

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

ÉVALUATION DES EFFETS D'UN DEVIS PRÉ-EXPÉRIMENTAL DU
PROGRAMME D'INTERVENTION HYBRIDE LE ROSEAU BASÉ SUR LA
THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT POUR LES TROUBLES
ANXIEUX

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
SARAH-MAUDE CARRIER

AOÛT 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Direction de recherche :

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

directeur de recherche

Jury d'évaluation :

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

directeur de recherche

Dominique Mailloux, Ph. D.
Université du Québec à Trois-Rivières

évaluatrice interne

Linda Paquette, Ph. D.
Université du Québec à Chicoutimi

évaluatrice externe

Sommaire

Au Québec, il est estimé qu'environ 8 % de la population âgée de 12 ans et plus ont reçu un diagnostic d'un trouble anxieux dans leur vie (Institut de la Statistique du Québec [ISQ], 2023). Considérant les demandes de plus en plus nombreuses en santé mentale et les difficultés d'accès aux services de psychologie, certains modèles thérapeutiques ont été adaptés. Le réseau de la santé et des services sociaux offre aujourd'hui des programmes d'intervention hybrides qui combinent des interventions de groupe et un contenu d'autogestion via une plate-forme Web. C'est notamment le cas du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches qui propose un programme d'intervention basé sur la thérapie d'acceptation et d'engagement de type hybride pour les adultes présentant des troubles anxieux : Le Roseau. Au cours des dernières années, la mise en place par la Santé publique des mesures sociosanitaires pour limiter la propagation du virus de COVID-19 a amené à repenser l'accès aux interventions psychologiques. Le programme Le Roseau a été adapté pour permettre d'offrir à la fois des interventions en visioconférence et en présentiel. Cette étude évalue dans un premier temps les effets pré et post tests du programme Le Roseau dans le traitement des symptômes anxio-dépressifs. Dans un deuxième temps, les effets du programme Le Roseau sont comparés selon la modalité d'intervention privilégiée en groupe, soit en présentiel ou en visioconférence. Un modèle d'analyses mixtes à intercepts aléatoire est mené auprès d'une population de 234 participants ayant reçu un diagnostic pour un trouble anxieux. Une diminution des symptômes anxio-dépressifs et une amélioration des processus de flexibilité psychologique ainsi que de la qualité de vie

sont observées, sans différence significative entre les deux modalités d'intervention en groupe, à l'exception des résultats sur la qualité de vie liée à l'environnement qui diffèrent statistiquement selon le groupe, à la faveur du groupe en présentiel. Le niveau de satisfaction générale associée au programme Le Roseau apparaît élevé pour les deux groupes, sans différence significative. Les résultats appuient la littérature actuelle. Certaines limites sont toutefois à considérer, soit l'absence de mesure de contrôle, l'asymétrie entre la taille du groupe en présentiel et en visioconférence ainsi que le contexte de pandémie de COVID-19. De futures études bénéficieraient d'une mesure de contrôle (p. ex., groupe en liste d'attente) et d'une mesure de suivi pour pallier aux limites des devis pré et post-tests.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Contexte théorique	6
Troubles anxieux.....	7
Prévalence des troubles anxieux	7
Conséquences sur le fonctionnement psychologique et social	9
Psychothérapies pour les troubles anxieux	11
Approches comportementales traditionnelles, ou de première « vague »	12
Approches cognitivo-comportementales, ou de deuxième « vague ».....	14
Limites et critiques des approches TCC de première et deuxième vague	15
Approches contextuelles ou de troisième « vague ».....	17
Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT).....	18
Interventions de groupe basées sur l'ACT.....	25
Enjeux d'accessibilité aux traitements en santé mentale	26
Interventions en formats d'autogestion.....	27
Interventions d'autogestion basées sur l'ACT	30
Un programme d'intervention de groupe ACT : le Roseau.....	31
Télépratique	34

ACT en télépratique	35
Objectifs de l'étude	38
Méthode.....	40
Devis	41
Déroulement.....	42
Intervention	42
Participants.....	44
Critères d'inclusion et d'exclusion	45
Instruments de mesure	46
Questionnaire sociodémographique.....	47
Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (HADS; Savard et al., 1998; Zigmond & Snaith, 1983)	47
World Health Organization Quality of Life – version abrégée (WHOQOL-BREF, Organisation mondiale de la santé, 1996).....	48
Questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II, Bond et al., 2011; Monestès et al., 2009)	48
Questionnaire de fusion cognitive (CFQ; Dionne et al., 2016; Gillanders et al., 2014)	49
Questionnaire de satisfaction du client (QS-8, Larsen et al., 1979; Sabourin et al., 1989)	50
Analyse des données	50
Résultats	52
Données sociodémographiques.....	53
Résultats des modèles linéaires mixtes	54
Symptômes anxieux	55

Symptômes dépressifs.....	57
Dimensions de la flexibilité psychologique.....	59
Acceptation	59
Défusion cognitive.....	61
Qualité de vie	63
Santé physique	64
Santé psychologique	66
Relations sociales.....	68
Environnement.....	70
Discussion	73
Conclusion	86
Références	90

Liste des tableaux

Tableau

1	Catégories d'intervention d'autogestion	28
2	Contenu des rencontres et des capsules Web du programme Le Roseau.....	44
3	Résultats des modèles linéaires mixtes pour les scores d'anxiété (HADS-A).....	56
4	Résultats des modèles linéaires mixtes pour les scores de dépression (HADS-D)	58
5	Résultats des modèles linéaires mixtes pour les scores d'acceptation (AAQ-II).....	60
6	Résultats des modèles linéaires mixtes pour les scores de défusion cognitive (CFQ)	62
7	Résultats des modèles linéaires mixtes pour les scores de qualité de la santé physique (WHOQOL-DOM1)	65
8	Résultats des modèles linéaires mixtes pour les scores de qualité de la santé psychologique (WHOQOL-DOM2)	67
9	Résultats des modèles linéaires mixtes pour les scores de qualité des relations sociales (WHOQOL-DOM3)	69
10	Résultats des modèles linéaires mixtes pour les scores de qualité de l'environnement (WHOQOL-DOM4)	71

Liste des figures

Figure

1	Les six processus composant la flexibilité psychologique, l'« hexaflex » (Hayes et al., 2006)	22
2	Moyennes brutes au pré-test et post-test à la sous-échelle anxiété du HADS selon la modalité d'intervention au programme Le Roseau.....	56
3	Moyennes brutes au pré-test et post-test à la sous-échelle dépression du HADS selon la modalité d'intervention au programme Le Roseau.....	58
4	Moyennes brutes au pré-test et post-test au AAQ-II selon la modalité d'intervention au programme Le Roseau	60
5	Moyennes brutes au pré-test et post-test au CFQ selon la modalité d'intervention au programme Le Roseau	62
6	Moyennes brutes au pré-test et post-test à la sous-échelle santé physique du WHOQOL selon la modalité d'intervention au programme Le Roseau	65
7	Moyennes brutes au pré-test et post-test à la sous-échelle santé psychologique du WHOQOL selon la modalité d'intervention au programme Le Roseau	67
8	Moyennes brutes au pré-test et post-test à la sous-échelle relations sociales du WHOQOL selon la modalité d'intervention au programme Le Roseau	69
9	Moyennes brutes au pré-test et post-test à la sous-échelle environnement du WHOQOL selon la modalité d'intervention au programme Le Roseau	71

Remerciements

Ce projet de recherche repose sur l'appui et la collaboration d'une équipe dévouée. Dans un premier temps, je tiens à remercier sincèrement mon directeur de recherche Frédérick Dionne, Ph. D., professeur titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour la confiance qu'il m'a offerte tôt dans mon parcours universitaire. En m'offrant la chance de collaborer sur ses projets au baccalauréat, puis en croyant en mon potentiel pour entreprendre des études doctorales, il m'a permis de poursuivre en direction d'une carrière en cohérence avec mes valeurs. Je tiens à exprimer ma reconnaissance pour son encadrement bienveillant et son accessibilité qui m'ont permis d'appivoiser mon identité professionnelle et d'avancer plus confiante dans mes stages.

Un remerciement particulier pour la précieuse contribution et les judicieux conseils de Joël Gagnon, Ph. D., postdoctorant au Département des relations industrielles à l'Université Laval, sur le plan de la méthode et des analyses de ce projet. Merci à Lauriane Lapointe, psychologue, pour son dévouement et son soutien dans la conceptualisation de cette seconde étape du projet Le Roseau.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance pour l'engagement et la collaboration de Nadia Gagnon, psychologue et responsable régionale du programme Le Roseau, et son équipe qui a permis à ce projet de s'actualiser à l'intérieur des

installations du CISSS de Chaudière-Appalaches. Je remercie d'ailleurs les participants de cette étude qui ont contribué à ce projet.

Je souhaite également remercier Mme Christiane Hamelin pour l'aide apportée en regard de la présentation de cet essai selon les normes de présentation recommandées.

Dans un second temps, je tiens sincèrement à remercier ma famille et mes amis pour leur soutien et leur présence constants, même dans les moments où ma disponibilité l'était un peu moins. À mes parents, Jean-Luc Carrier et Dominique St-Germain, qui m'ont permis de me concentrer sur mon parcours et de traverser plus sereinement cette étape de ma vie. À mes sœurs, Jessieka et Alexandra, dont le regard et l'intérêt pour mon champ de recherche m'ont encouragée à donner mon cent pour cent. À mes amis dont la présence m'a permis de conserver un équilibre de vie dans les bons comme dans les moins bons moments.

Une mention spéciale à mon conjoint. William, tu as accueilli mes doutes et mes remises en question, sans jugement. Tu m'as accompagnée dans mon cheminement personnel et professionnel. Je tiens à te remercier pour ton écoute et ta bienveillance toutes ces années. En ne cessant jamais de croire en moi, tu m'as permis de trouver le courage de persévérer dans mes études doctorales. Je t'en suis infiniment reconnaissante.

Introduction

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, en 2021, un peu plus de 8 % de la population québécoise de 12 ans et plus avait reçu un diagnostic d'un trouble anxieux (Statistique Canada, 2023). La prévalence à vie des troubles anxieux est estimée à environ 33,7 % (Bandelow & Michaelis, 2015). L'impact des troubles anxieux sur le fonctionnement et la qualité de vie est majeur. Selon un sondage, environ 27 % des Québécois évaluent que leur trouble anxieux ou de l'humeur a « beaucoup » ou « énormément » nui à leur qualité de vie (Agence de la santé publique du Canada, 2014). Ils estiment notamment que leur trouble anxieux a entraîné des difficultés importantes à réaliser certaines activités, dont les loisirs et passe-temps (21,1 %), les activités sociales avec la famille et les amis (20,4 %) ainsi que les activités de la vie courante telles que les tâches ménagères (15,2 %) et le magasinage ou l'épicerie (13,3 %). De plus, 35 % des répondants rapportent avoir cessé complètement un emploi en raison de leur trouble anxieux ou de l'humeur. Les troubles anxieux sont souvent associés en comorbidité avec le cancer, les maladies cardiovasculaires et les troubles du sommeil (ISQ, 2010). Les troubles anxieux représentent également des coûts de service de santé et de services sociaux importants, notamment en ce qui concerne la médication (p. ex., antidépresseurs, anxiolytiques...) et l'utilisation des services d'un professionnel de la santé mentale (Patten et al., 2008).

La pandémie mondiale de maladie à coronavirus (COVID-19) a eu un impact important sur la santé psychologique des populations aux quatre coins du monde. Une revue systématique (N = 48 études; 236 904 participants) appuie que le COVID-19 serait responsable d'environ 76,2 millions nouveaux cas de troubles anxieux par rapport aux niveaux pré-pandémiques (Santomauro et al., 2021). Devant ces constats, il importe de développer et d'évaluer des interventions psychologiques innovantes qui peuvent venir en aide aux personnes présentant un trouble anxieux. S'inscrivant dans le champ des psychothérapies cognitives et comportementales, la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT; Hayes et al., 2012) et son modèle théorique de la santé mentale basée sur la flexibilité psychologique représente une approche prometteuse dans la compréhension et l'intervention auprès de personnes présentant des troubles anxieux (Eifert & Forsyth, 2005). Les récentes données appuient l'efficacité des interventions ACT pour le traitement des troubles anxieux (p. ex., Gloster et al., 2020).

Selon les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), au cours de l'année 2020, la prévalence mondiale des troubles de santé mentale aurait augmenté de 25 % (Gray et al., 2022). Si la demande de soins en santé mentale s'est accrue au cours des dernières années, l'accessibilité aux interventions psychologiques n'en demeure pas moins un défi majeur (American Psychological Association [APA], 2022, 2023). La difficulté à mobiliser des ressources pour répondre aux besoins de santé mentale croissants de la population a mené à des innovations, notamment l'adaptation de plusieurs programmes d'intervention en télépratique. Peu d'études ont toutefois comparé

l'efficacité des interventions psychologiques de groupe administrées en présentiel ou en télépratique. Au cours des dernières années, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches (Québec) a développé un programme d'intervention basée sur la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) pour les adultes présentant des symptômes anxieux : Le Roseau. Le Roseau est un programme de type hybride, c'est-à-dire qu'il combine des interventions de groupe et un contenu d'autogestion via une plate-forme Web. Le programme d'intervention Le Roseau a été adapté pour offrir des interventions à distance (via la plateforme Teams) dans le contexte des mesures sociosanitaires mises en place par la Santé publique à partir du 15 mars 2020. L'objectif de cet essai est d'évaluer, dans un premier temps, les effets du programme Le Roseau sur les symptômes anxio-dépressifs, les processus de flexibilité psychologique (acceptation et défusion cognitive), la qualité de vie et le niveau de satisfaction au programme. Dans un second temps, les effets du programme Le Roseau sont comparés selon la modalité d'intervention (la visioconférence vs le présentiel).

Cet essai se divise en cinq sections. La première section, le contexte théorique, fait état des connaissances sur les troubles anxieux, leurs traitements comprenant la thérapie d'acceptation et d'engagement, les interventions psychologiques d'autogestion ainsi que sur la télépratique en psychologie. La deuxième section définit la méthode utilisée dans le cadre de cette recherche, soit le devis de recherche, le déroulement, les interventions, les participants, les instruments de mesure ainsi que le plan d'analyse. La troisième section rapporte les résultats et analyses statistiques afin d'évaluer les retombées du

programme Le Roseau. La quatrième section propose une discussion sur les constats de cette étude à partir des résultats observés pour le programme Le Roseau. La cinquième et dernière section permet de conclure sur la pertinence de poursuivre l'étude du programme Le Roseau pour le traitement des troubles anxieux et propose des pistes de recherche à partir des principales observations.

Contexte théorique

Dans l'objectif de bien définir la problématique dans le cadre de cette étude, les assises théoriques et empiriques sont rapportées. Le contexte théorique se subdivise en six sections. La première section résume brièvement les caractéristiques des troubles anxieux, leur prévalence et les conséquences sur le fonctionnement. La seconde section fait un bref survol des principaux traitements des troubles anxieux tels qu'appuyés par la littérature, dont l'ACT. La troisième section rapporte les principaux enjeux d'accessibilité aux soins de santé mentale. La quatrième section offre un aperçu des connaissances actuelles sur les interventions d'autogestion basées sur l'ACT et présente le programme Le Roseau. La cinquième section aborde les interventions psychologiques basées sur l'ACT offertes en télépratique. La dernière section précise les objectifs de cette étude ainsi que les hypothèses de recherche.

Troubles anxieux

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'APA (2015), définit les troubles anxieux comme un regroupement « des troubles qui partagent des caractéristiques d'une peur et d'une anxiété excessives et des perturbations comportementales qui leur sont apparentées » (p. 221). Les troubles anxieux se caractérisent par un dysfonctionnement lié à l'anxiété et à la peur qui affectent de façon considérable les activités de la vie quotidienne des personnes touchées, notamment par l'adoption de comportements d'évitement (APA, 2015; Barnhill, 2020). Ils débutent

généralement avant l'âge adulte, l'âge médian étant d'environ 11 ans (Lalonde & Pinard, 2016). Les troubles anxieux sont à distinguer d'une réaction normale et adaptée à une situation de la vie quotidienne par leur caractère persistant et excessif (APA, 2015). La cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux rapporte huit principaux troubles anxieux : l'anxiété de séparation, le mutisme sélectif, la phobie spécifique, l'anxiété sociale, le trouble panique, l'attaque de panique (comme spécificateur), l'agoraphobie et l'anxiété généralisée (APA, 2015).

Prévalence des troubles anxieux

En 2020 et 2021, environ un québécois sur cinq (19 %) présentait des symptômes d'anxiété légère, environ 7 % des symptômes d'anxiété modérée et environ 4,6 % des symptômes d'anxiété sévère (ISQ, 2023). Au Québec, les troubles anxieux et dépressifs représentent 65 % de l'ensemble des troubles mentaux et touchent environ 7,5 % de la population, soit 581 000 Québécois (ISQ, 2010). Les troubles anxieux sont plus souvent diagnostiqués chez les femmes que chez les hommes (10,8 % c. 5,9 %). La prévalence des troubles anxieux aurait augmenté depuis 2015 pour l'ensemble de la population (8,4 % c. 6,4 %). Ceci en fait les troubles de santé mentale les plus souvent rapportés dans la population québécoise (ISQ, 2010). Parmi les troubles anxieux les plus répandus au Canada, la prévalence à vie de la phobie sociale varie entre 8 % et 13 %, celle du trouble d'anxiété généralisée est d'environ 5 % et celle du trouble panique est d'environ 3,7 % (Langlois et al., 2011). La prévalence des troubles d'anxiété généralisée chez les

Canadiens et Canadiennes de 15 ans ou plus aurait par ailleurs doublé depuis 2012, passant de 2,6 % à 5,2 % (Stephenson, 2023).

Conséquences sur le fonctionnement psychologique et social

Les troubles anxieux, particulièrement ceux considérés « légers », sont l'un des troubles les plus à risque d'être non identifiés et non traités (Barnhill, 2020; Lalonde & Pinard, 2016). Ils se manifestent généralement de façon chronique et leur taux de rémission complet est généralement plus faible que d'autres troubles de l'humeur. Comme d'autres troubles mentaux, ils sont considérés comme faisant partie des problèmes de santé les plus incommodes pour la population (Ezzati et al., 2002; Vos et al., 2015).

Selon le *Consortium d'enquête sur la santé mentale dans le monde* par l'Organisation mondiale de la santé (OMS; Alonso et al., 2013), les personnes souffrant de troubles anxieux auraient un risque plus élevé de décrochage scolaire, de chômage, d'invalidité à l'emploi et de recevoir un salaire inférieur à la population non clinique. Alonso et ses collègues (2004) ont observé que le nombre de jours d'absentéisme au travail serait trois fois plus élevé chez les individus souffrant d'un trouble anxieux comparativement à la population non clinique (Alonso et al., 2004). Ces mêmes auteurs ont également observé une détérioration de la qualité de vie similaire à celle associée à la dépression, particulièrement dans le cas du trouble panique. Parmi les troubles anxieux, le trouble panique et l'anxiété sociale sont les troubles les plus incapacitants

dont l'impact sur la qualité de vie est le plus marqué selon les auteurs (Alonso et al., 2004).

De la comorbidité (présence simultanée de plusieurs troubles psychologiques ou physique) est fréquemment observée entre les troubles anxieux et la dépression (APA, 2015; Beesdo et al., 2007, 2010; Lalonde & Pinard, 2016). Dans le cadre des enquêtes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) auprès de 24 pays (N = 27 enquêtes; 74 045 participants), il a été évalué qu'environ 45,7 % des personnes souffrant d'un trouble dépressif majeur ont aussi souffert d'un ou de plusieurs troubles anxieux au cours de leur vie (Kessler et al., 2015). D'autres comorbidités sont observées entre les troubles anxieux et les troubles liés à l'usage d'une substance, particulièrement l'abus d'alcool ou de drogues et la prise d'une médication (APA, 2015; Kessler et al., 2005; Pedarriosse, 2014).

En plus de la diminution de productivité et de l'absentéisme au travail, les troubles anxieux représentent des coûts importants pour la société. Aux États-Unis, les troubles anxieux représentaient un poids financier estimé entre 42 et 47 milliards de dollars, dont environ 54 % du coût total s'expliquait par les coûts de traitement médical non psychiatriques, 31 % par le traitement psychiatrique et 10 % par les coûts indirects tels que l'absentéisme au travail (Greenberg et al., 1999). Selon le *Conference Board* du Canada, un meilleur traitement des troubles anxieux permettrait une hausse de l'économie canadienne d'environ 17,3 milliards de dollars par an. Un meilleur accès aux

traitements des troubles anxieux et dépressifs dont souffrent plusieurs employés canadiens pourrait éventuellement bonifier l'économie canadienne de 228 000 à 352 000 emplois par année jusqu'en 2035 (Southerland & Stonebridge, 2016). En raison de la difficulté à détecter et à poser un diagnostic de trouble anxieux, ces chiffres sont probablement sous-estimés. Qui plus est, la présence de troubles et symptômes psychiatriques et somatiques comorbides ajoute aux coûts associés aux troubles anxieux (Norton et al., 2014).

Psychothérapies pour les troubles anxieux

Parmi les approches de traitement des troubles anxieux, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), combinées ou non à une médication, sont les traitements qui reçoivent le meilleur appui empirique (p. ex., Carpenter et al., 2018; Kaczurkin & Foa, 2015; van Dis et al., 2019; Wyatt, 2022). Au cours des dernières années, un nombre important de protocoles basés sur les TCC ont été adaptés aux différents diagnostics de troubles anxieux, notamment pour le trouble d'anxiété généralisée (Dugas et al., 2003), le trouble panique (Marchand et al., 2008), les phobies spécifiques (Grös & Antony, 2006) et le trouble d'anxiété sociale (Hope et al., 2019). La Division 12 de l'APA reconnaît l'apport empirique des thérapies cognitivo-comportementales en leur accordant le statut de « hautement validée » pour le traitement du trouble d'anxiété généralisé (p. ex., Butler et al., 2006), du trouble d'anxiété sociale (p. ex., Mayo-Wilson et al., 2014) et du trouble panique (p. ex., Otto & Deveney, 2005).

Les approches cognitivo-comportementales peuvent être divisées en trois générations (ou trois « vagues ») : les thérapies comportementales, cognitives et contextuelles (Hayes, 2004). Les prochaines sections se veulent un bref survol historique des thérapies cognitivo-comportementales.

Approches comportementales traditionnelles, ou de première « vague »

Les origines des approches comportementales traditionnelles se situent autour des années 1950. Les approches comportementales traditionnelles avaient pour visée initiale de pallier certaines limites des théories psychanalytiques telles que la difficulté à mesurer empiriquement les principaux concepts psychanalytiques et la non-réfutabilité de certaines hypothèses théoriques (Paris, 2017). Les cliniciens des approches comportementales traditionnelles conçoivent qu'il existe un lien direct entre les comportements observables et les émotions. Les approches comportementales traditionnelles combinent essentiellement les théories de l'apprentissage du conditionnement répondant de Watson (1924) et du conditionnement opérant de Skinner (1945). Watson suppose que l'être humain apprend par association d'un stimulus de l'environnement ou son antécédent à une réponse de l'organisme à ce stimulus. Les travaux de Watson et Rayner (1920) appuient l'apport des théories de l'apprentissage dans le développement des phobies, notamment avec l'expérience du « Petit Albert » où une réponse phobique de peur est créée chez un enfant à partir d'un stimulus neutre (souris) associé à un bruit violent. À partir des travaux de Watson sur le conditionnement répondant, Wolpe (1968, 1990) a développé le concept de

désensibilisation systématique, une stratégie qui vise à éteindre les réponses émotionnelles d'anxiété et de peur phobique en associant de façon répétée une réponse antagoniste de relaxation à un stimulus aversif auparavant associé à la réponse de peur.

Selon les approches comportementales traditionnelles, les troubles anxieux résultent de réponses de peur conditionnées et renforcées par l'environnement (McAllister & McAllister, 1995). Par exemple, selon une revue systématique de la littérature (N = 13 études; 1 609 dyades parents-enfants), certains comportements parentaux augmenteraient le risque que l'enfant développe des symptômes anxieux (Emerson et al., 2019). Plus précisément, le parent anxieux « apprendrait » les réactions de peur à l'enfant par renforcement des comportements anxieux ou des comportements d'évitement, par apprentissage vicariant et par transfert d'information (Fisak & Grills-Taquechel, 2007). Les réponses de peur sont maintenues selon cette approche en partie par l'évitement des stressseurs. L'évitement du stressseur permet un soulagement immédiat des sensations désagréables et devient un renforçateur négatif de la réponse de peur. D'autres renforçateurs (p. ex., appui de la réponse de peur par l'entourage, comportements de type récompenses à la suite de l'évitement, etc.) peuvent contribuer à maintenir les comportements anxieux. Ainsi, les principales interventions des approches comportementales traditionnelles sont l'exposition graduelle (Grös, & Antony, 2006). L'exposition peut se faire de différentes façons, notamment *in vivo*, c'est-à-dire dans l'environnement réel, en imagination et, plus récemment, via l'utilisation de la technologie de réalité virtuelle (p. ex., Garcia-Palacios et al., 2002; Mühlberger et al.,

2003). Les thérapies comportementales traditionnelles centrées sur l'exposition sont particulièrement efficaces pour le traitement des phobies spécifiques (Wolitzky-Taylor et al., 2008) et seraient plus efficaces que l'absence de traitement en général, mais elles seraient moins efficaces que les thérapies cognitives (Kaczurkin & Foa, 2015).

Approches cognitivo-comportementales, ou de deuxième « vague »

Les approches cognitivo-comportementales se sont développées vers la fin des années 1960 jusqu'aux années 1990 avec les premiers travaux de psychologues tels qu'Albert Ellis et Aaron T. Beck. Les cognitivistes ont abandonné les théories uniquement associées aux principes d'apprentissage pour s'intéresser aux principes médiateurs du comportement, tels que la cognition (Hayes, 2004). Les symptômes anxieux sont compris selon une approche psychobiologique qui divise les manifestations anxieuses en quatre processus, soit cognitif, affectif, comportemental et physiologique (Beck & Weishaar, 2005). Ces quatre processus interagissent pour produire une réponse adaptative à une situation de danger, perçue ou réel. Les troubles anxieux représentent un dysfonctionnement de la réponse à une menace, c'est-à-dire qu'une réponse non adaptative issue de comportements de survie (p. ex., fuir, figer ou combattre) prédomine sur un mode de fonctionnement plus adaptatif (p. ex., communication sociale). Selon les approches cognitivo-comportementales, les troubles anxieux seraient entretenus par une évaluation cognitive exagérée ou erronée de la menace réelle ou perçue et une sous-estimation de ses ressources et habiletés pour affronter la menace (faible sentiment d'efficacité personnelle).

L'une des approches basées sur les thérapies cognitivo-comportementales les plus pratiquées en clinique est la thérapie cognitive (Kaczurkin & Foa, 2015). Les thérapies cognitives visent à identifier et à modifier les pensées, croyances et schémas cognitifs associés à une détresse psychologique, notamment par l'auto-observation des distorsions cognitives et la restructuration cognitive (Clark & Beck, 2010). Les thérapies cognitives sont reconnues par la division 12 de l'APA pour leur efficacité de traitement des troubles anxieux. Les thérapies cognitives sont particulièrement efficaces pour le traitement du trouble d'anxiété généralisée et du trouble d'anxiété sociale (Kaczurkin & Foa, 2015).

Limites et critiques des approches TCC de première et deuxième vague

Les approches basées sur les thérapies comportementales traditionnelles et les TCC se montrent généralement efficaces dans le traitement des troubles anxieux chez les adultes comparativement à l'absence de traitement ou un placebo (Norton & Price, 2007; Otte, 2011; Stewart & Chambless, 2009). Cependant, les approches TCC traditionnelles ont fait face à diverses critiques récemment. Premièrement, des failles méthodologiques persistent (variation importante d'une étude à l'autre des procédures de contrôle, absence de groupe de contrôle, peu de mesures des effets cliniques tels que la qualité de vie ou le niveau de fonctionnement). Deuxièmement, certains chercheurs ont remis en question le rôle des cognitions et des interventions cognitives (p. ex., restructuration cognitive) en tant que processus de changement (Otte, 2011). Ils avancent que les réponses aux thérapies cognitives surviennent généralement avant l'implantation de

principes clés des interventions cognitives (Ilardi & Craighead, 1994), et que par conséquent, les interventions de restructuration cognitive n'apporteraient pas plus en termes d'efficacité clinique lorsque combinées à des interventions comportementales (Burns & Spangler, 2001; Jacobson et al., 1996). Aussi, le modèle mécanique sous-tendu par les TCC, qui consiste à comparer l'humain à une machine dont les composantes problématiques (p. ex., une distorsion cognitive, un schéma de pensée) ont un lien direct sur son fonctionnement global (Dionne & Blais, 2011), est critiqué par la communauté scientifique, puisqu'elle affirme qu'il existe une forme de pensée « réelle », une vérité absolue (Gaudiano, 2008; Hayes, 2004). Troisièmement, certains chercheurs et cliniciens s'interrogent sur le risque que, sans une préparation adéquate, les thérapies d'exposition suscitent une hausse des symptômes anxieux et accentuent le risque d'abandon prématuré du traitement, particulièrement dans le cas du traitement du trouble du stress post-traumatique (Swift & Greenberg, 2014).

Des approches récentes pouvant s'avérer complémentaires à la TCC traditionnelle et qui pourrait venir pallier certaines limites se sont développées. Les TCC de la troisième vague, ancrées dans l'approche traditionnelle comportementale, ont émergé autour des années 1990 (Hayes, 2004) en proposant une façon différente de concevoir la cognition et de travailler avec les émotions. Par exemple, *l'ACT*, une approche des TCC de la troisième vague, propose une vision complémentaire à la thérapie d'exposition en ne visant pas directement à réduire la durée ou l'intensité des symptômes anxieux et des peurs phobiques, mais plutôt en ajoutant que l'exposition au stimulus anxiogène ou

phobique est une occasion de développer les processus de la flexibilité (p. ex., acceptation, défusion) et de pouvoir agir selon ses valeurs et objectifs, sans qu'il n'y ait nécessairement une réduction des symptômes (Twohig et al., 2015).

Approches contextuelles ou de troisième « vague »

Associées aux thérapies comportementales, les thérapies contextuelles s'intéressent à la fonction des phénomènes internes (p. ex., pensées, émotions) plutôt qu'au phénomène en lui-même (Barlow, 2002; Hayes, 2004). En d'autres termes, ces approches ne visent pas la modification du contenu des pensées comme dans les TCC traditionnelles, elles interviennent plutôt sur le rapport d'un individu à ses pensées (Hayes et al., 2011). Elles préconisent l'accueil des phénomènes internes désagréables sans tenter de les éviter ou de les laisser prendre le dessus sur le comportement. Les processus de changement thérapeutiques et les principales composantes des approches contextuelles se regroupent en trois catégories, ou en trois axes principaux : ouvert, centré et engagé (Hayes et al., 2011). L'axe « ouvert » consiste à adopter une posture d'ouverture psychologique (par l'acceptation et la décentration de ses pensées), ce qui requiert de changer la relation aux pensées, émotions ou ressentis désagréables sans en modifier le contenu ou leur fréquence. L'axe « centré » promeut la flexibilité attentionnelle, le contact à l'instant présent et la prise de perspective, ce qui permet d'avoir davantage conscience de son monde interne (Dionne et al., 2013). Le dernier axe, « engagé », réfère aux actions significatives, c'est-à-dire l'activation et l'engagement dans des comportements en cohérence avec les valeurs d'une personne.

Ces trois axes contribuent à une meilleure flexibilité sur le plan cognitif, affectif et comportemental (Hayes et al., 2011). Les thérapies contextuelles telles que la thérapie comportementale dialectique (TDC; Linehan, 1993), la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (TCBPC; Teasdale et al., 2002) et la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT; Hayes et al., 1999) préconisent des interventions qui agissent à différents niveaux sur ces principaux axes. L'ACT est une approche qui agit sur ces trois axes. La prochaine section place les assises théoriques de cette approche qui constitue le cadre théorique et pratique de cette étude.

Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) a été développée en 1980 par Steven C. Hayes (Hayes & Strosahl, 2005). L'ACT intègre les principes du contextualisme fonctionnel (Biglan & Hayes, 1996; Hayes, 1993) et se fonde sur l'analyse du comportement et la théorie des cadres relationnels (TCR, Hayes et al., 2001).

Le contextualisme fonctionnel s'intéresse à l'influence des interactions entre une personne et l'environnement dans lequel elle évolue. Les interventions basées sur l'ACT visent le travail sur les comportements en fonction du contexte dans lequel ils s'inscrivent (Dionne et al., 2013; Hayes, 1993, 2004). Ainsi, plutôt que de juger le comportement en lui-même (est-ce un bon ou un mauvais comportement?), l'ACT est une approche dite « pragmatique », c'est-à-dire qu'une action est jugée efficace si elle

permet d'atteindre les buts fixés par le client et s'avère en cohérence avec ses valeurs personnelles (Hayes et al., 2013).

La TCR (Hayes et al., 2001) est un programme de recherche qui soutient que le langage et les cognitions sont tous deux dépendants des contextes relationnels dans lesquels ils prennent forme. La TCR s'intéresse à la relation entre un objet (p. ex., un fruit rond et rouge, une pomme) et son symbole (« pomme »). Cette relation symbolique est dite bidirectionnelle, car lorsque l'association est établie entre l'objet et son symbole, l'humain commence généralement à répondre de façon similaire à l'objet et à son symbole (Villatte et al., 2019). Par exemple, une personne qui n'aime pas les pommes pourrait plisser le nez et manifester du dégoût en attendant le mot « pomme » en l'absence de l'objet réel. Sur le plan clinique, la TCR montre de quelle façon les processus langagiers contribuent à maintenir l'évitement des expériences internes. Dans le cas d'un trouble panique, un espace public, comme l'épicerie, qui n'entraînait aucune réponse significative auparavant, pourrait être associé à une réponse de peur, même si la personne n'est pas sur place. En raison du langage qui est propre à l'être humain, la TCR explique que la réaction de peur (crainte de faire une attaque de panique) associée au lieu (épicerie) peut également survenir à la simple évocation du mot « épicerie » ou en évoquant une pensée reliée à l'épicerie. Par association ou dérivation (cadrage relationnel), la personne pourrait apprendre que l'épicerie est similaire à la pharmacie et les sources de peur peuvent devenir exponentielles. Elle implique qu'il n'est pas possible de « désapprendre » ces relations symboliques, et d'inhiber des pensées indéfiniment, et

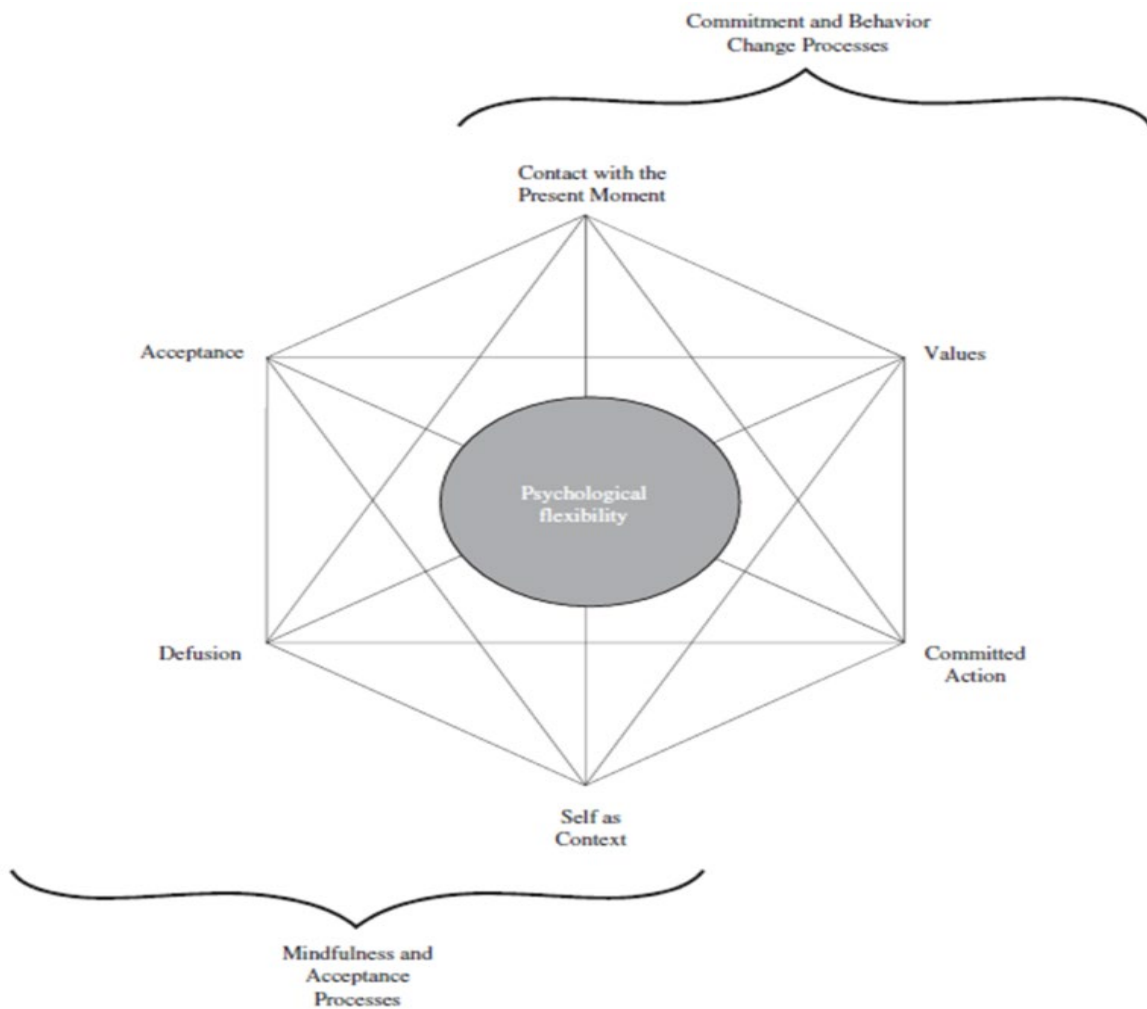
propose plutôt de réorienter les pensées vers des relations symboliques alternatives et plus utiles (Villatte et al., 2019). En tenant compte des processus cognitifs et langagiers qui sont propres à l'être humain, la TCR intègre et va au-delà des apprentissages répondants et opérants.

L'ACT vise à développer la flexibilité psychologique, soit la capacité à vivre pleinement le moment présent et à choisir de persister ou de changer un comportement pour se conformer aux valeurs personnelles (Hayes et al., 2012). La flexibilité psychologique se compose de six processus psychologiques : (1) l'acceptation; (2) la défusion cognitive; (3) le moment présent et la flexibilité attentionnelle; (4) le soi comme contexte; (5) l'action engagée; et (6) les valeurs (Hayes et al., 2006). L'acceptation est un processus actif où le client est invité à accueillir les événements de la vie quotidienne sans tenter de les changer (Hayes et al., 2012). À l'inverse, l'évitement expérientiel est la tendance à adopter certains comportements (p. ex., consommation de substances, évitement de situations sociales, distractions...) pour éviter d'être en contact avec des phénomènes internes désagréables. L'ACT permet une diminution des symptômes anxieux notamment par ses interventions sur les comportements d'évitement expérientiel (Eifert & Forsyth, 2005; Forman et al., 2007). L'évitement expérientiel est associé au développement de psychopathologies (Ruiz, 2010). En évitant les sources de stress (par la distraction, la consommation, la nourriture, etc.), un apaisement survient à court terme. À long terme toutefois, les pensées, les émotions et les ressentis désagréables deviennent de plus en plus redoutés, ce qui amène

l'individu à redoubler d'efforts continuellement pour éviter le contact avec ces expériences désagréables (Ruiz, 2010). L'ACT encourage à accueillir les expériences internes désagréables plutôt qu'à les éviter, ce qui permet de rompre le cercle vicieux de l'anxiété. La défusion cognitive consiste à modifier la relation qu'entretient le client avec ses pensées et, plus précisément, à minimiser l'effet des relations verbales (p. ex., les pensées) sur le comportement pour permettre des actions orientées vers les valeurs (Hayes et al., 2006). La capacité à être dans le moment présent et la flexibilité attentionnelle suppose une posture d'ouverture, sans jugement, aux expériences psychologiques et environnementales vécues dans le moment présent (Hayes et al., 2006). Le Soi comme contexte représente un soi continu, présent à travers le temps, l'espace et les événements. Certains auteurs le comparent à un écran de fond sur lequel figurent les phénomènes internes. Les valeurs sont des qualités librement choisies et désirées qui guident les actions, qui deviennent ainsi des actions engagées (Dahl et al., 2005). Ces six processus psychologiques forment l'hexaflex (voir Figure 1).

Figure 1

*Les six processus composant la flexibilité psychologique, l'« hexaflex »
(Hayes et al., 2006)*



L'ACT est reconnue pour son efficacité dans le traitement de différents troubles de santé mentale. Son efficacité semble demeurer comparable à travers le temps alors que la qualité méthodologique des études sur l'ACT s'améliore (A-Tjak et al., 2015). L'ACT est reconnue pour diminuer la réactance au traitement (c.-à-d., les réactions négatives vis-à-vis le traitement psychologique, dont la démotivation, l'accrochage aux

comportements nuisibles et le retrait du traitement) et pour améliorer l'adhésion aux interventions psychologiques (A-Tjak et al., 2015). Une revue sur les données des méta-analyses sur l'ACT (Gloster et al., 2020; N = 20 méta-analyses, 133 essais aléatoires; 12 477 participants) reconnaît que l'ACT est généralement supérieure aux listes d'attente, au traitement habituel et à la plupart des conditions d'intervention actives (à l'exception de la TCC) pour le traitement des troubles anxieux ($g = 0,18-0,57$, taille d'effet moyenne faible à modérée), de la dépression ($g = 0,33$, taille d'effet moyenne faible) et d'autres conditions (abus de substance, douleurs chroniques, troubles alimentaires, stress, plaintes somatiques et conditions de santé physique). L'ACT montre également des effets significatifs sur la qualité de vie ($g = 0,37-0,45$, taille d'effet moyenne faible à modérée), la flexibilité psychologique ($g = 0,32-0,83$, taille d'effet moyenne faible à importante) et sur les mesures de bien-être et du fonctionnement ($g = 0,29-0,67$, taille d'effet moyenne faible à modérée; Gloster et al., 2020). Une récente recension des études de revue systématique et de méta-analyse (Beygi et al., 2023; N = 25 revues systématiques et méta-analyses) appuie également l'efficacité de l'ACT pour le traitement de l'anxiété et de la dépression. La plupart des études rapportent des effets significatifs (faibles à importants) de l'ACT, quelle que soit la méthode de prestation, par rapport aux mesures de contrôle inactives (placebo, liste d'attente) et actives (traitement habituel, autres interventions psychologiques à l'exception de la TCC) en ce qui concerne la dépression et l'anxiété. Une revue des données empiriques appuie l'efficacité de l'ACT pour le traitement spécifique des troubles anxieux (Bluett et al., 2014). Les chercheurs ont révisé un peu moins d'une

centaine d'essais aléatoires sur l'ACT. Les résultats montrent un soutien modeste en faveur des interventions basées sur l'ACT pour le traitement des troubles anxieux mixtes, le trouble d'anxiété généralisé, le trouble obsessionnel-compulsif, certains troubles associés aux obsessions et aux compulsions (p. ex., trichotillomanie, dermatillomanie) et la phobie sociale. Dans le cadre de leur étude, les chercheurs ont également mené une méta-analyse préliminaire (N = 9 essais aléatoires, 404 participants) sur les effets de l'ACT pour le traitement des troubles anxieux. L'ACT a montré des améliorations équivalentes aux traitements manualisés, y compris lorsque comparé à la TCC, et aucune différence significative sur les mesures du processus de changement (Bluett et al., 2014). Les clients ayant bénéficié d'un traitement basé sur l'ACT rapportent également une meilleure qualité de vie (A-Tjak et al., 2015) et un niveau de bien-être plus élevé (Bohlmeijer et al., 2015; Kashdan & Rottenberg, 2010). Ces bénéfices se maintiendraient sur une période de trois mois (Bohlmeijer et al., 2015). De plus, les participants aux programmes d'intervention basés sur l'ACT rapportent généralement des niveaux élevés de satisfaction (p. ex., Barnes et al., 2021; Fowler et al., 2021; Johns et al., 2016; Ye et al., 2023). Certains chercheurs ont observé un lien entre la satisfaction au traitement psychologique et l'alliance thérapeutique (Donker et al., 2013; Warnecke et al., 2020), l'adhérence au traitement, le bien-être et la diminution des symptômes (Hundt et al., 2013).

Interventions de groupe basées sur l'ACT

Walser et Pistorello (2004) évoquent plusieurs avantages à adapter les interventions basées sur l'ACT à un format de groupe. Les groupes d'intervention permettent entre autres le soutien entre pairs ainsi que l'échange de perspectives à partir de l'histoire de vie de chacun. Le groupe peut également faciliter l'intégration des métaphores et des expérientiels, une composante clé de l'ACT, en utilisant un langage commun et accessible entre pairs. Le groupe permet l'exposition aux peurs et croyances négatives, souvent ancrées dans un contexte social, permettant ainsi le développement de l'acceptation et de la défusion cognitive (Walser & Pistorello, 2004). Les clients apprennent à prendre des « actions engagées », c'est-à-dire à s'ouvrir sur leur vécu émotionnel en contexte social, en vue de dédramatiser certaines croyances et de développer une meilleure tolérance à la vulnérabilité.

Les groupes de traitement basés sur l'ACT reçoivent un appui empirique considérable, leur efficacité étant comparable à la thérapie cognitive et à la TCC (Coto-Lesmes et al., 2020). Une méta-analyse (N = 48 essais aléatoires; 3 292 participants) trouve des tailles d'effets modérées à élevées sur la diminution de symptômes anxieux ($g = 0,52$) et faibles à modérées ($g = 0,47$) sur la diminution des symptômes dépressifs (Ferreira et al., 2022). Cette adaptation en format groupe contribue à améliorer l'accessibilité de soins de santé mentale et se révèle une option intéressante en termes de coût et d'efficacité (Coto-Lesmes et al., 2020).

Enjeux d'accessibilité aux traitements en santé mentale

L'accès aux soins de santé mentale demeure un défi entier et actuel. Au Québec, le délai d'attente avant d'avoir accès à un psychologue dans le réseau public est d'environ 6 à 24 mois (Gauthier et al., 2023) et la liste d'attente pour un rendez-vous en santé mentale comprend environ 20 000 personnes (The Canadian Press, 2021). Les Québécois qui ne réussissent pas à avoir accès à un psychologue se tournent généralement vers leur médecin ou l'urgence. Le taux de consultation médicale pour une problématique de santé mentale est d'environ 40 % (Gauthier et al., 2023). Environ 65 % des psychologues estiment que la pandémie COVID-19 a exacerbé la sévérité des troubles de santé mentale (APA, 2022). L'accessibilité aux soins s'est détériorée. La présidente de l'APA affirme que « pendant la pandémie, les gens se sont autorisés à chercher des services de santé mentale, mais beaucoup se sont découragés parce qu'il n'y avait pas d'ouverture » (Stringer, 2023, p. 28).

De plus, environ deux personnes sur trois souffrant d'un trouble anxieux ne feront pas appel aux services d'un professionnel de la santé pour des soins de santé mentale (Andrews et al., 2001). Les personnes souffrant de phobie sociale seraient les moins à même d'utiliser les services (Ormel et al., 2008). Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer la faible demande de consultation, notamment les limites financières et la difficulté à trouver de l'aide (Olfson et al., 2000). Pour favoriser l'accès aux soins, de nouveaux formats d'interventions ont vu le jour au cours des dernières années. Les interventions d'autogestion (p. ex., applications mobiles, plateforme Web,

bibliothérapie) font partie de ces options thérapeutiques récentes. Ce type d'intervention offre un ratio coût-bénéfice intéressant tout en obtenant un appui par la communauté scientifique (p. ex., Pauley et al., 2021). La prochaine section définit les traitements psychologiques adaptés en format d'autogestion, notamment l'ACT.

Interventions en formats d'autogestion

Afin de pallier le manque d'accessibilité aux soins de santé mentale, plusieurs modèles thérapeutiques ont été adaptés en format « autogestion ». Selon Anderson et ses collaborateurs (2005, p. 387), il semble y avoir un consensus que les interventions d'autogestion doivent viser à « guider et encourager le patient à effectuer des changements afin d'améliorer son autogestion, plutôt que de simplement fournir des informations » [traduction libre]. Les interventions d'autogestion se déclinent en quatre catégories : « thérapie d'autogestion », « principalement de l'autogestion », « thérapie avec contact minimal » et « principalement administré par un thérapeute » (Newman et al., 2003). Le Tableau 1, tiré et traduit de French et ses collaborateurs (2017), résume les quatre catégories d'interventions d'autogestion.

Tableau 1*Catégories d'intervention d'autogestion*

Catégories d'intervention d'autogestion	Définition
Thérapie d'autogestion	Le thérapeute peut prendre contact pour une évaluation. Pas d'autre contact par la suite.
Principalement de l'autogestion	Le thérapeute peut prendre contact pour une évaluation. Le thérapeute peut par la suite avoir d'autres contacts pour des vérifications ponctuelles, pour éduquer le client sur comment utiliser l'outil, pour fournir le rationnel thérapeutique initial.
Thérapie avec contact minimal	Participation active du thérapeute, mais à un degré moindre que pour une thérapie traditionnelle. Il peut accompagner le client pour certains aspects de l'intervention (p. ex., créer une hiérarchie d'exposition).
Thérapie principalement administrée par un thérapeute	Le client rencontre le thérapeute pour des séances de thérapie traditionnelles, mais du matériel d'autogestion peut être donné en complémentaire de la thérapie.

Source. Newman et al. (2003), traduit et adapté par French et al. (2017), p. 361.

Une méta-analyse (N = 13 essais aléatoires évalués par des pairs; 2 580 participants) appuie l'efficacité thérapeutique des interventions d'autogestion pour le traitement des troubles anxieux (taille d'effet petite $g = 0,35$) et suggère qu'il n'y aurait pas de différence sur le plan de l'efficacité thérapeutique entre les différents formats d'intervention d'autogestion (French et al., 2017). Plusieurs études montrent toutefois qu'une plus grande implication du thérapeute améliore les effets thérapeutiques (French et al., 2017; Richards & Richardson, 2012).

Selon certaines études, l'efficacité des interventions d'autogestion basées sur la TCC est comparable à la TCC traditionnelle en face-à-face. Une revue systématique et

méta-analyse (N = 13 essais aléatoires; 1 053 participants) rapporte notamment que la TCC traditionnelle et la TCC en format d'autogestion seraient également efficaces pour le traitement de certains troubles de santé mentale, dont le trouble d'anxiété sociale, le trouble panique, les symptômes dépressifs et la phobie des araignées (Andersson et al., 2014). Ces résultats appuient ceux retrouvés par Cuijpers et ses collègues (2010) dans le cadre de leur revue systématique et méta-analyse (N = 21 essais aléatoires; 810 participants) sur les TCC en format d'autogestion pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs.

Ces observations sont également rapportées au suivi d'un an (Cuijpers et al., 2010). Une revue systématique et méta-analyse (N = 20 essais aléatoires; 1 418 participants) répliquent les résultats rapportés par Andersson et ses collaborateurs (2014) et Cuijpers et ses collaborateurs (2010) pour le traitement, entre autres, de la phobie sociale, le trouble panique, les symptômes dépressifs et la phobie spécifique des araignées et des serpents (Carlbring et al., 2018). De plus, les risques d'abandon du traitement ne sembleraient pas différer entre les deux formats de traitement (Andersson et al., 2014; Carlbring et al., 2018; Cuijpers et al., 2010).

Des données récentes suggèrent que l'ACT, lorsqu'administrée en format d'autogestion, pourrait être équivalente à une thérapie en face-à-face (Cavanagh et al., 2014; Lappalainen et al., 2014). D'autant plus, les gains thérapeutiques semblent se maintenir dans le temps (Andersson & Cuijpers, 2009; Andrews et al., 2010) et

l'efficacité est reconnue dans les milieux de pratique clinique (Andersson & Hedman, 2013).

Interventions d'autogestion basées sur l'ACT

Les études sur les interventions d'autogestion basées sur l'ACT révèlent des résultats prometteurs quant au traitement des symptômes dépressifs et anxieux (French et al., 2017; Lappalainen et al., 2014) notamment en permettant aux clients d'avoir accès rapidement et facilement aux exercices thérapeutiques (Lappalainen et al., 2014). Selon les récentes méta-analyses sur l'ACT, tant les interventions d'autogestion (p. ex., par des capsules vidéo, des livres pratiques basés sur l'ACT, des applications mobiles, etc.) que les interventions d'autogestion guidées par une thérapeute (p. ex., avec un contact minimal avec un professionnel ou un thérapeute en présentiel, par téléphone ou par courriel) seraient bénéfiques pour le traitement des problématiques plus communes telles que l'anxiété et la dépression (Cavanagh et al., 2014). L'ajout d'une présentation multimédia ou de matériels sur Internet pour accompagner les interventions d'autogestion améliorerait leur efficacité thérapeutique (Lewis et al., 2012). Une revue systématique de la littérature (Kelson et al., 2019; N = 20 études; 1 752 participants) a étudié les effets des interventions d'autogestion basées sur l'ACT administrées via Internet pour le traitement de l'anxiété. Les études retenues s'appuyaient sur l'éducation psychologique via différents formats (audio, vidéo, textes, images et animations) en combinant des exercices interactifs, des feuilles de travail, des questionnaires et l'assignation de devoirs. La plupart des études utilisaient l'ACT en format virtuel avec

l'accompagnement par un thérapeute, seulement quelques études utilisaient un format d'autogestion uniquement (sans accompagnement). Un peu plus de la moitié des études (55 %) étaient des essais aléatoires contrôlés, le reste était des études pilotes non contrôlées (45 %). Des mesures pré-intervention, post-intervention et de suivi ont été utilisées dans 14 études sur 20 (70 %). Presque toutes les études (90 %) ont fait état d'une amélioration faible ($d = 0,32$) à importante ($d = 2,14$) des symptômes d'anxiété immédiatement après le traitement (Kelson et al., 2019). La diminution des symptômes anxieux s'est observée aux mesures de suivi de trois et six mois pour certaines études (Kelson et al., 2019). Une diminution des symptômes est aussi observée chez les participants avec une condition comorbide (p. ex., fibromyalgie, douleurs chroniques, dépression majeure, antécédents de traumatismes personnels). De plus, le niveau moyen de satisfaction à la suite du traitement allait d'une satisfaction supérieure à la moyenne à une grande satisfaction (Kelson et al., 2019). Les interventions d'autogestion seules auraient un potentiel d'accessibilité plus grand pour un plus faible coût tout en étant efficaces dans le traitement des symptômes anxieux et dépressifs (Cavanagh et al., 2014; Lewis et al., 2012).

Un programme d'intervention de groupe ACT : le Roseau

Au cours des dernières années, le CISSS de Chaudière-Appalaches a développé un programme d'intervention de groupe basé sur l'ACT pour les adultes présentant un trouble anxieux : Le Roseau. Le programme est une initiative qui visait à rendre accessibles les soins psychologiques à un plus grand nombre de personnes de la région

de Chaudière-Appalaches. Le Roseau est offert selon un format « thérapie avec contact minimal », ou format hybride, c'est-à-dire qu'il combine des interventions de groupe avec un thérapeute à une plate-forme Web. Les participants sont accompagnés une semaine par un thérapeute formé à l'approche ACT, et reçoivent de l'éducation psychologique combinée à des exercices expérientiels dirigés via des capsules Web l'autre semaine. Le programme était initialement offert seulement en présentiel à différents CLSC affiliés au CIUSSS de Chaudière-Appalaches. Le programme Le Roseau est un programme qui répond aux critères du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM). Le PQPTM est actuellement implanté dans les CIUSSS et consiste en une transformation de l'orientation des services en santé mentale. On y préconise un modèle de services et de soins « par étape » basés sur les données probantes et s'adresse aux personnes présentant des symptômes des troubles de santé mentale les plus fréquents, tels que l'anxiété et la dépression (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019, 2023a, 2023b). Il vise toutes les clientèles, de l'enfance à l'âge adulte. Le PQPTM est une adaptation au système de santé québécois du programme anglais *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) lancé en 2008. Ce programme est offert depuis l'automne 2020 dans tous les établissements publics de santé et de services sociaux québécois. Le PQPTM vise à améliorer l'accessibilité aux services de santé mentale adaptés selon les besoins du patient dans un délai raisonnable par un personnel qualifié. Pour ce faire, le programme propose une offre de services comprenant notamment des autosoins, des groupes, des interventions de soutien et d'éducation psychologique ou de la psychothérapie. Les lignes directrices de traitements

psychologiques se fondent sur les guides de pratique clinique du National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Ces guides proposent une trajectoire de service pour chaque trouble de santé mentale à offrir au patient. À chacune des étapes de la trajectoire, les guides orientent la nature, les outils et la durée des interventions selon les besoins identifiés.

La mise en œuvre du programme Le Roseau a rencontré des défis. Chaudière-Appalaches est une région vaste qui comprend plusieurs zones rurales. La distance à parcourir pour se rendre au CLSC offrant le programme fut un obstacle pour certains participants, notamment pour les participants résidant en région éloignée. D'autres obstacles à la participation étaient observés, notamment des contraintes physiques, des enjeux de temps et financiers qui pouvaient s'avérer un obstacle à l'engagement dans un suivi hebdomadaire. En 2019, la pandémie de coronavirus a forcé une réorientation de la modalité de prestation de services pour le programme d'intervention. Pour limiter les risques de propagation du virus COVID-19, une large population s'est vue offrir des soins de santé mentale en télépratique. Les soins de santé mentale s'offraient en télépratique avant la pandémie COVID-19. Toutefois, le contexte sociosanitaire a favorisé l'adoption de cette pratique pour plusieurs professionnels de la santé. Le Roseau s'est adapté en ce sens. À l'hiver 2020, le CISSS de Chaudière-Appalaches a commencé à offrir le Roseau en format télépratique à partir d'un logiciel de visioconférence. La section qui suit définit la télépratique en santé mentale et résume l'état des connaissances sur l'approche ACT en télépratique.

Télépratique

Le cadre réglementaire de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ, n.d.) définit la télépratique en santé mentale, ou télépsychologie, de la manière suivante :

La télépsychologie est définie comme la prestation de services psychologiques à l'aide des technologies des télécommunications. Par télécommunications, on entend la préparation, la transmission, la communication ou toute autre activité connexe de traitement de l'information par voie électrique, électromagnétique, électromécanique, électro-optique ou électronique (Comité sur les systèmes nationaux de sécurité, 2010)

Les soins de santé mentale en télépratique sont ainsi offerts via des programmes informatiques, des programmes Internet, des appareils de téléconférences et des applications mobiles (Aboujaoude et al., 2015). La prestation à distance de services de soins de santé mentale peut regrouper le diagnostic, l'évaluation, le suivi des symptômes et/ou le traitement.

La télépratique est efficace pour une diversité de problèmes de santé mentale (p. ex., dépression, troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues) selon de multiples modalités (Whaibeh et al., 2020), dont la visioconférence (Backhaus et al., 2012). Une revue systématique (N = 65 études, dont 47 études quantitatives; 1 561 participants) appuie que les clients et les cliniciens bénéficient d'une bonne alliance de travail, comparable à la thérapie en personne. Certains clients affirment même avoir perçu une amélioration de la relation thérapeutique lorsqu'ils basculaient en visioconférence (Backhaus et al., 2012). L'étude canadienne de Watts et ses collaborateurs (2020) abonde dans le même sens : l'alliance thérapeutique serait aussi

forte en visioconférence qu'en personne dans le traitement des troubles anxieux généralisés. La satisfaction des participants à l'égard de la thérapie en visioconférence serait comparable à celle retrouvée pour les thérapies en personne (Backhaus et al., 2012). Les bénéfices thérapeutiques sur le plan des symptômes anxieux et dépressifs se révèlent également comparables à la thérapie en personne (Backhaus et al., 2012). Une étude australienne de Stubbings et ses collaborateurs (2013; N = 26 participants) trouve des résultats similaires pour les TCC. Leur recherche met en évidence une diminution des symptômes anxieux ($d = 1,14$, taille d'effet grande), dépressifs ($d = 1,41$, taille d'effet grande), du stress ($d = 1,81$, taille d'effet grande) ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie ($d = 1,17$, taille d'effet grande) à la fois pour le groupe en présence que pour le groupe en visioconférence (Stubbings et al., 2013).

ACT en télépratique

Chercheurs et cliniciens se sont intéressés récemment aux interventions thérapeutiques basées sur l'ACT dans le cadre d'une télépratique. Ce regain d'intérêt pour les interventions menées par Internet avec la pandémie mondiale justifie l'étude plus approfondie des interventions ACT en télépratique. Très peu d'études se sont toutefois penchées sur l'efficacité de la télépsychothérapie selon l'approche ACT dans un format de groupe. Une revue systématique et méta-analyse a étudié l'efficacité des interventions ACT en télépratique pour le traitement des douleurs chroniques (Herbert et al., 2022, N = 20 essais aléatoires; 2 430 participants). Cette étude comparait les interventions ACT en télépratique à des conditions actives sans interventions ACT

(p. ex., interventions de relaxation, d'éducation et de soutien administrées par voie téléphonique par un thérapeute, groupe de discussion modéré sur Internet) et à des conditions inactives (p. ex., liste d'attente). La méta-analyse obtient des effets significatifs modérés en faveur des interventions ACT en télépratique pour les variables de fonctionnement ($g = -0,49$; $p = 0,002$) et les variables de processus ACT ($g = 0,48$; $p < 0,001$) après le traitement, et des effets significatifs de tailles allant de faibles à modérées lors de la mesure de suivi pour les variables de fonctionnement ($g = -0,52$; $p = 0,02$) et les variables de processus ACT ($g = 0,44$; $p < 0,001$). De plus, les auteurs ont observé à l'aide d'analyses post-hoc de sous-groupes que la modalité technologique, le niveau de contact thérapeutique (p. ex., principalement de l'autogestion, contact minimal, etc.), la population clinique et le type de comparateur n'ont pas modéré la taille d'effet des résultats des variables de processus ACT. Cette étude ne permet toutefois pas de comparer les effets des interventions ACT en télépratique avec la prestation en personne. Herbert et ses collègues (2017) ont toutefois étudié la question dans un essai randomisé de non-infériorité (c.-à.-d., démontrer que l'efficacité du traitement visé par l'étude n'est pas inférieure à celle du traitement traditionnel de référence). Les auteurs ont comparé la modalité par visioconférence à la prestation en personne d'un programme d'intervention basé sur l'ACT de 8 semaines chez des vétérans souffrant de douleur chronique ($N = 128$) à la fin du traitement et après un suivi de 6 mois. Ils appuient l'hypothèse de non-infériorité des interventions ACT en télépratique lorsque comparées à la prestation en personne. L'ACT offerte en télépratique pourrait ainsi être aussi efficace que la prestation en personne pour la douleur chronique. Herbert et ses

collaborateurs (2017) ont observé une amélioration de la qualité de vie et des symptômes dépressifs au post-traitement, mais aucune différence significative pour les symptômes anxieux. Les niveaux de satisfaction étaient également comparables dans les deux groupes. Les auteurs concluent que davantage d'études sont nécessaires pour adresser les symptômes anxieux (ainsi que les difficultés de sommeil).

Considérant l'augmentation de la détresse psychologique ces dernières années en contexte de pandémie mondiale, le manque de professionnels en soin de santé mentale ainsi que l'efficacité des interventions ACT dans le traitement des troubles anxio-dépressifs, il semble d'autant plus important de se pencher sur l'efficacité de ce type d'interventions (Nielsen & Levkovich, 2020). Les troubles anxieux sont un enjeu actuel et multifactoriel qui peuvent engendrer des conséquences considérables tant sur le plan individuel que sociétal. L'ACT s'avère une approche prometteuse pour le traitement des troubles anxieux et son format en groupe et d'autogestion la rend d'autant plus accessible. En dépit de l'augmentation des études au cours des dernières années, plusieurs défis demeurent. Premièrement, les études empiriques portant sur les effets d'un programme ACT pour le traitement des troubles anxieux bénéficient généralement de tailles d'effet faibles (à modérées; p. ex., Gloster et al., 2020). Deuxièmement, l'évaluation des interventions d'autogestion basées sur l'ACT pour traiter l'anxiété repose surtout sur deux des six concepts de la flexibilité psychologique, soit l'acceptation et la pleine conscience (French et al., 2017; Stockton et al., 2019). Les autres processus de la flexibilité psychologique, comme la défusion cognitive,

demeurent peu étudiés à ce jour, bien que certaines études appuient que la capacité à s'engager dans une défusion cognitive semble donner des résultats positifs sur le fonctionnement psychologique (Stockton et al., 2019). Troisièmement, considérant le caractère nouveau de la pratique clinique en visioconférence pour les traitements en santé mentale, peu de chercheurs ont comparé les effets des interventions ACT en télépratique avec le format thérapeutique traditionnel en face-à-face (Herbert et al., 2022), et ceux l'ayant fait ne se sont pas intéressés aux mesures de symptômes anxio-dépressifs ou de qualité de vie spécifiquement (p. ex., O'Hayer et al., 2021). Quatrièmement, à notre connaissance, aucune étude ne s'est encore penchée sur un programme d'intervention ACT de type hybride pour le traitement des troubles anxieux qui intègre un format de groupe s'offrant en présentiel et en visioconférence.

Objectifs de l'étude

Cette étude a deux objectifs. D'une part, elle vise à évaluer les effets pré et post-intervention du programme Le Roseau sur les symptômes anxieux et dépressifs, les mesures de flexibilité psychologique (acceptation et défusion cognitive), la qualité de vie et le niveau de satisfaction pour tous les participants au programme Le Roseau, sans égard pour la modalité d'intervention, et en calculer les tailles d'effet. Sur la base de la littérature scientifique, il est attendu, entre la mesure pré-test et la mesure post-test, (1) une diminution des symptômes anxieux; (2) une diminution des symptômes dépressifs; (3) une amélioration du processus d'acceptation; (4) une amélioration du

processus de défusion cognitive; (5) une amélioration de la qualité de vie; (6) un niveau élevé de satisfaction.

D'autre part, cette étude vise à pallier au manque dans la littérature en examinant les effets du programme Le Roseau administré en présentiel en comparaison au format en visioconférence sur le traitement des symptômes anxieux et dépressifs, les processus de flexibilité psychologique (acceptation et défusion cognitive), la qualité de vie et le niveau de satisfaction. Les hypothèses sont les suivantes : (7) il est attendu que les deux modalités d'intervention permettront une diminution des symptômes et une amélioration de l'état (qualité de vie, flexibilité psychologique) sans différence significative pour la modalité d'intervention, tel que trouvé dans l'étude d'Herbert et ses collaborateurs (2017) et (8) il est attendu que le niveau de satisfaction demeure élevé sans égard pour la modalité d'intervention.

Méthode

Les sections qui suivent précisent la méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude. Les informations relatives au devis, au déroulement du programme, aux interventions, aux participants, aux instruments de mesure ainsi qu'au plan d'analyse des données y sont présentées.

Devis

Cette étude adopte un devis pré-post (en deux temps de mesure) utilisant une méthodologie quantitative. Dans un premier temps, les participants sont invités à remplir les questionnaires avant la première rencontre de groupe, à la semaine 1 (voir Tableau 2), et après la participation au programme, à la semaine 12. À l'exception de la cohorte de participants à l'automne 2019, tous les participants ont rempli les questionnaires en ligne via la banque interactive de questions (BIQ), une plateforme sécurisée de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Ce projet a obtenu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches (#2019-561) ainsi que du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CEREH) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CER-18-248-10.04).

Déroulement

Dans un premier temps, l'éligibilité des participants au programme était évaluée par les professionnels du CISSS de Chaudière-Appalaches en rencontre individuelle. Si les participants répondaient aux critères d'inclusion (voire la section sur les participants), ils se voyaient présenter l'entente de confidentialité, la lettre d'information et les modalités du programme d'intervention et de la recherche. Leur implication au programme d'intervention ainsi que ce à quoi ils consentaient étaient expliqués à ce moment aux participants. Les participants ne répondant pas aux critères avaient la possibilité de poursuivre un suivi individuel offert par un professionnel du CISSS de Chaudière-Appalaches. Les participants avaient l'option de participer au programme d'intervention sans participer à la recherche. Le formulaire de consentement était remis avec la batterie de questionnaires avant la première rencontre de groupe aux participants ayant accepté de participer à la recherche (premier temps de mesure). Il leur a également été expliqué qu'il était toujours possible en cours de programme de retirer leur consentement à leur participation à la recherche. À la fin du programme, un courriel associé à un hyperlien de la BIQ de l'UQTR était transmis aux participants pour remplir de nouveau les questionnaires (deuxième temps de mesure).

Intervention

Le programme d'intervention Le Roseau a été développé en partenariat avec le CISSS de Chaudière-Appalaches de Lévis en 2018. Il s'agit d'un programme d'intervention pour le traitement des troubles anxieux chez les adultes d'une durée de

douze semaines. Le programme d'intervention a été développé selon une approche basée sur l'ACT. Le contenu du programme cible, entre autres, les six processus de la flexibilité psychologique (défusion cognitive, acceptation, contact avec l'instant présent, soi comme contexte, valeurs et actions engagées). Ce programme est donné sous un format hybride, c'est-à-dire que des rencontres de groupe sont prévues en alternance avec un contenu d'autogestion, soit des capsules Web à visionner au domicile. Le programme comprend six rencontres de groupe de deux heures et demie et 14 capsules Web à visionner entre les séances. Toutes les deux semaines, lorsqu'il n'y avait pas de rencontres de groupe, les participants étaient contactés par téléphone pour s'assurer du bon déroulement de leur participation au programme. Ils étaient contactés par téléphone à cinq reprises et les appels duraient généralement entre 15 et 20 minutes. Le Tableau 2 rend compte du contenu des rencontres ainsi que des capsules. Certains groupes ont participé aux rencontres en présentiel dans les locaux de leur CLSC local. Les autres groupes ont participé en visioconférence via la plateforme TEAMS. Les groupes étaient généralement composés de 6 à 12 participants et il y avait généralement deux animateurs par groupe. L'équipe d'animation était composée de deux cliniciens (psychologues, travailleurs sociaux) du CISSS de Chaudière-Appalaches. Davantage d'informations sur le programme Le Roseau sont disponibles sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches, notamment des témoignages sur l'expérience personnelle des participants (CISSS de Chaudière-Appalaches, n.d.).

Tableau 2*Contenu des rencontres et des capsules Web du programme Le Roseau*

Semaine	Rencontres de groupe	Capsules Web	Suivi téléphonique
0	–	Qu'est-ce que l'anxiété?	–
1	Le désespoir créatif et l'acceptation	Émotions	–
2	–	Le désespoir créatif et l'acceptation	Premier contact téléphonique
3	La défusion cognitive	Faire face, exposition	–
4	–	La défusion	Deuxième contact téléphonique
5	Le moment présent	La résolution de problèmes	–
6	–	Le moment présent	Troisième contact téléphonique
7	Le soi observateur	Les habitudes de vie	–
8	–	Le soi observateur	Quatrième contact téléphonique
9	Les valeurs	La bienveillance	–
10	–	Les valeurs	Cinquième contact téléphonique
11	Les actions engagées et utiles	Prévention, rechute	–
12	–	Les actions engagées et utiles	–
13	–	Maintien des acquis	–

Participants

Au total, 312 personnes ont participé au programme Le Roseau. De ce nombre, 78 participants ont été exclus, principalement en raison de non-complétion de la mesure de pré-test, d'absences à une ou plusieurs rencontres de groupe, de modalité de

participation mixte (débuté en présentiel, puis basculé en visioconférence) ou de participation par téléphone plutôt que par visioconférence. Parmi les 234 participants, 15 participants ont été exclus en raison de données manquantes à la mesure de pré-test. Les données de 219 participants ont été considérées dans le cadre de cette étude. Parmi ceux-ci, 151 ont participé au programme en présentiel au CLSC ou au CIUSSS de leur région et 68 ont participé par visioconférence avec Teams. Parmi les 219 participants, le taux d'attrition à la recherche (n'ayant pas répondu au post-test) pour le groupe en présentiel et en visioconférence est respectivement de 33,11 % et 57,35 %. Les participants ont été recrutés à partir de la liste d'attente du guichet d'accès en santé mentale du CISSS de Chaudière-Appalaches. Les participants étaient répartis selon leur région respective au sein de sept sites du CISSS de Chaudière-Appalaches : Lévis, Beauce-Etchemin, Montmagny, Saint-Romuald, Laurier Station, Ste-Marie et Thetford Mines. Le programme Le Roseau accueille des participants trois fois par année (hiver, été, automne). La période de recrutement a débuté à l'automne 2019 avec des groupes uniquement en présentiel. Les groupes en présentiel ont eu lieu à l'automne 2019, l'hiver 2020, l'été 2020, l'automne 2020, l'hiver 2021, l'été 2021, l'automne 2021 et l'hiver 2022. Les groupes en visioconférence ont débuté en période de pandémie de Covid-19, soit à l'hiver 2020, jusqu'à l'hiver 2022.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Certains critères d'inclusion devaient être observés. Les participants devaient notamment (1) être âgés de 18 ans et plus; (2) présenter des symptômes anxieux

d'intensité légère à modérée; (3) présenter une détresse significative ou une altération du fonctionnement associée aux symptômes anxieux; et (4) les symptômes anxieux devaient constituer la problématique principale s'il y avait présence de troubles concomitants. Les participants présentant une ou plusieurs problématiques compromettant leur fonctionnement dans le programme ou pour lesquels la thérapie de groupe était déconseillée (p. ex., déficience intellectuelle, idéations suicidaires actives, trouble de l'humeur sévère) se voyaient offrir un suivi individuel ou étaient recommandés à d'autres programmes ou ressources.

Instruments de mesure

Tous les participants ont été invités à remplir une batterie de cinq tests avant leur participation au programme Roseau (à la semaine 1) ainsi qu'à la fin du programme [à la semaine 12]). Un questionnaire sociodémographique a également été passé avant la participation au programme. La passation des questionnaires s'est effectuée en ligne via la BIQ de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les participants recevaient l'hyperlien associé aux questionnaires par courriel. Les questionnaires visaient à obtenir une mesure de la sévérité des symptômes anxieux et dépressifs, de la détresse psychologique, de la qualité de vie et du niveau de flexibilité psychologique estimée par le niveau d'acceptation et de défusion cognitive. Les sections qui suivent décrivent les instruments de mesure composant la batterie de tests.

Questionnaire sociodémographique

Ce questionnaire a été élaboré par l'équipe de recherche. Le questionnaire permet de dresser un portrait général des participants. Les informations recueillies sont l'âge, le sexe, l'ethnie, la langue maternelle, le niveau de scolarité, la condition de vie actuelle, l'état civil, le statut d'emploi, le métier et le revenu familial.

Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (HADS; Savard et al., 1998; Zigmond & Snaith, 1983)

Cet instrument de mesure est l'adaptation française du *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond & Snaith, 1983) par Savard et ses collaborateurs (1998). Ce questionnaire de 14 items évalue la sévérité des symptômes anxieux (7 items) et dépressifs (7 items). Les participants sont invités à choisir la réponse aux affirmations, telles que « Je me sens tendu(e) », qui se rapproche le plus à leur état durant la semaine. Une échelle de type Likert de 4 points est utilisée à cet effet. Un score total est généré pour chaque sous-échelle ainsi que pour l'ensemble du questionnaire. Le coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) de la version anglaise est en moyenne de 0,83 pour l'échelle d'anxiété et 0,82 pour l'échelle de dépression (Bjelland et al., 2002). Une corrélation considérée bonne à excellente, variant entre 0,87 et 0,95, est observée entre les résultats à la version anglaise et ceux à la version traduite (Savard et al., 1998). Dans la présente étude, le coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) est de 0,81, ce qui est considéré bon, puisqu'il dépasse le seuil minimal de 0,70 convenu par plusieurs chercheurs.

World Health Organization Quality of Life – version abrégée (WHOQOL-BREF, Organisation mondiale de la santé, 1996)

Le WHOQOL-BREF (Organisation mondiale de la santé, 1996) est un instrument de mesure de 26 items utilisé pour évaluer l'appréciation de la qualité de vie des participants sur quatre domaines de vie : la santé physique, la santé psychologique, les relations sociales et l'environnement. Il s'agit d'un instrument de mesure communément utilisé sur le plan mondial. Il a été traduit en 19 langues. Une échelle de type Likert de 5 points est utilisée. Les participants sont invités à répondre aux items tels que « Comment évaluez-vous votre qualité de vie? ». Un score par domaine est obtenu et peut être ajusté pour devenir comparable aux échelles du WHOQOL-100. Il n'y a pas de score total. Pour les quatre domaines du WHOQOL-BREF, le coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) varie entre 0,66 et 0,84 (The WHOQOL Group, 1998). Dans la présente étude, le coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) est de 0,88, ce qui est considéré bon.

Questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II, Bond et al., 2011; Monestès et al., 2009)

Il s'agit d'une adaptation française du *Acceptance and Action Questionnaire* (Bond et al., 2011) par Monestès et ses collaborateurs (2009). Cet instrument de 7 items évalue l'évitement expérientiel, c'est-à-dire la tendance à éviter le contact avec ses pensées, ses émotions, ses sensations physiques ou autres. Un niveau élevé d'évitement expérientiel peut être indicateur d'une certaine rigidité psychologique. Le questionnaire comprend sept items, tel que « Mes expériences et mes souvenirs douloureux me gênent

pour conduire ma vie comme il me tiendrait à cœur de le faire. » Une échelle de type Likert de 7 points allant de *jamais vrai* (1) à *toujours vrai* (7) est utilisée. Un score total est obtenu par addition et comparé à la moyenne généralement retrouvée dans la population. Les coefficients de cohérence interne (alpha de Cronbach) de l'adaptation française pour le groupe de sujets témoins, le groupe ayant participé au re-test et le groupe de patients sont respectivement de 0,82, 0,87 et 0,76 (Monestès et al., 2009). Ces coefficients sont comparables au coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) retrouvé au AAQ-II version anglaise, soit 0,83 en moyenne (Bond et al., 2011). Dans la présente étude, le coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) est de 0,83, ce qui est considéré bon.

Questionnaire de fusion cognitive (CFQ; Dionne et al., 2016; Gillanders et al., 2014)

Le *Cognitive Fusion Questionnaire* (Gillanders et al., 2014) et son adaptation française (Dionne et al., 2016) est un instrument de mesure composé de 7 items tels que « Mes pensées me font souffrir ou me rendent triste. » Cet instrument permet de mesurer la fusion cognitive, soit le fait de prendre ses pensées pour des faits ou la réalité. Un niveau élevé de fusion cognitive peut indiquer une certaine rigidité psychologique. Le questionnaire utilise une échelle de type Likert de 7 points allant de *jamais vrai* (1) à *toujours vrai* (7). Un score total est calculé et comparé à la moyenne retrouvée dans la population générale. Le coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) de la version anglaise est de 0,91 (Gillanders et al., 2014). La version française du CFQ démontre une cohérence interne (alpha de Cronbach) similaire, soit variant entre 0,93 et

0,94 selon l'échantillon testé (Dionne et al., 2016). Dans la présente étude, le coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) est de 0,92, ce qui est considéré excellent.

Questionnaire de satisfaction du client (QS-8, Larsen et al., 1979; Sabourin et al., 1989)

Ce questionnaire de 8 items a été élaboré par Larsen et ses collègues (1979) et adapté en français par Sabourin et ses collègues (1989). Il permet d'évaluer la satisfaction générale à l'égard de divers services de santé et de services à la personne. Une échelle de type Likert de 4 points est utilisée. Les participants répondent à des items tels que « Comment évaluez-vous la qualité du soin que vous avez reçu? ». Les résultats varient entre 8 et 32. Plus le score est élevé, plus on estime une bonne satisfaction du client par rapport au service. Le coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) de la version anglaise varie entre 0,83 et 0,93. Dans la présente étude, le coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) est de 0,86, ce qui est considéré bon.

Analyse des données

Les analyses ont été menées avec le logiciel IBM SPSS version 28. Les effets des interventions du programme Le Roseau ont été analysés à l'aide de modèles linéaires mixtes (Muhammad, 2023). Ces modèles d'analyse comparent les moyennes des scores des variables dépendantes (p. ex., symptômes anxieux) entre chaque temps de mesure (p. ex., temps 1 et 2) et entre les conditions (p. ex., groupe en présentiel et groupe en visioconférence). Les modèles comprennent le temps de mesure et les conditions comme effet fixe et les participants comme effet aléatoire. Les effets fixes modélisent la

moyenne de la variable dépendante alors que les effets aléatoires permettent de modéliser la structure de covariance de la variable dépendante. Une relation linéaire est supposée entre la variable dépendante et les facteurs fixes, les facteurs aléatoires et les facteurs covariables. L'analyse s'avère pertinente pour comparer les effets du programme Le Roseau selon la modalité d'intervention (en présentiel ou en visioconférence) ainsi que les effets du temps, ce qui permet de répondre simultanément et respectivement aux objectifs 1 et 2 de la présente étude. Dans le cadre de cette analyse, le seuil de signification retenue était de 0,05, tel qu'il l'est généralement utilisé dans le cadre de ces analyses.

Résultats

Les données ont été analysées dans une visée « intention-to-treat », et par conséquent, tous les participants ayant complété le pré-test ont été inclus dans les analyses, peu importe s'ils ont complété le post-test ou non. Les données ont été explorées pour la présence de données manquantes au pré et au post test séparément. Le type de patron de données manquantes (manquantes de façon aléatoire, complètement aléatoire ou non aléatoire) a été analysé. Le test MCAR de Little a indiqué que les données manquantes sont totalement aléatoires, $\chi^2(4663) = 4544,614, p = 0,891$. Le test MCAR de Little permet d'affirmer qu'il n'existe pas de différences systématiques entre les participants dont les données sont manquantes et ceux dont les données sont complètes (Mack, Su, & Westreich, 2018). Il y a un total de 0,521 % de données manquantes dans l'échantillon ($\leq 5\%$), donc l'imputation de données est utilisée selon la technique Expectation-Maximisation (EM).

Données sociodémographiques

Sur l'ensemble des participants 219 participants (âge $M = 39,5$, $ÉT = 14,87$), 77,6 % sont des femmes et 21,8 % sont des hommes. La majorité des participants est d'ethnicité blanche (82,1 %) et a pour langue maternelle le français (87,8 %). Sur le plan académique, plus de la moitié des participants est détenteurs d'un diplôme d'études supérieures postsecondaire (57,4 %), environ un quart des participants sont détenteurs d'un diplôme d'études secondaires (29,8 %) et quelques participants sont détenteurs

d'un diplôme d'études primaires (1,9 %). Moins de la moitié des participants sont célibataires (42 %), d'autres ont rapporté vivre en union libre ou être mariés (36,5 %), être séparés ou divorcés (6,4 %) ou être veufs (2,9 %). Parmi les participants, 23,1 % ont rapporté vivre seuls, 26,9 % vivent avec un conjoint, 3,8 % vivent avec des enfants et 20,2 % vivent avec leur conjoint et des enfants. Les autres participants vivent avec des parents (6,4 %), des frères ou des sœurs (1,6 %) ou un colocataire (1,6 %). Les données relatives à l'employabilité ont également été recueillies. Il a été rapporté qu'environ 39,7 % des participants travaillent à temps plein, 5,4 % à temps partiel, 7,7 % sont étudiants, 8,0 % sont retraités et 13,8 % sont considérés comme invalides à l'emploi (temporaire ou permanent). Les autres participants ont indiqué être sans emploi (2,2 %), mis à pied (0,6 %) ou bénévole (0,3 %). La moitié des participants (50,2 %) a indiqué un revenu familial d'au plus 49 999 \$.

Résultats des modèles linéaires mixtes

Les analyses considèrent les résultats des 219 participants, soit 151 participants en présentiel et 68 participants en visioconférence, et permettent de répondre simultanément aux objectifs 1 et 2 de l'étude. Les prochaines sections rapportent les effets des interventions sur les symptômes anxieux et dépressifs, la qualité de vie des participants et leurs mesures de flexibilité psychologique. Dans un premier temps, la section fait état des résultats au devis pré et post-test, considérant tous les participants sans égard pour la modalité d'intervention. Dans un second temps, les effets du programme Le Roseau sont comparés selon le groupe auquel appartient le participant

(présentiel ou visioconférence). Les variables dépendantes sont normalement distribuées.

Symptômes anxieux

La sous-échelle HADS-A mesure la présence de symptômes anxieux. Le Tableau 3 présente les résultats des modèles linéaires mixtes. Les scores moyens au pré-test et au post-test sont respectivement de 12,70 ($\acute{E}T = 3,40$), 8,80 ($\acute{E}T = 3,57$). Les résultats montrent une diminution significative ($t_{[169]} = -11,30$, $p < 0,001$, $d = -1,73$; grande taille d'effet selon Cohen, 1988) des symptômes anxieux au post-test pour l'ensemble des participants (voir Figure 2). Tel qu'attendu, la différence de scores entre la condition présentiel ($M = 8,56$, $\acute{E}T = 3,56$) en comparaison à la condition visioconférence ($M = 9,62$, $\acute{E}T = 3,56$) n'est pas significative ($t_{[192]} = 1,42$, $p = 0,156$). Pour les deux groupes, selon les seuils du HADS, les groupes de participants sont passés d'une symptomatologie « certaine » (11 points et plus) à une symptomatologie « douteuse » (entre 8 et 10 points).

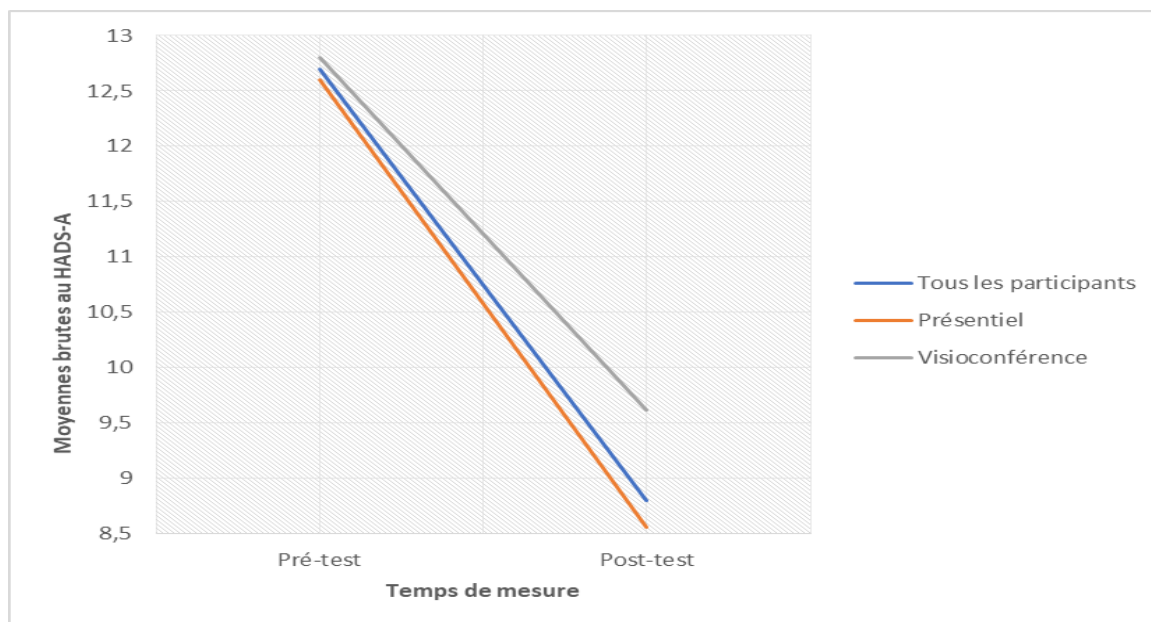
Tableau 3*Résultats des modèles linéaires mixtes pour les scores d'anxiété (HADS-A)*

	Estimation (variance)	Erreur standard (Écart-type)	<i>t</i>	<i>p</i>
Effets fixes				
Intercept	12,67	0,28	45,49	< 0,001
HADS-A Post-test	-4,05	0,36	-11,30	< 0,001
HADS-A Visioconférence	0,05	0,50	0,11	0,92
HADS-A Visioconférence versus présentiel	1,05	0,73	1,42	0,16
Effets aléatoires				
Intercept	(5,03)	(2,24)		
Résiduel	(6,83)	(2,61)		

Note. $N_{\text{présentiel}} = 151$ observations; $N_{\text{visioconférence}} = 68$ observations.

Figure 2

Moyennes brutes au pré-test et post-test à la sous-échelle anxiété du HADS selon la modalité d'intervention au programme Le Roseau



Symptômes dépressifs

La sous-échelle HADS-D mesure la présence de symptômes dépressifs. Le Tableau 4 présente les résultats des modèles linéaires mixtes. Les scores moyens au pré-test et au post-test sont respectivement de 7,55 ($ÉT = 3,84$) et 4,63 ($ÉT = 3,45$). Ils montrent une diminution significative ($t_{[139]} = -8,13$, $p < 0,001$, $d = -1,38$; grande taille d'effet selon Cohen, 1988) des symptômes dépressifs au post-test pour l'ensemble des participants (voir Figure 3). Tel qu'attendu, la différence de scores entre la condition présentiel ($M = 4,73$, $ÉT = 3,48$) en comparaison à la condition visioconférence ($M = 4,28$, $ÉT = 3,39$) n'est pas significative ($t_{[156]} = -0,54$, $p = 0,588$). Pour les deux groupes, selon les seuils du HADS, les groupes de participants sont passés d'une symptomatologie « douteuse » (entre 8 et 10 points) ou absence de symptomatologie (7 points ou moins) à une absence de symptomatologie (7 points et moins).

Tableau 4

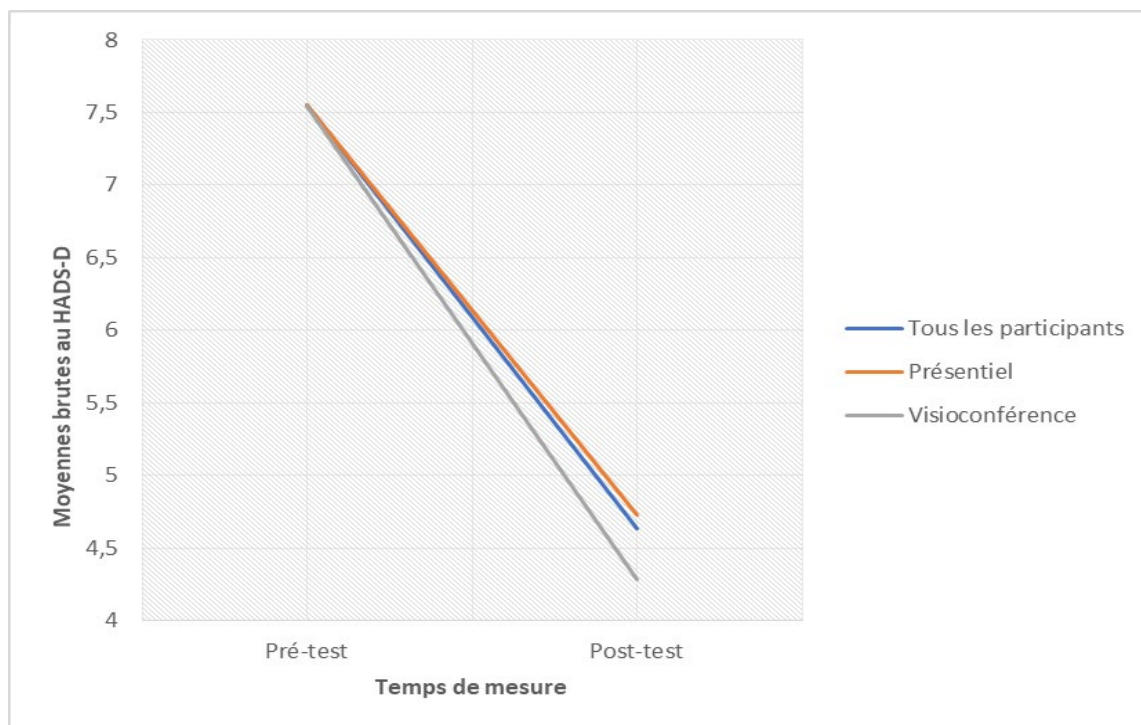
Résultats des modèles linéaires mixtes pour les scores de dépression (HADS-D)

	Estimation (variance)	Erreur standard (Écart-type)	<i>t</i>	<i>p</i>
Effets fixes				
Intercept	7,63	0,30	25,40	< 0,001
HADS-D Post-test	-2,78	0,34	-8,14	< 0,001
HADS-D Visioconférence	-0,06	0,54	-0,12	0,91
HADS-D Visioconférence versus présentiel	-0,38	0,71	-0,54	0,59
Effets aléatoires				
Intercept	(7,98)	(2,82)		
Résiduel	(5,93)	(2,43)		

Note. $N_{\text{présentiel}} = 151$ observations; $N_{\text{visioconférence}} = 67$ observations.

Figure 3

Moyennes brutes au pré-test et post-test à la sous-échelle dépression du HADS selon la modalité d'intervention au programme Le Roseau



Dimensions de la flexibilité psychologique

Dans le cadre de cette étude, deux processus psychologiques de la flexibilité psychologique ont été évalués, soit l'acceptation, telle que mesurée par le AAQ-II, et la défusion cognitive, telle que mesurée par le CFQ.

Acceptation

Le niveau d'acceptation (versus l'évitement expérientiel), une dimension de la flexibilité psychologique, était mesuré à partir de l'AAQ-II. Le Tableau 5 présente les résultats des modèles linéaires mixtes. Les scores moyens au pré-test et au post-test sont respectivement de 33,23 ($\acute{E}T = 6,92$) et 26,65 ($\acute{E}T = 7,56$). Ils montrent une diminution significative ($t_{[143]} = -9,60, p < 0,001, d = -1,60$; grande taille d'effet selon Cohen, 1988) de l'évitement expérientiel au post-test pour l'ensemble des groupes (voir Figure 4). Tel qu'attendu, la différence de scores entre la condition présentiel ($M = 26,09, \acute{E}T = 7,99$) en comparaison à la condition visioconférence ($M = 28,24, \acute{E}T = 8,00$) n'est pas significative ($t_{[165]} = 0,62, p = 0,540$).

Tableau 5

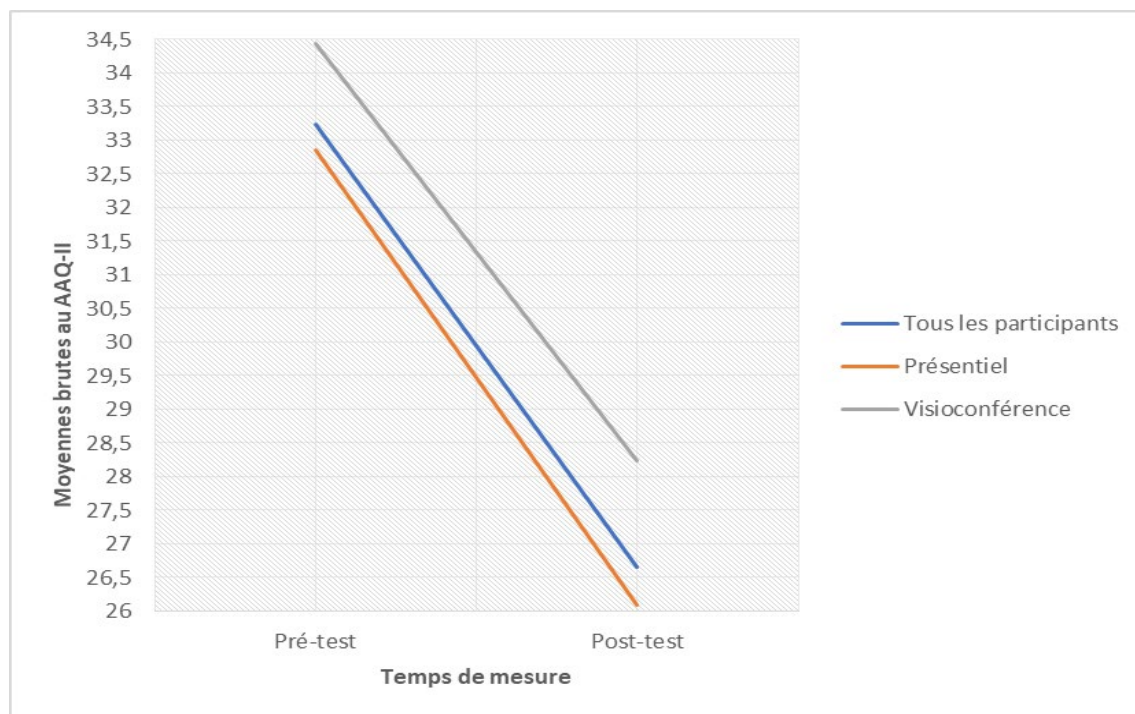
Résultats des modèles linéaires mixtes pour les des scores d'acceptation (AAQ-II)

	Estimation (variance)	Erreur standard (Écart-type)	<i>t</i>	<i>p</i>
Effets fixes				
Intercept	33,28	0,61	54,67	< 0,001
AAQ-II Post-test	-6,66	0,69	-9,60	< 0,001
AAQ-II Visioconférence	-0,34	1,10	-0,31	0,76
AAQ-II Visioconférence versus présentiel	0,89	1,45	0,62	0,54
Effets aléatoires				
Intercept	(30,95)	(5,56)		
Résiduel	(24,70)	(4,97)		

Note. N = N_{présentiel} = 147 observations; N_{visioconférence} = 66 observations.

Figure 4

Moyennes brutes au pré-test et post-test au AAQ-II selon la modalité d'intervention au programme Le Roseau



Défusion cognitive

Le niveau de défusion cognitive (versus fusion cognitive), une autre dimension de la flexibilité psychologique, était mesuré à partir du CFQ. Le Tableau 6 présente les résultats des modèles linéaires mixtes. Les scores moyens au pré-test et au post-test sont respectivement de 36,13 ($\acute{E}T = 7,54$) et 28,10 ($\acute{E}T = 7,57$). Les résultats montrent une diminution significative ($t_{[161]} = -10,33$, $p < 0,001$, $d = -1,63$; grande taille d'effet selon Cohen, 1988) de la fusion cognitive au post-test pour l'ensemble des participants (voir Figure 5). Tel qu'attendu, la différence de scores entre la condition présentiel ($M = 27,54$, $\acute{E}T = 7,78$) en comparaison à la condition visioconférence ($M = 28,76$, $\acute{E}T = 7,40$) n'est pas significative ($t_{[189]} = -0,03$, $p = 0,979$).

Tableau 6

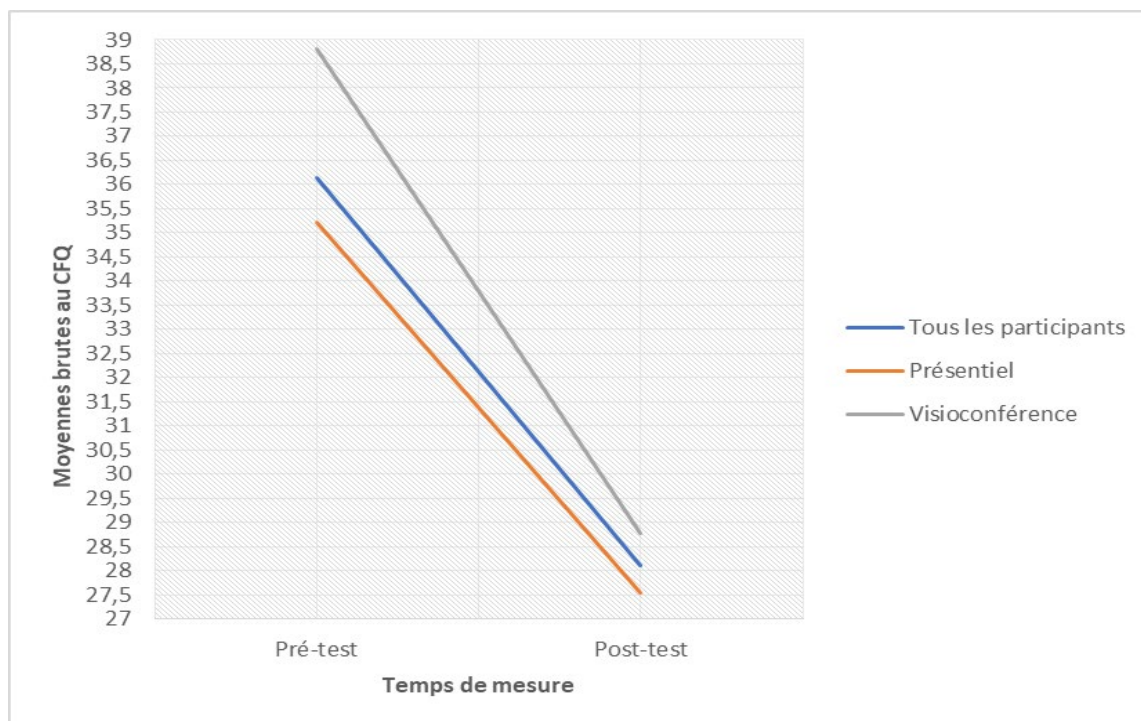
Résultats des modèles linéaires mixtes pour les scores de défusion cognitive (CFQ)

	Estimation (variance)	Erreur standard (Écart-type)	<i>t</i>	<i>p</i>
Effets fixes				
Intercept	35,76	0,61	58,18	< 0,001
CFQ Post-test	-8,06	0,78	-10,33	< 0,001
CFQ Visioconférence	1,17	1,11	1,05	0,295
CFQ Visioconférence versus présentiel	-0,04	1,61	-0,03	0,98
Effets aléatoires				
Intercept	(23,68)	(4,87)		
Résiduel	(32,05)	(5,66)		

Note. $N_{\text{présentiel}} = 147$ observations; $N_{\text{visioconférence}} = 64$ observations.

Figure 5

Moyennes brutes au pré-test et post-test au CFQ selon la modalité d'intervention au programme Le Roseau



Le niveau de satisfaction à l'égard du programme d'intervention a également été comparé entre les groupes en présentiel et en visioconférence. Le niveau de satisfaction était mesuré par le QSC-8. Les scores au QSC-8 varient entre 8 et 32. Les participants en présentiel ont rapporté un niveau de satisfaction plus élevé en moyenne ($M = 29,01$, $ÉT = 3,17$) que ceux en visioconférence ($M = 28,42$, $ÉT = 2,86$). Tel qu'attendu, le test de Student pour deux groupes indépendants montre toutefois que cette différence n'est pas significative ($t_{[116]} = 0,85$, $p = 0,519$). Par conséquent, les niveaux de satisfaction apparaissent également élevés pour les deux groupes. Les scores de satisfaction sont comparables à ceux retrouvés par les auteurs du QSC-8 (Attkisson & Greenfield, 1994) pour le traitement des dépendances ($M = 27,21$, $ÉT = 4,01$) et à ce qui s'observe actuellement pour les programmes de traitement basés sur l'ACT (p. ex., $M = 28,18$, Wahyun et al., 2019).

Qualité de vie

La qualité de vie, telle que mesurée par le WHOQOL-BREF, est divisée en quatre dimensions : la santé physique, la santé psychologique, les relations sociales et l'environnement. Chacune de ces dimensions a été considérée dans les analyses. Il n'y a pas de seuil clinique associé aux scores au WHOQOL-BREF. Un score élevé indique un haut niveau de satisfaction à l'égard de la qualité de vie.

Santé physique

Le niveau de satisfaction associé à la santé physique, une dimension de la qualité de vie, était mesuré à partir du WHOQOL-BREF. Le Tableau 7 présente les résultats des modèles linéaires mixtes. Les scores moyens au pré-test et au post-test sont respectivement de 12,60 ($\acute{E}T = 2,63$) et 13,70 ($\acute{E}T = 2,71$). Ils montrent une augmentation significative ($t_{[132]} = 6,68$, $p < 0,001$, $d = 1,16$; grande taille d'effet selon Cohen, 1988) de la qualité de la santé physique au post-test pour l'ensemble des groupes (voir Figure 6). Tel qu'attendu, la différence de scores entre la condition présentiel ($M = 13,70$, $\acute{E}T = 2,96$) en comparaison à la condition visioconférence ($M = 13,86$, $\acute{E}T = 2,26$) n'est pas significative ($t_{[145]} = -0,35$, $p = 0,726$).

Tableau 7

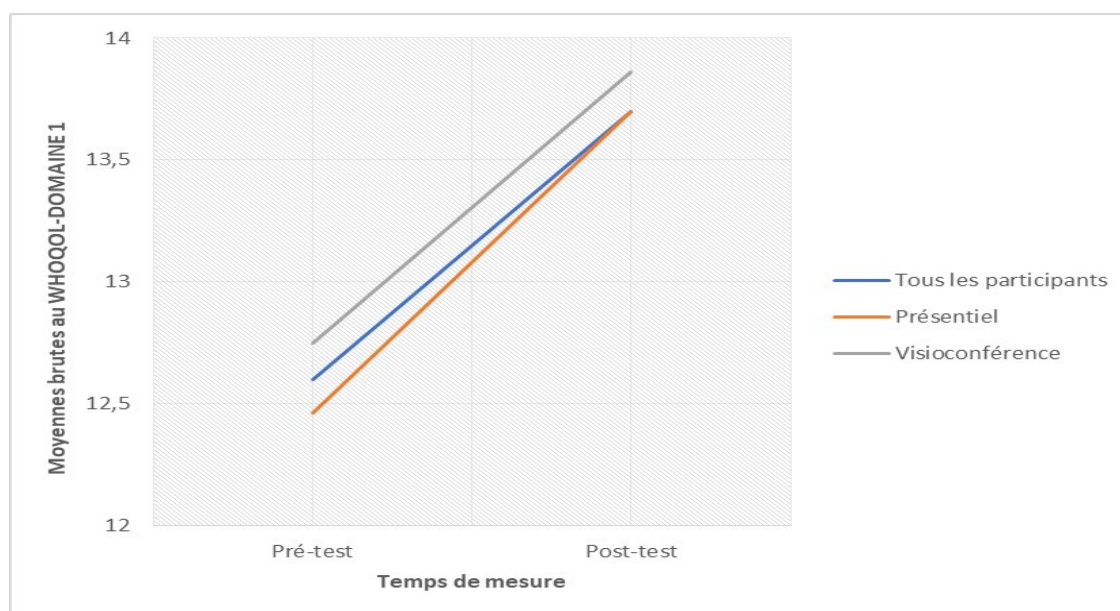
Résultats des modèles linéaires mixtes pour les scores de qualité de la santé physique (WHOQOL-DOM1)

	Estimation (variance)	Erreur standard (Écart-type)	<i>t</i>	<i>p</i>
Effets fixes				
Intercept	12,42	0,21	58,21	< 0,001
WHOQOL-DOM1 Post-test	1,31	0,20	6,68	< 0,001
WHOQOL-DOM1	0,32	0,38	0,84	0,40
Visioconférence				
WHOQOL-DOM1	-0,15	0,42	-0,35	0,73
Visioconférence versus présentiel				
Effets aléatoires				
Intercept	(5,21)	(2,28)		
Résiduel	(1,88)	(1,37)		

Note. $N_{\text{présentiel}} = 151$ observations; $N_{\text{visioconférence}} = 67$ observations.

Figure 6

Moyennes brutes au pré-test et post-test à la sous-échelle santé physique du WHOQOL selon la modalité d'intervention au programme Le Roseau



Santé psychologique

Le niveau de satisfaction associée à la santé psychologique, une dimension de la qualité de vie, était mesuré à partir du WHOQOL-BREF. Le Tableau 8 présente les résultats des modèles linéaires mixtes. Les scores moyens au pré-test et au post-test sont respectivement de 11,80 ($\acute{E}T = 2,11$) et 13,20 ($\acute{E}T = 2,81$). Les résultats montrent une augmentation significative ($t_{[145]} = 7,10$, $p < 0,001$, $d = 1,18$; grande taille d'effet selon Cohen, 1988) de la satisfaction à l'égard de la santé psychologique au post-test pour l'ensemble des participants (voir Figure 7). Tel qu'attendu, la différence de scores entre la condition présentiel ($M = 13,47$, $\acute{E}T = 2,98$) en comparaison à la condition visioconférence ($M = 12,75$, $\acute{E}T = 2,33$) n'est pas significative ($t_{[164]} = -0,92$, $p = 0,358$).

Tableau 8

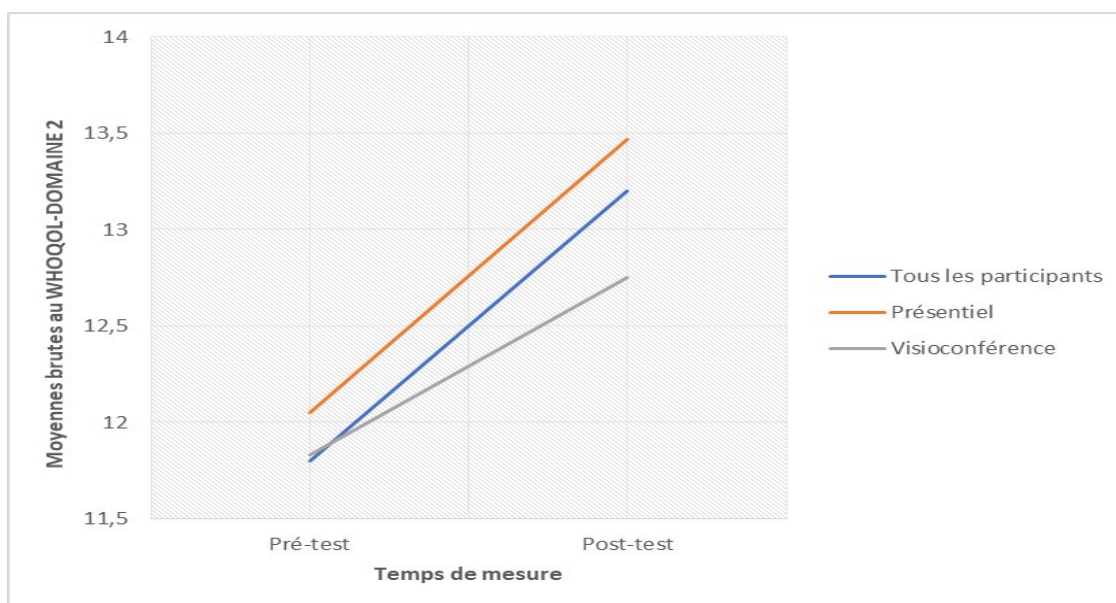
Résultats des modèles linéaires mixtes pour les scores de qualité de la santé psychologique (WHOQOL-DOM2)

	Estimation (variance)	Erreur standard (Écart-type)	<i>t</i>	<i>p</i>
Effets fixes				
Intercept	11,83	0,19	61,69	< 0,001
WHOQOL-DOM2 Post-test	1,45	0,20	7,10	< 0,001
WHOQOL-DOM2	-0,16	0,35	-0,46	0,65
Visioconférence				
WHOQOL-DOM2	-0,40	0,43	-0,92	0,36
Visioconférence versus présentiel				
Effets aléatoires				
Intercept	(3,57)	(1,89)		
Résiduel	(2,09)	(1,45)		

Note. N = N_{présentiel} = 151 observations; N_{visioconférence} = 67 observations.

Figure 7

Moyennes brutes au pré-test et post-test à la sous-échelle santé psychologique du WHOQOL selon la modalité d'intervention au programme Le Roseau



Relations sociales

Le niveau de satisfaction associée aux relations sociales, une dimension de la qualité de vie, était mesuré à partir du WHOQOL-BREF. Le Tableau 9 présente les résultats des modèles linéaires mixtes. Les scores moyens au pré-test et au post-test sont respectivement de 12,20 ($\acute{E}T = 3,37$) et 13,50 ($\acute{E}T = 3,16$). Les résultats montrent une augmentation significative ($t_{[135]} = 6,02$, $p < 0,001$, $d = 1,04$; grande taille d'effet selon Cohen, 1988) de la satisfaction à l'égard des relations sociales au post-test pour l'ensemble des participants (voir Figure 8). Tel qu'attendu, la différence de scores entre la condition présentiel ($M = 13,53$, $\acute{E}T = 3,20$) en comparaison à la condition visioconférence ($M = 13,56$, $\acute{E}T = 3,07$) n'est pas significative ($t_{[150]} = -0,88$, $p = 0,380$).

Tableau 9

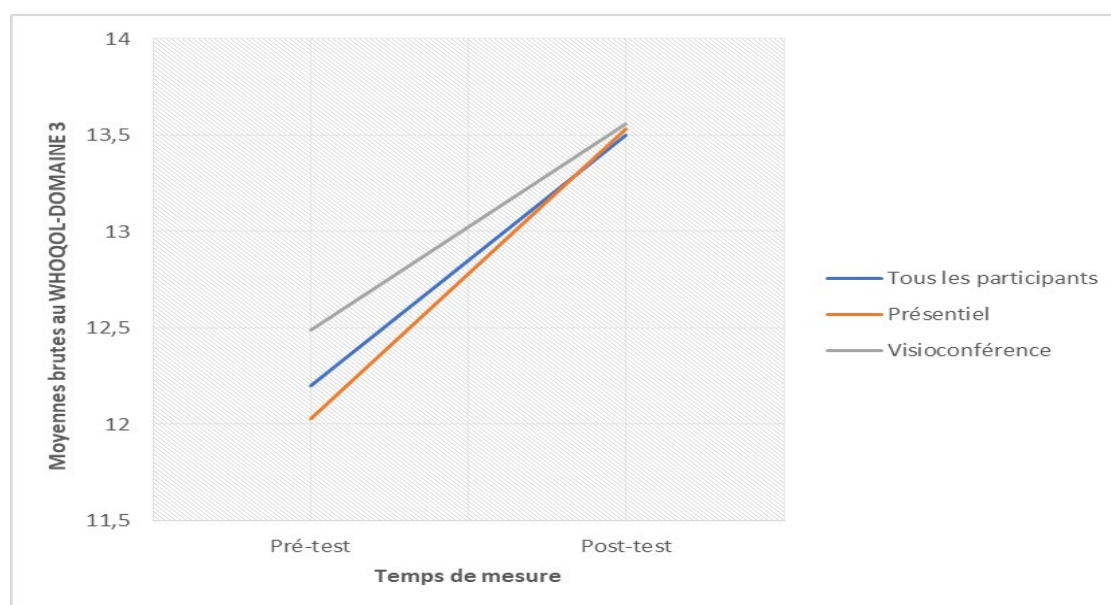
Résultats des modèles linéaires mixtes pour les scores de qualité des relations sociales (WHOQOL-DOM3)

	Estimation (variance)	Erreur standard (Écart-type)	<i>t</i>	<i>p</i>
Effets fixes				
Intercept	12,03	0,26		< 0,001
WHOQOL-DOM3 Post-test	1,55	0,26		< 0,001
WHOQOL-DOM3 Visioconférence	0,48	0,48	1,01	0,31
WHOQOL-DOM3 Visioconférence versus présentiel	-0,48	0,54	-0,88	0,38
Effets aléatoires				
Intercept	(7,56)	(2,75)		
Résiduel	(3,26)	(1,80)		

Note. $N_{\text{présentiel}} = 151$ observations; $N_{\text{visioconférence}} = 66$ observations.

Figure 8

Moyennes brutes au pré-test et post-test à la sous-échelle relations sociales du WHOQOL selon la modalité d'intervention au programme Le Roseau



Environnement

Le niveau de satisfaction associé à leur environnement, une dimension de la qualité de vie, était mesuré à partir du WHOQOL-BREF. Le Tableau 10 présente les résultats des modèles linéaires mixtes. Les scores moyens au pré-test et au post-test sont respectivement de 14,05 ($\acute{E}T = 0,18$) et 15,10 ($\acute{E}T = 0,16$). Les résultats montrent une augmentation significative ($t_{[128]} = 6,55$, $p < 0,001$, $d = 1,16$; grande taille d'effet selon Cohen, 1988) de la satisfaction à l'égard de l'environnement au post-test pour l'ensemble des participants (voir Figure 9). Contrairement à ce qui était attendu, la différence de scores entre la condition présentiel ($M = 15,20$, $\acute{E}T = 2,10$) en comparaison à la condition visioconférence ($M = 14,76$, $\acute{E}T = 2,12$) est significative ($t_{[140]} = -2,46$, $p < 0,05$) et favorise le groupe en présentiel.

Tableau 10

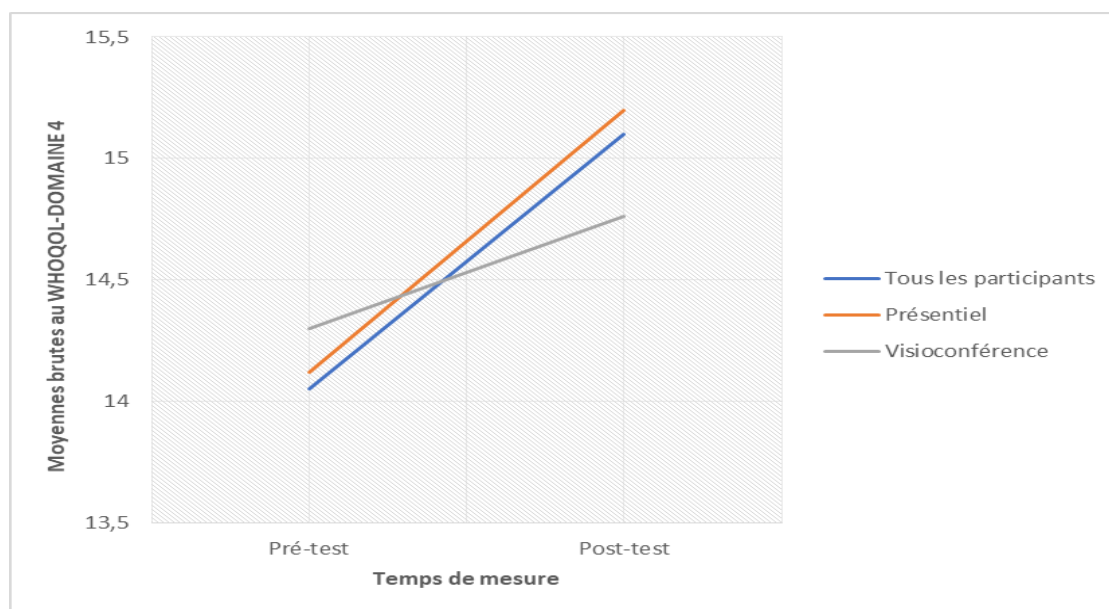
Résultats des modèles linéaires mixtes pour les scores de qualité de l'environnement (WHOQOL-DOM4)

	Estimation (variance)	Erreur standard (Écart-type)	<i>t</i>	<i>p</i>
Effets fixes				
Intercept	14,05	0,18	78,97	< 0,001
WHOQOL-DOM4 Post-test	1,05	0,16	6,55	< 0,001
WHOQOL-DOM4	0,23	0,32	-2,46	0,48
Visioconférence				
WHOQOL-DOM4	-0,83	0,34	-2,46	0,02*
Visioconférence versus présentiel				
Effets aléatoires				
Intercept	(3,70)	(1,92)		
Résiduel	(1,24)	(1,11)		

Note. $N_{\text{présentiel}} = 151$ observations; $N_{\text{visioconférence}} = 67$ observations.

Figure 9

Moyennes brutes au pré-test et post-test à la sous-échelle environnement du WHOQOL selon la modalité d'intervention au programme Le Roseau



En somme, les effets de l'intervention se sont avérés significatifs pour l'ensemble des variables. Il est observé, sans regard pour la modalité d'intervention (présentiel ou TEAMS), une diminution des symptômes anxieux et dépressifs, une diminution des mesures de flexibilité psychologique, soit l'acceptation et la défusion cognitive, et une augmentation de la satisfaction à l'égard de la qualité de vie, et plus spécifiquement, à ce qui a trait à la santé physique, la santé psychologique, les relations sociales et l'environnement des participants. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes en visioconférence et en présentiel en ce qui a trait aux symptômes anxieux et dépressifs ainsi qu'aux mesures de flexibilité psychologique. De même, il n'y a pas de différence significative entre les groupes en présentiel et en visioconférence en regard de la satisfaction par rapport à la qualité de vie, à l'exception de la dimension de l'environnement des participants, dont la hausse de la satisfaction est davantage notable pour les groupes en présentiel. Dans la prochaine section, ces résultats seront discutés et mis en perspective en regard à la littérature scientifique actuelle.

Discussion

Cette étude a permis, dans un premier temps, d'examiner les effets du programme Le Roseau sur les symptômes anxieux et dépressifs, la qualité de vie, deux dimensions de la flexibilité psychologique (acceptation et défusion) et le niveau de satisfaction pour l'ensemble des participants. Une diminution des symptômes anxieux et dépressifs ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie et des mesures de flexibilité psychologique (acceptation et défusion cognitive) étaient attendues entre la mesure pré-test et la mesure post-test. Dans un second temps, les effets du programme en fonction de la modalité d'intervention (présentiel ou en visioconférence) sur les symptômes anxieux et dépressifs, la qualité de vie, les processus de flexibilité psychologique et le niveau de satisfaction ont été comparés. L'hypothèse appuyait l'absence de différence significative entre le groupe en présentiel et le groupe en visioconférence. Les résultats relatifs aux analyses réalisées seront discutés aux sections suivantes.

Une diminution significative des symptômes anxieux et dépressifs avec une taille d'effet élevée a été observée pour l'ensemble des participants après la complétion du programme Le Roseau, sans égard pour la modalité d'intervention. Les résultats sont cohérents avec la revue de la littérature de Coto-Lesmes et ses collaborateurs (2020; 15 études, 709 participants) et la récente méta-analyse de Ferreira et ses collaborateurs (2022; 48 ECR, 3 292 participants) sur l'efficacité des interventions ACT de groupe pour le traitement des symptômes anxieux et dépressifs. La méta-analyse de Ferreira et

ses collaborateurs (2022) rapporte une certaine variabilité des tailles d'effet allant généralement de modérée à importante pour les symptômes anxieux et de faible à importante pour les symptômes dépressifs. Bien que les devis de recherches diffèrent dans ces études, ces résultats vont dans le sens de la présente étude. Les interventions basées sur l'ACT permettent une diminution des symptômes anxieux notamment par la diminution des comportements d'évitement, un processus psychologique pouvant être impliqué dans le maintien des troubles anxieux (Forman et al., 2007). De plus, ces observations sont similaires aux résultats de Kelson et ses collaborateurs (2019) et French et ses collaborateurs (2017) sur les interventions d'autogestion ACT. Dans leurs méta-analyses, Kelson et ses collaborateurs rapportent une diminution significative allant de faible à importante des symptômes anxieux, alors que French et ses collaborateurs ont plutôt trouvé des tailles d'effet faibles. Ces derniers rapportent toutefois une variabilité importante des tailles d'effet. La différence des tailles d'effet entre les travaux de French et ses collaborateurs et la présente étude pourrait partiellement s'expliquer par la modalité de traitement. Les auteurs se sont intéressés aux thérapies d'autogestion ainsi qu'aux thérapies principalement d'autogestion. Le Roseau est plutôt un programme hybride, ce qui signifie que l'implication du thérapeute est plus importante qu'une thérapie principalement d'autogestion. Selon les auteurs, l'implication d'un clinicien (versus uniquement des interventions d'autogestion) améliorerait les effets de l'intervention sur les symptômes anxieux et dépressifs.

Deux processus de flexibilité psychologiques ont été étudiés dans le cadre de cette étude, soit l'acceptation (AAQ-II) et la défusion cognitive (CFQ). L'AAQ-II est l'outil d'évaluation le plus utilisé en recherche pour mesurer la flexibilité psychologique (Coto-Lesmes et al., 2020). Pour l'ensemble des participants, une amélioration des capacités d'acceptation et de défusion cognitive a été mesurée après la complétion du programme Le Roseau, sans égard pour la modalité d'intervention, avec une taille d'effet importante ($d = -1,60$ et $d = -1,63$ respectivement). Les résultats sont cohérents avec la revue des méta-analyses de Gloster et ses collaborateurs (2020; N = 20 méta-analyses, 133 essais aléatoires; 12 477 participants) et la méta-analyse de Coto-Lesmes et ses collaborateurs (2020). Gloster et ses collaborateurs (2020) appuient les effets de l'ACT sur la flexibilité psychologique et rapportent que deux méta-analyses ont observé des effets supérieurs de l'ACT sur la flexibilité psychologique comparée aux conditions actives (p. ex., traitement habituel) et inactives (p. ex., liste d'attente) avec en moyenne une taille d'effet allant de faible à importante ($g = 0,32-0,83$). Il était attendu que les interventions basées sur l'ACT permettent une amélioration des processus d'acceptation et de défusion cognitive, considérant que l'objectif principal de l'ACT est d'améliorer la flexibilité psychologique (Hayes et al., 2006, 2012). L'ACT permet de diminuer l'évitement expérientiel en encourageant une attitude d'accueil et d'acceptation de ses pensées et émotions, plutôt que la lutte et l'évitement de ces expériences. Des résultats similaires sont rapportés par French et ses collaborateurs (2017) pour les interventions d'autogestion basées sur l'ACT. Les auteurs ont observé des effets des interventions d'autogestion basées sur l'ACT sur la flexibilité psychologique avec une taille d'effet

faible ($g = 0,42$). Les auteurs exposent toutefois l'hypothèse qu'une meilleure efficacité thérapeutique pourrait être obtenue en ajoutant un suivi par un thérapeute, comme c'était le cas dans le cadre de l'étude actuelle. Dans le même ordre d'idées, comme d'autres études l'observent (p. ex., French et al., 2017), les tailles d'effet qui concernent les processus psychologiques sont généralement plus élevées que les tailles d'effets qui concernent les symptômes (à l'exception de l'anxiété). Considérant que l'ACT ne vise pas directement la réduction des symptômes, mais plutôt l'acceptation de ceux-ci (Hayes et al., 1999), il est attendu d'observer des effets plus importants sur les processus psychologiques comparativement aux symptômes.

Il appert intéressant de se questionner sur les effets d'une amélioration des processus de la flexibilité psychologique sur les symptômes associés à la santé mentale (anxiété, dépression). En effet, Coto-Lesmes et ses collaborateurs (2020) rapportent qu'au moins deux études ont observé qu'un changement sur le plan de la flexibilité psychologique influence la manifestation de symptômes anxieux et dépressifs. Par exemple, une amélioration de la capacité de défusion cognitive favoriserait de meilleurs résultats sur les symptômes dépressifs. French et ses collaborateurs (2017) rapportent également l'effet médiateur des processus de la flexibilité psychologique sur les symptômes anxieux et dépressifs. Les auteurs supposent qu'un changement sur le plan des processus de flexibilité psychologique, par des interventions d'autogestion basées sur l'ACT, pourrait agir sur les symptômes anxieux et dépressifs. Une étude subséquente serait pertinente pour mieux comprendre l'apport des processus de flexibilité psychologique en tant que

médiateurs des symptômes anxieux et dépressifs dans le cadre de traitement psychologique d'autogestion.

La qualité de vie a été mesurée en considérant ses quatre dimensions : santé physique, santé psychologique, relations sociales et environnement. La qualité de vie est l'une des variables les plus fréquemment étudiées avec les symptômes anxio-dépressifs et la flexibilité psychologique (Coto-Lesmes et al., 2020). Pour l'ensemble des participants, une amélioration des quatre sous-dimensions de la qualité de vie (santé physique, santé psychologique, relations sociales et environnement) a été observée au post-test, sans égard pour la modalité d'intervention, avec des tailles d'effet importantes ($d = 1,16$, $d = 1,18$, $d = 1,04$ et $d = 1,16$ respectivement). Les résultats sont cohérents avec la revue des méta-analyses de Gloster et ses collaborateurs (2020; $N = 20$ méta-analyses, 133 essais aléatoires; 12 477 participants) et la méta-analyse de Coto-Lesmes et ses collaborateurs (2020). Gloster et ses collaborateurs avaient en effet mis en évidence six méta-analyses qui appuient les effets des interventions ACT sur la qualité de vie en comparaison aux autres conditions actives et inactives, avec une taille d'effet modérée ($g = 0,37-0,45$). De même, Coto-Lesmes et ses collaborateurs rapportent les résultats de cinq études qui appuient les effets de l'ACT sur la qualité de vie. Les résultats sont cohérents avec la littérature. L'amélioration de la qualité de vie semble en partie s'expliquer par une amélioration de la flexibilité psychologique (Hayes et al., 2006). En effet, il faut rappeler qu'un niveau élevé d'évitement expérientiel tend à diminuer les différents aspects de la qualité de vie générale (Hayes et al., 2006). Plus

précisément, Ruiz (2010), dans une revue des preuves empiriques de l'ACT, appuie les effets de l'acceptation et de l'engagement dans des activités significatives sur les niveaux de qualité de vie au post-test. L'amélioration des processus de flexibilité psychologique (acceptation et défusion cognitive) observée dans le cadre de cette étude pourrait ainsi avoir eu un effet sur les variables de qualité de vie.

Dans un deuxième temps, la modalité de prestation des interventions ACT (visioconférence ou présentiel) a été comparée. Une amélioration des symptômes anxio-dépressifs, de la qualité de vie et des processus de flexibilité psychologique est observée pour l'ensemble des participants, sans distinction pour la modalité de prestation de services. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes, à l'exception de la sous-échelle « environnement de la qualité de vie ». La satisfaction à l'égard du service était également comparable entre les deux groupes. L'asymétrie entre le groupe en présentiel (N = 151) et le groupe en visioconférence (N = 68) apporte une nuance aux résultats. Ces résultats vont dans le sens de ce qui a déjà été observé dans l'essai randomisé de non-infériorité d'Herbert et ses collaborateurs (2017) qui appuyaient une efficacité comparable des interventions ACT en télépratique à la prestation de service en personne. Ces constats vont également dans le sens de la méta-analyse d'Herbert et ses collaborateurs (2022) qui appuyaient l'efficacité générale des interventions ACT en télépratique comparées à des conditions de traitement actives (p. ex., interventions téléphoniques de relaxation, d'éducation ou de soutien) et inactives (p. ex., liste d'attente). En ce qui concerne la différence significative trouvée à la sous-

échelle de la qualité de vie, l'environnement, qui favorisait le groupe en présentiel, quelques hypothèses pourraient être formulées. Ce sous-domaine de la qualité de vie évaluait la relation du client avec les caractéristiques marquantes de son environnement. Les items portent sur les ressources financières, la sécurité, les services sociaux et de santé, le milieu de vie, les loisirs, l'environnement général et le transport. Il importe de se remettre en contexte : la collecte de données s'est majoritairement déroulée pour les deux groupes durant la pandémie de COVID-19 où les mesures sociosanitaires de distanciation étaient en vigueur, les écoles fermées sur une certaine période et des mesures de restriction pour éviter la propagation du virus étaient en place. Les participants ayant participé au programme via Teams l'ont fait à partir de leur domicile. Pour certains participants, il s'agissait probablement d'une première expérience en visioconférence, et possiblement avec l'application Teams. De plus, le milieu de vie n'était fort probablement pas adapté au contexte d'intervention psychologique qui nécessite un espace confidentiel sans interférence externe. En comparaison au groupe en visioconférence, le groupe en présentiel bénéficiait d'un espace au CLSC ou CIUSSS qui prônait la sécurité, la confidentialité et qui permettait le bon déroulement d'une psychothérapie de groupe (p. ex., contrôle des bruits ambiants et des interférences externes). Ces facteurs pourraient avoir influencé la réponse des participants à la mesure de qualité de vie. Davantage d'études s'avèrent nécessaires pour mieux comprendre l'impact des interventions psychologiques en télépratique sur la qualité de vie liée à l'environnement.

En ce qui concerne la satisfaction face au programme, des niveaux élevés de satisfaction générale sont rapportés par les participants. Ces résultats sont similaires à ce qui s'observe actuellement pour les traitements d'autogestion basés sur l'ACT (Kelson et al., 2019) et les interventions basées sur l'ACT en télépratique (Herbert et al., 2017). Le CSQ-8 est un outil qui apparaît régulièrement utilisé pour étudier le niveau de satisfaction des participants à l'égard des programmes d'intervention basés sur l'ACT. Kelson et ses collaborateurs (2019) recensent trois études sur l'ACT en format d'autogestion qui rapportent des scores élevés de satisfaction au CSQ-8 pour le traitement des troubles anxieux, des traumatismes et des douleurs chroniques. Herbert et ses collaborateurs (2017) rapportent également des scores élevés de satisfaction au CSQ-8. La satisfaction à l'égard du programme d'intervention ACT telle que mesurée par le CSQ-8 ne serait pas significativement différente entre le format d'intervention en présentiel et le format en télépratique. Les auteurs de la validation de la version canadienne francophone du CSQ-8 proposent un lien entre le niveau de satisfaction tel que mesuré par le CSQ-8 et l'efficacité du traitement. Il semblerait que moins un sujet éprouve de symptômes après le traitement, plus il se dirait satisfait des services reçus (Sabourin et al., 1989).

Quelques limites se doivent d'être mentionnées afin de mieux apprécier les résultats. Tout d'abord, la différence de taille des échantillons entre le groupe en présentiel ($n = 151$ participants) et le groupe en visioconférence ($n = 68$ participants) pourrait avoir eu un impact sur l'absence de différence significative entre les deux

groupes. Le groupe en présentiel atteint la puissance statistique requise pour obtenir un résultat significatif selon l'estimation de G-Power (environ 150 participants), mais ce n'est pas le cas pour le groupe en visioconférence. Cette asymétrie des tailles d'échantillon pourrait avoir été un obstacle à l'obtention d'une différence significative entre les deux groupes. Les résultats de cette étude apparaissent toutefois cohérents avec la littérature actuelle sur l'efficacité des interventions ACT en groupe (p. ex., Coto-Lesmes et al., 2020), en modalité d'autogestion (p. ex., French et al., 2017) et en télépratique (p. ex., Herbert et al., 2022). L'absence de groupe contrôle limite aussi la généralisation des résultats. En effet, en absence de groupe contrôle, il devient impossible d'exclure l'effet du temps ou du soutien social offert par le groupe qui ne serait pas tributaire du programme.

Dans le futur, des essais aléatoires contrôlés permettraient de mieux contrôler le passage du temps et les variables non spécifiques liées à l'intervention, contribuant ainsi à cibler avec plus de précision l'effet des interventions ACT en télépratique en comparaison à d'autres modalités d'intervention. Ensuite, les mesures reposent sur des questionnaires autorapportés. Les mesures autorapportées reflètent l'évaluation subjective des participants de leurs symptômes, leur qualité de vie et les processus psychologiques et ne permettent pas de mettre en contexte les réponses des participants. Ce type de mesure implique aussi un risque de biais de désirabilité sociale. Une prochaine étape au projet comprendrait par conséquent l'évaluation qualitative de l'implantation du programme Le Roseau. Par exemple, pour la mesure de satisfaction,

considérant que la satisfaction vis-à-vis du service reçu appert comme un facteur important d'efficacité thérapeutique, il serait pertinent de se pencher sur le vécu expérientiel du programme par les participants au Roseau. Il est d'autant plus important de s'y intéresser considérant qu'il s'agissait d'un premier essai du programme Le Roseau en visioconférence. Aussi, en raison des contraintes reliées aux projets cliniques, il n'a pas été possible d'avoir de mesure de suivi (p. ex., trois mois, six mois) qui permettrait d'obtenir un regard longitudinal sur l'évolution des participants. Une mesure de suivi pourrait permettre d'observer si les bénéfices observés à la suite du programme, tels que sur le plan des processus psychologiques, tendent à se généraliser ou à se renforcer.

De plus, rappelons que la pandémie de COVID-19 a apporté son lot de défis, tant sur le plan de la clientèle que de l'organisation des services. La propagation du virus ainsi que les mesures sociosanitaires mises en place ont entraîné une augmentation des symptômes anxieux et dépressifs chez la population générale. La mise en place de mesures sociosanitaires, puis le relâchement de ces mesures, pourraient avoir influencé l'humeur et la perception de la qualité de vie des participants. De même, considérant le contexte imprévisible de la pandémie COVID-19, l'adaptation du programme d'intervention s'est faite rapidement avec peu de repères sur la transposition en télépratique des interventions ACT dans la littérature. De plus, les participants de la cohorte automne 2019, qui était uniquement en présentiel, n'ont pas vécu le contexte de pandémie de COVID-19, contrairement aux cohortes en présentiel et en visioconférence

qui ont suivi. La période pandémique pourrait avoir eu un impact sur les résultats que le devis actuel n'a pas permis de mesurer. Bien qu'il ne soit pas possible de mesurer précisément l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'humeur, la qualité de vie, les processus de flexibilité psychologique et la satisfaction à l'égard du programme d'intervention, la littérature appuie les résultats de la présente étude. L'étude d'Herbert et ses collègues (2017), menée avant la pandémie de COVID-19, appuyait déjà l'efficacité des interventions ACT en télépratique. De plus, les récentes études sur les interventions ACT d'autogestion continuent d'observer l'intérêt d'étudier la prestation de service via Internet avec l'accompagnement d'un thérapeute (French et al., 2017). Ce type de programme d'intervention apparaît également satisfaisant et pertinent selon la perspective des participants (Kelson et al., 2019). Considérant que la satisfaction des participants à l'égard d'un programme semble associée à une meilleure alliance thérapeutique (Donker et al., 2013; Warnecke et al., 2020), une meilleure adhérence au traitement et de meilleurs résultats sur l'état général (Hundt et al., 2013), il appert pertinent de continuer à s'intéresser aux programmes d'intervention basés sur l'ACT.

En résumé, l'ensemble des participants au programme Le Roseau ont rapporté en moyenne une diminution significative des symptômes anxieux et dépressifs ainsi qu'une amélioration des processus de flexibilité psychologique (acceptation et défusion cognitive) et de la qualité de vie. Les participants ont rapporté un niveau de satisfaction élevé à l'égard du programme Le Roseau. À l'exception de la qualité de l'environnement (sous-échelle de la qualité de vie), aucune différence n'a été observée concernant les

effets du programme Le Roseau sur les symptômes anxieux et dépressifs, les processus de flexibilité psychologique, la qualité de vie et le niveau de satisfaction à l'égard du programme.

Conclusion

Cette étude visait dans un premier temps à évaluer les effets du programme d'intervention Le Roseau sur le traitement des symptômes anxieux et dépressifs, les mesures de flexibilité psychologiques (acceptation et défusion cognitive) et la qualité de vie chez une population adulte ayant reçu un diagnostic de trouble anxieux. À la suite du programme, il était attendu d'observer chez les participants, sans égard pour la modalité d'intervention, une diminution des symptômes anxio-dépressifs et une amélioration des processus de flexibilité psychologique ainsi que de la qualité de vie. Dans un second temps, cette étude visait à comparer les effets du programme d'intervention administré en présentiel en comparaison au format en visioconférence sur le traitement des symptômes anxieux et dépressifs, les mesures de flexibilité psychologique et la qualité de vie. L'étude d'Herbert et ses collaborateurs (2017) permettait d'avancer l'hypothèse que les deux modalités d'intervention permettraient une diminution des symptômes et une amélioration de l'état (qualité de vie, flexibilité psychologique) sans différence significative pour la modalité d'intervention.

Les besoins importants en santé mentale et les difficultés d'accès aux soins, particulièrement observés en contexte de pandémie de COVID-19, ont mené à l'adaptation de certains programmes d'intervention en format à distance. Peu d'études ont toutefois porté sur l'adaptation en télépratique des interventions psychologiques selon une approche préconisée, encore moins sur l'ACT. Il s'agit ici d'une première

étude qui s'intéresse à comparer les effets d'un programme d'intervention ACT de groupe hybride (en partie assisté par un thérapeute, en partie des interventions d'autogestion) selon la modalité d'intervention (présentiel, visioconférence).

Des analyses linéaires mixtes ont été menées pour étudier les effets du programme Le Roseau selon le temps (aux mesures de pré-test et post-test) et comparer les modalités d'intervention (en présentiel ou en visioconférence). L'analyse des résultats a permis d'observer une amélioration des symptômes anxieux et dépressifs, de la qualité de vie, et des processus de flexibilité psychologique (acceptation et défusion cognitive) pour l'ensemble des participants sans distinction significative pour la modalité d'intervention (en présentiel ou en visioconférence), à l'exception de la sous-échelle de la qualité de vie portant sur l'environnement qui favorise le groupe en présentiel. Ainsi, le premier objectif ajoute à l'efficacité observée des interventions ACT de groupe en format hybride lors de la première étude sur le programme Le Roseau. Le second objectif appuie l'intérêt d'explorer davantage l'efficacité des interventions du programme Le Roseau en visioconférence, d'autant plus, le taux d'attrition plus faible observé pour les groupes en visioconférence, ce qui représente un avantage en termes de faisabilité (satisfaction).

Le Roseau est un programme particulièrement intéressant considérant sa cohérence avec l'offre de service préconisé par le PQPTM. En effet, Le Roseau est un programme d'intervention qui met de l'avant l'autogestion en santé mentale en offrant en parallèle

des rencontres de groupe par un formateur qualifié pour une clientèle qui présente des symptômes de trouble de santé mentale fréquents, soit de l'anxiété légère à modérée. De plus, l'approche préconisée par Le Roseau, l'ACT, se fonde sur les données probantes pour le traitement de l'anxiété. L'efficacité des interventions ACT de groupe et d'autogestion est prometteuse pour élargir l'accès aux soins et traiter un plus grand nombre de personnes qui présentent des comorbidités. Cette étude, ainsi que sa précédente, confirme l'importance de continuer à s'intéresser à l'application du Roseau pour les personnes souffrant d'un trouble anxieux. Les résultats sont également prometteurs à l'égard des possibilités d'offrir le programme à distance, élargissant ainsi l'accès aux soins de santé mentale en permettant de briser les barrières physiques, d'offrir une meilleure conciliation dans l'horaire de travail et permettre un premier contact thérapeutique, tel que préconisée par le PQPTM.

Références

- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Aboujaoude, E., Salame, W., & Naim, L. (2015). Telemental health: A status update. *World psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(2), 223-230. <https://doi.org/10.1002/wps.20218>
- Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Points saillants de l'enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – 2014*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/troubles-anxieux-et-humeur-canada.html>
- Alonso, J., Angermeyer, C., & Bernert, S. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(Suppl. 420), 28-37. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00329.x>
- Alonso, J., Chatterji, S., & He, Y. (2013). *The burdens of mental disorders: Global perspectives from the WHO World Mental Health surveys*. Cambridge University Press. <https://www.cambridge.org/core/product/9114A9853DC2742275005874B79B4E20>
- American Psychological Association. (APA). (2015). Troubles anxieux. Dans *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Elsevier Health Sciences.
- American Psychological Association. (APA). (2022). *Psychologists struggle to meet demand amid mental health crisis: 2022 COVID-19 Practitioner Impact Survey*. <https://www.apa.org/pubs/reports/practitioner/2022-covid-psychologist-workload>
- American Psychological Association. (APA). (2023). *Psychologists reaching their limits as patients present with worsening symptoms year after year: 2023 Practitioner Pulse Survey*. <https://www.apa.org/pubs/reports/practitioner/2023-psychologist-reach-limits>

- Anderson, L., Lewis, G., Araya, R., Elgie, R., Harrison, G., Proudfoot, J., Schmidt, U., Sharp, D., Weightman, A., & Williams, C. (2005). Self-help books for depression: How can practitioners and patients make the right choice? *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 55(514), 387-392. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463163/>
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 196-205. <https://doi.org/10.1080/16506070903318960>
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face Cognitive Behavior Therapy for psychiatric and somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(3), 288-295. <https://doi.org/10.1002/wps.20151>
- Andersson, G., & Hedman, E. (2013). Effectiveness of guided Internet-based Cognitive Behavior Therapy in regular clinical settings. *Verhaltenstherapie*, 23(3), 140-148. <https://doi.org/10.1159/000354779>
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PloS ONE*, 5(10), Article e13196. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>
- Andrews, G., Issakidis, C., & Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilisation. *British Journal of Psychiatry*, 179, 417-425. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.5.417>
- Attkisson, C. C., & Greenfield, T. K. (1994). Client Satisfaction Questionnaire-8 and Service Satisfaction Scale-30. Dans M. E. Maruish (Éd.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 402-420). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N. M., Lohr, J., & Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services, 9*(2), 111-131. <https://doi.org/10.1037/a0027924>
- 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, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2^e éd.). Guilford Press.
- Barnes, S. M., Borges, L. M., Smith, G. P., Walser, R. D., Forster, J. E., & Bahraini, N. H. (2021). Acceptance and Commitment Therapy to Promote Recovery from suicidal crises: A randomized controlled acceptability and feasibility trial of ACT for life. *Journal of Contextual Behavioral Science, 20*, 35-45. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.02.003>
- Barnhill, J. W. (2020). *Revue générale des troubles anxieux*. Merck Canada. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-psiatriques/anxiété-et-troubles-liés-au-stress/revue-générale-des-troubles-anxieux>
- Beck, A. T., & Weishaar, M. (2005). Cognitive therapy. Dans R. J. Corsini & D. Wedding (Éds), *Current psychotherapies* (7^e éd., pp. 238-268). Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry, 64*(8), 903-912. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.8.903>
- Beesdo, K., Pine, D. S., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2010). Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Archives of General psychiatry, 67*(1), 47-57. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.177>
- Beygi, Z., Tighband Jangali, R., Derakhshan, N., Alidadi, M., Javanbakhsh, F., & Mahboobzadeh, M. (2023). An Overview of Reviews on the Effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Depression and Anxiety. *Iranian journal of psychiatry, 18*(2), 248–257. <https://doi.org/10.18502/ijps.v18i2.12373>
- 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)
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: an empirical review. *Journal of anxiety disorders*, 28(6), 612–624. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008>
- Bohlmeijer, E. T., Lamers, S. M., & Fledderus, M. (2015). Flourishing in people with depressive symptomatology increases with Acceptance and Commitment Therapy. Post-hoc analyses of a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 65, 101-106. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.014>
- 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>
- Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in Cognitive Behavioral Therapy? *Behavior Therapy*, 32(2), 337-369. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80008-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80008-3)
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face Cognitive Behavior Therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1-18. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and anxiety*, 35(6), 502–514. <https://doi.org/10.1002/da.22728>
- 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>
- CISSS de Chaudière-Appalaches. (n.d.). Le Roseau. Gouvernement du Québec. <https://www.leroseau.guide/accueil-le-roseau/>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2^e éd.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Comité sur les systèmes nationaux de sécurité. (2010). *National Information Assurance Glossary*. https://www.dni.gov/files/NCSC/documents/nittf/CNSSI-4009_National_Information_Assurance.pdf
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263, 107-120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.154>
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40(12), 1943-1957. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000772>
- Dahl, J., Wilson, K. G., Luciano, C., & Hayes, S. C. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain*. Context Press.
- Dionne, F., & Blais, M. (2011). Chapitre 1 : Les thérapies comportementales et cognitives de troisième vague : conceptualisation et illustration à partir d'un cas clinique. Dans I. Kotsou & A. Heeren (Éds), *Pleine conscience et acceptation : les thérapies de la troisième vague* (pp. 33-60). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.kotso.2011.01.0033>
- 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>
- Donker, T., Bennett, K., Bennett, A., Mackinnon, A., van Straten, A., Cuijpers, P., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2013). Internet-delivered interpersonal psychotherapy versus Internet-delivered Cognitive Behavioral Therapy for adults with depressive symptoms: Randomized controlled noninferiority trial. *Journal of Medical Internet Research, 15*(5), Article e82. <https://doi.org/10.2196/jmir.2307>
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langolis, F., Provencher, M. D., & Boisvert, J.-M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 821-825. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.821>
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. New Harbinger Publications.
- Emerson, L.-M., Ogielka, C., & Rowse, G. (2019). A systematic review of the role of parents in the development of anxious cognitions in children. *Journal of Anxiety Disorders, 62*, 15-25. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.11.002>
- Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S., Murray, C. J., & Comparative Risk Assessment Collaborating Group (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet, 360*(9343), 1347-1360. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11403-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11403-6)
- Ferreira, M. G., Mariano, L. I., Rezende, J. V. d., Caramelli, P., & Kishita, N. (2022). Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 309*, 297-308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.134>
- Fisak, B., Jr, & Grills-Taquechel, A. E. (2007). Parental modeling, reinforcement, and information transfer: Risk factors in the development of child anxiety?. *Clinical Child and Family Psychology Review, 10*(3), 213-231. <https://doi.org/10.1007/s10567-007-0020-x>
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification, 31*(6), 772-799. <https://doi.org/10.1177/0145445507302202>

- Fowler, N. R., Judge, K. S., Lucas, K., Gowan, T., Stutz, P., Shan, M., Wilhelm, L., Parry, T., & Johns, S. A. (2021). Feasibility and acceptability of an Acceptance and Commitment Therapy intervention for caregivers of adults with Alzheimer's disease and related dementias. *BMC Geriatrics*, *21*(1), Article 127. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02078-0>
- 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>
- Garcia-Palacios, A., Hoffman, H., Carlin, A., Furness, T. A., & Botella, C. (2002). Virtual reality in the treatment of spider phobia: A controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(9), 983-993. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00068-7](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00068-7)
- Gaudio B. A. (2008). Cognitive-behavioural therapies: Achievements and challenges. *Evidence-Based Mental Health*, *11*(1), 5-7. <https://doi.org/10.1136/ebmh.11.1.5>
- Gauthier, K., Serra-Poirier, C., Marchica, L., & Scuccimarri, C. (2023). *Psychologues du réseau public : enjeux et solutions pour une meilleure accessibilité : mémoire présenté au Gouvernement du Québec*. Coalition des psychologues du réseau public québécois. https://www.coalitionpsy.org/files/ugd/479504_85740ff0ab084f17a4d2764099c5a47e.pdf
- 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., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of Acceptance and Commitment Therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *18*, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Gray, B., van Ommeren, M., Lewis, S., Akhtar, A., Hanna, F., Fleischmann, A., Chisholm, D., & Kestel, D. (2022). *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*. Organisation mondiale de la Santé. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

- Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, E. R., Davidson, J. R., Ballenger, J. C., & Fyer, A. J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *60*(7), 427-435. <https://doi.org/10.4088/jcp.v60n0702>
- Grös, D. F., & Antony, M. M. (2006). The assessment and treatment of specific phobias: A review. *Current Psychiatry Reports*, *8*(4), 298-303. <https://doi.org/10.1007/s11920-006-0066-3>
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. Dans S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese, & T. R. Sarbin (Éds), *Varieties of scientific contextualism*. (pp. 11-27). Context Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, *44*(2), 180-198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2005). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Springer Science + Business Media.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, *7*, 141-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>

- Herbert, M. S., Afari, N., Liu, L., Heppner, P., Rutledge, T., Williams, K., Eraly, S., VanBuskirk, K., Nguyen, C., Bondi, M., Atkinson, J. H., Golshan, S., & Wetherell, J. L. (2017). Telehealth versus in-person Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain: A randomized noninferiority trial. *The Journal of Pain, 18*(2), 200-211. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.10.014>
- Herbert, M. S., Dochat, C., Wooldridge, J. S., Materna, K., Blanco, B. H., Tynan, M., Lee, M. W., Gasperi, M., Camodeca, A., Harris, D., & Afari, N. (2022). Technology-supported Acceptance and Commitment Therapy for chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 148*, Article 103995. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103995>
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2019). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach: Therapist guide* (3^e éd.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190247591.001.0001>
- Hundt, N. E., Armento, M. E., Porter, B., Cully, J. A., Kunik, M. E., & Stanley, M. (2013). Predictors of treatment satisfaction among older adults with anxiety in a primary care psychology program. *Evaluation and Program Planning, 37*, 58-63. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2013.01.003>
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*(2), 138-156. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1994.tb00016.x>
- Institut de la Statistique du Québec. (ISQ). (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/etude-sur-la-sante-mentale-et-le-bien-etre-des-adultes-quebecois-une-synthese-pour-soutenir-laction-enquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes-cycle-12.pdf>
- Institut de la Statistique du Québec. (ISQ). (2010). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-population-2020-2021.pdf>
- Institut de la Statistique du Québec. (ISQ). (2023). *Troubles d'anxiété*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/vitrine/egalite/dimensions-egalite/sante/troubles-anxiete>
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 295-304. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.2.295>

- Johns, L. C., Oliver, J. E., Khondoker, M., Byrne, M., Jolley, S., Wykes, T., Joseph, C., Butler, L., Craig, T., & Morris, E. M. (2016). The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: The 'ACT for life' study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *50*, 257-263. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.10.001>
- Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: An update on the empirical evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *17*(3), 337-346. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczurkin>
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, *30*(7), 865-878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- 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>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 617-627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Kessler, R. C., Sampson, N. A., Berglund, P., Gruber, M. J., Al-Hamzawi, A., Andrade, L., Bunting, B., Demyttenaere, K., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., He, Y., Hu, C., Huang, Y., Karam, E., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Moskalewicz, J., ... Wilcox, M. A. (2015). Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *24*(3), 210-226. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000189>
- Lalonde, P., & Pinard, G.-F. (2016). *Psychiatrie clinique tome 1 : approche bio-psycho-sociale* (4^e éd.). Chenelière Éducation.
- Langlois, K. A., Samokhvalov, A. V., Rehm, J., Spence, S.T., & Connor Gorber, S. K. (2011). *Descriptions des états de santé au Canada : maladies mentales*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-619-m/2012004/sections/sectionb-fra.htm>

- Lappalainen, P., Granlund, A., Siltanen, S., Ahonen, S., Vitikainen, M., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2014). ACT Internet-based vs face-to-face? A randomized controlled trial of two ways to deliver Acceptance and Commitment Therapy for depressive symptoms: An 18-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, *61*, 43-54. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.006>
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, *2*(3), 197-207. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(79\)90094-6](https://doi.org/10.1016/0149-7189(79)90094-6)
- Lewis, C., Pearce, J., & Bisson, J. I. (2012). Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, *200*(1), 15-21. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.084756>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Mack, C., Su, Z., & Westreich, D. (2018). *Managing Missing Data in Patient Registries: Addendum to Registries for Evaluating Patient Outcomes: A User's Guide* (3e éd.). Agency for Healthcare Research and Quality.
- Marchand, A., Coutu, M. F., Dupuis, G., Fleet, R., Borgeat, F., Todorov, C., & Mainguy, N. (2008). Treatment of panic disorder with agoraphobia: Randomized placebo-controlled trial of four psychosocial treatments combined with imipramine or placebo. *Cognitive Behaviour Therapy*, *37*(3), 146-159. <https://doi.org/10.1080/16506070701743120>
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranouzouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E., & Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, *1*(5), 368-376. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70329-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70329-3)
- McAllister, W. R., & McAllister, D. E. (1995). Two-factor fear theory: Implications for understanding anxiety-based clinical phenomena. Dans W. T. O'Donohue & L. Krasner (Éds), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (pp. 145-171). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10169-006>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019, mise à jour 31 octobre). *Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)*. Gouvernement du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-mentale/programme-quebecois-pour-les-troubles-mentaux/a-propos/>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023a, mise à jour 21 juin). *Soins et services par étapes en santé mentale : des autosoins à la psychothérapie*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/trouver-aide-et-soutien-en-sante-mentale/etapes-pour-obtenir-soins-et-services-en-sante-mentale>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023b, 12 janvier). *La télésanté au cœur de la transformation des services en santé mentale*. Gouvernement du Québec. <https://telesantequebec.ca/actualites/la-telesante-au-coeur-de-la-transformation-des-services-en-sante-mentale/>
- 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). *European Review of Applied Psychology*, 59(4), 301-308. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2009.09.001>
- Muhammad L. N. (2023). Guidelines for repeated measures statistical analysis approaches with basic science research considerations. *The Journal of clinical investigation*, 133(11). <https://doi.org/10.1172/JCI171058>
- Mühlberger, A., Wiedemann, G., & Pauli, P. (2003). Efficacy of a one-session virtual reality exposure treatment for fear of flying. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 13(3), 323-336. <https://doi.org/10.1093/ptr/kpg030>
- 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>
- Nielsen, M., & Levkovich, N. (2020). COVID-19 and mental health in America: Crisis and opportunity? *Families, Systems, & Health*, 38(4), 482-485. <https://doi.org/10.1037/fsh0000577>
- Norton, J., Capdevielle, D., & Boulenger, J. (2014). 13. Épidémiologie, facteurs de risque, incapacité et coût social des troubles anxieux. Dans J.-P. Boulenger (Éd), *Les troubles anxieux* (pp. 119-131). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.boule.2014.01.0119>
- Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 521-531. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000253843.70149.9a>

- O'Hayer, C. V., O'Loughlin, C. M., Nurse, C. N., Smith, P. J., & Stephen, M. J. (2021). ACT with CF: A telehealth and in-person feasibility study to address anxiety and depressive symptoms among people with cystic fibrosis. *Journal of Cystic Fibrosis: Official Journal of the European Cystic Fibrosis Society*, 20(1), 133-139. <https://doi.org/10.1016/j.jcf.2020.11.013>
- Olfson, M., Guardino, M., Struening, E., Schneider, F. R., Hellman, F., & Klein, D. F. (2000). Barriers to the treatment of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 521-527. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.521>
- Ordre des psychologues du Québec. (n. d.). *Guide de pratique concernant l'exercice de la télépsychologie*. <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/Guide+de+pratique+concernant+l%E2%80%99exercice+de+la+t%C3%A9l%C3%A9psychologie/5175fd35-d45b-4cbe-99e3-e46ff5079552>
- Organisation mondiale de la Santé. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: Field trial version*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63529/WHOQOL-BREF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ormel, J., Petukhova, M., Chatterji, S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bromet, E. J., Burger, H., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J.-M., Hwang, I., Karam, E., Kawakami, N., Lépine, J.-P., Medina-Mora, M.-E., Posada-Villa, J., Sampson, N., Scott, K., Bedirhan Üstün, T., ... Kessler, R. C. (2008). Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *British Journal of Psychiatry*, 192(5), 368-375. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039107>
- Otte, C. (2011). Cognitive Behavioral Therapy in anxiety disorders: Current state of the evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(4), 413-421. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.4/cotte>
- Otto, M. W., & Deveney, C. (2005). Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: Efficacy and strategies. *The Journal of clinical psychiatry*, 66 Suppl 4, 28-32.
- Paris, J. (2017). Is Psychoanalysis Still Relevant to Psychiatry?. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 62(5), 308-312. <https://doi.org/10.1177/0706743717692306>
- Patten, S. B., Williams, J. V., & Mitton, C. (2008). Costs associated with mood and anxiety disorders, as evaluated by telephone survey. *Chronic Diseases in Canada*, 28(4), 155-162. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/hpcdp-pspmc/28-4/pdf/cdic28-4-5eng.pdf>

- Pauley, D., Cuijpers, P., Papola, D., Miguel, C., & Karyotaki, E. (2021). Two decades of digital interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis of treatment effectiveness. *Psychological Medicine*, *53*(2), 567–579. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001999>
- Pedarriosse, A. M. (2014). 26 - Attaque de panique et troubles anxieux. Dans O. Blétry, & I. Marroun (Éds), *Du symptôme à la prescription en médecine générale* (2^e éd., pp. 170-174). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-73158-7.00026-2>
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *32*(4), 329-342. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.02.004>
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, *10*(1), 125-162.
- Sabourin, S., Pérusse, D., & Gendreau, P. (1989). Les qualités psychométriques de la version canadienne-française du Questionnaire de Satisfaction du Consommateur de services psychothérapeutiques (QSC-8 et QSC-18B). *Revue canadienne des sciences du comportement*, *21*(2), 147-159. <https://doi.org/10.1037/h0079853>
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... COVID-19 Mental Disorders Collaborators. (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)
- Savard, J., Laberge, B., Gauthier, J. G., Ivers, H., & Bergeron, M. G. (1998). Evaluating anxiety and depression in HIV-infected patients. *Journal of Personality Assessment*, *71*(3), 349-367. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7103_5
- Skinner, B. F. (1945). The operational analysis of psychological terms. *Psychological Review*, *52*(5), 270-276. <https://doi.org/10.1037/h0062535>
- Southerland, G., & Stonebridge, C. (2016). *Healthy brains at work: Estimating the impact of workplace mental health benefits and programs*. The Conference Board of Canada.

- Statistique Canada. (2023). *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes*. Adapté par l'Institut de la Statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/enquetes/utilisees/enquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes-escc-statistique-canada>
- Stephenson, E. (2023). *Troubles mentaux et accès aux soins de santé mentale*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00011-fra.htm>
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(4), 595-606. <https://doi.org/10.1037/a0016032>
- 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>
- Stringer, H. (2023). Providers predict longer wait times for mental health services. Here's who it impacts most. *Monitor on Psychology, 54*(3), 28. <https://www.apa.org/monitor/2023/04/mental-health-services-wait-times>
- Stubbings, D. R., Rees, C. S., Roberts, L. D., & Kane, R. T. (2013). Comparing in-person to videoconference-based Cognitive Behavioral Therapy for mood and anxiety disorders: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 15*(11), 169-184. <https://doi.org/10.2196/jmir.2564>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2014). A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 24*(3), 193-207. <https://doi.org/10.1037/a0037512>
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(2), 275-287. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.2.275>
- The Canadian Press. (2021, 28 mai). Waiting list for mental health services climbs to 20,000 names. *CTV News*. <https://montreal.ctvnews.ca/waiting-list-for-mental-health-services-climbs-to-20-000-names-1.5447004>

- The 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>
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Bluett, E. J., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., Reuman, L., & Smith, B. M. (2015). Exposure therapy for OCD from an Acceptance and Commitment Therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 167-173. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.12.007>
- van Dis, E. A. M., van Veen, S. C., Hagedaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., van den Heuvel, R. M., Cuijpers, P., & Engelhard, I. M. (2020). Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 265-273. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986>
- Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2019). *Maîtriser la conversation clinique : le langage en thérapie*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.villa.2019.01>
- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., Charlson, F., Davis, A., Degenhardt, L., Dickler, D., Duan, L., Erskine, H., Feigin, V. L., Ferrari, A. J., Fitzmaurice, C., Fleming, T., Graetz, N., Guinovart, C., Haagsma, J., ... Murray, C. J. L. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 386(9995), 743-800. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4)
- Wahyun, E., Nurihsan, J., & Yusuf, S. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy to enhance students' wellness. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 19(1), 91-113. <https://doi.org/10.24193/jebp.2019.1.6>
- Walser, R. D., & Pistorello, J. (2004). ACT in group format. Dans S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Éds), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 347-372). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7_14
- Warnecke, I., Reiss, N., Werner, A., Luka-Krausgrill, U., & Rohrman, S. (2020). Treatment satisfaction and therapeutic alliance in three different treatment groups for test anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 34(2), 131-147. <https://doi.org/10.1891/JCPSY-D-18-00027>
- Watson, J. B. (1924). *Psychology: From the standpoint of a behaviorist* (2^e éd.). J B Lippincott Company. <https://doi.org/10.1037/14262-000>

- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1-14. <https://doi.org/10.1037/h0069608>
- Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G., & Dugas, M. J. (2020). Telepsychotherapy for generalized anxiety disorder: Impact on the working alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 208-225. <https://doi.org/10.1037/int0000223>
- Whaibeh, E., Mahmoud, H., & Naal, H. (2020). Telemental health in the context of a pandemic: The COVID-19 experience. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 7(2), 198-202. <https://doi.org/10.1007/s40501-020-00210-2>
- Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 1021-1037. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.007>
- Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional Reflex*, 3(4), 234-240. <https://doi.org/10.1007/BF03000093>
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy* (4^e éd.). Pergamon Press.
- Wyatt, G. (2022). The efficacy of cognitive behavioural therapy for the treatment of anxiety disorder: a meta-analysis. *Archives of Clinical Psychiatry*, 49(5), 19-27. <https://archivespsy.com/menu-script/index.php/ACF/article/view/1944/1558>
- Ye, F., Lee, J. J., Xue, D., & Yu, D. S. (2023). Acceptance and Commitment Therapy among informal caregivers of people with chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 6(12), Article e2346216. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.46216>
- 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>