrer en contact avec ses émotions, au lieu de chercher à les éviter de toutes sortes de façon (p. ex., distractions, évitement de situations, compulsions). Une personne souffrant d'anxiété sociale, par exemple, serait amenée à accueillir le sentiment de gêne qui l'habite lorsqu'elle est en interaction avec autrui, plutôt que d'essayer de le faire disparaître à tout prix, de façon à entreprendre des actions qu'elle valorise.

Figure 1

*Hexaflex des processus de la flexibilité psychologique
(adaptation de Hayes et al., 2012; Neveu & Dionne, 2010)*



Dans le programme Roseau, l'acceptation émotionnelle est introduite à l'aide de métaphores (« Le tir à la corde », « Les sables mouvants », « Le polygraphe », « Effacer un souvenir », « N'y pensez pas », « Les deux fioles », « Surfer sur les impulsions », « La

tante Irma », « L'interrupteur de lutte »; Hayes et al., 2012). Les participants sont également invités à identifier leurs stratégies de contrôle (fuite, lutte) face aux sources de stress et à réfléchir aux conséquences de ces stratégies.

Défusion cognitive

La défusion cognitive est un processus qui consiste à considérer ses pensées comme étant simplement des pensées et non des faits réels. À l'inverse, la fusion cognitive correspond à voir ses pensées comme étant la réalité (Hayes et al., 2012). L'individu devient alors « prisonnier » de ses pensées puisqu'elles déterminent son comportement de façon automatique (Ngô & Dionne, 2018). Par exemple, une personne qui présente des symptômes d'anxiété de performance pourrait adopter des pensées telles que « Je ne serai jamais capable de réussir cette tâche ». En étant fusionnée à cette pensée, elle pourrait en venir à se décourager et à abandonner la tâche. L'approche ACT ne mise pas sur la réduction de la fréquence et de l'intensité des pensées, mais plutôt sur le rapport avec celles-ci. Sans remettre en question leur validité ou tenter d'en modifier le contenu, le thérapeute et le client observent l'utilité des pensées : à quel point elles l'aident à progresser dans la direction de ses valeurs personnelles (Dionne et al., 2013; Hayes et al., 2012). Pour prendre une distance avec les pensées, il est également possible de les précéder du syntagme « J'ai la pensée que... » (Ngô & Dionne, 2018). Dans l'exemple ci-haut, la personne serait encouragée à observer son discours interne (« Je ne serai jamais capable de réussir cette tâche ») comme une pensée, sans plus, puis à la laisser aller tout en poursuivant la tâche actuelle.

Au sein du Roseau, les participants sont amenés à pratiquer la défusion cognitive à l'aide de plusieurs exercices. Par exemple, l'exercice « Je suis en train de penser que... » vise à prononcer ces paroles avant de nommer une pensée dérangeante afin de se rappeler qu'il ne s'agit que d'une pensée. L'exercice « Pensées musicales » propose aux participants de chanter leurs pensées (p. ex., jugement négatif par rapport à soi-même) dans leur tête pour en diminuer la crédibilité. « La répétition de Titchener » consiste à répéter, à voix haute, un mot évocateur de jugement négatif, aussi rapidement que possible, pendant 30 secondes. Cela permet de rendre le mot moins compréhensible et de le percevoir pour ce qu'il est réellement, c'est-à-dire un son, une vibration ou encore un mouvement de la bouche et de la langue (Hayes et al., 2012).

Moment présent et flexibilité attentionnelle

Le contact avec le moment présent et la flexibilité attentionnelle sont des processus altérés par une faible flexibilité psychologique. Les personnes présentant un trouble anxieux sont portées à entretenir des inquiétudes par rapport au futur, ce qui les éloigne de leur expérience du moment. La thérapie ACT mise sur la reprise de contact avec ce qui se passe dans « l'ici et maintenant », avec une intention de bienveillance et de non-jugement, afin de favoriser de meilleurs choix ainsi qu'une attention flexible, volontaire et ouverte sur les pensées, sensations et émotions du moment présent. Pour ce faire, la pleine conscience est utilisée comme outil central dans l'ACT. Elle se définit par le fait de porter son attention d'une manière particulière, délibérément, dans le moment présent et sans jugement (Kabat-Zinn, 2009). La respiration est un point d'ancrage souvent utilisé

en pleine conscience pour permettre à la personne de se centrer sur son expérience interne (Dionne et al., 2013). Par exemple, une personne qui anticiperait le déroulement de sa journée et qui se projetterait dans des scénarios catastrophiques serait incitée à reconnaître qu'il s'agit d'événements futurs et, avec bienveillance, à ramener son esprit sur ce qui se passe dans le moment présent, en portant son attention sur des éléments comme ses sensations corporelles.

Pour pratiquer le moment présent, le programme Roseau enseigne la respiration diaphragmatique ainsi que différentes méthodes de pleine conscience (p. ex., prendre conscience et porter son attention sur chaque sensation à travers la routine du matin, les tâches ménagères ou encore les activités agréables).

Soi contexte

Le « soi contexte » signifie que l'individu se perçoit comme le contexte d'apparition des événements internes (p. ex., ses émotions) plutôt que comme les événements en eux-mêmes (Monestès et al., 2011). À l'opposé, le « soi conceptualisé » est la vision rigide que l'individu a de lui-même. Il adhère à une conceptualisation de soi qui le restreint à certains comportements et attitudes (Dionne et al., 2013; Hayes et al., 2012). Par exemple, une personne qui se percevrait comme « une anxieuse » pourrait avoir tendance à restreindre ses comportements et attitudes à cette caractéristique, ce qui la maintiendrait dans un mode anxieux. L'ACT amènerait donc cet individu à se voir davantage comme « une personne qui présente des symptômes anxieux ». Cela permettrait de réduire

l'impression de permanence et le caractère absolu de cette perception du « soi », tout en favorisant la prise de perspective de l'individu quant à lui-même et à ce qui le définit (Dionne et al., 2013; Hayes et al., 2012).

Afin d'entrer en contact avec cette perspective sur soi, les participants du programme Roseau sont amenés à définir une situation survenue récemment et à inscrire, dans des sections distinctes, les pensées, actions et émotions vécues. Cela vise à prendre une distance et à réaliser que les états internes et les actions sont des expériences différentes et séparées de soi-même. Une métaphore est également présentée dans le but d'introduire le principe selon lequel les réactions et les gestes d'un individu dépendent souvent de ses croyances et de sa manière de percevoir le monde.

Clarté dans les valeurs personnelles

Lorsque l'individu est peu conscient de ce qui est fondamentalement important pour lui, cela signifie que ses valeurs ne sont possiblement pas suffisamment définies. La clarté dans les valeurs personnelles a pour fonction d'amener un sens à la vie et aux actions de la personne. En agissant en direction de ce qui est important pour elle, elle peut bénéficier d'un renforcement positif, intrinsèque et durable (Moran et al., 2018). Selon l'ACT, il est donc important que l'individu définisse ses valeurs afin d'accéder à ces sources de renforcement (Dahl et al., 2009; Wilson, 2009). La personne modifie ainsi la relation qu'elle entretient avec ses craintes et ses appréhensions. Elle devient davantage motivée à les dépasser lorsque les actions qu'elle pose sont associées à une valeur importante

(Dionne et al., 2013; Hayes et al., 2012). Par exemple, une personne qui se sentirait anxieuse à l'idée de demander une promotion au travail serait invitée à définir la valeur personnelle qui sous-tend cette demande (p. ex., reconnaissance, affirmation de soi). Cela procurerait un sens plus profond à l'action malgré les émotions difficiles associées à cette demande.

Dans le programme Roseau, les participants sont invités à classer, par ordre d'importance, les six valeurs les plus importantes pour eux parmi une liste de 49 valeurs. Pour faciliter cet exercice, des réflexions personnelles sont proposées (p. ex., « Imaginez qu'il ne vous reste que 24 heures à vivre et que vous ne pouvez le dire à personne : qui iriez-vous voir et que feriez-vous? », « Imaginez que vous avez 80 ans et que vous repensez à votre vie telle qu'elle est aujourd'hui. Puis, complétez les phrases suivantes : Je passais trop de temps à m'inquiéter de... Je passais trop peu de temps à faire des choses comme... Si je pouvais revenir en arrière, voici ce que je ferais différemment à partir d'aujourd'hui »; Hayes et al., 2012).

Action engagée

L'action engagée réfère aux actions que la personne pose pour se commettre à ses valeurs préalablement définies, et ce, malgré la présence de barrières internes (Neveu & Dionne, 2010). À l'opposé, une personne qui ne serait pas engagée vers ses valeurs pourrait présenter des comportements d'évitement, d'inactivité ou d'impulsivité. L'ACT vise à faire une place aux pensées et aux sensations inconfortables pour les surmonter sans

perdre toute son énergie à lutter contre celles-ci (Dionne et al., 2013; Hayes et al., 2012). La personne devient ainsi motivée de manière intrinsèque à faire une place à ses symptômes, ses craintes et ses appréhensions pour se dépasser et vivre en harmonie avec ses valeurs. Par exemple, une personne pour qui la valeur d'aventure serait très importante, mais qui aurait tendance à repousser sans cesse la date d'un voyage en raison de l'anxiété suscitée par cette situation inconnue, serait amenée à poser des actions en direction de sa valeur (p. ex., réserver son billet d'avion).

Le programme Roseau propose un exercice dans lequel les participants sont amenés à identifier sur une cible, pour chaque domaine de vie (travail/études, loisirs, croissance personnelle/santé, relations) à quel point ils ont l'impression de vivre en accord avec leurs valeurs personnelles. Il leur est ensuite proposé de réfléchir aux obstacles à la réalisation d'actions engagées vers leurs valeurs. La « métaphore de l'autobus » est finalement présentée pour permettre aux participants de réfléchir aux « passagers » (souvenirs, pensées, émotions, sensations physiques) qui sont menaçants et qui les empêchent de conduire leur autobus dans la direction souhaitée (vers leurs valeurs).

En résumé, le développement de la flexibilité psychologique résulte de six processus thérapeutiques : l'acceptation des émotions désagréables, la défusion cognitive, le moment présent et la flexibilité attentionnelle, le soi contexte, la clarté dans les valeurs et l'action engagée.

État actuel des connaissances

La thérapie ACT se montre jusqu'à présent efficace pour le traitement de l'anxiété. Une étude de Dalrymple et Herbert (2007) souligne l'efficacité significative d'une thérapie ACT individuelle de 12 semaines pour le traitement du trouble d'anxiété sociale ($N = 19$). Les changements quant à l'anxiété ont pu être observés au sein des mesures autorapportées ainsi que des symptômes tels qu'évalués par des cliniciens. Une amélioration significative des processus de l'ACT (acceptation, actions engagées vers les valeurs) a aussi été démontrée. Les symptômes d'anxiété sociale et la qualité de vie se sont améliorés avec des tailles d'effet élevées.

Arch et ses collègues (2012), dans un essai randomisé auprès de 128 personnes souffrant de troubles anxieux (trouble panique, trouble d'anxiété sociale, phobie spécifique, trouble obsessionnel-compulsif, trouble d'anxiété généralisée), indiquent qu'un programme de 12 semaines basé sur l'ACT ($n = 57$) serait aussi efficace qu'un programme de la même durée basé sur la TCC ($n = 71$) pour le traitement des troubles anxieux. Lors de suivis de 6 et 12 mois, les participants ayant pris part au programme basé sur l'ACT ont présenté une plus faible sévérité des symptômes anxieux que ceux ayant participé au programme basé sur la TCC ($p < 0,05$, $d = 1,26$). Il convient toutefois de demeurer prudent dans l'interprétation de ces résultats puisque les participants ayant pris part au programme basé sur l'ACT ont eu davantage recours à d'autres services de psychothérapie pendant l'intervalle de suivi de six mois.

Dans un essai randomisé contrôlé auprès de patients résistants aux traitements habituels, Gloster et al. (2015) observent une amélioration significative des symptômes de panique et d'agoraphobie ($d = 0,72$) à la suite d'une thérapie ACT manualisée et administrée par des thérapeutes novices pendant huit séances individuelles de 90 à 120 minutes réparties sur quatre semaines ($n = 33$), comparativement à une liste d'attente ($n = 10$).

Fathi et al. (2017) observent une amélioration significative des symptômes anxieux dans un essai randomisé auprès de femmes ayant un trouble d'anxiété généralisée, à la suite d'une thérapie ACT de groupe de 12 semaines ($n = 20$), comparativement à une liste d'attente ($n = 20$). Les résultats d'une MANOVA démontrent qu'à la mesure post-test, les variables de confiance cognitive, de croyances positives par rapport aux inquiétudes, de conscience cognitive de soi, de croyances négatives par rapport à l'aspect incontrôlable des pensées et du danger, de métacognitions et de symptômes anxieux ont connu une amélioration significativement plus élevée chez les participants ayant pris part au traitement que chez ceux placés en liste d'attente. Seulement les croyances sur la nécessité de contrôler les pensées n'ont pas connu de différence significative entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle. Lors de la mesure de suivi après deux mois, il a été possible de repérer une différence significative entre les deux groupes pour l'ensemble des variables, y compris les croyances sur la nécessité de contrôler les pensées.

Une étude réalisée par Gharraee et ses collègues (2018) auprès de personnes souffrant d'anxiété sociale ($N = 34$) révèle qu'une thérapie ACT de 12 semaines serait significativement plus efficace qu'une liste d'attente au post-test ainsi qu'à une mesure de suivi après deux mois, sur le plan des variables d'évitement expérientiel, d'attention et de pleine conscience, d'autocritique, d'autocompassion, de qualité de vie et de symptômes d'anxiété sociale.

Une revue de Gloster et ses collègues (2020), regroupant 20 méta-analyses pour un total de 133 études et 12 477 participants, a évalué l'efficacité de l'ACT pour différentes conditions (anxiété, dépression, abus de substances, douleur chronique, conditions transdiagnostiques) en comparaison avec des groupes contrôles. Les résultats indiquent que l'ACT serait significativement efficace pour le traitement de l'anxiété (tailles d'effet allant de petites à moyennes; $g = 0,18 - 0,57$). Des résultats significatifs ont également été démontrés pour des variables comme la qualité de vie (tailles d'effet moyennes; $g = 0,37 - 0,45$) et la flexibilité psychologique (tailles d'effet allant de petites à grandes; $g = 0,32 - 0,83$). Une supériorité de l'ACT par rapport aux groupes contrôles a été démontrée pour les groupes inactifs (p. ex., listes d'attente; tailles d'effet allant de petites à grandes; $g = 0,35 - 0,82$), les traitements habituels (allant de aucun effet à un effet moyen; $g = -0,15 - 0,79$) et à la plupart des interventions actives (en moyenne, les tailles d'effet démontrent un effet moyen; $g = 0,57$).

Dans un essai randomisé contrôlé, Almeida et ses collègues (2022) trouvent pour leur part une réduction de 30,8 % des symptômes anxieux chez une population d'étudiants universitaires ayant participé à un programme d'intervention de groupe basé sur l'ACT ($n = 10$), comparativement à un groupe contrôle ($n = 5$) dans lequel il n'y aurait eu aucune diminution significative des symptômes.

Dans les dernières années, des études portant sur l'efficacité de l'ACT pour le traitement des troubles anxieux ont été menées auprès d'échantillons d'âges variés. À l'aide d'un devis quasi-expérimental, Wicaksana et ses collègues (2018) obtiennent une réduction significative des symptômes anxieux chez une population de personnes âgées en résidence ayant pris part à une psychothérapie basée sur l'ACT ($n = 30$), comparativement à un groupe contrôle ($n = 30$). Une étude a été menée par Zemestani et ses collègues (2022) auprès d'adolescentes iraniennes étudiant à l'école secondaire et présentant des symptômes anxieux. Les résultats indiquent que les participantes ($n = 24$) à un programme basé sur l'ACT composé de huit rencontres de groupe, comparativement à un groupe contrôle en liste d'attente ($n = 47$), rapportent une diminution significative des symptômes anxieux et dépressifs, de même qu'une amélioration par rapport aux inquiétudes, à la régulation des émotions et à l'intolérance à l'incertitude. Ces résultats se sont maintenus lors de la mesure de suivi après un mois. Shiri et ses collègues (2022) ont étudié les effets d'une intervention de groupe de six semaines basé sur l'ACT auprès d'étudiantes du secondaire présentant des symptômes anxieux légers à modérés ($N = 100$). À la fin du programme et au suivi de deux mois, les participantes ont connu une diminution

significative des symptômes anxieux et dépressifs, ainsi qu'une augmentation significative du niveau de qualité de vie.

D'autres auteurs se sont intéressés à l'efficacité de l'ACT en format d'autogestion. Ivanova et ses collègues (2016) indiquent, dans leur essai randomisé contrôlé, qu'une intervention ACT d'autogestion prodiguée sur le Web ($n = 101$) serait plus efficace qu'une liste d'attente ($n = 51$) pour les personnes souffrant d'anxiété sociale sur le plan des symptômes d'anxiété généralisée ($d = 0,39$) et des symptômes d'anxiété sociale ($d = 0,70$). Il n'y aurait toutefois pas eu de diminution significative des symptômes de panique. Ritzert et al. (2016) trouvent également une amélioration significative des symptômes d'anxiété, de la qualité de vie et des processus thérapeutiques de l'ACT dans un essai randomisé contrôlé auprès de participants avec un trouble anxieux ayant pris part à une intervention d'autogestion via un cahier d'exercices basé sur l'ACT ($n = 256$), comparativement à des participants sur une liste d'attente ($n = 247$). Une revue systématique de Kelson et ses collègues (2019) trouve une réduction significative des symptômes anxieux au sein de 18 études sur 20 après une intervention ACT d'autogestion sur le Web chez des adultes présentant un trouble d'anxiété généralisée, un trouble d'anxiété sociale, un trouble d'anxiété liée à la maladie, ou encore des symptômes anxieux sans diagnostic spécifique. Sous une perspective économique, Risør et ses collègues (2022), dans un essai randomisé contrôlé, rapportent qu'une intervention ACT prodiguée sur le Web ($n = 53$) serait plus efficace et moins coûteuse qu'un groupe contrôle (forum

de discussion sur le Web; $n = 48$) pour le traitement des adultes souffrant d'anxiété sévère liée à la santé.

Tel que mentionné précédemment lors de la présentation du programme Roseau, les interventions d'autogestion peuvent être non guidées ou encore guidées par un contact avec le thérapeute pour soutenir l'intégration des acquis (Newman et al., 2003). Certaines études indiquent qu'un contact thérapeutique serait bénéfique dans le cadre d'interventions d'autogestion. Dans une revue systématique de Beatty et Binnion (2016), au sein de laquelle neuf études s'intéressent au lien entre le niveau de soutien thérapeutique et l'adhésion au traitement, quatre études révèlent que le niveau d'adhésion serait plus élevé lorsque l'intervention est guidée par un contact avec le thérapeute, une cinquième étude mentionne que le niveau d'adhésion serait plus élevé lors d'un soutien thérapeutique par téléphone que par courriel, et une sixième étude, qualitative cette fois, indique que le manque de contact humain ou de rétroaction serait associé à un plus faible niveau d'adhésion. Une revue systématique de French et ses collègues (2017) soulève également qu'un contact thérapeutique au sein d'interventions d'autogestion aurait un impact positif sur les symptômes anxieux et dépressifs, comparativement à des interventions non guidées. Une méta-analyse de Spijkerman et ses collègues (2016) indique que pour les variables de stress et de pleine conscience, les tailles d'effet d'analyses exploratoires sont significativement plus élevées lors d'interventions d'autogestion guidées que non guidées. Une étude de Titov et ses collègues (2013) mentionne que le niveau d'adhésion à une intervention d'autogestion pour les personnes

souffrant d'anxiété et de dépression est plus élevé chez les participants ayant reçu des courriels automatisés (58 %), comparativement à ceux n'ayant pas reçu ces courriels (36 %). Chez les participants présentant des symptômes légers à modérés, il n'y aurait pas de différence significative entre les deux groupes (avec ou sans courriels) en ce qui a trait à l'amélioration des symptômes anxieux et dépressifs, mais chez les participants présentant des symptômes élevés, ceux ayant reçu des courriels ont rapporté significativement moins de symptômes à la suite de l'intervention que ceux n'ayant pas reçu les courriels. D'autres études ne trouvent cependant pas de gain significatif lors de l'ajout d'un contact thérapeutique en contexte d'interventions d'autogestion (Griffiths et al., 2010; Ivanova et al., 2016). Il y a donc absence de consensus dans la littérature actuelle (Cavanagh et al., 2014).

L'ensemble de ces résultats représente bien les bénéfices de l'ACT et de sa perspective innovante de la santé mentale, misant sur la flexibilité psychologique et l'amélioration de la qualité de vie plutôt que sur la réduction des symptômes. Cependant, la littérature portant sur cette approche, notamment en ce qui a trait au traitement de l'anxiété, comporte certaines limites dont il est important de tenir compte.

Limites actuelles

Malgré l'intérêt pour l'ACT dans le traitement des troubles anxieux, quelques limites demeurent. Premièrement, l'ACT est une approche « modérément efficace » pour le traitement de l'anxiété mixte (Society of Clinical Psychology, 2016), ce qui signifie que

d'autres essais randomisés avec groupe contrôle sont nécessaires pour bonifier son statut empirique.

Deuxièmement, les nouvelles modalités d'intervention de l'ACT sont amenées à se multiplier pour répondre à la problématique actuelle d'accès aux soins en santé mentale. Par exemple, les programmes d'autogestion et de groupe occupent une place de plus en plus importante (Buhrman et al., 2013; Johnston et al., 2010; Kocovski et al., 2009; Ossman et al., 2006; Thorsell et al., 2011). Cependant, les études portant sur ces programmes pour le traitement de l'anxiété demeurent rares ou comportent certaines limites, comme l'absence de groupe contrôle et de mesure de la qualité de vie. De plus, il existe très peu d'études portant sur l'évaluation d'un format hybride (qui combine une thérapie de groupe et du contenu d'autogestion), une modalité novatrice qui peut représenter un rapport coût-bénéfice avantageux.

Troisièmement, le niveau de soutien thérapeutique optimal (p. ex., via des relances téléphoniques) pour favoriser l'efficacité des programmes d'autogestion et de groupe demeure peu connu (Cavanagh et al., 2014). Déterminer la quantité idéale de contact thérapeutique aiderait à la planification des ressources humaines pour le déploiement de programmes d'intervention.

Objectifs de l'article empirique

L'article présenté dans cet essai vise à évaluer les effets du programme Roseau et de son format novateur au sein d'un échantillon de personnes présentant des symptômes anxieux ($N = 202$) selon trois conditions : (1) programme ACT hybride accompagné de six relances téléphoniques ($n = 69$); (2) programme ACT hybride sans relances téléphoniques ($n = 95$); et (3) liste d'attente ($n = 38$). Il est postulé que le Roseau entraînera une amélioration statistiquement significative des niveaux de qualité de vie et de flexibilité psychologique, ainsi qu'une diminution statistiquement significative des niveaux de symptômes anxieux et de symptômes dépressifs, comparativement aux participants placés en liste d'attente. Il est également postulé que le programme démontrera une efficacité significativement plus élevée, sur le plan statistique, lorsqu'accompagné de relances téléphoniques. L'étude met de l'avant la variable de qualité de vie puisqu'il s'agit de la principale visée d'intervention de l'ACT. Les symptômes anxieux sont évalués puisqu'ils sont la problématique commune à l'ensemble des participants. Les symptômes dépressifs occupent également une place dans l'étude puisqu'ils apparaissent souvent en comorbidité avec les symptômes anxieux (Carlier & Pull, 2006; Statistique Canada, 2013b). Finalement, la flexibilité psychologique est mesurée puisqu'il s'agit du mécanisme de changement de l'ACT. Ce projet s'avère judicieux considérant l'ampleur des troubles anxieux et de leurs conséquences. De plus, l'étude permet d'en savoir davantage sur l'efficacité d'un programme comportant du contenu d'autogestion, une modalité d'intervention promue par le *Programme québécois pour les troubles mentaux* (PQPTM) actuellement en déploiement au Québec.

Article scientifique

Évaluation d'une intervention hybride basée sur la thérapie d'acceptation et d'engagement pour les symptômes anxieux avec ou sans relances téléphoniques : un essai clinique avec groupe contrôle

Évaluation d'une intervention hybride basée sur la thérapie d'acceptation et d'engagement pour les symptômes anxieux avec ou sans relances téléphoniques : un essai clinique avec groupe contrôle

Lauriane Lapointe, D. Ps.(c)¹

Frédéric Dionne, Ph. D.¹

Joël Gagnon, Ph. D.²

¹ Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

² Département des relations industrielles, Université Laval

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Frédéric Dionne,
Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières,
C.P. 500, Québec, Canada, G9A 5H7. Courriel: frederick.dionne@uqtr.ca

Résumé

Le tiers de la population générale sera affecté par un trouble anxieux au cours de sa vie. Une littérature scientifique de plus en plus étoffée démontre les bénéfices de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) dans plusieurs formats d'intervention pour le traitement des troubles anxieux. Au cours des dernières années, le Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (Québec) a développé un programme d'intervention de groupe basé sur l'ACT pour les personnes souffrant de symptômes anxieux : le Roseau. Ce programme est hybride, c'est-à-dire qu'il offre des séances de groupe bonifiées par du contenu d'autogestion via des capsules Web. La présente étude vise à évaluer les effets du Roseau au sein d'un échantillon de personnes présentant des symptômes anxieux ($N = 202$) réparti en trois conditions : (1) Le Roseau accompagné de six relances téléphoniques ($n = 69$); (2) Le Roseau sans relances téléphoniques ($n = 95$); et (3) liste d'attente ($n = 38$). Les résultats mettent en évidence l'efficacité significativement plus élevée du Roseau accompagné de relances téléphoniques pour l'ensemble des variables à l'étude, comparativement à une liste d'attente, ainsi que l'efficacité significativement plus élevée du Roseau sans relances téléphoniques, comparativement à la liste d'attente, en ce qui a trait au domaine « santé physique » de la qualité de vie, aux symptômes anxieux, aux symptômes dépressifs et à la fusion cognitive. Les résultats indiquent aussi que le Roseau bonifié par des relances téléphoniques est significativement plus efficace que sans relances téléphoniques pour le domaine « santé psychologique » de la qualité de vie ainsi que pour les symptômes anxieux, l'évitement expérientiel et la fusion cognitive. Ce projet, bien qu'il présente certaines limites en lien

avec son contexte clinique, offre des cibles pour améliorer la qualité de l'offre de services actuelle en santé mentale.

Mots clés : thérapie d'acceptation et d'engagement, autogestion, thérapie de groupe, qualité de vie, anxiété, dépression, flexibilité psychologique

Le tiers de la population générale sera affecté par un trouble anxieux au cours de sa vie (Bandelow & Michaelis, 2015). Ce trouble psychologique engendre un fardeau personnel, social et économique important, en plus d'être associé à l'incapacité de travailler, la diminution de l'efficacité au travail, la baisse de revenus, les difficultés conjugales et familiales, les problèmes de santé et la diminution de la qualité de vie (Bokma et al., 2017; Senaratne et al., 2010; Tolin et al., 2010). Par ailleurs, l'anxiété s'accompagne souvent d'une symptomatologie dépressive comorbide, causant une détresse psychologique d'autant plus importante chez les personnes qui en souffrent (American Psychiatric Association, 2013).

Dans le but de traiter les troubles anxieux, la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT; Hayes et al., 2012) est une approche prometteuse. L'ACT soutient que la majorité des troubles psychologiques (incluant les troubles anxieux) est le produit d'une perte de variabilité comportementale et psychologique (ou inflexibilité psychologique) causée par l'évitement des expériences désagréables (Forsyth & Eifert, 2016; Hayes et al., 2016). Par exemple, une personne anxieuse qui dirigerait toute son attention et ses actions vers l'objectif d'échapper à ses inquiétudes parviendrait moins bien à agir conformément à ce qui est important pour elle (ses objectifs et valeurs personnelles). Ainsi, l'objectif général de l'ACT est de favoriser la flexibilité psychologique, la capacité à persister ou à changer le cours d'une action, même en présence de pensées, sensations et émotions désagréables, afin d'agir plus librement en direction de ses valeurs personnelles (Hayes et al., 2012). Dans un contexte

clinique, l'ACT utilise des processus psychologiques qui sont ciblés à l'aide d'exercices expérientiels, de métaphores, de paradoxes et d'enseignements psychoéducatifs (Dionne et al., 2013).

En plus d'être utilisée en suivi individuel, l'ACT peut être offerte en format de groupe, une modalité d'intervention pertinente en raison de son rapport coût-efficacité avantageux (Clark et al., 2006). En effet, le format de groupe permet la prise en charge de plusieurs clients à la fois tout en sollicitant la mobilisation d'un nombre moins élevé d'intervenants. En outre, le groupe offre du soutien social entre les membres ainsi que la disponibilité des participants pour la réalisation d'exercices en cours de séance (Heimberg & Becker, 2002). Diverses études soutiennent l'efficacité des interventions ACT en format de groupe pour le trouble d'anxiété généralisée (Avdagic et al., 2014; Orsillo et al., 2003), le trouble d'anxiété sociale (Block & Wulfer, 2000; Kocovski et al., 2009; Ossman et al., 2006), l'anxiété liée aux problématiques de santé (Eilenberg et al., 2016, 2017) ainsi que les psychoses et les symptômes liés aux traumatismes (Spidel et al., 2018).

L'ACT peut également être déployée en format d'autogestion. L'autogestion consiste en des stratégies employées quotidiennement par les individus pour reprendre du contrôle sur leur vie et leur santé dans le but de réduire les difficultés, prévenir les rechutes et améliorer leur bien-être (Barlow et al., 2002; Omisakin & Ncama, 2011; Villaggi et al., 2015). Il s'agit d'une modalité d'intervention propice au traitement des symptômes de faible intensité et qui est préconisée dans plusieurs centres de santé et services sociaux,

notamment dans le cadre du *Programme québécois pour les troubles mentaux* (PQPTM; Gouvernement du Québec, 2021). Étant prodiguée par l'entremise d'une plateforme Web, de technologies mobiles ou encore d'un livre, l'autogestion permet d'offrir un traitement plus accessible qui favorise le sentiment d'autoefficacité et qui réduit les coûts relatifs aux thérapies régulières (Cavanagh et al., 2014). En plus d'être utilisées à la place d'un traitement habituel en face à face, les interventions d'autogestion peuvent être employées comme un adjuvant à une thérapie habituelle, telle qu'une thérapie de groupe, afin d'accroître les bénéfices de l'intervention chez les participants (Donnan et al., 1990).

L'ACT en format d'autogestion démontre des résultats prometteurs dans plusieurs études sur le traitement de l'anxiété (Kelson et al., 2019). Une étude de Ritzert et al. (2016) indique une diminution significative des symptômes d'anxiété ainsi qu'une augmentation significative de la qualité de vie chez des participants ayant complété un cahier d'exercices basé sur l'ACT ($n = 256$), comparativement à des participants sur une liste d'attente ($n = 247$). Ces changements ont été maintenus lors des suivis de six et neuf mois. Par ailleurs, French et al. (2017) ont réalisé une revue systématique comprenant les résultats de 13 études ($N = 2\ 580$) relatives à l'efficacité de l'ACT en format d'autogestion pour les variables de dépression, d'anxiété et/ou de flexibilité psychologique. Une amélioration significative de ces variables a été observée entre le prétest et le post-test avec des tailles d'effet variant entre faibles et modérées. À titre comparatif, des tailles d'effet élevées ont été obtenues par Dalrymple et Herbert (2007) concernant l'efficacité d'une thérapie ACT régulière (format individuel) pour le traitement du trouble d'anxiété sociale. Cette

divergence entre les tailles d'effets des interventions d'autogestion et celles des interventions régulières souligne l'importance d'investiguer davantage les implications du format d'autogestion.

Les interventions d'autogestion peuvent comprendre deux niveaux de soutien, c'est-à-dire qu'elles peuvent être guidées ou non guidées par un contact avec le thérapeute (Newman et al., 2003). Au sein d'une intervention d'autogestion guidée, le thérapeute est amené à communiquer avec le client sur une base régulière via des courriels, des appels téléphoniques ou encore des rencontres en personne. Cela peut viser, par exemple, à assurer l'intégration des acquis ou à répondre aux questions du client. Dans les interventions d'autogestion non guidées, le client chemine de façon autonome dans l'acquisition des processus thérapeutiques. Des études indiquent qu'un contact thérapeutique serait bénéfique dans le cadre d'interventions d'autogestion en ce qui a trait aux niveaux de stress, de pleine conscience, de symptômes élevés d'anxiété et de dépression ainsi qu'à l'adhésion au traitement (Beatty & Binnion, 2016; French et al., 2017; Spijkerman et al., 2016; Titov et al., 2013). D'autres études ne trouvent cependant pas de différence entre les résultats de participants ayant reçu une intervention d'autogestion guidée ou non guidée par un contact thérapeutique comme des relances téléphoniques (Griffiths et al., 2010; Ivanova et al., 2016). Par ailleurs, Newman et al. (2003) indiquent que le niveau d'importance du contact thérapeutique pourrait varier en termes d'intensité et de fréquence selon les types de troubles anxieux. À l'heure actuelle,

il n'y a donc pas de consensus quant aux bénéfices d'un contact thérapeutique au sein des interventions d'autogestion (Cavanagh et al., 2014).

En résumé, plus d'études sont nécessaires pour évaluer les effets d'un programme ACT dans un format hybride pour le traitement de l'anxiété. De plus, il serait avantageux d'en connaître davantage sur la plus-value d'un contact thérapeutique au sein des interventions d'autogestion dans le but de définir des modalités d'intervention ayant un rapport coût-efficacité optimal.

Objectifs de l'étude

Au cours des dernières années, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches a développé un programme d'intervention de groupe basé sur l'ACT pour les personnes souffrant de symptômes anxieux : le Roseau. Ce nouveau programme suit un modèle d'intervention hybride (séances de groupe aux deux semaines bonifiées par du contenu d'autogestion via des capsules Web hebdomadaires). Un contact thérapeutique supplémentaire est également offert au sein du programme via des relances téléphoniques effectuées par les animateurs. L'objectif de cette étude est double. En premier lieu, il s'agit d'évaluer les effets du Roseau selon deux modalités (avec et sans relances téléphoniques) auprès d'un échantillon de personnes présentant des symptômes anxieux, en comparaison à un groupe contrôle en liste d'attente. En second lieu, il consiste à étudier l'apport des relances téléphoniques auprès d'un sous-groupe de participants. Il est attendu que :

1. Le Roseau, avec et sans relances téléphoniques, soit significativement plus efficace qu'une liste d'attente pour l'amélioration du niveau de qualité de vie;
2. Le Roseau, avec et sans relances téléphoniques, soit significativement plus efficace qu'une liste d'attente pour la diminution du niveau de symptômes anxieux;
3. Le Roseau, avec et sans relances téléphoniques, soit significativement plus efficace qu'une liste d'attente pour la diminution du niveau de symptômes dépressifs;
4. Le Roseau, avec et sans relances téléphoniques, soit significativement plus efficace qu'une liste d'attente pour l'amélioration du niveau de flexibilité psychologique;
5. Le Roseau avec relances téléphoniques soit significativement plus efficace que sans relances téléphoniques pour l'ensemble des variables à l'étude (qualité de vie, symptômes anxieux, symptômes dépressifs, flexibilité psychologique).

Il est à noter que des différences statistiquement significatives, et non cliniquement significatives, sont attendues dans le cadre de ce devis de recherche.

Méthode

Devis de recherche

Cette étude est un essai quasi-expérimental avec deux temps de mesure (prétest et post-test). Le devis inclut trois conditions :

1. Le Roseau accompagné de six relances téléphoniques ($n = 69$);
2. Le Roseau sans relances téléphoniques ($n = 95$);
3. Liste d'attente (groupe contrôle dans lequel les participants prennent part à l'intervention dans un temps ultérieur; $n = 38$).

Une majorité de participants a été répartie de manière aléatoire aux conditions expérimentales ou à la liste d'attente. Toutefois, en raison de contraintes cliniques (p. ex., tableau clinique ne permettant pas d'être placé en attente, indisponibilité d'horaire), bon nombre de participants n'ont pas pu se prêter à cette répartition aléatoire. La répartition de la condition « avec/sans relances téléphoniques » a été effectuée selon la modalité qui était offerte sur chaque site du CISSS.

Participants

Au préalable, une analyse a été effectuée à l'aide du logiciel GPower 3.1 afin de déterminer le nombre de participants nécessaires pour obtenir une puissance statistique satisfaisante de 80 %. Le calcul a été fait à partir d'un modèle d'analyse de variance mixte pour tester l'interaction entre la variable inter-sujet et la variable intra-sujet. Il a été possible d'établir qu'un nombre d'environ 50 participants par condition de recherche, pour un total de 150 participants, serait suffisant pour permettre de répondre aux hypothèses de recherche au seuil alpha de 0,05, avec une taille d'effet de 0,71.

Les participants à l'étude ($N = 202$), dont 76,2 % sont des femmes, sont âgés entre 18 et 79 ans ($M = 40,06$; $ÉT = 16,48$). Le recrutement s'est fait via une liste d'attente pour des services publics en santé mentale en raison de symptômes anxieux, entre l'automne 2018 et le printemps 2019. Durant cette période, une première cohorte a débuté à l'automne, une deuxième cohorte à l'hiver et une troisième cohorte au printemps. Dans chaque cohorte, les participants ont été répartis parmi les trois conditions (le Roseau avec relances téléphonique, le Roseau sans relances téléphoniques, liste d'attente). Selon leurs régions respectives, les participants ont pu bénéficier du Roseau au sein de sept sites du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Déroulement

Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches (numéro de projet : 2019-561) ainsi que par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (numéro de certificat : CER-18-248-10.04). Tous les participants ont donné leur consentement libre et éclairé avant de participer à la recherche. Des entrevues cliniques ont été menées par les professionnels du CISSS (psychologues, travailleurs sociaux, internes en psychologie) afin de confirmer l'orientation vers le programme et d'évaluer le fonctionnement des participants à l'aide des processus de la flexibilité psychologique. Une grille d'évaluation a été utilisée afin d'évaluer les critères d'inclusion et d'exclusion à l'étude. Les critères d'inclusion étaient : (1) être âgé de 18 ans ou plus et présenter des symptômes d'anxiété légers à modérés, sans obligatoirement avoir de diagnostic établi; (2) les symptômes doivent entraîner une

souffrance significative ou une altération significative du fonctionnement; et (3) les symptômes d'anxiété doivent constituer la difficulté au premier plan dans le tableau clinique de la personne, par rapport à d'autres potentielles problématiques concomitantes. Les critères d'exclusion étaient : (1) la présence d'une ou plusieurs autre(s) problématique(s)/caractéristique(s) qui compromettraient le fonctionnement de la personne dans le programme (p. ex., déficience intellectuelle ou analphabétisme, idéations suicidaires, trouble de l'humeur sévère, trouble de la personnalité non traité, trouble de stress post-traumatique non traité, trouble lié à la dépendance à une substance, trouble psychotique); et (2) la présence d'une ou plusieurs autre(s) problématique(s)/caractéristique(s) pour lesquelles les interventions de groupe ne sont pas indiquées (p. ex., personne suicidaire, trouble de stress post-traumatique non traité, trouble psychotique). Lorsque les participants répondaient aux critères, les modalités de l'intervention et de la recherche étaient présentées. Un participant qui ne répondait pas aux critères était référé à un autre service, généralement un suivi individuel offert par un psychologue ou un travailleur social selon la problématique.

Les questionnaires prétest ont été complétés lors de la rencontre d'évaluation individuelle lorsque celle-ci avait lieu peu de temps avant la première rencontre de groupe, ou encore lors de la première rencontre de groupe. Le délai moyen entre la mesure prétest et le début du programme était de 5,4 jours. Les participants assignés à la liste d'attente ont complété les questionnaires prétest en version papier lors de la rencontre d'évaluation individuelle, ou encore en version électronique immédiatement avant le début du

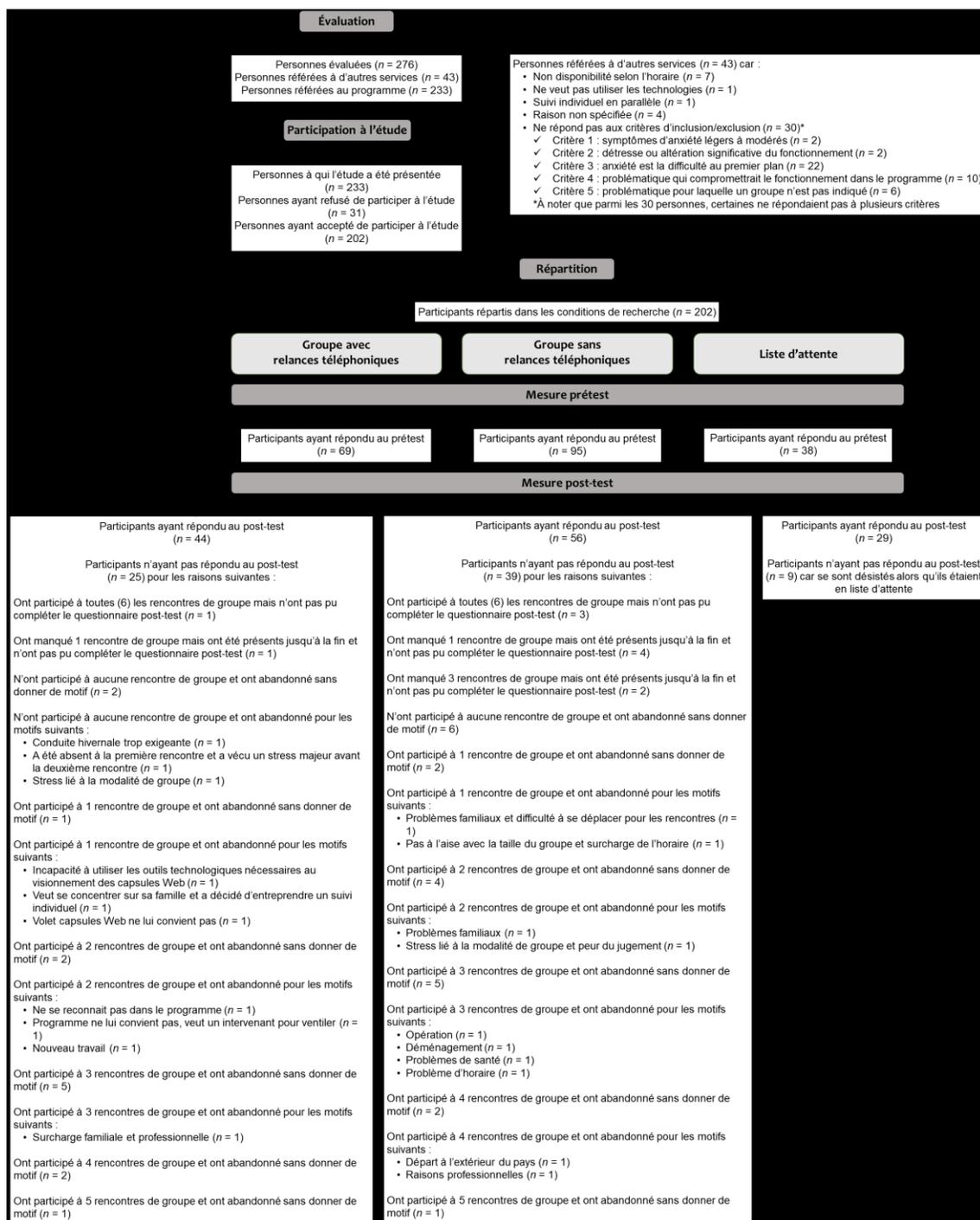
programme. Les questionnaires post-test ont été administrés lors de la dernière rencontre de groupe pour les participants en intervention, ou par voie électronique pour les participants en attente. Le délai moyen entre la mesure prétest et la mesure post-test était de 75,4 jours. Le temps de passation était d'environ 15 à 20 minutes pour chaque série de questionnaires.

Flux des participants

Comme il est possible de le constater sur la Figure 2, 43 personnes ayant été évaluées pour prendre part au programme ont été référées à d'autres services. Parmi celles-ci, 30 ne répondaient pas aux critères d'inclusion et/ou d'exclusion du programme, sept n'étaient pas disponibles selon l'horaire des rencontres, une personne ne voulait pas utiliser les technologies nécessaires au visionnement des capsules Web, une personne bénéficiait déjà d'un suivi individuel en parallèle, et quatre ont été référées à d'autres services pour des raisons non spécifiées par les animateurs ayant réalisé les évaluations. Parmi les personnes référées au programme, 31 ont refusé de participer à la recherche, notamment en raison d'un manque de temps, ou encore de l'anxiété que pouvait engendrer la complétion de questionnaires. Finalement, 202 personnes référées au programme ont accepté de participer à l'étude. Celles-ci ont été réparties dans l'une des trois conditions. Au cours du processus de recherche, 73 participants n'ont pas répondu au questionnaire post-test pour les raisons évoquées dans la Figure 2.

Figure 2

Flux des participants à la recherche



Intervention

Le Roseau est un programme de 13 semaines basé sur l'approche ACT. Il comprend six rencontres de groupe d'une durée de deux heures et demie, ainsi que 14 capsules Web d'une durée variant entre 20 et 30 minutes. Les rencontres ont lieu en présence aux deux semaines. Les thèmes et habiletés enseignés dans le programme sont présentés dans le Tableau 1. Les capsules Web, quant à elles, servent à approfondir les concepts théoriques vus en groupe et à suggérer des exercices pratiques (p. ex., méditation en pleine conscience). Les groupes sont composés de 8 à 15 participants et sont animés par deux coanimateurs (psychologue et travailleur social) par groupe. Ces animateurs ont été préalablement formés à la thérapie ACT pendant un minimum de 14 heures auprès d'un formateur accrédité. Le contenu des rencontres de groupe est uniformisé et les participants ont accès à un guide dans lequel se retrouvent toutes les notions, les exercices et les métaphores abordés en groupe. Des relances téléphoniques d'une durée moyenne de 15,6 minutes sont effectuées aux deux semaines (les semaines lors desquelles il n'y a pas de rencontre de groupe) par l'un des animateurs dans le but de vérifier la compréhension des capsules Web et de l'expérience de groupe, de s'assurer de l'évolution des participants, de favoriser l'intégration des concepts et stratégies vus dans le programme, ainsi que de maintenir la motivation des participants (se référer à l'Annexe 1 pour le guide à suivre par les animateurs lors des relances téléphoniques). Ces six relances téléphoniques sont ajoutées au programme dans certains sites du CISSS selon une répartition aléatoire.

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

Tableau 1*Contenu du programme Roseau (suite)*

Semaines	Contenu
3 (suite)	<ul style="list-style-type: none"> • Intolérance à l'incertitude, inquiétudes, suppression des pensées • Motivation aux changements, étapes de changement de Prochaska • Exercice : pleine conscience
4	<p>Capsule Web : La défusion face aux pensées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fusion cognitive, stratégies de défusion • Métaphore du cinéma pour considérer les pensées comme ce qu'elles sont • Métaphore du pop-corn pour choisir les pensées que l'on souhaite écouter • Référence Youtube : « Comment ne plus vous faire hameçonner? » par Benjamin Schoendorff, psychologue à l'Institut de psychologie contextuelle • Exercice : regarder nos pensées
5	<p>Rencontre de groupe : Le moment présent</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiration diaphragmatique • Exercices de pratique informelle de la pleine conscience <p>Capsule Web complémentaire : Résolution de problèmes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étapes de la résolution de problèmes • 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 • Modes d'affirmation • Ce qui n'est pas de l'affirmation • Stratégies d'affirmation • Exercice : le vagabondage de mes pensées
6	<p>Capsule Web : Le moment présent</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stratégies d'application du moment présent • Exercice du bras en direction du passé-présent-futur • Pleine conscience lors d'une activité choisie par le participant • Manger en pleine conscience

Tableau 1*Contenu du programme Roseau (suite)*

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

Tableau 1*Contenu du programme Roseau (suite)*

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

Tableau 1*Contenu du programme Roseau (suite)*

Semaines	Contenu
13 (suite)	<ul style="list-style-type: none"> • Les signaux d’alarme d’une rechute • Exercice : la bulle

Instruments de mesure

Les questionnaires présentés ci-dessous ont été utilisés dans le but de mesurer les variables à l’étude (niveaux de qualité de vie, de symptômes anxieux, de symptômes dépressifs et de flexibilité psychologique) avant et après l’intervention. Les questionnaires choisis présentent de très bonnes qualités psychométriques, autant du point de vue de la fidélité que de la validité (Dionne et al., 2016; Monestès et al., 2009; Zigmond & Snaith, 1983).

Qualité de vie

Le *World Health Organization Quality of Life Assessment* – version abrégée (WHOQOL-BREF; Whoqol Group, 1998) a été utilisé pour évaluer la qualité de vie des participants. Il constitue la version abrégée du WHOQOL-100 et mesure les scores reliés à quatre sous-échelles de la qualité de vie : la santé physique, la santé psychologique, les relations sociales et l’environnement. Les 26 items du questionnaire se répondent sur une échelle de type Likert de cinq points allant de (1) *Pas du tout* à (5) *Extrêmement*. Un exemple d’item est : « La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce dont vous avez

envie? ». Dans la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach est de 0,89, ce qui représente un bon indice de fidélité.

Symptômes d'anxiété et de dépression

Le *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; Version française : Razavi et al., 1989) a été utilisé pour mesurer la symptomatologie anxieuse et dépressive des participants. Ce questionnaire contient deux sous-échelles dont les items portent sur les sept derniers jours. La première sous-échelle contient sept items et sert au dépistage de la dépression. Un exemple d'item est : « Je peux rire et voir le côté amusant des choses ». La deuxième sous-échelle contient également sept items et permet le dépistage des troubles anxieux. Un exemple d'item est : « Je me sens tendu(e) ». Les items du questionnaire se répondent sur une échelle de type Likert de quatre points allant de (0) *La plupart du temps* à (3) *Jamais*, le score total par sous-échelle variant donc entre 0 et 21. Un score élevé correspond à une plus grande sévérité des symptômes. Dans cette étude, les coefficients alpha des deux sous-échelles sont acceptables ($\alpha = 0,78$ pour l'anxiété; $\alpha = 0,76$ pour la dépression).

Flexibilité psychologique

Le *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ-II; Bond et al., 2011; Version française : Monestès et al., 2009) et le *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ; Gillanders et al., 2014; Version française : Dionne et al., 2016) ont été employés pour mesurer

respectivement l'évitement expérientiel et la fusion cognitive, deux composantes de l'inflexibilité psychologique.

Le AAQ-II mesure l'évitement expérientiel par l'entremise de sept items. Un exemple d'item est : « J'ai peur de mes émotions ». Les items sont répondus sur une échelle de type Likert de sept points allant de (1) *Jamais vrai* à (7) *Toujours vrai*. Le score total peut donc varier entre 7 et 49, un score élevé indiquant une forte tendance à l'évitement expérientiel. Dans la présente étude, le coefficient alpha est bon ($\alpha = 0,88$).

Le CFQ mesure la fusion cognitive avec sept items. Un exemple d'item est : « Mes pensées me font souffrir ou me rendent triste ». Les items sont répondus sur une échelle de type Likert de sept points allant de (1) *Jamais vrai* à (7) *Toujours vrai*. Le score total varie donc entre 7 et 49, un score élevé indiquant une forte propension à la fusion cognitive. Dans cette étude, le coefficient alpha est excellent ($\alpha = 0,93$).

Analyses statistiques

Dans le but d'évaluer l'impact des trois conditions de recherche (le Roseau avec relances téléphoniques, le Roseau sans relances téléphoniques, liste d'attente) sur les scores des participants (qualité de vie, symptômes anxieux, symptômes dépressifs, flexibilité psychologique) à deux temps de mesure (préintervention, postintervention), des modèles linéaires mixtes ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS 28.0. Les données ont été analysées selon la méthode « intention to treat », c'est-à-dire que tous les participants

ayant complété les questionnaires prétest ont été inclus dans les analyses, peu importe s'ils ont complété les questionnaires post-test ou non (se référer à la Figure 2 pour le nombre de participants dans chaque condition au prétest et au post-test). En ce qui a trait aux données manquantes (participants ayant omis de répondre à certaines questions), puisque les résultats des analyses de patrons de données manquantes indiquent qu'il n'est pas possible de rejeter l'hypothèse nulle voulant que les données soient manquantes de façon complètement aléatoire, celles-ci ont été imputées à l'aide d'une technique d'imputation multiple (Dziura et al., 2013). Des ANOVAS et des tests du chi-carré ont été effectués afin de comparer les participants de chaque condition au prétest sur le plan des variables sociodémographiques. Des modèles linéaires mixtes, réalisés ultérieurement, ont permis la comparaison des participants de chaque condition au prétest par rapport aux variables d'efficacité. Ensuite, un test du chi-carré ainsi que des tests-t ont été effectués afin de vérifier la présence d'une différence significative au prétest entre les participants ayant abandonné le programme et ceux l'ayant complété, sur le plan des variables sociodémographiques et des variables d'efficacité, pour chacune des conditions de l'étude. Finalement, des modèles linéaires mixtes ont été réalisés afin de comparer le groupe en liste d'attente et chacune des conditions d'intervention (avec et sans relances téléphoniques). Par la suite, ces mêmes analyses ont été effectuées dans le but de comparer les deux conditions d'intervention entre elles.

Résultats

Les moyennes et écarts-types au prétest et au post-test pour l'ensemble des variables selon chaque condition sont présentés dans le Tableau 2.

Tableau 2

Moyennes et écarts-types au prétest et post-test pour chaque condition

Variables	Conditions	<i>M (ÉT)</i> prétest	<i>M (ÉT)</i> post-test
Qualité de vie 1 (santé physique)	Avec relances téléphoniques	91,80 (17,60)	100,00 (18,90)
	Sans relances téléphoniques	88,90 (19,60)	97,10 (18,40)
	Liste d'attente	98,30 (19,50)	94,30 (18,10)
Qualité de vie 2 (santé psychologique)	Avec relances téléphoniques	62,40 (12,90)	72,40 (10,60)
	Sans relances téléphoniques	57,50 (14,20)	63,00 (14,40)
	Liste d'attente	63,40 (14,00)	64,30 (13,90)
Qualité de vie 3 (relations sociales)	Avec relances téléphoniques	38,20 (9,54)	41,80 (9,12)
	Sans relances téléphoniques	37,70 (9,89)	40,30 (9,75)
	Liste d'attente	38,80 (10,00)	38,80 (8,56)
Qualité de vie 4 (environnement)	Avec relances téléphoniques	117,00 (16,40)	123,00 (17,80)
	Sans relances téléphoniques	115,00 (20,10)	118,00 (17,60)
	Liste d'attente	120,00 (18,00)	117,00 (17,20)
Anxiété	Avec relances téléphoniques	14,50 (3,84)	11,30 (3,76)
	Sans relances téléphoniques	14,20 (4,10)	11,80 (3,66)

Tableau 2*Moyennes et écarts-types au prétest et post-test pour chaque condition (suite)*

Variables	Conditions	<i>M</i> (ÉT) prétest	<i>M</i> (ÉT) post-test
Anxiété (suite)	Liste d'attente	13,10 (2,94)	13,80 (3,95)
Dépression	Avec relances téléphoniques	12,90 (3,71)	8,74 (3,30)
	Sans relances téléphoniques	12,70 (3,50)	10,20 (3,37)
	Liste d'attente	11,70 (4,24)	10,80 (3,27)
Évitement expérientiel	Avec relances téléphoniques	31,90 (8,90)	25,70 (7,82)
	Sans relances téléphoniques	33,50 (7,64)	29,80 (7,74)
	Liste d'attente	32,00 (7,74)	30,30 (10,50)
Fusion cognitive	Avec relances téléphoniques	34,10 (9,38)	26,40 (8,86)
	Sans relances téléphoniques	36,20 (8,28)	30,60 (7,00)
	Liste d'attente	32,90 (7,55)	31,60 (9,22)

Équivalence des groupes au prétest

Des analyses ont été menées dans le but de comparer les participants de chaque condition sur le plan des variables sociodémographiques. Les résultats d'une ANOVA indiquent qu'il n'y a aucune différence significative entre les conditions par rapport à l'âge moyen des participants : $F(2, 198) = 0,36$, $p = 0,696$, $\eta^2_G = 0,004$. Pour les autres variables sociodémographiques, des tests du chi-carré ont été utilisés puisqu'il s'agit de variables dichotomiques et catégorielles. Les résultats indiquent qu'il n'y a aucune différence significative entre les conditions par rapport au genre ($\chi^2(2, N = 202) = 0,02$, p

= 1), à l'ethnie ($\chi^2(6, N = 194) = 4,70, p = 0,6$), à la scolarité ($\chi^2(8, N = 202) = 13,00, p = 0,1$) et au statut civil ($\chi^2(6, N = 200) = 11,00, p = 0,08$). Il existe cependant une différence significative entre les conditions avec et sans relances téléphoniques en ce qui a trait au revenu familial ($\chi^2(8, N = 201) = 19,00, p = 0,02$). Tel qu'indiqué dans le Tableau 3, la distribution des résultats permet d'observer que le groupe sans relances téléphoniques rapporte un revenu majoritairement entre les quatre premières catégories (« Moins de 20 000 \$ » à « 50 000 \$ à 64 999 \$ ») alors que la distribution est plus uniforme parmi tous les choix de réponse pour le groupe avec relances téléphoniques.

Tableau 3

Distribution des résultats pour la variable « Revenu familial » des groupes avec et sans relances téléphoniques

Choix de réponse	Fréquence (n)	
	Groupe avec relances téléphoniques	Groupe sans relances téléphoniques
Moins de 20 000 \$	13	24
20 000 \$ à 34 999 \$	9	27
35 000 \$ à 49 999 \$	7	12
50 000 \$ à 64 999 \$	6	11
65 000 \$ à 79 999 \$	12	3
80 000 \$ à 99 999 \$	6	7
100 000 \$ à 119 999 \$	6	2
120 000 \$ et plus	3	3
Je ne désire pas répondre	6	6

En ce qui concerne les variables d'efficacité, les modèles linéaires mixtes réalisés ultérieurement permettent de conclure en l'absence de différence significative au prétest entre les différentes conditions. Ces résultats sont détaillés dans le Tableau 4.

Tableau 4

Différences de moyennes entre chaque condition au prétest pour les variables d'efficacité

Variables d'efficacité	Types de comparaisons	<i>B</i>	<i>t (ddl)</i>	<i>p</i>
Qualité de vie 1 (santé physique)	Avec relances téléphoniques VS attente	-6,21	-1,63 (244,55)	0,104
	Sans relances téléphoniques VS attente	-5,73	-1,58 (244,55)	0,115
	Avec VS sans relances téléphoniques	-0,48	-0,16 (196,52)	0,870
Qualité de vie 2 (santé psychologique)	Avec relances téléphoniques VS attente	-2,10	-0,73 (235,73)	0,464
	Sans relances téléphoniques VS attente	-2,76	-1,01 (235,73)	0,312
	Avec VS sans relances téléphoniques	0,66	0,30 (194,24)	0,768
Qualité de vie 3 (relations sociales)	Avec relances téléphoniques VS attente	-0,05	-0,03 (255,00)	0,980
	Sans relances téléphoniques VS attente	-2,19e-12	0,00 (255,00)	1,000
	Avec VS sans relances téléphoniques	-0,05	-0,04 (200,97)	0,970

Tableau 4

Différences de moyennes entre chaque condition au prétest pour les variables d'efficacité (suite)

Variables d'efficacité	Types de comparaisons	<i>B</i>	<i>t (ddl)</i>	<i>p</i>
Qualité de vie 4 (environnement)	Avec relances téléphoniques VS attente	-0,64	-0,18 (236,04)	0,861
	Sans relances téléphoniques VS attente	-2,91	-0,84 (236,04)	0,401
	Avec VS sans relances téléphoniques	2,27	0,81 (190,89)	0,418
Anxiété	Avec relances téléphoniques VS attente	0,92	1,19 (266,78)	0,234
	Sans relances téléphoniques VS attente	0,05	0,06 (266,78)	0,948
	Avec VS sans relances téléphoniques	0,87	1,45 (221,55)	0,149
Dépression	Avec relances téléphoniques VS attente	1,20	1,66 (285,47)	0,098
	Sans relances téléphoniques VS attente	1,02	1,49 (285,47)	0,138
	Avec VS sans relances téléphoniques	0,18	0,32 (229,15)	0,747
Évitement expérientiel	Avec relances téléphoniques VS attente	0,98	0,61 (259,00)	0,545
	Sans relances téléphoniques VS attente	0,42	0,27 (259,00)	0,784
	Avec VS sans relances téléphoniques	0,56	0,45 (215,33)	0,651

Tableau 4

Différences de moyennes entre chaque condition au prétest pour les variables d'efficacité (suite)

Variables d'efficacité	Types de comparaisons	<i>B</i>	<i>t (ddl)</i>	<i>p</i>
Fusion cognitive	Avec relances téléphoniques VS attente	2,16	1,30 (285,76)	0,195
	Sans relances téléphoniques VS attente	2,39	1,51 (285,76)	0,132
	Avec VS sans relances téléphoniques	-0,23	-0,18 (233,07)	0,860

Abandons

Premièrement, un test du chi-carré a été effectué pour déterminer s'il existe un lien entre les abandons et l'appartenance à l'une des trois conditions. Le test s'avère non significatif ($\chi^2(2, N = 202) = 3,60, p = 0,2$), ce qui signifie qu'il n'existe pas de lien entre la condition et le fait d'abandonner ou non le programme. Deuxièmement, des tests-t ont été réalisés dans le but de comparer les participants ayant abandonné le programme de ceux l'ayant complété sur le plan des variables sociodémographiques et des variables d'efficacité au prétest. Les résultats, présentés dans le Tableau 5, indiquent qu'aucun des tests-t n'est significatif et qu'il n'existe donc aucune différence entre les participants ayant abandonné ou complété le programme par rapport aux variables sociodémographiques et aux variables d'efficacité au prétest.

Tableau 5

Différences de moyennes entre les participants ayant abandonné le programme et ceux l'ayant complété sur le plan des variables sociodémographiques et des variables d'efficacité au prétest

Variables sociodémographiques	<i>t (ddl)</i>		<i>p</i>
Âge	1,45 (146)		0,150
Genre	1,27 (167)		0,207
Ethnie	-1,27 (92)		0,206
Scolarité	1,13 (160)		0,261
Statut civil	1,48 (140)		0,141
Revenu familial	1,88 (157)		0,062

Variables d'efficacité au prétest	<i>M (ÉT)</i> des participants ayant abandonné le programme	<i>M (ÉT)</i> des participants ayant complété le programme	<i>t (ddl)</i>	<i>p</i>
Qualité de vie 1 (santé physique)	88,10 (19,20)	92,00 (18,70)	1,39 (149)	0,167
Qualité de vie 2 (santé psychologique)	59,00 (15,90)	59,90 (13,40)	0,43 (133)	0,672
Qualité de vie 3 (relations sociales)	38,40 (9,22)	38,20 (9,72)	-0,16 (159)	0,877
Qualité de vie 4 (environnement)	112,00 (18,30)	116,00 (18,20)	1,68 (152)	0,094
Anxiété	7,10 (3,98)	7,10 (3,83)	0,01 (148)	0,990
Dépression	12,50 (3,53)	12,60 (3,85)	0,30 (164)	0,765
Évitement expérientiel	33,60 (7,53)	32,90 (7,80)	-0,55 (157)	0,581
Fusion cognitive	35,40 (7,52)	35,20 (8,66)	-0,20 (170)	0,839

Comparaisons entre les conditions d'intervention et la liste d'attente

Qualité de vie

Les résultats du modèle linéaire mixte indiquent que la première sous-échelle du WHOQOL-BREF (volet santé physique, voir Figure 3) présente des effets d'interaction significatifs entre le groupe en liste d'attente et chacune des conditions d'intervention : avec relances téléphoniques, $B = 15,05$, $t(136,48) = 4,22$, $p < 0,001$, $d = 0,72$, et sans relances téléphoniques, $B = 10,93$, $t(136,61) = 3,22$, $p < 0,01$, $d = 0,55$. Cela signifie que les deux conditions d'intervention s'avèrent significativement plus efficaces que la liste d'attente pour ce volet de la qualité de vie.

La deuxième sous-échelle du WHOQOL-BREF (volet santé psychologique, voir Figure 3) présente un effet d'interaction significatif entre le groupe en liste d'attente et la condition avec relances téléphoniques : $B = 9,85$, $t(130,32) = 3,85$, $p < 0,001$, $d = 0,67$. L'effet d'interaction entre le groupe en liste d'attente et la condition sans relances téléphoniques n'est cependant pas significatif : $B = 4,09$, $t(130,44) = 1,68$, $p = 0,095$. Cela signifie que seulement le groupe avec relances téléphoniques s'avère significativement plus efficace que la liste d'attente pour ce volet de la qualité de vie, mais pas le groupe sans relances téléphoniques.

La troisième sous-échelle du WHOQOL-BREF (volet relations sociales, voir Figure 3) présente un effet d'interaction significatif entre le groupe en liste d'attente et la condition avec relances téléphoniques : $B = 3,76$, $t(142,00) = 1,98$, $p = 0,05$, $d = 0,33$.

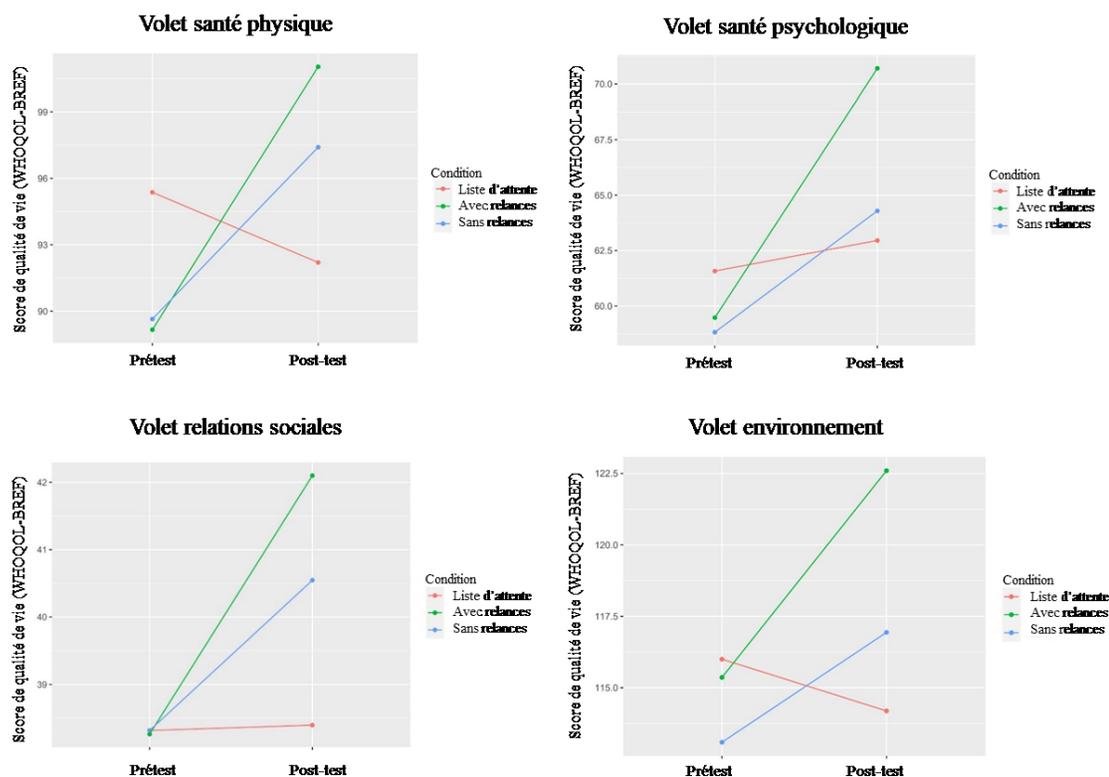
L'effet d'interaction entre le groupe en liste d'attente et la condition sans relances téléphoniques n'est toutefois pas significatif : $B = 2,15$, $t(142,00) = 1,19$, $p = 0,24$. Cela signifie que seulement le groupe avec relances téléphoniques s'avère significativement plus efficace que la liste d'attente pour ce volet de la qualité de vie, mais pas le groupe sans relances téléphoniques.

La quatrième sous-échelle du WHOQOL-BREF (volet environnement, voir Figure 3) présente un effet d'interaction significatif entre le groupe en liste d'attente et la condition avec relances téléphoniques : $B = 9,04$, $t(134,19) = 2,90$, $p < 0,01$, $d = 0,50$. L'effet d'interaction entre le groupe en liste d'attente et la condition sans relances téléphoniques n'est cependant pas significatif : $B = 5,65$, $t(134,29) = 1,90$, $p = 0,059$. Cela signifie que seulement le groupe avec relances téléphoniques s'avère significativement plus efficace que la liste d'attente pour ce volet de la qualité de vie, mais pas le groupe sans relances téléphoniques.

En somme, le Roseau avec relances téléphoniques est significativement plus efficace que la liste d'attente pour tous les domaines de la qualité de vie, et le Roseau sans relances téléphoniques est significativement plus efficace que la liste d'attente pour le domaine 1 (santé physique) de la qualité de vie, mais pas pour les domaines 2 (santé psychologique), 3 (relations sociales) et 4 (environnement).

Figure 3

Moyennes pré-post pour la qualité de vie

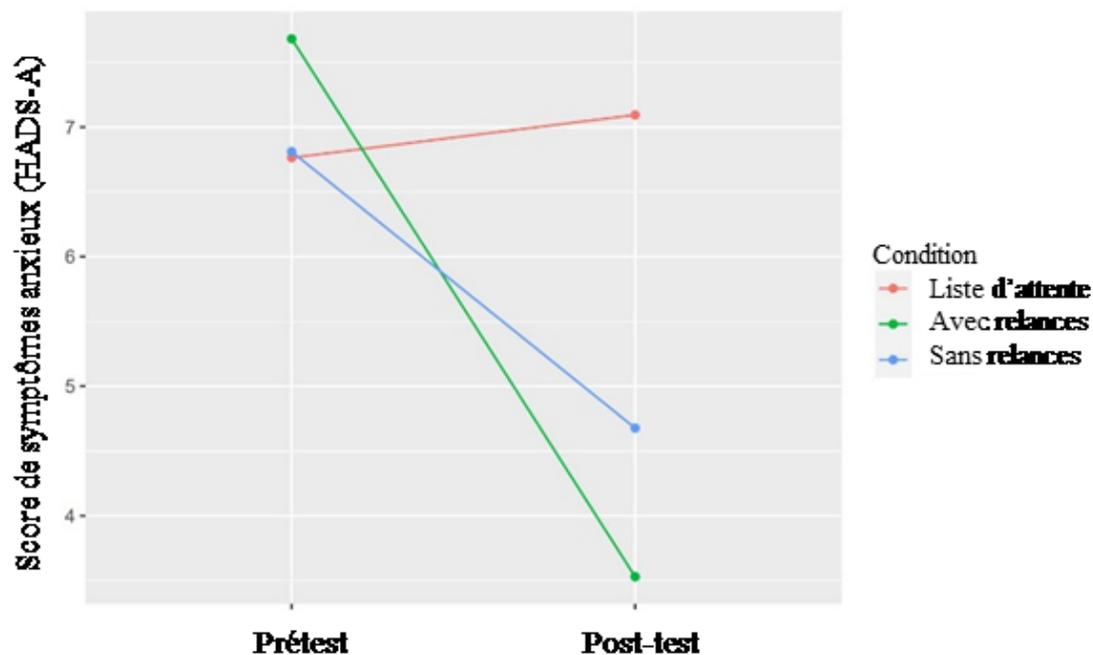


Symptômes anxieux

Les résultats du modèle linéaire mixte indiquent que la sous-échelle « anxiété » du HADS (voir Figure 4) présente des effets d'interaction significatifs entre le groupe en liste d'attente et chacune des conditions d'intervention : avec relances téléphoniques, $B = -4,48$, $t(142,02) = -5,26$, $p < 0,001$, $d = -0,88$, et sans relances téléphoniques, $B = -2,46$, $t(142,20) = -3,04$, $p < 0,01$, $d = -0,51$. Cela signifie que les deux conditions d'intervention s'avèrent significativement plus efficaces que la liste d'attente en ce qui a trait aux symptômes anxieux.

Figure 4

Moyennes pré-post pour les symptômes anxieux

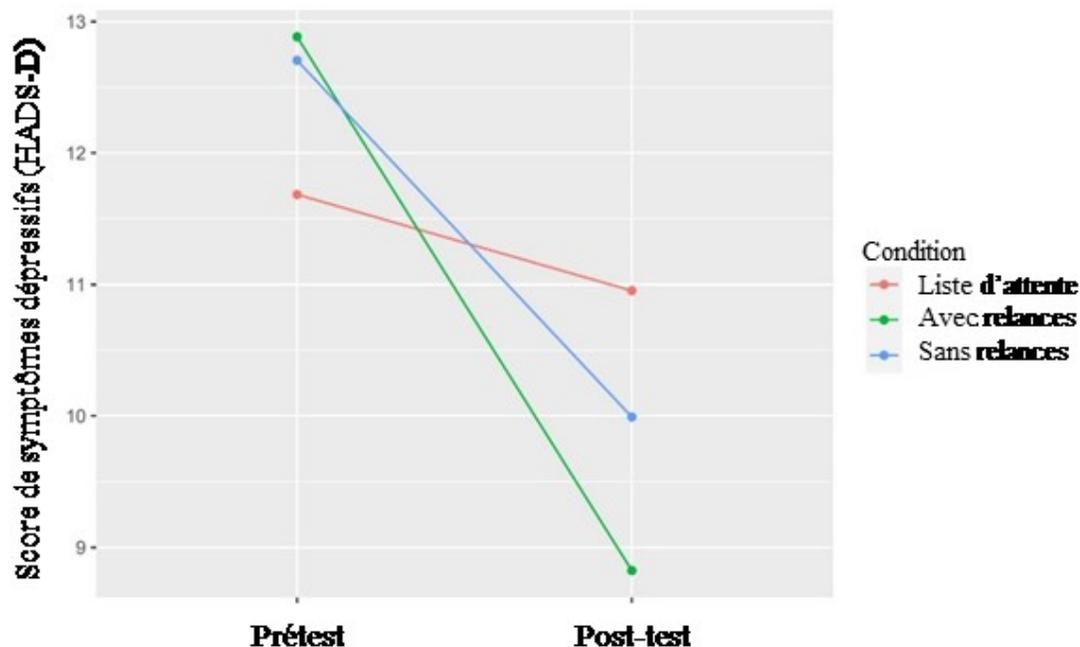


Symptômes dépressifs

Les résultats du modèle linéaire mixte indiquent que la sous-échelle « dépression » du HADS (voir Figure 5) présente des effets d'interaction significatifs entre le groupe en liste d'attente et chacune des conditions d'intervention : avec relances téléphoniques, $B = -3,33$, $t(149,82) = -3,78$, $p < 0,001$, $d = -0,62$, et sans relances téléphoniques, $B = -1,98$, $t(150,06) = -2,37$, $p = 0,019$, $d = -0,39$. Cela signifie que les deux conditions d'intervention s'avèrent significativement plus efficaces que la liste d'attente en ce qui a trait aux symptômes dépressifs.

Figure 5

Moyennes pré-post pour les symptômes dépressifs



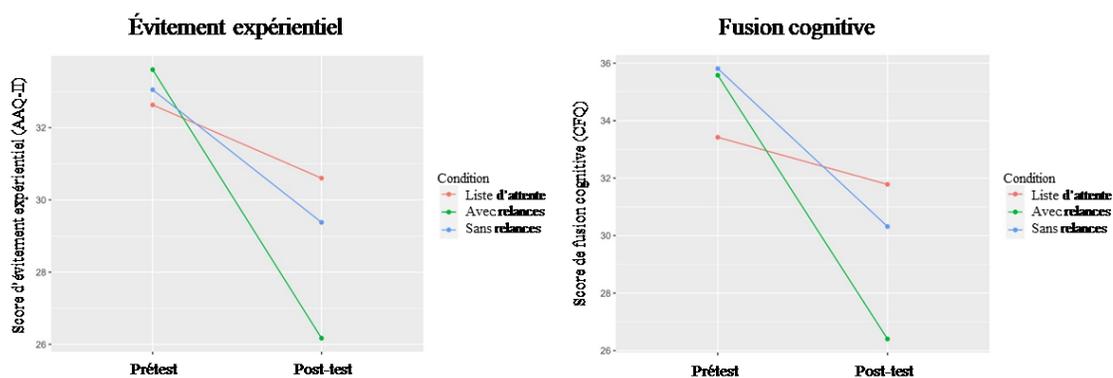
Flexibilité psychologique

Les résultats du modèle linéaire mixte indiquent que l'échelle AAQ-II (voir Figure 6) présente un effet d'interaction significatif entre le groupe en liste d'attente et la condition avec relances téléphoniques : $B = -5,41$, $t(144,35) = -3,27$, $p < 0,01$, $d = -0,54$. L'effet d'interaction entre le groupe en liste d'attente et la condition sans relances téléphoniques n'est toutefois pas significatif : $B = -1,65$, $t(144,51) = -1,04$, $p = 0,298$. Cela signifie que seulement le groupe avec relances téléphoniques s'avère significativement plus efficace que la liste d'attente pour l'évitement expérientiel, mais pas le groupe sans relances téléphoniques.

Les résultats du modèle linéaire mixte indiquent que l'échelle CFQ (voir Figure 6) présente des effets d'interaction significatifs entre le groupe en liste d'attente et chacune des conditions d'intervention : avec relances téléphoniques, $B = -7,54$, $t(154,62) = -3,76$, $p < 0,001$, $d = -0,60$, et sans relances téléphoniques, $B = -3,86$, $t(154,85) = -2,02$, $p = 0,045$, $d = -0,32$. Cela signifie que les deux conditions d'intervention s'avèrent significativement plus efficaces que la liste d'attente pour la fusion cognitive.

Figure 6

Moyennes pré-post pour la flexibilité psychologique



Comparaisons entre les deux conditions d'intervention (avec et sans relances téléphoniques)

Qualité de vie

Les résultats du modèle linéaire mixte indiquent que la première sous-échelle du WHOQOL-BREF (volet santé physique) présente un effet d'interaction non significatif entre les deux conditions d'intervention (avec et sans relances téléphoniques) : $B = 4,10$, $t(109,69) = 1,41$, $p = 0,16$. Cela suggère que le groupe avec relances téléphoniques n'est

pas significativement plus efficace que le groupe sans relances téléphoniques pour ce volet de la qualité de vie.

La deuxième sous-échelle du WHOQOL-BREF (volet santé psychologique) présente un effet d'interaction significatif entre les deux conditions d'intervention (avec et sans relances téléphoniques) : $B = 5,92$, $t(104,48) = 2,62$, $p < 0,05$, $d = 0,51$. Cela suggère que le groupe avec relances téléphoniques est significativement plus efficace que le groupe sans relances téléphoniques pour ce volet de la qualité de vie.

La troisième sous-échelle du WHOQOL-BREF (volet relations sociales) présente un effet d'interaction non significatif entre les deux conditions d'intervention (avec et sans relances téléphoniques) : $B = 1,59$, $t(112,00) = 1,03$, $p = 0,31$. Cela suggère que le groupe avec relances téléphoniques n'est pas significativement plus efficace que le groupe sans relances téléphoniques pour ce volet de la qualité de vie.

La quatrième sous-échelle du WHOQOL-BREF (volet environnement) présente un effet d'interaction non significatif entre les deux conditions d'intervention (avec et sans relances téléphoniques) : $B = 3,38$, $t(108,00) = 1,33$, $p = 0,186$. Cela suggère que le groupe avec relances téléphoniques n'est pas significativement plus efficace que le groupe sans relances téléphoniques pour ce volet de la qualité de vie.

Symptômes anxieux

Les résultats du modèle linéaire mixte indiquent que la sous-échelle « anxiété » du HADS présente un effet d'interaction significatif entre les deux conditions d'intervention (avec et sans relances téléphoniques) : $B = -2,04$, $t(121,16) = -2,77$, $p < 0,01$, $d = -0,50$. Cela suggère que le groupe avec relances téléphoniques est significativement plus efficace que le groupe sans relances téléphoniques en ce qui a trait aux symptômes anxieux.

Symptômes dépressifs

Les résultats du modèle linéaire mixte indiquent que la sous-échelle « dépression » du HADS présente un effet d'interaction non significatif entre les deux conditions d'intervention (avec et sans relances téléphoniques) : $B = -1,35$, $t(121,39) = -1,88$, $p = 0,063$. Cela suggère que le groupe avec relances téléphoniques n'est pas significativement plus efficace que le groupe sans relances téléphoniques en ce qui a trait aux symptômes dépressifs.

Flexibilité psychologique

Les résultats du modèle linéaire mixte indiquent que l'échelle AAQ-II présente un effet d'interaction significatif entre les deux conditions d'intervention (avec et sans relances téléphoniques) : $B = -3,87$, $t(118,60) = -2,70$, $p < 0,01$, $d = -0,50$. Cela suggère que le groupe avec relances téléphoniques est significativement plus efficace que le groupe sans relances téléphoniques pour l'évitement expérientiel.

Les résultats du modèle linéaire mixte indiquent que l'échelle CFQ présente un effet d'interaction significatif entre les deux conditions d'intervention (avec et sans relances téléphoniques) : $B = -3,74$, $t(128,54) = -2,17$, $p = 0,032$, $d = -0,38$. Cela suggère que le groupe avec relances téléphoniques est significativement plus efficace que le groupe sans relances téléphoniques pour la fusion cognitive.

Discussion

L'objectif de la présente étude était d'évaluer l'efficacité du programme Roseau, avec et sans relances téléphoniques, auprès d'un échantillon d'adultes présentant des symptômes anxieux en comparaison à un groupe contrôle (liste d'attente). Il était également prévu d'évaluer la plus-value des relances téléphoniques auprès d'un sous-groupe de participants au Roseau. D'une part, les résultats indiquent que le Roseau avec relances téléphoniques est significativement plus efficace qu'une liste d'attente pour toutes les variables à l'étude (tailles d'effet modérées à élevées, sauf le domaine 3 de la qualité de vie pour lequel la taille d'effet est faible à modérée), et que le Roseau sans relances téléphoniques est significativement plus efficace qu'une liste d'attente pour le domaine 1 (santé physique; taille d'effet modérée) de la qualité de vie, l'anxiété (taille d'effet modérée), la dépression (taille d'effet faible à modérée) et la fusion cognitive (taille d'effet faible à modérée), mais pas pour les domaines 2 (santé psychologique), 3 (relations sociales) et 4 (environnement) de la qualité de vie, ni pour l'évitement expérientiel. D'autre part, les résultats indiquent que le Roseau avec relances téléphoniques est significativement plus efficace que le Roseau sans relances téléphoniques pour le domaine

2 (santé psychologique; taille d'effet modérée) de la qualité de vie, l'anxiété (taille d'effet modérée), l'évitement expérientiel (taille d'effet modérée) et la fusion cognitive (taille d'effet faible à modérée), mais pas pour les domaines 1 (santé physique), 3 (relations sociales) et 4 (environnement) de la qualité de vie, ni pour la dépression.

La première hypothèse stipulait que le Roseau engendrerait une amélioration statistiquement significative du niveau de qualité de vie chez les participants. Les résultats indiquent que le Roseau avec relances téléphoniques est significativement plus efficace que la liste d'attente pour tous les domaines de la qualité de vie, et que le Roseau sans relances téléphoniques est significativement plus efficace que la liste d'attente pour le domaine 1 (santé physique) de la qualité de vie. Il n'y aurait toutefois aucune différence significative entre le Roseau sans relances téléphoniques et la liste d'attente pour les domaines 2 (santé psychologique), 3 (relations sociales) et 4 (environnement) de la qualité de vie. La première hypothèse a donc été corroborée pour le programme avec relances téléphoniques, et elle a été partiellement confirmée pour le programme sans relances téléphoniques. Il serait donc possible de penser que les relances téléphoniques sont nécessaires à l'amélioration de la qualité de vie chez les participants. Par exemple, il serait possible de supposer que les participants n'ayant pas reçu de relances téléphoniques, étant moins soutenus dans l'application des concepts présentés en groupe, aient été moins enclins à s'engager dans des actions en direction de leurs valeurs. En effectuant moins d'actions satisfaisantes, il est possible que leur niveau de qualité de vie s'en soit trouvé moins amélioré. Une autre hypothèse réside dans le fait que le groupe sans relances

téléphoniques rapportait, au prétest, un revenu familial majoritairement moins élevé que le groupe avec relances téléphoniques. Il serait donc possible qu'en ayant de moins grandes ressources financières, les participants du groupe sans relances téléphoniques aient été moins disposés à entreprendre des actions permettant d'améliorer leur qualité de vie (p. ex., pratiquer un loisir).

La deuxième hypothèse suggérait que le Roseau occasionnerait une diminution statistiquement significative du niveau de symptômes anxieux chez les participants. Les résultats indiquent que le Roseau avec et sans relances téléphoniques est significativement plus efficace que la liste d'attente pour la diminution des symptômes anxieux. La deuxième hypothèse a donc été confirmée. Ces résultats s'avèrent pertinents considérant que le Roseau concerne une population dont le tableau clinique affiche principalement des symptômes anxieux. Il serait possible d'avancer que dans le cadre du Roseau, les participants ont acquis différents outils leur permettant de mieux gérer leurs symptômes anxieux, ce qui pourrait expliquer la diminution de leur intensité (Hayes et al., 2012). Ces résultats convergent avec la littérature, notamment la revue systématique (20 études) de Kelson et ses collègues (2019), qui fait état de l'efficacité des programmes d'intervention ACT prodigués sur le Web, avec et sans accompagnement par un thérapeute, pour la diminution des symptômes anxieux.

La troisième hypothèse stipulait que le Roseau engendrerait une diminution statistiquement significative du niveau de symptômes dépressifs chez les participants. Les

résultats indiquent que le Roseau avec et sans relances téléphoniques est significativement plus efficace que la liste d'attente pour la diminution des symptômes dépressifs. La troisième hypothèse a donc été appuyée. Pour expliquer cette diminution statistiquement significative, il serait possible de supposer qu'en axant notamment sur l'augmentation des activités reliées aux valeurs personnelles, les participants ont pu voir leur humeur s'améliorer et leurs symptômes dépressifs diminuer. Cela converge avec d'autres études qui indiquent un niveau de symptômes dépressifs diminué chez des participants ayant pris part à un programme d'intervention ACT en format d'autogestion (French et al., 2017).

La quatrième hypothèse postulait que le Roseau occasionnerait une amélioration statistiquement significative du niveau de flexibilité psychologique chez les participants. Les résultats indiquent que le Roseau avec relances téléphoniques est significativement plus efficace que la liste d'attente pour la diminution de l'évitement expérientiel et de la fusion cognitive, et que le Roseau sans relances téléphoniques est significativement plus efficace que la liste d'attente pour la diminution de la fusion cognitive. Il n'y aurait toutefois aucune différence significative entre le Roseau sans relances téléphoniques et la liste d'attente pour la diminution de l'évitement expérientiel. La quatrième hypothèse a donc été entièrement corroborée pour le programme avec relances téléphoniques. Les résultats obtenus appuient les études antérieures, dans lesquelles le niveau de flexibilité psychologique était amélioré à la suite d'un programme d'intervention ACT. À cet effet, dans une revue systématique de 13 études, French et ses collègues (2017) relèvent une augmentation significative du niveau de flexibilité psychologique à la suite de la

participation à une intervention ACT d'autogestion. Ils indiquent également que la diminution des symptômes anxieux et dépressifs, dans les études incluses, peut être médiée par l'augmentation de la flexibilité psychologique, qui constituerait le processus de changement de l'ACT (Hayes et al., 2012). Dans la présente étude, il est montré que le niveau de flexibilité psychologique est amélioré après le traitement. Ainsi, il est possible de constater que les participants ont travaillé à l'acquisition des processus de changement de l'ACT. La quatrième hypothèse a été partiellement confirmée pour le programme sans relances téléphoniques. Il serait possible de supposer qu'en ne recevant pas de relances téléphoniques, les participants ont été moins amenés à entraîner les habiletés propres à l'ACT et à s'exposer à leurs symptômes et à leur vécu expérientiel, faisant en sorte qu'ils ont pu maintenir une certaine forme d'évitement expérientiel, comparativement aux participants ayant reçu des relances téléphoniques.

La cinquième hypothèse suggérait que le Roseau accompagné de relances téléphoniques s'avérerait significativement plus efficace, sur le plan statistique, que sans relances téléphoniques. Les résultats indiquent que le Roseau avec relances téléphoniques est significativement plus efficace que le Roseau sans relances téléphoniques pour le domaine 2 (santé psychologique) de la qualité de vie, l'anxiété, l'évitement expérientiel et la fusion cognitive, mais pas pour les domaines 1 (santé physique), 3 (relations sociales) et 4 (environnement) de la qualité de vie, ni pour la dépression. La cinquième hypothèse a donc été partiellement confirmée. Les relances téléphoniques semblent avoir favorisé l'intégration de certains acquis du Roseau, engendrant ainsi une meilleure qualité de vie

sur le plan de la santé psychologique, une plus grande diminution des symptômes anxieux, ainsi qu'une plus grande facilité à s'exposer au vécu expérientiel et à pratiquer la défusion cognitive. Il n'en demeure pas moins que les relances téléphoniques n'ont pas eu d'effet statistiquement significatif sur la majorité des domaines de la qualité de vie ainsi que sur la diminution des symptômes dépressifs. Il est possible que l'impact des relances téléphoniques soit moins marqué dans la présente étude, étant donné que le Roseau comprend également des rencontres de groupe permettant un soutien de la part des animateurs, comparativement aux études de la littérature, dans lesquelles les relances téléphoniques constituent le seul contact thérapeutique offert (Beatty & Binnion, 2016; French et al., 2017; Griffiths et al., 2010; Ivanova et al., 2016; Spijkerman et al., 2016; Titov et al., 2013). Puisque le niveau de symptômes dépressifs s'est trouvé amélioré chez les participants ayant pris part au Roseau avec et sans relances téléphoniques, mais que les relances téléphoniques ne semblent pas avoir occasionné d'impact supplémentaire, il serait possible de penser que le programme en soi est suffisant à l'amélioration de la symptomatologie dépressive. En ce qui a trait à la qualité de vie, il serait possible que les relances téléphoniques aient joué un rôle moins important dans l'amélioration des domaines 1, 3 et 4 de la qualité de vie puisqu'il s'agit de domaines moins liés à la psychothérapie que le domaine 2 (santé psychologique), et donc moins susceptibles d'être bonifiés par un contact thérapeutique supplémentaire.

La présente étude comporte certaines limites méthodologiques principalement liées au contexte clinique du projet. D'abord, la réalité clinique et l'importance de maintenir

une offre de services adéquate ont fait en sorte que certains participants n'ont pas pu être assignés à la liste d'attente, empêchant ainsi la réalisation d'une répartition complètement aléatoire. Il est donc possible que les groupes d'intervention, comparativement à la liste d'attente, aient comporté un plus grand nombre de participants ayant des symptômes plus sévères et ne pouvant pas être placés en liste d'attente. Cela pourrait avoir eu un impact sur l'homogénéité des groupes. Aussi, le taux élevé d'attrition diminue la puissance statistique et indique que le traitement n'est possiblement pas acceptable pour tous. Des études doivent donc s'intéresser à améliorer l'acceptabilité de l'intervention. Les analyses utilisées permettent toutefois de conclure que la perte de participants n'est pas liée à l'appartenance à une condition. Par ailleurs, le groupe contrôle en liste d'attente permet de contrôler l'effet du temps, mais ne permet pas de savoir si les modalités du groupe ont eu, en soi, un effet sur l'évolution des participants. En ce sens, un groupe contrôle recevant une intervention alternative aurait pu permettre de mieux répondre à cette question. Ensuite, l'échantillon est composé d'une majorité de femmes, ce qui limite la généralisation des résultats. Cependant, ce type d'échantillon reflète bien la réalité clinique actuelle dans laquelle les femmes auraient davantage recours aux services en santé mentale que les hommes (Pattyn et al., 2015). De plus, l'échantillon présente une grande variabilité sur le plan de l'âge ($M = 40,06$; $ÉT = 16,48$). Il est possible que les effets du Roseau se déploient différemment chez des jeunes adultes, par exemple, que chez des adultes d'âge avancé, ce que la présente étude ne permet pas de déterminer. Aussi, lors de l'évaluation individuelle initiale, la durée depuis laquelle les participants présentaient des symptômes anxieux n'a pas été prise en considération. Il est donc possible que certains

symptômes aient pu être engendrés par des stressseurs situationnels ayant le potentiel de se résoudre d'eux-mêmes. Il est toutefois à noter que les participants vivant une situation de crise ont été orientés vers d'autres services. Par ailleurs, en raison de la nature clinique de ce projet, les objectifs généraux de la recherche étaient connus par les animateurs du programme. Ceux-ci ont donc pu entretenir certaines attentes en lien avec l'évolution des participants quant aux variables à l'étude. Les participants pouvaient également entretenir des attentes envers les effets du programme, ce qui a pu entraîner un biais de confirmation, un effet placebo ou encore de la désirabilité sociale. De plus, l'étude ne permet pas de statuer sur l'aspect cliniquement significatif des changements observés chez les participants. Les mesures autorapportées utilisées n'ont permis de tester que le niveau de significativité statistique, mais une évaluation clinique à la fin du programme aurait pu permettre d'en savoir davantage sur les volets qualitatifs et cliniques de l'efficacité du Roseau. En ce qui a trait aux instruments de mesure, la variable de flexibilité psychologique a été testée en ne considérant que deux de ses six composantes, c'est-à-dire l'évitement expérientiel et la fusion cognitive. Bien que ces deux processus s'avèrent centraux, il demeure important de considérer ces deux composantes comme des éléments faisant partie de la flexibilité psychologique, et non comme une représentation complète et valide de la flexibilité psychologique. De plus, bien que tous les cliniciens aient reçu la même formation en intervention basée sur l'ACT, le devis ne comportait pas de mesure d'intégrité clinique permettant d'assurer que le Roseau était animé exactement de la même manière par ceux-ci. Il est donc possible que certaines variations dans le déroulement des échanges avec les participants aient pu exister. Les thèmes de chaque rencontre et les

concepts y étant présentés étaient toutefois uniformisés et introduits à l'aide des mêmes outils. Finalement, le système informatique n'a pas permis d'obtenir une mesure objective quant au visionnement du contenu Web d'autogestion. Il n'a donc pas été possible de savoir si les participants ayant connu une plus grande amélioration, sur le plan des variables à l'étude, ont visionné un nombre plus ou moins élevé de capsules Web.

Ce projet de recherche a permis d'apporter une contribution notable en raison de son devis incluant un groupe contrôle, ce qui s'avère rare en contexte clinique. Par ailleurs, le fait que l'étude ait été échelonnée sur une période d'environ dix mois et que chaque groupe comprenne les données de participants recrutés à différentes périodes de l'année permet de contrôler l'effet des saisons sur la symptomatologie de ces derniers. Cette étude fournit un appui empirique quant à l'efficacité de l'ACT pour le traitement des troubles anxieux ainsi qu'à l'utilisation d'un format hybride novateur pouvant s'adapter à divers contextes cliniques. Elle offre également un éclairage supplémentaire quant à l'apport des relances téléphoniques en contexte de soins d'autogestion.

Dans le cadre de recherches futures, il serait pertinent d'évaluer les effets du Roseau à plus long terme, par exemple à l'aide d'un devis longitudinal avec des mesures de suivi après six mois, un an et deux ans. Il pourrait également être bénéfique d'évaluer la pertinence de l'utilisation du contenu Web du Roseau en tant qu'outil de prévention à intégrer dans la trajectoire de services, possiblement pour les clients qui seraient en attente d'un suivi psychosocial.

Références

- American Psychiatric Association. (APA, 2013). *DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Avdagic, E., Morrissey, S. A., & Boschen, M. J. (2014). A randomised controlled trial of Acceptance and Commitment Therapy and cognitive-behaviour therapy for generalised anxiety disorder. *Behaviour Change*, 31(2), 110-130. <https://doi.org/10.1017/BEC.2014.5>
- 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>
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00032-0)
- Beatty, L., & Binnion, C. (2016). A systematic review of predictors of, and reasons for, adherence to online psychological interventions. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(6), 776-794. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9556-9>
- Block, J. A., & Wulfert, E. (2000). Acceptance and change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *Behavior Analyst Today*, 1(2), 3-10. <https://doi.org/10.1037/H0099879>
- Bokma, W. A., Batelaan, N. M., van Balkom, A. J., & Penninx, B. W. (2017). Impact of anxiety and/or depressive disorders and chronic somatic diseases on disability and work impairment. *Journal of Psychosomatic Research*, 94(1), 10-16. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.01.004>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Cavanagh, K., Strauss, C., Forder, L., & Jones, F. (2014). Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help? : A systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 118-129. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.001>

- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L., & Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 568-578. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.568>
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and Commitment Therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification, 31*(5), 543-568. <https://doi.org/10.1177/0145445507302037>
- Dionne, F., Gagnon, J., Balbinotti, M., Peixoto, E. M., Martel, M. E., Gillanders, D., & Monestès, J. L. (2016). 'Buying into thoughts': Validation of a French translation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 48*(4), 278-285. <https://doi.org/10.1037/cbs0000053>
- Dionne, F., Ngô, T. L., & Blais, M. C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec, 38*(2), 111-130. <https://doi.org/10.7202/1023992ar>
- Donnan, P., Hutchinson, A., Paxton, R., Grant, B., & Firth, M. (1990). Self-help materials for anxiety: A randomized controlled trial in general practice. *British Journal of General Practice, 40*(341), 498-501.
- Dziura, J. D., Post, L. A., Zhao, Q., Fu, Z., & Peduzzi, P. (2013). Strategies for dealing with missing data in clinical trials: From design to analysis. *The Yale Journal of Biology and Medicine, 86*(3), 343-358.
- Eilenberg, T., Fink, P., Jensen, J. S., Rief, W., & Frostholm, L. (2016). Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine, 46*(1), 103-115. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001579>
- Eilenberg, T., Hoffmann, D., Jensen, J. S., & Frostholm, L. (2017). Intervening variables in group-based Acceptance & Commitment Therapy for severe health anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 92*(1), 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.01.009>
- Forsyth, J. P., & Eifert, G. H. (2016). *The Mindfulness and Acceptance workbook for anxiety: A guide to breaking free from anxiety, phobias and worry using Acceptance and Commitment Therapy* (2^e éd.). New Harbinger Publications.

- French, K., Golijani-Moghaddam, N., & Schröder, T. (2017). What is the evidence for the efficacy of self-help Acceptance and Commitment Therapy? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 360-374. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.08.002>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Gouvernement du Québec. (2021, 21 décembre). *Soins et services par étapes en santé mentale : des autosoins à la psychothérapie*. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/obtenir-aide-en-sante-mentale/soins-services-etapes-sante-mentale>
- Griffiths, K. M., Farrer, L., & Christensen, H. (2010). The efficacy of Internet interventions for depression and anxiety disorders: A review of randomised controlled trials. *Medical Journal of Australia*, 192(11), 4-11. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2010.tb03685.x>
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2016). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. Dans S. C. Hayes (Éd.), *The act in context: The canonical papers of Steven C. Hayes* (pp. 249-279). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy*. The Guilford Press.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. The Guilford Press.
- Holman, G., Kanter, J., Tsai, M., & Kohlenberg, R. (2017). *Functional analytic psychotherapy made simple: A practical guide to therapeutic relationships*. New Harbinger Publications.
- Ivanova, E., Lindner, P., Ly, K. H., Dahlin, M., Vernmark, K., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 44(1), 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.012>

- Kelson, J., Rollin, A., Ridout, B., & Campbell, A. (2019). Internet-delivered Acceptance and Commitment Therapy for anxiety treatment: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *21*(1), Article e12530. <https://doi.org/10.2196/12530>
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*(3), 276-289. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.004>
- Monestès, J. L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. W. (2009). Traduction et validation française du Questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *Revue européenne de psychologie appliquée/European Review of Applied Psychology*, *59*(4), 301-308. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2009.09.001>
- Newman, M. G., Erickson, T., Przeworski, A., & Dzus, E. (2003). Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Journal of Clinical Psychology*, *59*(3), 251-274. <https://doi.org/10.1002/jclp.10128>
- Omisakin, F. D., & Ncama, B. P. (2011). Self, self-care and self-management concepts: Implications for self-management education. *Educational Research*, *2*(12), 1733-1737.
- Orsillo, S. M., Roemer, L., & Barlow, D. H. (2003). Integrating acceptance and mindfulness into existing cognitive-behavioral treatment for GAD: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, *10*(3), 222-230. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80034-2](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80034-2)
- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill, J. W. (2006). A preliminary investigation of the use of Acceptance and Commitment Therapy in group treatment for social phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *6*(3), 397-416.
- Pattyn, E., Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2015). The gender gap in mental health service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(7), 1089-1095. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1038-x>
- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C., & Robaye, E. (1989). Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Revue de psychologie appliquée*, *39*(4), 295-307.
- Ritzert, T. R., Forsyth, J. P., Sheppard, S. C., Boswell, J. F., Berghoff, C. R., & Eifert, G. H. (2016). Evaluating the effectiveness of ACT for anxiety disorders in a self-help context: Outcomes from a randomized wait-list controlled trial. *Behavior Therapy*, *47*(4), 444-459. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.03.001>

- Senaratne, R., van Ameringen, M., Mancini, C., & Patterson, B. (2010). The burden of anxiety disorders on the family. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(12), 876-880. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181fe7450>
- Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D., & Daigneault, I. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(2), 248-261. <https://doi.org/10.1111/papt.12159>
- Spijkerman, M. P. J., Pots, W. T. M., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 45(1), 102-114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.009>
- Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Lorian, C., Zou, J., Wootton, B., Spence, J., McEvoy, P. M., Rapee, R. M. (2013). Improving adherence and clinical outcomes in self-guided Internet treatment for anxiety and depression: Randomised controlled trial. *PLoS One*, 8(7), Article e62873. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062873>
- 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^e éd., pp. 731-746). American Psychiatric Publishing.
- Villaggi, B., Provencher, H., Coulombe, S., Meunier, S., Radziszewski, S., Hudon, C., Roberge, P., Provencher, M. D., & Houle, J. (2015). Self-management strategies in recovery from mood and anxiety disorders. *Global Qualitative Nursing Research*, 2(1), 1-13. <https://doi.org/10.1177/2333393615606092>
- Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Annexe 1
Guide pour les relances téléphoniques

Identification du participant _____

Semaine _____ **Date de la relance** _____ **Durée** _____

Quelles capsules avez-vous visionnées dans les deux dernières semaines?

On va encourager le visionnement et féliciter la personne de son engagement.

Avez-vous des questions concernant une ou l'autre des capsules?

Ce sera ici l'occasion de répondre aux questions à propos des concepts-clés de l'ACT et de les expliquer de nouveau au besoin.

Profiter de l'occasion pour aider la personne à faire des liens entre sa propre expérience et les concepts ACT.

Avez-vous des questions concernant les outils et les lectures contenus dans votre journal de bord?

Valoriser les efforts de la personne.

Comment s'est déroulée la pratique à la maison des exercices proposés en groupe?

On cherche à vérifier s'il y a des obstacles à l'implication et la persévérance de la personne dans le groupe.

Profiter de l'occasion pour aider la personne à faire des liens entre sa propre expérience (ses difficultés actuelles) et les exercices.

Avez-vous rencontré des défis lors de vos méditations?

Quels sont les obstacles?

Favoriser la pratique régulière; prévoir un moment le plus favorable.

Rappeler les fichiers audio d'accompagnement disponibles.

Normaliser le vagabondage des pensées; on ne cherche rien d'autre que d'observer, être présent et attentif.

Comment vivez-vous votre expérience de groupe?

On cherche à vérifier s'il y a des obstacles à l'implication et la persévérance de la personne dans le groupe.

Valoriser son implication.

Lui faire des reflets positifs à propos de ce que vous avez observé d'elle pendant le groupe.

*** Rappelez la date de la prochaine rencontre pour valider la présence du participant.

Conclusion générale

Le projet présenté dans le cadre de cet essai visait à évaluer les effets du Roseau, un programme d'intervention basé sur l'ACT, chez une population de 202 adultes présentant des symptômes anxieux. Ce programme a l'avantage d'être hybride, c'est-à-dire qu'il est composé de séances de groupe aux deux semaines bonifiées par du contenu d'autogestion via des capsules Web hebdomadaires. Le premier objectif était d'évaluer les effets du Roseau auprès d'un échantillon de personnes présentant des symptômes anxieux, en comparaison à un groupe contrôle en liste d'attente. Le second objectif était d'étudier l'apport d'un contact thérapeutique supplémentaire, sous forme de six relances téléphoniques effectuées par les animateurs, auprès d'un sous-groupe de participants.

Il était attendu que le programme basé sur l'ACT entraîne une amélioration statistiquement significative des niveaux de qualité de vie et de flexibilité psychologique, ainsi qu'une diminution statistiquement significative des niveaux de symptômes anxieux et de symptômes dépressifs, comparativement aux participants placés en liste d'attente. Il était également postulé que le Roseau allait démontrer une efficacité significativement plus élevée, sur le plan statistique, lorsqu'accompagné de relances téléphoniques.

D'une part, les résultats obtenus indiquent l'efficacité significativement plus élevée du Roseau accompagné de relances téléphoniques pour l'ensemble des variables à l'étude, comparativement à une liste d'attente, ainsi que l'efficacité significativement plus élevée

du Roseau sans relances téléphoniques, comparativement à la liste d'attente, en ce qui a trait au domaine « santé physique » de la qualité de vie, aux symptômes anxieux, aux symptômes dépressifs et à la fusion cognitive. D'autre part, les résultats révèlent que le Roseau bonifié par des relances téléphoniques est significativement plus efficace que sans relances téléphoniques pour le domaine « santé psychologique » de la qualité de vie ainsi que pour les symptômes anxieux, l'évitement expérientiel et la fusion cognitive.

Pistes de recherches futures

Pour mieux comprendre les effets du programme, il serait intéressant d'ajouter certaines modalités au devis de recherche. Par exemple, il serait pertinent de pouvoir suivre l'évolution des participants à plus long terme afin d'observer dans quelle mesure les acquis du programme se maintiennent dans le temps. Pour ce faire, il serait possible d'ajouter des mesures de suivi après six mois, un an et deux ans. Cela permettrait de comparer les résultats à ceux d'études antérieures, notamment celle de Ritzert et al. (2016), qui propose un suivi de six et neuf mois après une intervention ACT en format d'autogestion. Le niveau de stabilité des résultats procurerait également des indicateurs importants pour déterminer d'autres interventions à mettre en place afin de favoriser le maintien des acquis (p. ex., plan de rechute).

De plus, d'autres types de mesure pourraient être inclus. À titre d'exemple, comme investigué par Bijjal et ses collègues (2022), des mesures objectives telles que le taux de cortisol pourrait permettre de compléter les données récoltées via les questionnaires

autorapportés. À l’instar de Contreras et al. (2022), un devis qualitatif serait aussi pertinent dans l’optique de mieux comprendre les effets du programme tels que perçus par les participants ainsi que leur niveau de satisfaction. Dans le cadre de la présente étude, des questions qualitatives ont été posées aux participants après leur participation au Roseau afin de prendre connaissance de leur niveau de satisfaction, mais les réponses n’ont pas fait l’objet d’analyses formelles (p. ex., analyses thématiques via NVivo).

Par ailleurs, il serait avantageux d’utiliser ce cadre de recherche pour réaliser des analyses de médiation permettant de mieux comprendre comment les processus de l’ACT agissent sur la qualité de vie et les manifestations symptomatologiques. Stockton et ses collègues (2019) ont réalisé une revue systématique des études de médiation relatives aux mécanismes de changement de l’ACT publiées entre 2006 et 2015. Ils indiquent que de manière générale, les résultats sont cohérents avec le modèle de la flexibilité psychologique (Hayes et al., 2012). Cependant, les auteurs soulèvent que la plupart des études présentent un faible niveau de fiabilité interne et n’investiguent pas l’ensemble des six processus du modèle de la flexibilité psychologique. Ils appuient donc la nécessité de tester des modèles de médiation plus complexes (p. ex., médiations en parallèle) et d’isoler chaque composante du modèle de la flexibilité psychologique plutôt que d’étudier l’ensemble des processus en même temps.

Apport de la présente étude

Cette étude contribue à l'état actuel des connaissances pour au moins trois raisons. Premièrement, l'ACT est une approche considérée modérément efficace pour le traitement de l'anxiété mixte (Society of Clinical Psychology, 2016) et la présente étude apporte un appui supplémentaire à cet effet, particulièrement puisqu'il s'agit d'un essai clinique avec groupe contrôle. Il a été possible d'observer, sur le plan statistique, que non seulement le Roseau améliorerait les symptômes anxieux, il aurait aussi un impact positif sur les symptômes dépressifs, la qualité de vie ainsi que la flexibilité psychologique. Cela témoigne de son utilité en contexte de comorbidités. Les résultats observés sont en cohérence avec la visée de l'ACT, qui n'est pas seulement de réduire les symptômes, mais aussi d'améliorer le bien-être et surtout la qualité de vie de l'individu (Hayes et al., 2012).

Deuxièmement, les données de la présente étude ont été récoltées avant le début de la pandémie COVID-19. À ce moment, on ne réalisait pas encore toute l'importance des interventions en ligne. Les modalités du programme d'intervention présenté dans cette étude s'avèrent donc novatrices. Maintenant que la société a connu une situation sanitaire nécessitant une aussi grande refonte des services en santé mentale, la pertinence d'évaluer des programmes pouvant s'adapter rapidement aux imprévus semble d'autant plus grande. La présente étude permet d'élargir les possibilités d'intervention en témoignant de l'efficacité d'un programme qui combine des rencontres de groupe et du contenu d'autogestion. D'une part, la modalité de groupe s'avère intéressante sur le plan organisationnel puisqu'elle permet d'accélérer la prise en charge tout en favorisant un

excellent rapport coût-bénéfice (Burlingame & Jensen, 2017; Clark et al., 2006). Sur le plan plus personnel, les rencontres de groupe fournissent un espace où les participants peuvent partager leur vécu tout en profitant de l'expérience d'autres personnes qui vivent des difficultés similaires (Heimberg & Becker, 2002). Elles permettent d'établir un climat de cohésion, ce qui est souvent considéré comme important par les participants de thérapies de groupe (Behenck et al., 2017). De plus, le format de groupe procure des opportunités d'exposition pour les personnes qui vivent de l'anxiété sociale (Norton, 2012). D'autre part, la formule d'autogestion que permettent les capsules Web offertes dans le Roseau octroie une accessibilité accrue au contenu du programme, et permet donc aux participants d'y recourir à n'importe quel moment en cas de besoin. Elle favorise également une posture d'autonomie et de proactivité à travers les prises de conscience et l'application du contenu éducatif (Cavanagh et al., 2014; Gouvernement du Québec, 2021).

Troisièmement, les relances téléphoniques semblent avoir joué un rôle dans le cheminement des participants au Roseau. Bien qu'elles n'aient pas eu d'impact significatif sur l'ensemble des variables étudiées, une différence significative a été observée sur l'un des volets de la qualité de vie ainsi que sur les symptômes anxieux, l'évitement expérientiel et la fusion cognitive. Les résultats de la présente étude contribuent à la réflexion entourant l'importance d'un accompagnement thérapeutique à travers du contenu d'autogestion. Il serait possible de supposer que les relances téléphoniques aient pu favoriser la compréhension du contenu des capsules Web. Plusieurs concepts de l'ACT

sont abstraits (p. ex., défusion cognitive) et peuvent nécessiter du soutien à travers leur intégration, ce qu'ont pu permettre les relances téléphoniques. L'ensemble de ces considérations s'avère utile à l'élaboration de futurs programmes d'intervention, notamment dans le cadre du récent *Programme québécois pour les troubles mentaux* (PQPTM), dont les premières phases sont actuellement implantées par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Programme québécois pour les troubles mentaux

Le PQPTM est un modèle de soins par étapes qui vise à offrir des services adaptés aux besoins des individus présentant des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent (p. ex., trouble anxieux, trouble de l'humeur). Il comprend plusieurs étapes qui font cheminer l'individu dans une trajectoire de traitements d'intensité graduelle. Pour situer un usager à travers l'offre de services, une évaluation est faite quant à la gravité et à la persistance des symptômes, à l'altération du fonctionnement, à la complexité de la situation clinique et à la réponse au traitement offert. Parmi les premières étapes, il est possible de retrouver les activités de repérage, d'éducation psychologique et de surveillance des symptômes. Par la suite, les autosoins et les services de soutien à l'éducation et à l'emploi sont proposés. Les traitements plus spécifiques et spécialisés, comme la psychothérapie, sont ensuite offerts et peuvent être combinés à de la médication aux niveaux supérieurs (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2020).

Les programmes d'autosoins offrent une alternative intéressante parmi les services en santé mentale. Toutefois, certaines personnes peuvent avoir besoin d'un plus grand niveau de soutien et des délais d'attente peuvent ralentir la prise en charge dans les niveaux de soins supérieurs (Moroz et al., 2020). La présente étude montre qu'une intervention hybride peut être un modèle d'intervention intéressant. Le Roseau offre une composante de groupe et un accompagnement régulier en plus du contenu d'autogestion, ce qui peut représenter un bon compromis.

Conclusion

Le contexte sociétal actuel est empreint d'anxiété. Pandémie, guerre, réchauffement climatique et inflation sont autant de stressseurs qui affectent les personnes au quotidien (Clayton, 2020; Fetzer et al., 2021; Statistique Canada, 2021; Surzykiewicz et al., 2022). Il est donc nécessaire de suggérer des solutions innovantes qui permettent d'élargir l'accès aux services en santé mentale tout en maintenant leur niveau de qualité. Considérant la place grandissante que prennent actuellement les traitements d'autogestion dans les services de santé mentale au Québec (Gouvernement du Québec, 2021), il est crucial d'explorer la possibilité d'utiliser le contenu du programme Roseau (p. ex., capsules Web) comme outil de prévention au sein de la trajectoire de services. Des usagers pourraient en bénéficier en tant qu'outils d'autogestion, ou encore pendant qu'ils sont en attente d'un suivi psychosocial (p. ex., rencontres de groupe du Roseau, suivi individuel en travail social, suivi individuel en psychologie). En ce sens, le réseau de la santé gagnerait à ce

que le Roseau soit évalué et implanté à plus grande envergure dans différents centres intégrés de santé et de services sociaux.

Références générales

- Almeida, R. B. D., Demenech, L. M., Sousa-Filho, P. G. D., & Neiva-Silva, L. (2022). Group therapy based on ACT for anxiety management among university students: Randomized clinical trial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *42*(3). <https://doi.org/10.1590/1982-3703003235684>
- American Psychiatric Association. (APA, 2013). *DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(5), 750-765. <https://doi.org/10.1037/a0028310>
- 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>
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, *48*(2), 177-187. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00032-0)
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, *43*(5), 897-910. <https://doi.org/10.1017/S003329171200147X>
- Beatty, L., & Binnion, C. (2016). A systematic review of predictors of, and reasons for, adherence to online psychological interventions. *International Journal of Behavioral Medicine*, *23*(6), 776-794. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9556-9>
- Behenck, A., Wesner, A. C., Finkler, D., & Heldt, E. (2017). Contribution of group therapeutic factors to the outcome of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, *31*(2), 142-146. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.001>

- Biglan, A., & Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology, 5*(1), 47-57. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(96\)80026-6](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(96)80026-6)
- Bijjal, S., Srinivas, H., Ravish, H., & Harbishettar, V. (2022). Validation study of hair cortisol levels as diagnostic test for anxiety disorder. *Indian Journal of Psychiatry, 64*(Suppl 3), S534. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.341527>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Buhrman, M., Skoglund, A., Husell, J., Bergström, K., Gordh, T., Hursti, T., Bendelin, N., Furmark, T., & Andersson, G. (2013). Guided Internet-delivered Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain patients: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 51*(6), 307-315. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.02.010>
- Burlingame, G. M., & Jensen, J. L. (2017). Small group process and outcome research highlights: A 25-year perspective. *International Journal of Group Psychotherapy, 67*(1), 194-218. <https://doi.org/10.1080/00207284.2016.1218287>
- Carlier, P., & Pull, C. (2006). Les troubles anxieux comme facteurs de risque pour la dépression et les troubles liés à l'utilisation d'alcool. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 164*(2), 122-128. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2005.12.002>
- Cavanagh, K., Strauss, C., Forder, L., & Jones, F. (2014). Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help?: A systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clinical Psychology Review, 34*(2), 118-129. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.001>
- Chaloult, L. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale – Théorie et pratique*. Gaëtan Morin.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L., & Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 568-578. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.568>
- Clayton, S. (2020). Climate anxiety: Psychological responses to climate change. *Journal of Anxiety Disorders, 74*(1), 102263. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102263>

- Contreras, M., van Hout, E., Farquhar, M., McCracken, L. M., Gould, R. L., Hornberger, M., Richmond, E., & Kishita, N. (2022). Internet-delivered guided self-help Acceptance and Commitment Therapy for family carers of people with dementia (iACT4CARERS): A qualitative study of carer views and acceptability. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 17(1), Article 2066255. <https://doi.org/10.1080%2F17482631.2022.2066255>
- Côté, S., & Bouchard, S. (2006). La réalité virtuelle, un outil novateur en psychothérapie. *Psychologie Québec*, 23(4), 14-17.
- Dahl, J., Lundgren, T., Plumb, J., & Stewart, I. (2009). *The art and science of valuing in psychotherapy: Helping clients discover, explore, and commit to valued action using Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and Commitment Therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, 31(5), 543-568. <https://doi.org/10.1177/0145445507302037>
- Dionne, F. (2011). L'alliance thérapeutique dans les thérapies cognitivo-comportementales contemporaines. *Psychologie Québec*, 28(2), 24-28.
- Dionne, F., Ngô, T. L., & Blais, M. C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 111-130. <https://doi.org/10.7202/1023992ar>
- Dobson, D., & Dobson, K. S. (2018). *Evidence-Based Practice of Cognitive-Behavioral Therapy*. The Guilford Press.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2010). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. Dans K. S. Dobson (Éd.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (3^e éd., pp. 3-38). The Guilford Press.
- Fathi, R., Khodarahimi, S., & Rasti, A. (2017). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on metacognitions and anxiety in women outpatients with generalized anxiety disorder in Iran. *Canadian Journal of Counselling & Psychotherapy/Revue canadienne de counseling et de psychothérapie*, 51(3), 207-216.
- Fetzer, T., Hensel, L., Hermle, J., & Roth, C. (2021). Coronavirus perceptions and economic anxiety. *Review of Economics and Statistics*, 103(5), 968-978. https://doi.org/10.1162/rest_a_00946

- French, K., Golijani-Moghaddam, N., & Schröder, T. (2017). What is the evidence for the efficacy of self-help Acceptance and Commitment Therapy? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 360-374. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.08.002>
- Gharraee, B., Tajrishi, K. Z., Farani, A. R., Bolhari, J., & Farahani, H. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder. *International Journal of Life science and Pharma Research*, 8(4), 1-9. <https://doi.org/10.22376/ijpbs/lpr.2018.8.4.L1-9>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Gloster, A. T., Sonntag, R., Hoyer, J., Meyer, A. H., Heinze, S., Ströhle, A., Eifert, G., & Wittchen, H. U. (2015). Treating treatment-resistant patients with panic disorder and agoraphobia using psychotherapy: A randomized controlled switching trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(2), 100-109. <https://doi.org/10.1159/000370162>
- 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(1), 181-192. <https://doi.org/10.1016/J.JCBS.2020.09.009>
- Gorini, A., & Riva, G. (2008). Virtual reality in anxiety disorders: The past and the future. *Expert Review Neurotherapeutics*, 8(2), 215-233. <https://doi.org/10.1586/14737175.8.2.215>
- Gosselin, P. (2011). Le trouble d'anxiété généralisée. Dans O. Fontaine & P. Fontaine (Éds), *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive* (pp. 301-344). Retz.
- Gouvernement du Québec. (2021, 21 décembre). *Soins et services par étapes en santé mentale : des autosoins à la psychothérapie*. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/obtenir-aide-en-sante-mentale/soins-services-etapes-sante-mentale>
- Griffiths, K. M., Farrer, L., & Christensen, H. (2010). The efficacy of Internet interventions for depression and anxiety disorders: A review of randomised controlled trials. *Medical Journal of Australia*, 192(11), 4-11. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2010.tb03685.x>

- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 47(6), 869-885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Éds). (2001). *Relational frame theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2^e éd.). The Guilford Press.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. The Guilford Press.
- Hoge, E. A., Ivkovic, A., & Fricchione, G. L. (2012). Generalized anxiety disorder: diagnosis and treatment. *BMJ*, 345, Article e7500. <https://doi.org/10.1136/bmj.e7500>
- Ivanova, E., Lindner, P., Ly, K. H., Dahlin, M., Vernmark, K., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 44(1), 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.012>
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 26(5), 393-402. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3181cf59ce>
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*. Éditions De Boeck.
- Kelson, J., Rollin, A., Ridout, B., & Campbell, A. (2019). Internet-delivered Acceptance and Commitment Therapy for anxiety treatment: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 21(1), Article e12530. <https://doi.org/10.2196/12530>
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 276-289. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.004>
- Kushner, M. G., Abrams, K., & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical psychology review*, 20(2), 149-171. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)0002](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)0002)

- Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D., & Bor, D. H. (2000). Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Jama*, *284*(20), 2606-2610. <https://doi.org/10.1001/jama.284.20.2606>
- Lin, S. L. (2022). Generalized anxiety disorder during COVID-19 in Canada: gender-specific association of COVID-19 misinformation exposure, precarious employment, and health behavior change. *Journal of Affective Disorders*, *302*, 280-292. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.100>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger Publications.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2020, 22 décembre). *Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-mentale/programme-quebécois-pour-les-troubles-mentaux/a-propos/>
- Monestès, J.-L., Villatte, M., & Jaillardon, C. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement: ACT*. Elsevier Masson.
- Moran, D. J., Bach, P. A., & Batten, S. V. (2018). *Committed action in practice: A clinician's guide to assessing, planning, and supporting change in your client*. New Harbinger Publications.
- Morin, C. M., Bjorvatn, B., Chung, F., Holzinger, B., Partinen, M., Penzel, T., ... & Espie, C. A. (2021). Insomnia, anxiety, and depression during the COVID-19 pandemic: An international collaborative study. *Sleep medicine*, *87*, 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.07.035>
- Moroz, N., Moroz, I., & D'Angelo, M. S. (2020). Mental health services in Canada: Barriers and cost-effective solutions to increase access. *Healthcare Management Forum*, *33*(6), 282-287. <https://doi.org/10.1177/0840470420933911>
- Neveu, C., & Dionne, F. (2010). La thérapie d'acceptation et d'engagement. *Revue québécoise de psychologie*, *31*(3), 63-83. <https://doi.org/10.1016/b978-2-294-71087-2.x0001-1>
- Newman, M. G., Erickson, T., Przeworski, A., & Dzus, E. (2003). Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Journal of Clinical Psychology*, *59*(3), 251-274. <https://doi.org/10.1002/jclp.10128>

- Ngô, T., & Dionne, F. (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.
- Norton, P. J. (2012). *Group Cognitive-Behavioral Therapy of anxiety: A transdiagnostic treatment manual*. The Guilford Press.
- Nutt, D., Argyropoulos, S., Hood, S., & Potokar, J. (2006). Generalized anxiety disorder: a comorbid disease. *European neuropsychopharmacology*, *16*(suppl 2), S109-S118. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2006.04.003>
- Omisakin, F. D., & Ncama, B. P. (2011). Self, self-care and self-management concepts: Implications for self-management education. *Educational Research*, *2*(12), 1733-1737.
- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill, J. W. (2006). A preliminary investigation of the use of Acceptance and Commitment Therapy in group treatment for social phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *6*(3), 397-416.
- Pelletier, L., O'Donnell, S., McRae, L., & Grenier, J. (2017). The burden of generalized anxiety disorder in Canada. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, *37*(2), 54-62. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.2.04>
- Risør, B. W., Frydendal, D. H., Villemoes, M. K., Nielsen, C. P., Rask, C. U., & Frostholm, L. (2022). Cost effectiveness of Internet-delivered Acceptance and Commitment Therapy for patients with severe health anxiety: A randomised controlled trial. *PharmacoEconomics-Open*, *6*(1), 179-192. <https://doi.org/10.1007/s41669-021-00319-x>
- Ritzert, T. R., Forsyth, J. P., Sheppard, S. C., Boswell, J. F., Berghoff, C. R., & Eifert, G. H. (2016). Evaluating the effectiveness of ACT for anxiety disorders in a self-help context: Outcomes from a randomized wait-list controlled trial. *Behavior Therapy*, *47*(4), 444-459. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.03.001>
- Santomauro, D. F., Herrera, A. M. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., ... & Ferrari, A. J. (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)

- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., De Graaf, R., Asmundson, G. J., Ten Have, M., & Stein, M. B. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*, 62(11), 1249-1257. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.11.1249>
- Senaratne, R., van Ameringen, M., Mancini, C., & Patterson, B. (2010). The burden of anxiety disorders on the family. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(12), 876-880. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181fe7450>
- Shiri, S., Farshbaf-Khalili, A., Esmailpour, K., & Sattarzadeh, N. (2022). The effect of counseling based on acceptance and commitment therapy on anxiety, depression, and quality of life among female adolescent students. *Journal of Education and Health Promotion*, 11, 66. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1486_20
- Society of Clinical Psychology. (2016). *Acceptance and Commitment Therapy for mixed anxiety disorders*. <https://div12.org/psychological-treatments/treatments/acceptance-and-commitment-therapy-for-mixed-anxiety-disorders/>
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100-113. <https://doi.org/10.1177/070674370605100206>
- Spijkerman, M. P. J., Pots, W. T. M., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 45(1), 102-114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.009>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Statistique Canada. (2013a). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale – Guide de l'utilisateur*. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=144170
- Statistique Canada. (2013b). *Health at a glance: Mental and substance use disorders in Canada*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-624-x/2013001/article/11855-eng.pdf?st=S9nOE_Fr
- Statistique Canada. (2021). *Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, septembre à décembre 2020*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210318/dq210318a-fra.htm>

- Stockton, D., Kellett, S., Berrios, R., Sirois, F., Wilkinson, N., & Miles, G. (2019). Identifying the underlying mechanisms of change during Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A systematic review of contemporary mediation studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(3), 332-362. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000553>
- Stoddard, J. A., & Afari, N. (2014). *The big book of ACT Metaphors: A practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Surzykiewicz, J., Skalski, S. B., Niesiobędzka, M., Gladysz, O., & Konaszewski, K. (2022). Brief screening measures of mental health for war-related dysfunctional anxiety and negative persistent thinking. *Personality and Individual Differences*, 195(1), Article 111697. <https://doi.org/10.31234/osf.io/q85jc>
- Taylor, S. (2020). Anxiety disorders, climate change, and the challenges ahead: Introduction to the special issue. *Journal of Anxiety Disorders*, 76(1), Article 102313. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102313>
- Thorsell, J., Finnes, A., Dahl, J., Lundgren, T., Gybrant, M., Gordh, T., & Buhrman, M. (2011). A comparative study of 2 manual-based self-help interventions, Acceptance and Commitment Therapy and applied relaxation, for persons with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 27(8), 716-723. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e318219a933>
- Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Lorian, C., Zou, J., Wootton, B., Spence, J., McEvoy, P. M., Rapee, R. M. (2013). Improving adherence and clinical outcomes in self-guided Internet treatment for anxiety and depression: Randomised controlled trial. *PLoS One*, 8(7), Article e62873. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062873>
- Villaggi, B., Provencher, H., Coulombe, S., Meunier, S., Radziszewski, S., Hudon, C., Roberge, P., Provencher, M. D., & Houle, J. (2015). Self-management strategies in recovery from mood and anxiety disorders. *Global Qualitative Nursing Research*, 2(1), 1-13. <https://doi.org/10.1177/2333393615606092>
- Waghorn, G., Chant, D., White, P., & Whiteford, H. (2005). Disability, employment and work performance among people with ICD-10 anxiety disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2), 55-66. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01510.x>
- Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>

- Wicaksana, I. G. A. T., Wahju, T., Eko, R., & Yudara, P. (2018). The effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety levels in elderly living at Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Bali. *Public Health of Indonesia*, 4(2), 83-90. <https://doi.org/10.36685/PHI.V4I2.193>
- Wilson, K. G. (2009). *Mindfulness for two: An Acceptance and Commitment Therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. New Harbinger Publications.
- Wolpe, J. (1997). From psychoanalytic to behavioral methods in anxiety disorders: A continuing evolution. Dans J. K. Zeig (Éd.), *The Evolution of Psychotherapy: The Third Conference* (pp. 107-116). Brunner/Mazel. <https://doi.org/10.4324/9781315791906-8>
- Zemestani, M., Hosseini, M., Petersen, J.M., & Twohig, M.P. (2022). A pilot randomized controlled trial of culturally-adapted, telehealth group acceptance and commitment therapy for iranian adolescent females reporting symptoms of anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 145-152. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.08.001>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>