

Université de Montréal

**Implantation et évaluation d'un programme d'intervention de groupe, d'approche cognitive
comportementale, destiné à des adultes présentant un trouble anxieux.**

Par

Guillet Hélièna

École de Psychoéducation

Faculté des arts et des sciences

Rapport d'intervention présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention
du grade de maîtrise ès sciences (M.Sc.) en psychoéducation

Août 2016

© Hélièna Guillet, 2016

Remerciement

Le dépôt de ce travail tient en partie à la présence de certaines personnes dans ma vie. Je voudrais prendre le temps de les remercier.

Merci à mon époux, Nathanaël Pono, pour ton soutien et ton amour inconditionnel dans les moments les plus sombres et les plus heureux de ces trois dernières années.

Merci à mes parents, Stéphane et Nathalie Guillet, pour votre amour et votre support inconditionnels dans les grands moments de doute, pour votre soutien financier sans lequel je ne serais pas au Canada aujourd'hui, pour votre disponibilité à « Skype » lorsque j'en avais tant besoin, pour le modèle que vous êtes et que vous serez toujours pour moi.

Merci à mon fils, Maël, de me rappeler chaque jour combien la vie est belle et combien il est important de ne pas se prendre trop au sérieux.

Merci à Séverine, Pierre, Pauline, Joanie, Maritchu et Stéphanie, vous étiez là pour rire, vous étiez là pour pleurer, vous étiez là pour me redonner espoir.

Merci à l'équipe de la Clé des champs, plus particulièrement Johanne, Sylvie, Brigitte et François. Votre acceptation sans réserve de la personne que je suis a su poser les bases d'une confiance en soi plus solide, confiance nécessaire à l'élaboration d'un tel travail.

Merci à Sophie Pascal, Michel Janosz et Stéphane Cantin. Vos nombreuses relectures, votre expertise, et votre disponibilité ont contribué à l'élaboration de ce travail.

Merci Saïd, pour tes sourires et tes bons cafés latte qui savaient me remotiver. Merci à tous ceux que je n'ai pu citer, et qui ont contribué de prêt ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Sommaire

Une récente enquête de l'Institut de Statistique du Québec (Lesage, Bernèche, & Bordeleau, 2010) révèle que les troubles anxieux toucheraient environ 10 % de la population québécoise. Cette psychopathologie serait donc la plus courante parmi les troubles de santé mentale. La gravité du pronostic à l'âge adulte, les conséquences qu'elle engendre dans la vie des individus, ainsi que les coûts qu'elle impose à la société, signalent l'importance de fournir des programmes d'intervention adaptés à la clientèle adulte. C'est pourquoi ce rapport propose l'évaluation d'un programme d'intervention de groupe, destiné à une clientèle âgée entre 25 et 75 ans et qui souffre de troubles anxieux. Une intervention cognitive comportementale de dix semaines est donc implantée dans un organisme communautaire montréalais. Dix participants ont bénéficié de l'intervention. Les effets du programme sur le niveau d'anxiété ont été mesurés à l'aide d'un devis quasi expérimental à série temporelle simple. Les résultats ont permis d'apprécier la conformité de la mise en œuvre pour la majorité des composantes. L'évaluation des effets du programme a révélé une diminution significative des symptômes anxieux des participants qui ne s'accompagne que d'une diminution partielle au niveau de ses principaux médiateurs. En effet, seule une légère augmentation du niveau de détente à la suite de l'utilisation de la technique de la relaxation est observée. En outre, s'il n'y a aucun changement du point de vue de la fréquence des distorsions cognitives, une diminution de l'utilisation de la stratégie d'auto-accusation est néanmoins observée. Pour finir, la diminution des symptômes anxieux ne s'accompagne d'aucune variation au niveau de l'utilisation des stratégies d'évitement et de résolution de problème, ou bien au niveau du degré et de l'intensité des inquiétudes des participants. Avant de répliquer le programme, des ajustements devraient donc être apportés. Premièrement le format de groupe aurait avantage à être combiné à un format individuel. Deuxièmement, le contenu du programme qui est relié à la dimension comportementale aurait intérêt à être étoffé. Troisièmement, il serait bénéfique d'ajouter des stratégies de transfert et de généralisation. Bien que la méthodologie de l'évaluation présente certaines lacunes et que les résultats ne peuvent être concluants, le programme d'intervention semble offrir des opportunités intéressantes pour la gestion de l'anxiété chez les adultes souffrant d'un trouble anxieux.

Table des matières

Introduction	1
Chapitre 1. Contexte théorique	2
Description de la problématique	2
Perspective catégorielle et présentation des différents types de troubles anxieux	2
Prévalence des troubles anxieux	2
Perspective dimensionnelle	3
Explication de la trajectoire développementale.....	3
Intervention proposée et meilleures pratiques	6
Chapitre 2. Méthodologie	8
Description du programme selon le modèle psychoéducatif.....	8
Sujets	8
Animatrices	8
Objectifs	9
Programme et contenu	10
Temps	11
Espace	11
Moyen de mise en relation.....	12
Codes et procédures	12
Système de responsabilités	12
Système d'évaluation et de reconnaissance	13
Stratégies de transfert et de généralisation.....	13
Description du modèle logique	14
Planification des composantes formelles de l'évaluation de la mise en œuvre	15
Conformité.....	15
Exposition et débordements	15
Qualité de la participation	16
Planification de l'évaluation des effets.....	16
Devis de recherche.....	16
Instruments de mesure et procédures	17
Évaluation d'un effet collatéral	19
Chapitre 3. Résultats.....	20
Analyse des composantes de l'intervention et comparaison entre le prévu et le vécu	20
Recrutement des participants	20
Caractéristiques des participants.....	21
Système de responsabilités	22
Résultats de l'évaluation des composantes formelles de la mise en œuvre	23
Conformité.....	23
Exposition.....	24
Qualité de la participation	26
Débordements.....	27
Jugement global sur la mise en œuvre et implication eu égard à l'évaluation des effets	27
Évaluation des effets.....	28
Résultats obtenus à l'aide du journal de bord maison.....	29
Résultats obtenus à l'aide du questionnaire des Stratégies d'Adaptation au Stress (SAS)	32

Résultats obtenus à l'aide du <i>Beck Anxiety Inventory</i>	33
Résultats obtenus à l'aide du <i>Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)</i>	35
Résultats obtenus quant à l'évaluation d'un effet collatéral.....	36
Chapitre 4. Discussion	38
Jugement porté sur le niveau d'atteinte des objectifs	38
Liens entre les résultats et les composantes de l'intervention	41
Liens entre les résultats et le contexte théorique.....	42
Avantages et limites de l'intervention	43
Conclusion.....	45
Références	47
Annexes.....	i
Annexe 1 : Chaine prédictive.....	i
Annexe 2 : Modèle logique.....	ii
Annexe 3 : Tableau de la planification de la mise en œuvre	iii
Annexe 4 : Tableau de la planification de l'évaluation des effets du programme	iv
Annexe 5 : Grilles de cotation pour l'évaluation de la mise en œuvre	vii
Annexe 6 : Instruments de mesure sélectionnés pour l'évaluation des résultats	xvi

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques des participants recrutés pour l'évaluation du programme Approche globale.

Tableau 2. Récapitulatif des résultats obtenus à l'aide des énoncés du journal de bord maison

Tableau 3. Évaluation des composantes formelles de la mise en œuvre

Tableau 4. Évaluation des effets du programme Approche globale

Tableau 5. Évaluation d'un effet collatéral du programme Approche globale

Tableau 6. Grille de cotation pour l'évaluation du contenu

Tableau 7. Grille de cotation pour l'évaluation de la qualité de l'animation

Tableau 8. Feuille de présence et inscription des débordements

Tableau 9. Grille de cotation pour l'évaluation de la qualité de la participation

Tableau 10. Code de conduite pour une bonne dynamique de groupe (matériel de la Clé des champs)

Tableau 11. Grille de cotation à partir des pratiques de groupe aux grilles d'auto-observation (T4-T5-T6-T7)

Tableau 12. Grille de cotation à partir des pratiques de groupe aux techniques de respiration et de relaxation (T3-T6-T7)

Tableau 13. Exemple d'une feuille de route de la première rencontre du programme Approche globale

Liste des graphiques et des figures

Graphique 1. Augmentation de la moyenne du groupe en ce qui à trait au niveau de détente ressenti après avoir utilisé la technique de la relaxation.

Graphique 2. Illustration des scores des participants 1, 2, 4, 8, et 11 au BAI, aux quatre temps de mesures (au prétest et au post-test).

Graphique 3. Illustration des scores des participants 3, 6, 7, 10 et 12 au BAI, aux quatre mesures du prétest et du post-test.

Graphique 4. Illustration des scores des participants au PSWQ, aux quatre temps de mesure (prétest et post-test)

Figure 1. Chaîne prédictive des troubles anxieux.

Figure 2. Modèle logique du programme Approche globale

Figure 3. Grille d'auto-observation des pensées erronées (matériel de la Clé des champs)

Introduction

Les troubles anxieux se caractérisent par une peur intense et persistante qui entrave le fonctionnement de l'individu au quotidien (Turgeon et Parent, 2012). En ce sens, ils provoquent une grande détresse chez l'individu qui en souffre. Ces troubles sont très répandus puisqu'une récente enquête de l'Institut de Statistique du Québec (Lesage, Bernèche, & Bordeleau, 2010) révèle qu'ils toucheraient environ 10 % de la population québécoise. Cette psychopathologie serait donc la plus courante parmi les troubles de santé mentale. Elle serait également associée à une surmortalité et plus particulièrement au suicide (Lawrence, Kisely, & Pais, 2010; Roest, Martens, Denollet, & de Jonge, 2010; Murphy, Gilman, Lesage, Horton, Rasic, Trinh, Alamiri, Sobol, Fava, & Smoller, 2010). Ce rapport vise à évaluer un programme d'intervention destiné à des adultes âgés de 25 à 75 ans et souffrant d'un trouble anxieux.

Plus concrètement, ce rapport a pour objectif de présenter la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'un programme d'intervention cognitive comportementale de groupe implanté à l'organisme communautaire *La Clé des champs, réseau d'entraide pour personnes souffrant de troubles anxieux*. La première partie est consacrée à l'état des connaissances théoriques sur la problématique des troubles anxieux, soit les définitions des concepts liés à l'anxiété, le pronostic ainsi que la prévalence, la chaîne développementale, les facteurs de risques et les facteurs de protection. Une recension des évaluations des programmes d'interventions élaborés à ce jour auprès de la population ciblée, ainsi que la proposition d'un type d'intervention conclut cette première partie. La deuxième partie du rapport décrit la méthodologie du programme d'intervention selon les composantes de la structure d'ensemble (Gendreau, 2001), ainsi que les méthodes d'évaluation de la mise en œuvre et des effets du programme. La troisième partie présente les résultats de l'évaluation de l'implantation et des effets du programme. Enfin, la quatrième partie est une discussion sur l'atteinte des objectifs ainsi que sur les liens entre les effets, les composantes du programme et le contexte théorique. La discussion inclut également les avantages et les limites du programme ainsi que des recommandations pour des implantations futures.

Chapitre 1. Contexte théorique

1.1 Description de la problématique. La peur est une réaction normative chez l'être humain, elle lui a permis de survivre en l'avertissant de la présence de dangers imminents. Certaines peurs sont présentes durant des périodes développementales spécifiques : par exemple, la peur du noir à l'enfance ou la peur de l'évaluation négative des pairs à l'adolescence (Dumas, 2007). Ces peurs disparaissent habituellement lorsque l'enfant ou l'adolescent grandit. Elles deviennent pathologiques lorsqu'elles sont disproportionnées par rapport à la cause, lorsqu'elles altèrent le fonctionnement quotidien de l'individu ou lorsqu'elles provoquent une détresse extrême (Turgeon et Brousseau, 2007). Il existe deux approches pour déterminer lorsqu'une peur devient pathologique, la première est catégorielle, la seconde est dimensionnelle.

1.1.1 Perspective catégorielle et présentation des différents types de troubles anxieux.

Selon une perspective catégorielle, il existe neuf types de troubles anxieux qui sont classés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (DSM-5, *American Psychological Association*, APA, 2013). À chacun de ces types correspond un objet central de peur (Rappe, Wignall, Psych, Hudson, & Schniering, 2000). Dans le cas de l'anxiété de séparation, l'enfant est effrayé à l'idée d'être séparé de ses parents ou de parler à un étranger. Pour le trouble panique, l'objet central de la peur réside au niveau des symptômes physiologiques associés à l'attaque de panique (hyperventilation, palpitations, etc.). L'agoraphobie, quant à elle, souvent comorbide au trouble panique, se définit par une peur intense de se retrouver dans un endroit (foule, ascenseur, métro, etc.) qui pourrait, selon l'individu, provoquer une attaque de panique. En outre, la peur de l'humiliation, ou d'être embarrassé par la présence des autres, est centrale dans le diagnostic d'un trouble de la phobie sociale. Dans le cas d'un trouble d'anxiété généralisée, l'objet de la peur se situe au niveau des nombreuses inquiétudes de l'enfant (p. ex., scénarios catastrophiques concernant la vie de tous les jours), à la différence du trouble obsessionnel compulsif, dont les nombreuses obsessions (pensées ou images intrusives, irrationnelles et bizarres qui amènent l'enfant à faire des rituels) sont l'objet de la peur. En ce qui concerne le trouble de stress post-traumatique, l'individu est paniqué à l'idée de revivre un événement traumatisant durant lequel il a vécu ou perçu un danger réel. Il met alors tout en œuvre pour éviter de se retrouver dans des situations semblables. Par ailleurs, une peur persistante et hors de proportion provoquée par un objet ou une situation est davantage reliée à un diagnostic de phobie spécifique.

1.1.2 Prévalence des troubles anxieux. Certains de ces troubles sont particulièrement prévalents au Canada. Par exemple, la phobie spécifique affecterait 6 % à 8 % de la population canadienne et la phobie sociale, 6.7 %. En revanche, d'autres types de trouble anxieux sont plus rares, tel que le trouble obsessionnel compulsif qui touche 1.8 % de la population, le trouble d'anxiété

généralisée avec une prévalence de 1.1 % et le trouble panique avec une prévalence de 0.7 % (Lesage et Émond, 2012).

1.1.3 Perspective dimensionnelle. Si la perspective catégorielle domine dans la littérature et dans l'intervention clinique, elle limite le bassin d'individus anxieux à ceux qui possèdent tous les critères diagnostics tels qu'énoncés dans le DSM-5. Cependant, un individu peut souffrir de certains symptômes sans rencontrer pour autant tous les critères diagnostics. La perspective dimensionnelle permet de combler cette faille puisque l'anxiété s'inscrit alors sur un continuum de fréquence et d'intensité dans lequel les sphères comportementale (comportements d'évitement, irritation, hypervigilance), physiologique (plaintes somatiques, hyperventilation, palpitations, nausées, etc.), cognitive (scénarios catastrophiques, pensées erronées et autodépréciatives) et affective (nervosité, irritabilité, inquiétudes, obsessions; Dumas, 2007) sont prises en compte. À partir d'un certain niveau de fréquence et d'intensité, c'est-à-dire à partir du moment où l'individu est entravé dans son quotidien, la peur est considérée comme pathologique.

Il n'est pas rare que la nature du trouble anxieux évolue à mesure que l'enfant vieillit : un diagnostic d'anxiété de séparation à l'enfance peut devenir un trouble d'anxiété généralisée combinée à une phobie sociale à l'adolescence. En effet, les troubles anxieux s'inscrivent dans une trajectoire développementale sur laquelle plusieurs facteurs de risque et de protection, proximaux et distaux, modérateurs et médiateurs, jouent un rôle plus ou moins important. L'explication de cette trajectoire fera l'objet de la prochaine section.

1.2 Explication de la trajectoire développementale (annexe I). Cette section présente le processus par lequel s'influencent les différents facteurs de risque et de protection des troubles anxieux. Ces derniers, de nature individuelle, familiale ou environnementale, augmentent ou diminuent la probabilité de développer un trouble anxieux au cours de la vie (Vasey et Dadds, 2001). Cependant, un facteur de protection n'est pas l'inverse d'un facteur de risque, il peut aussi modérer la relation entre les symptômes anxieux et leur maintien ou leur aggravation (Dumas, 2007). Leur rôle de facteurs médiateurs, modérateurs, de maintien et aggravants sera donc également expliqué dans cette section.

Dès le moment de sa conception, la présence de facteurs génétiques et neurobiologiques place l'enfant à plus haut risque de développer un trouble anxieux. Par exemple, être de sexe féminin (Dumas, 2007), avoir un dysfonctionnement au niveau du neurotransmetteur de la norépinephrine (Thomas et De Bellis, 2004) ou encore une vulnérabilité génétique affective et tempéramentale (Eley, Bolton, O'Connor, Perrin, & Plomin, 2003; Smoller, Yamaki, Fagerness, Biederman, Racette, & Laird, 2005) sont reconnus comme étant des facteurs de risque dans le développement des troubles anxieux.

Par ailleurs, des facteurs familiaux et environnementaux précoces sont aussi associés au développement ultérieur des troubles anxieux. En ce sens, la fait d'être issue d'une grossesse précoce et

non désirée, le faible statut socio-économique familial, des parents avec un faible niveau d'éducation, une mère monoparentale elle-même anxieuse, une affectivité négative de la part du principal donneur de soin, une relation d'attachement insécurisante entre l'enfant et son parent, ou encore, la présence de nombreux conflits conjugaux au sein du couple constituent des facteurs de risque des troubles anxieux (Velez, Johnson, & Cohen, 1989; Provost et LaFrenière, 1991; Manassis et Bradley, 1994; Kasen, Cohen, Brook, & Hartmarck, 1996; Beidel et Turner, 1997; Goodman, Hoven, Narrow, Cohen, Fielding, & Alegria, 1998; Hudson et Rapee, 2001; Turgeon et Brousseau, 2001; Bergeron, Valla, & Gauthier, 2007). De plus, des styles parentaux permissif et autoritaire, ou encore des parents surprotecteurs constituent également des facteurs de risque prédisposant au développement d'une symptomatologie anxieuse (Rapee, 1997; Goodman et al., 1998; Bergeron et al., 2007). Par exemple, un enfant surprotégé est à risque de percevoir le monde comme un endroit dangereux auquel il ne peut faire face sans l'aide de son parent, ce qui diminue son sentiment de contrôle et de confiance en soi, et qui contribue à l'augmentation de son anxiété (Hudson et Rapee, 2001; Hudson et Rapee, 2002). Si de surcroît sa relation d'attachement avec son principal donneur de soin est de type insécurisant, il n'utilisera pas son parent comme base de sécurité (Bowlby, 2002) ce qui confirme sa perception du monde comme étant un endroit dangereux. Tous ces facteurs continuent de jouer un rôle à mesure que le nourrisson grandit et devient un enfant : ils sont en partie responsables des vulnérabilités individuelles que ce dernier développe à ce stade de sa vie.

À l'enfance, les vulnérabilités individuelles comportementales et cognitives influencent le développement des troubles anxieux de façon cruciale, d'où leur place centrale dans la chaîne prédictive; elles constituent de plus une cible d'intervention potentielle. Elles se caractérisent par de l'inhibition comportementale, des comportements d'évitements, des stratégies de résolution de problème inefficaces, des biais d'attribution hostiles, des rigidités et des distorsions cognitives (généralisation, exigences démesurées, minimisation, auto-évaluation négative, etc.), un sentiment d'inefficacité et d'impuissance et des scénarios catastrophiques (Clark et Watson, 1991; Biederman, Rosenbaum, Bolduc-Murphy, Faraone, Chaloff, & Hirshfeld, 1993; Albano, Chorpita, & Barlow, 2003; Barlow, 2004). Par exemple, lorsque l'enfant évite une situation qui lui fait peur et que, de surcroît, il tend à imaginer des scénarios catastrophiques par rapport à cette dernière, son anxiété concernant celle-ci ne fait alors qu'augmenter. De plus, ses biais d'attribution hostiles et ses distorsions cognitives le maintiennent et nourrissent cet état de peur perpétuel tandis que son inhibition comportementale l'empêche de chercher du soutien pour être en mesure d'infirmer ses biais cognitifs. Si ces vulnérabilités ressemblent à certains symptômes des troubles anxieux, elles ne sont pas pour autant présentes en quantité, en fréquence et en intensité suffisantes pour qu'un diagnostic puisse être posé, d'où l'avantage de l'approche dimensionnelle qui prend également en compte des individus non diagnostiqués. En revanche, sans intervention, ces vulnérabilités tendent à se cristalliser en trouble(s) anxieux lorsque l'enfant atteint le stade de la préadolescence, c'est-à-dire entre neuf et douze ans.

En outre, ces vulnérabilités comportementales et cognitives influencent les sphères sociales et scolaires de l'individu puisqu'elles compromettent sa capacité à se faire des amis et elles augmentent ses probabilités de se faire intimider à l'école. De plus, une personne peu confiante en elle et isolée est plus à risque de décrochage scolaire, de redoublement, ou bien de placement en « classe spéciale » (Velez et al., 1989), ce qui la prive dès lors de modèles de pairs prosociaux et contribue à aggraver sa problématique. Pour finir, des événements de vie tels que le deuil d'un proche ou une maladie physique et chronique constituent des facteurs aggravants dans le développement d'un trouble anxieux (Last, Perrin, Hersen, & Kazdin, 1992; Bergeron et al., 2007). Ces événements font vivre de la nouveauté à l'enfant, ils le sortent de son cadre habituel et ils contribuent à augmenter ou à intensifier ses vulnérabilités individuelles (scénarios catastrophiques, comportements d'évitement, inhibition comportementale, etc.).

Heureusement, certains facteurs de protection diminuent le risque de développer un trouble anxieux. Au niveau individuel, le fait d'être porté à explorer des situations nouvelles (et donc avoir un tempérament non inhibé) ainsi que le fait d'avoir un sentiment de contrôle sur son environnement et des habiletés à résoudre les problèmes efficacement sont des facteurs qui modèrent le lien entre les facteurs de risque à l'enfance et le diagnostic de trouble anxieux vers 9-12 ans; ce sont donc des facteurs de protection (Compas, 1987; Caspi, Henry, McGee, Moffit, & Silva, 1995; Verreault, Berthiaume, & Turgeon, 2005). Par exemple, un enfant dont la mère est elle-même anxieuse, mais qui possède de bonnes habiletés de résolution de problème ira chercher du soutien face à ses scénarios catastrophiques. Du point de vue familial et social, la présence d'une amitié réciproque et d'une relation d'attachement sécurisante au principal donneur de soin sont également des facteurs de protection (Habimana, Éthier, Petot, & Tousignant, 1999; Vasey et Dadds, 2001; Berthiaume, 2009; Deater-Deckard, 2001; La Greca et Harrison, 2005). Enfin, le soutien des pairs est un facteur d'amélioration, c'est-à-dire qu'il diminue la sévérité du trouble anxieux (Berthiaume, 2009; Deater-Deckard, 2001; La Greca et Harrison, 2005).

Malgré la présence de facteurs de protection et d'amélioration, les troubles anxieux engendrent de lourdes conséquences à l'âge adulte, surtout si le trouble apparaît de façon précoce dans la trajectoire (Dumas, 2007). L'individu qui en souffre est susceptible d'avoir un plus faible niveau de scolarité, de souffrir d'instabilité professionnelle, d'isolement social (Benjamin, Costello, & Warren, 1990) et d'une faible estime de soi (Strauss et Last, 1993). Il est également plus à risque d'abus de substances (Woodward et Ferguson, 2001), de dépression (Turgeon et Brousseau, 2007), d'eczéma et de plaintes somatiques (Dumas, 2008). Enfin, il n'est pas rare que les diagnostics de troubles anxieux soient comorbides entre eux : deux enfants sur trois aux prises avec un trouble anxieux obtiendront un second diagnostic et même un troisième au cours de leur vie (Last et al., 1992). À la lumière de ces considérations, il est évident que l'individu qui souffre d'un trouble anxieux a besoin d'aide. La prochaine

partie explique l'intervention proposée, la façon dont elle s'intègre dans la chaîne prédictive et ce en quoi elle fait partie des pratiques probantes.

1.3 Intervention proposée et meilleures pratiques. Le programme qui fait l'objet d'une intervention se nomme l'Approche globale (La Clé des champs, 2004) : c'est un programme de groupe, en dix séances hebdomadaires de deux heures. Les participants sont au nombre de 12 et ils sont âgés de 25 à 75 ans. Pour être sélectionnés, ils doivent satisfaire à un certain nombre de critères tels qu'être limités dans leur vie quotidienne (p. ex., avoir des difficultés à sortir de chez soi ou à s'intégrer professionnellement, etc.), avoir une certaine connaissance de leur problème d'anxiété et avoir déjà entamé une démarche pour régler leur problème (p. ex., avoir fait d'autres requêtes thérapeutiques ou considérer en entreprendre).

Le programme Approche globale est d'approche cognitive comportementale. Composée de quatre dimensions, soit les dimensions cognitive, comportementale, émotive et physiologique, la Thérapie Cognitive Comportementale (TCC) est actuellement l'intervention probante pour tous les troubles anxieux sans distinction (Kendall, 1994; Kendall & SouthamGerow, 1996; Barlow, 2004; Dumas, 2007; Turgeon & Gendreau, 2007). Sa dimension cognitive, connue sous le nom de restructuration cognitive, vise à diminuer les distorsions cognitives de l'individu. Sa dimension comportementale cible l'acquisition de stratégies efficaces de résolution de problème et elle privilégie l'exposition aux situations anxiogènes dans le but de faire cesser les comportements d'évitement. Sa composante physiologique, elle, permet d'apprendre des techniques de relaxation et de rééducation respiratoire. Enfin, sa composante émotive permet d'apprendre à identifier et exprimer ses émotions.

La TCC peut se faire de façon individuelle ou en groupe : ces dernières sont efficaces de façon non différenciée (Kendall, 1994; Barrett, Dadds, & Rapee, 1996; Kendall, Flannery-Schroeder, Panichelli-Mindel, Southam-Gerow, Henin, & Warman, 1997; Barrett, 2000; Mendlowitz, Manassis, Bradley, Scapillato, Miezitis, & Shaw, 1999), à l'exception de la phobie sociale pour laquelle certains auteurs recommandent davantage un traitement de groupe (Beidel, Turner, & Morris, 2000; Silverman et Pina, 2008; Hayward, Varady, Albano, Thiernermann, Henderson, & Schatzberg, 2000). Si les deux formes semblent donc aussi efficaces l'une que l'autre (à l'exception du traitement pour la phobie sociale), l'intervention de groupe demeure la plus efficiente en terme de coût-bénéfice, ce qui justifie la modalité de groupe choisie pour l'Approche globale.

En outre, autant dans sa structure que dans ses thèmes, l'Approche globale s'inspire des programmes cognitifs comportementaux les plus probants. Au niveau de la structure, les meilleurs programmes se déploient généralement entre 10 et 15 rencontres hebdomadaires de 90 à 120 minutes, fréquence qui est également justifiée dans la littérature (Antony & Swinson, 2000; Barrett, Lowry-Webster, & Turner, 2000; Meadows et Phipps, 2002). Au niveau des thèmes, autant les programmes

pour enfant et pour adolescents tels que *Coping Cat* (Kendall, 1990) et *Friends* (Barett, Lowry-Webster, & Turner, 2000) que ceux pour adultes (Dugas et Robichaud, 2007; Norton et Price, 2007; Hofmann et Smits, 2008) contiennent des thèmes similaires (identification des indicateurs physiologiques de l'anxiété, modification des distorsions cognitives, développement de stratégies concrètes telles que la respiration pour s'adapter aux situations stressantes et l'exposition aux situations anxiogènes, etc.).

Pour finir, les thèmes abordés par l'Approche globale s'inscrivent également dans la continuité de la chaîne développementale (annexe I). En effet, le programme vise à diminuer les vulnérabilités individuelles de ses participants (distorsions cognitives, scénarios catastrophiques, stratégies non efficaces de résolution de problème, etc.) puisqu'un bon nombre d'entre elles sont des facteurs de risques proximaux et de maintien des troubles anxieux (section 1.2). En revanche, lorsque l'individu développe sa capacité à identifier ses symptômes, à confronter ses distorsions cognitives, à résoudre ses problèmes de façon efficace ou lorsqu'il s'expose aux situations anxiogènes de sa vie quotidienne, la sévérité de son trouble (et de ses conséquences) s'en trouve atténuée.

Chapitre 2. Méthodologie

2.1 Description du programme selon le modèle psychoéducatif

2.1.1 Sujets. La Clé des champs est un organisme communautaire à but non lucratif, spécialisé dans l'intervention auprès d'adultes et d'adolescents atteints de trouble anxieux. Le programme qui fait l'objet d'une évaluation porte le nom d'Approche globale et il concerne l'intervention auprès d'adultes souffrant de troubles anxieux. Les participants, au nombre de 12, sont âgés de 25 à 75 ans. Pour être sélectionnés, ils doivent satisfaire à un certain nombre de critères : être limité dans sa vie quotidienne en raison de son trouble anxieux (p. ex., avoir des difficultés à sortir de chez soi ou à s'intégrer professionnellement), avoir une certaine connaissance de son problème d'anxiété, avoir déjà fait un certain cheminement pour tenter de le régler (p. ex., avoir fait d'autres démarches thérapeutiques ou du moins considérer en entreprendre), être motivé à s'engager pour dix semaines, être prêt à se plier au mode de fonctionnement du milieu, enfin, l'intervenant se donne le droit d'exclure un individu avec un autre problème de santé mentale (schizophrénie, trouble de la personnalité, etc.) pour lequel le groupe ne pourrait pas l'aider. Le cas échéant, il le réfère à une ressource plus appropriée. La vérification de ces critères se fait lors d'une rencontre individuelle avec chaque participant, au minimum une semaine avant le début des rencontres de groupe de l'Approche globale.

Par ailleurs, la Clé des champs est un organisme de type suprarégional qui dessert l'ensemble de la grande région de Montréal (couronne nord et sud). Des sujets de différents horizons (différentes cultures, différents statuts socio-économiques, etc.) sont donc susceptibles de formuler une demande d'aide à l'organisme.

Pour finir, La Clé des champs confère un statut spécial à ses clients puisque son objectif premier est l'entraide. Ce concept se définit par une volonté des membres de s'aider mutuellement d'une part, et le postulat selon lequel chaque individu possède les compétences pour s'aider et aider ses congénères, d'autre part. Par conséquent, le milieu ne prétend pas remplacer un suivi ou une thérapie avec un professionnel, il est plutôt complémentaire.

2.1.2 Animatrices. L'implantation de l'Approche globale requiert deux animatrices. La première est stagiaire en maîtrise en psychoéducation à l'Université de Montréal. Cette dernière a déjà animé une session d'Approche globale comme bénévole à la Clé des champs au printemps 2015, dans le but de s'approprier le contenu. La seconde animatrice est une intervenante psychosociale en santé mentale qui possède 20 ans d'expérience dans l'animation de groupe d'entraide. Les animatrices sont responsables de présenter le contenu théorique de la séance lors de la première heure et d'animer le moment de partage des participants, qui concerne leurs questions et leurs témoignages (p. ex., l'expérimentation

d'un outil, une situation vécue durant la semaine qui était particulièrement difficile, etc.) lors de la deuxième heure.

En outre, la conception de l'entraide attribuée aux animatrices a un rôle spécifique : celles-ci sont considérées comme des aidantes qui facilitent le cheminement du groupe et non comme des spécialistes que l'on consulte pour se faire guérir. Les intervenantes sont responsables d'utiliser le potentiel du groupe pour permettre à chacun d'avancer dans sa démarche.

En outre, si l'organisme privilégie des intervenants qui ont vécu ou vivent actuellement une problématique d'anxiété, ceux-ci doivent néanmoins avoir cheminé un certain temps avec cette problématique. Le milieu leur donne même la possibilité, lorsque le moment est approprié et avec parcimonie, de partager leur cheminement aux sujets (p. ex., dans le but de leur redonner de l'espoir). Les animatrices doivent également posséder les qualités propres à l'aidant naturel : empathie, discrétion, tolérance et non-jugement. Elles encouragent les membres à participer activement à leur démarche et elles les aident à trouver les moyens qui leur conviennent pour s'en sortir. Elles seront d'ailleurs confrontées au cours des dix semaines à des résistances, ce qui est un processus naturel au changement. Par conséquent, leurs schèmes relationnels de confiance dans les capacités du participant et d'empathie face à ses difficultés sont particulièrement importants.

2.1.3 Objectifs. Afin de permettre aux participants de maîtriser leur trouble anxieux, le programme d'intervention cible trois objectifs généraux qui couvrent les principaux thèmes abordés et se décomposent de la façon suivante :

1. Les participants augmentent leur capacité à se détendre.
 - 1.1. Les participants utilisent la technique de la respiration abdominale dans leur milieu de vie (au moins deux fois par semaine).
 - 1.2. Les participants utilisent une des techniques de relaxation (active ou passive) dans leur milieu de vie (au moins deux fois par semaine).
2. Les participants diminuent leurs pensées erronées.
 - 2.1. Les participants identifient leurs pensées erronées face à un évènement anxigène dans leur milieu de vie (au moins une fois par semaine).
 - 2.2. Les participants reformulent leurs pensées erronées en pensées plus réalistes dans leur milieu de vie (au moins une fois par semaine).

3. Les participants augmentent leur capacité à faire face à des situations anxiogènes.

3.1 Les participants utilisent une des stratégies de résolutions de problèmes (simple ou par étape) dans leur milieu de vie (au moins une fois par semaine).

3.2 Les participants diminuent la fréquence d'utilisation des stratégies de fuite et d'évitement.

Les objectifs généraux ciblent des vulnérabilités individuelles qui se développent à l'enfance (voir la chaîne prédictive, annexe I) et qui contribuent au développement et au maintien du trouble anxieux chez l'adulte. En agissant sur ces dernières, il devient non seulement possible pour l'individu de maîtriser son trouble anxieux, mais en plus d'en diminuer les symptômes, ce qui est l'objectif distal du programme d'intervention.

Les objectifs spécifiques ciblent directement le milieu de vie de l'individu. En effet, il est plus aisé d'acquérir et de pratiquer une habileté dans un contexte contrôlé, avec l'aide des pairs et des animatrices, mais la mettre en pratique de son propre chef dans un contexte où l'anxiété est plus forte reflète un degré d'appropriation supérieur, degré que le programme cherche à atteindre. Pour finir, il est pertinent de préciser que les concepts de pensées erronées et de distorsions cognitives sont employés indifféremment dans ce travail.

2.1.4 Programme et contenu. Comme mentionné précédemment, l'intervention proposée est un programme de groupe, d'approche cognitive comportementale, pour des adultes atteints d'un trouble anxieux. Les rencontres hebdomadaires durent deux heures et à l'exception des première et dernière rencontres, elles se déroulent dans le même ordre. Lors de la première heure, l'animatrice présente le contenu théorique de la semaine puis des exercices pratiques sont proposés aux participants dans le but de favoriser son intégration. Cette partie se conclut par une pause d'environ dix minutes. Les cinquante dernières minutes sont consacrées aux participants qui partagent un sujet de leur choix. À titre d'exemple, ils peuvent s'exprimer sur des problèmes rencontrés au cours de leur semaine, ou bien partager leurs inquiétudes face à l'avenir. Ils peuvent aussi porter un jugement sur leur niveau d'atteinte des objectifs ou bien revenir sur un exercice pratique exécuté lors de la première partie. Les première et dernière rencontres se déroulent différemment. En effet, le temps du partage est placé durant la première heure dans le but de laisser plus de temps aux participants pour se présenter lors de la première rencontre, et pour faire leur bilan, lors de la dernière rencontre.

Par ailleurs, chaque rencontre correspond à un thème spécifique. La première séance consiste à définir les troubles anxieux, à expliquer ses origines physiologique et psychologique, et à proposer deux techniques de base pour diminuer le niveau d'anxiété des participants, soit la respiration et les phrases sécurisantes. La seconde rencontre enseigne deux nouvelles techniques aux participants, soit la relaxation et le journal de bord (un journal quotidien dans lequel le participant écrit ce qui se passe en

lui). Les deux ateliers subséquents sont consacrés à l'exploration des distorsions cognitives (troisième atelier) et des croyances de base (quatrième atelier). Tandis que les croyances de base sont des idées qui dictent la façon dont l'individu choisit de répondre à ses besoins (p. ex., « mes proches passent toujours avant moi »), les pensées erronées font partie du discours intérieur de l'individu et de sa façon d'interpréter les événements qui lui arrivent au quotidien (p. ex., « ce genre de chose n'arrive qu'à moi »). À ce propos, il existe plusieurs types de pensées erronées qui sont présentées aux participants lors du troisième atelier (p. ex., la pensée du tout ou rien, les exigences démesurées, l'autocritique ou bien la dramatisation) et plusieurs types de besoins qui leur sont également présentés au moyen de la pyramide de Maslow (quatrième atelier). La cinquième rencontre consiste à identifier les indicateurs physiologiques et les états émotionnels caractéristiques d'un niveau d'anxiété élevé. La sixième rencontre, propose une méthode aux participants, la grille d'auto-observation, pour leur apprendre à reformuler leurs distorsions cognitives en pensées plus réalistes et moins anxiogènes. Après cela, la septième rencontre a pour but d'outiller les participants pour qu'ils soient en mesure de reformuler leurs croyances de base. Enfin, tandis que les huitième et neuvième semaines sont employées à l'apprentissage des techniques de résolution de problèmes (simple et par étape), la dernière semaine vise à sensibiliser les sujets sur l'importance d'avoir une bonne hygiène de vie (c.-à-d. sommeil, alimentation, activité physique, etc.).

2.1.5 Temps. Les dix rencontres hebdomadaires de groupe se déroulent le mardi après-midi, de 13:30 à 15:30. La fréquence et l'intensité sont justifiées par les pratiques probantes (section 1.3). La plage horaire est choisie par les participants puisque l'organisme en propose plusieurs, deux en soirée et une en après-midi. Au niveau du temps subjectif, il est possible que le niveau de disponibilité des participants soit supérieur à celui de ceux qui viennent en soirée, après une journée de travail. En outre, la fatigue est souvent moins grande en début de semaine, ce qui fait du mardi une journée de choix.

2.1.6 Espace. Les dix rencontres se situent dans le grand local de l'organisme. Ce local — équipé d'une grande table, de chaises, de crayons, de verres et de pots d'eau — est décoré de façon imagée et colorée sur le thème des concepts abordés au cours des dix semaines. Il est éclairé par une fenêtre ou par un éclairage indirect (lampes) lorsqu'il fait plus sombre. Il se situe au niveau de la rue Henri-Bourassa Est et le bruit venant de l'extérieur est dérangeant lorsque les fenêtres sont ouvertes uniquement. Au niveau de l'espace subjectif, ce local se veut chaleureux, rassurant et confortable.

2.1.7 Moyens de mise en relation. Dans le but de faire connaissance et de profiter d'un moment de repos après l'exposition des concepts théoriques, une pause d'environ dix minutes est proposée en milieu de rencontre. En outre, les participants qui arrivent en avance peuvent également profiter d'un moment de libre échange avant le début de la rencontre. De plus, l'alternance entre l'exposition des connaissances théoriques durant la première partie et le moment de partage durant la seconde partie est susceptible de favoriser l'intégration des connaissances sous ses angles théorique et pratique. Les outils

suggérés aux participants, tels que la grille d'auto-observation et les diverses techniques de gestion de son anxiété, leur permettent de tester leur niveau de compréhension des concepts théoriques. La mise en pratique est, de plus, essentielle à la généralisation des acquis. Les animatrices utilisent également des techniques comportementales telles que le renforcement lorsque le participant adopte les outils suggérés, le modelage à travers le témoignage des pairs ou la rétroaction après les exercices en groupe. Par ailleurs, chaque participant possède son manuel dans lequel sont indiqués des résumés des exposés théoriques, des outils, des stratégies et des exercices à faire à la maison.

Dans le but de gérer les comportements du groupe, les intervenantes se réfèrent au contrat d'engagement signé par les participants en début de rencontre (sections 2.1.8 et 2.1.9). Dans le cas où la conversation s'étirerait ou dévierait, elles recadrent les conversations autour du contenu. Pour ce faire, elles peuvent s'aider de la technique du bâton de parole si elles le jugent pertinent : ce dernier est assigné au participant qui a l'objet en sa possession.

2.1.8. Codes et procédures. La valeur mise de l'avant par l'organisme et qui est exigée dans chaque groupe est le respect des autres pour assurer un climat de confiance (respect de la confidentialité, attitudes de non-jugement et de tolérance), le respect du milieu afin d'assurer un endroit propre et sécuritaire (éteindre son cellulaire, veiller à quitter la salle telle qu'elle était au départ) et le respect de soi. De ces valeurs découlent des comportements qui sont attendus tels qu'être ponctuel et assidu (d'ailleurs, toute personne qui s'absente plus de trois fois sans raison sérieuse se doit de quitter le groupe), respecter le temps de parole de chacun, écouter sans interrompre et, si le contexte est approprié, donner des conseils en privilégiant la formule « je ferais » à celle du « tu devrais » et en évitant les critiques négatives. Enfin, les discussions autour de la pharmacothérapie ne sont pas permises à l'intérieur du groupe puisqu'elles tendent à créer un climat conflictuel.

2.1.9. Système de responsabilités. Les participants ont la responsabilité de respecter le code et les procédures, d'être présent de corps et d'esprit aux rencontres de groupe, de participer et d'être engagés dans leur démarche (c.-à-d., essayer les exercices à la maison, s'exposer aux situations anxiogènes, etc.). Ces responsabilités sont énoncées et elles font l'objet d'un contrat d'engagement à signer dès la première rencontre. Par ailleurs, chaque participant est libre de se fixer son propre objectif en début de parcours et de chercher de l'aide auprès des animatrices lorsqu'il rencontre des difficultés.

Quant aux animatrices, elles sont responsables de se rencontrer 30 minutes avant chaque atelier pour préparer son déroulement et pour se répartir les rôles. Pour ce faire, elle s'aide d'une feuille de route qui est rédigée par l'animatrice stagiaire (pour un exemple de feuille de route, voir l'annexe V). Les animatrices se concertent également 30 minutes après les ateliers pour remplir les grilles d'évaluation de la mise en œuvre (annexe V). Pour finir, ces dernières se chargent d'apprêter le local, elles assurent la mise en place d'une bonne dynamique de groupe, elles veillent à ce que chaque participant d'une part,

ait l'opportunité de partager ses défis et ses réussites, et d'autre part, comprennent les concepts théoriques abordés. Elles sont aussi responsables de gérer les comportements, en faisant respecter les règles de fonctionnement, et de reconforter les participants dont l'anxiété est si grande qu'ils doivent sortir de la salle de réunion pour se calmer.

2.1.10. Système d'évaluation et de reconnaissance. Au niveau du système d'évaluation, les objectifs sont gradués selon leur milieu d'application : le participant essaie de réaliser l'objectif en groupe lors des pratiques organisées à cet effet, puis il l'essaie dans son milieu de vie ensuite. Cette méthode lui permet de prendre conscience des progrès effectués.

À ce propos, le premier objectif du programme consiste à augmenter sa capacité à se détendre à l'aide des techniques de la respiration et de la relaxation. Pour favoriser la généralisation des acquis, sont donc prévus des exercices d'entraînement en groupe à la respiration durant la seconde rencontre, et à la relaxation durant la sixième rencontre. L'animatrice stagiaire note dans un journal de bord la capacité des sujets à pratiquer l'exercice et les mots clefs du contenu relié à leur partage (p. ex., croyance en faveur ou en défaveur de ces techniques, nomme ses difficultés et ses succès). Ces résultats sont susceptibles d'expliquer ultérieurement les résultats obtenus quant à l'atteinte de cet objectif.

Le second objectif du programme consiste à diminuer ses distorsions cognitives en les identifiant et en les reformulant. Pour favoriser la généralisation des acquis, des séances d'entraînement en groupe sont prévues lors des rencontres 4, 5, 6, et 7. L'animatrice stagiaire note dans un journal de bord la capacité des participants à nommer et à classer leurs pensées erronées dans les différentes catégories et leur capacité à les reformuler. Ces résultats sont susceptibles d'expliquer ultérieurement les résultats obtenus quant à l'atteinte de cet objectif.

Au niveau du système de reconnaissance, les animatrices usent de renforcements pour souligner les progrès réalisés. En outre, en guise de félicitations, une attestation de participation est remise aux participants à la fin du programme. L'organisme les invite également aux événements spéciaux qui ponctuent l'année comme la fête de Noël, l'assemblée générale, etc.

1.1.11 Stratégie de transfert et de généralisation. À titre de rappel, après la pause de dix minutes, les cinquante minutes restantes donnent la possibilité aux participants de partager les réflexions, les succès et les défis rencontrés au cours de leur semaine. Comme ces témoignages sont principalement basés sur les exercices que les participants rapportent chez eux, ils ont aussi pour but d'encourager les participants, selon le principe du modelage, à utiliser les stratégies vues au cours des ateliers.

2.2 Description du modèle logique (annexe II). Le modèle logique (annexe II) a pour but de visualiser les éléments essentiels du programme Approche globale : programme de groupe, d'approche cognitive comportementale, pour 12 adultes âgés de 25 à 75 ans qui souffrent d'un trouble anxieux. Ce programme est décrit en détail dans la section 2.1. L'Approche globale requiert des ressources humaines, matérielles et financières telles que deux animatrices (une stagiaire en maîtrise en psychoéducation à l'Université de Montréal et une intervenante psychosociale en santé mentale possédant 20 ans d'expérience), un guide d'implantation et d'animation du programme, un local équipé et un manuel du participant. De plus, le programme inclut plusieurs activités qui forment une suite logique : la première heure est dédiée au transfert des connaissances théoriques accompagnées d'exercices à faire en groupe pour mieux intégrer les concepts enseignés. Après une pause de dix minutes, les cinquante minutes restantes permettent aux participants de partager les réflexions, les succès et les défis rencontrés au cours de leur semaine. Comme ces témoignages sont principalement basés sur les exercices que les participants rapportent chez eux, ils ont aussi pour effet de briser l'isolement vécu par les membres et de les encourager, selon le principe du modelage, à utiliser les stratégies vues au cours des séances. Au niveau des extrants, ce programme est susceptible de créer un réseau informel chez les participants.

En outre, une évaluation réussie nécessite des objectifs proximaux et distaux qui sont clairs, précis, opérationnalisables et qui permettent de mesurer l'évolution du participant. C'est pourquoi, au terme de l'intervention, ces derniers auront, augmenté leur capacité à se détendre, diminué leurs distorsions cognitives, et augmenté leur capacité à faire face à des situations anxiogènes. Au niveau distal, il sera possible d'observer une diminution des symptômes de leur trouble anxieux respectif.

Par ailleurs, des facteurs contributifs permettent d'assurer l'implantation optimale du programme. En effet, la supervision clinique offerte à l'animatrice stagiaire, l'horaire qui est choisi par les participants et qui est propice à susciter leur participation, la préparation des intervenantes et du local, les pauses, la motivation, l'engagement, la qualité des échanges entre les participants et le fait que le programme est connu du milieu, car implanté en son sein depuis plusieurs années déjà, sont des facteurs cruciaux qui contribuent à l'implantation optimale du programme.

Pour finir, des facteurs externes pourraient influencer les résultats tels que la participation à un suivi individuel ou à une psychothérapie dans leur Centre Local de Services Communautaires (CLSC), ou encore la prise d'une pharmacothérapie. Si ces débordements peuvent susciter des progrès plus rapides chez le participant concerné, d'autres facteurs tels que des événements de vie stressants (deuil, divorce, licenciement, etc.) pourraient augmenter l'anxiété du participant et donc provoquer l'effet contraire. Enfin, des conditions météorologiques difficiles (tempête de neige augmentant l'absentéisme aux ateliers) pourraient également retarder l'arrivée des résultats.

2.3 Planification des composantes formelles de l'évaluation de la mise en œuvre.

L'évaluation de la mise en œuvre d'un programme se décompose en trois étapes : la mesure de sa conformité du point de vue quantitatif et qualitatif, la mesure de l'exposition des participants au programme, et la qualité de leur participation.

2.3.1 Conformité. L'évaluation de la conformité vise à s'assurer que le programme est implanté tel que planifié au départ. Du point de vue quantitatif, l'animatrice remplit une grille pour l'évaluation du contenu après chaque rencontre (annexe V); celle-ci contient trois critères à réponses dichotomiques, soient le respect du nombre, de la fréquence et de la durée des rencontres (dix rencontres hebdomadaires de deux heures), et trois critères qui sont évalués à l'aide d'une note comprise entre un (note la plus basse) et trois (note la plus élevée). Le premier critère a pour but d'évaluer si le contenu a bien été couvert tel que planifié au départ. Pour ce faire, l'animatrice prépare une feuille de route avant chaque rencontre (annexe V). Le second critère concerne l'organisation matérielle : apprêter la salle, faire les photocopies nécessaires, etc. Enfin, le troisième critère évalue le niveau de préparation des animatrices (rencontre de 30 minutes avant chaque atelier).

De plus, l'animatrice (stagiaire à la maîtrise en psychoéducation) est évaluée par sa coanimatrice (intervenante psychosociale en santé mentale) à l'aide de la grille d'observation pour l'évaluation de la qualité de l'animation (annexe V). Remplie après chaque rencontre, cette grille contient cinq critères qui sont : (1) la capacité de l'animatrice à utiliser ses schèmes relationnels d'empathie et de confiance (schèmes particulièrement importants dans l'implantation de ce programme, voir section 2.1.2) (2) sa capacité à utiliser des techniques d'apprentissage comportementales (techniques particulièrement importantes dans l'implantation de ce programme, p. ex. renforcements, modelage, etc.) (3) sa capacité à transférer les connaissances théoriques de façon claire (4) sa capacité à susciter l'intérêt des participants et (5) sa capacité à recadrer lorsque la conversation dévie. Pour ces cinq critères, l'animatrice obtient une note comprise entre un (note la plus basse) et trois (note la plus élevée). Si la conformité au programme est essentielle pour être en mesure, subséquemment, de juger de ses effets, l'exposition adéquate des participants à celui-ci l'est tout autant.

2.3.2 Exposition et débordements. Pour déterminer des effets possibles d'un programme, il faut d'abord s'assurer que les participants y ont été exposés comme prévu. Pour ce faire, après chaque rencontre, l'animatrice inscrit les présences et les retards dans sa feuille de présence (annexe V). De plus, à l'évaluation au prétest (T0) et à l'évaluation au post-test (T11), elle inscrit le nom de tous les participants qui entreprennent une démarche à l'extérieur de l'organisme (p. ex., une TCC dans leur CLSC) ou, s'il y a prise d'une pharmacothérapie à cause de leur trouble anxieux. En effet, le programme est susceptible d'avoir un effet supérieur auprès de ces derniers puisqu'ils obtiennent plus d'aide que les

autres. Pour finir, les effets d'un programme dépendent également de la qualité de la participation du groupe.

2.3.3 Qualité de la participation. Dans le but de juger de la qualité de la participation du groupe, les animatrices disposent d'une grille prévue à cet effet (annexe V). Cette grille vise autant à évaluer la participation durant les rencontres (quatre critères) que l'investissement des individus en dehors des rencontres (un critère). Après chaque rencontre, les animatrices remplissent séparément la grille pour chaque participant, puis elles procèdent à un accord interjuge pour l'obtention d'un résultat plus objectif. Les deux premiers critères sont à réponses dichotomiques, ils concernent l'intérêt porté à la conversation et les exercices à faire à la maison (le participant porte-t-il un intérêt à la conversation? A-t-il fait les exercices ou non? Les a-t-il compris ou non?); les trois autres critères sont évalués à partir d'une échelle à trois niveaux (un peu, moyennement, beaucoup), ils concernent la fréquence et la pertinence des prises de paroles, et le nombre de recadrages faits par l'animatrice au sein du groupe, reflet du niveau de concentration des participants sur le contenu. La mesure de la conformité, de l'exposition et de la qualité de la participation complète l'évaluation des composantes formelles de la mise en œuvre du programme. Cette dernière prépare le terrain pour une évaluation réussie de ses effets.

2.4 Planification de l'évaluation des effets. Pour juger des effets d'un programme, il convient d'évaluer le niveau d'atteinte de ses objectifs. Ces derniers déterminent les construits (p. ex., les distorsions cognitives) sur lesquels le programme est censé avoir des effets. Pour ce faire, des instruments de mesure sont sélectionnés pour chaque objectif (annexe IV). Ces instruments sont présentés dans cette section. Le devis (ou protocole) de recherche détermine si les résultats sont analysés de façon individuelle ou en groupe. Les mots devis et protocole de recherche sont employés indifféremment dans ce travail.

2.4.1 Devis de recherche. Le choix d'un devis de groupe (analyse des résultats en considérant le groupe comme une entité) est ici privilégié aux protocoles à cas unique (analyse des résultats de façon individuelle) parce qu'il est méthodologiquement plus puissant : il permet de mieux contrôler les menaces à la validité interne (p. ex., les facteurs historiques, la maturation, la répétition, etc., Campbell et Stanley, 1966). Le protocole sélectionné est de type quasi expérimental, car les conditions du milieu (notamment la sélection non aléatoire des participants) ne permettraient pas d'avoir un protocole de type expérimental.

C'est donc au moyen d'un protocole quasi expérimental à série temporelle simple que les effets du programme d'intervention sont évalués. La première étape consiste à prendre une série de mesure au prétest (avant l'intervention, aux temps T0 et T1) pour être en mesure d'établir le niveau de base du groupe. Les construits évalués sont la capacité à se détendre, les distorsions cognitives, et la capacité des participants à faire face aux situations anxiogènes. Ces deux prises de mesures sont nécessaires

pour éliminer le plus de menaces possible à la validité interne (p. ex., la maturation). Les conditions du milieu ne permettent malheureusement pas d'effectuer plus de deux prises de mesure au prétest. La seconde étape consiste à implanter le programme et à prendre une série de huit mesures au cours des dix rencontres hebdomadaires (aux temps T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, et T10). La dernière étape se définit comme la période de post-test, il s'agit de mesurer à nouveau les construits (évalués au prétest) juste après l'intervention et deux semaines après (aux temps T10 et T11). Le but du temps 11 est de vérifier si les résultats se maintiennent dans le temps.

De façon plus concrète, les deux mesures du prétest sont prises à l'organisme et au minimum à une semaine d'intervalle. Le temps T0 s'effectue lors d'une première entrevue individuelle avec chaque participant durant laquelle il remplit différents questionnaires visant à évaluer son niveau de base. Ces douze entrevues se font dans un intervalle de trois semaines (entre le 2015-08-31 et le 2015-09-19). La seconde passation des questionnaires s'effectue au temps T1, c'est-à-dire 30 minutes avant le début du premier atelier (de 13:00 à 13:30), le 2015-09-22. L'implantation du programme a lieu entre les temps T1 et T10. Durant ce laps de temps, des mesures répétées (de type autorévélé) sont prises. Les deux mesures du post-test se réalisent le 2015-11-24, au temps T10, 30 minutes après la rencontre (de 15:30 à 16:00), et le 2015-12-08, au temps T11, deux semaines après la fin des rencontres. Relativement au temps T11, les questionnaires sont envoyés aux participants par la poste pour leur éviter un déplacement. Les mesures du post-test sont comparées au niveau de base établi au prétest. La prochaine section présente les instruments de mesure sélectionnés pour juger des effets du programme.

2.4.2 Instrument de mesure et procédures. Comme vu précédemment, le programme possède trois objectifs généraux (section 2.1.3). Chacun d'entre eux est mesuré à partir du même instrument, un journal de bord maison, et selon la même procédure. Cet instrument se compose de sept questions qui sont notées à l'aide d'une échelle de Likert (1— Pas du tout; 2— Un peu; 3— Parfois; 4— Souvent; 5— Très souvent). À partir du temps T3 (premier temps de mesure), les participants sont chargés de compléter leur journal de bord de façon hebdomadaire à la maison. Ils le rapportent à la rencontre suivante à l'animatrice, et ils l'échangent contre une copie vierge pour la semaine d'après.

Le premier objectif, soit que les participants augmentent leur capacité à se détendre, est mesuré à l'aide des questions 2 et 3 du journal de bord. Les participants sont interrogés sur leur fréquence d'utilisation des techniques de respiration et de relaxation durant la semaine. Les questions 2.1 et 3.1 les interrogent sur leur niveau de détente après avoir utilisé l'une de ces deux techniques. Le second objectif, soit que les participants diminuent et confrontent leurs distorsions cognitives, est mesuré à l'aide des questions 4 et 5 du journal de bord. Les participants sont interrogés sur la fréquence de leurs distorsions cognitives durant la semaine et leur capacité à les reformuler. Le troisième objectif soit que les participants augmentent leur capacité à faire face aux situations anxiogènes est mesuré à l'aide de la

question 6. Les participants sont interrogés sur la fréquence à laquelle ils ont cherché à fuir ou à éviter un problème durant leur semaine. Enfin, l'objectif distal, soit que les participants diminuent les symptômes liés à leur trouble anxieux, est mesuré à l'aide des questions 1 et 7. Le participant est interrogé sur son niveau d'anxiété et sur son sentiment de compétence face à celle-ci durant la semaine.

L'objectif concernant la résolution de problème est également mesuré au prétest et au post-test, à l'aide du questionnaire des Stratégies d'Adaptation au Stress (SAS), un instrument qui est disponible en anglais (*Ways of Coping Checklist, WCC*, Folkman & Lazarus, 1980) et traduit en français par Paulhan, Nuissier, Quintard et Cousson (1994). Le SAS possède 29 énoncés et cinq sous-échelles qui représentent cinq stratégies possibles d'ajustement au stress : la résolution de problème, la recherche de soutien social, l'auto-accusation, la réévaluation positive et l'évitement. Les énoncés de ce questionnaire sont cotés à l'aide d'une échelle à trois points (0— Non; 1— Plutôt non; 2— Plutôt oui; 3-Oui). Cet instrument possède des propriétés psychométriques adéquates, notamment une consistance interne (0.73 à 0.76) et une stabilité temporelle (0.75 à 0.90, après sept jours).

En outre, l'objectif distal qui consiste à diminuer les symptômes anxieux des participants est mesuré au prétest, pour prendre leur niveau de base, et au post-test, à l'aide de deux instruments de mesure. Le premier est le *Beck Anxiety Inventory* (BAI, Beck & Steer, 1990) traduit et validé en français par Freeston, Ladouceur, Thibodeau et Gagnon (1994). Le BAI mesure les symptômes liés à l'anxiété et il possède 21 énoncés et quatre sous-échelles qui représentent différents domaines touchés par les troubles anxieux : les systèmes neurophysiologiques (1) et autonomes (2), l'anxiété subjective (3) et le niveau de panique (4) ressentis par l'individu. Les énoncés de ce questionnaire sont cotés à l'aide d'une échelle de Likert (0— Pas du tout; 1— Légèrement; 2— Modérément; 3— Fortement). Cet instrument possède des propriétés psychométriques adéquates, notamment une consistance interne (0.92 à 0.94) et une stabilité temporelle (0.67 après 11 jours; annexe IV).

Par ailleurs, cet instrument a fait l'objet d'études normatives (Beck & Steer, 1990; Freeston, Ladouceur, Thibodeau et Gagnon, 1994). Selon ces auteurs, un score entre 0 et 9 correspond à « un niveau d'anxiété minimal », un score entre 10 et 16 correspond à « un niveau d'anxiété léger », un score entre 17 et 29 correspond à « un niveau d'anxiété modéré » (soit un écart type au-dessus de la moyenne) et un score entre 30 et 63 correspond à « un niveau d'anxiété sévère » (soient deux écarts types au-dessus de la moyenne). Si le programme produit des résultats, il est attendu que les scores des participants au BAI au post-test soient inférieurs à ceux du prétest.

Le second instrument est le *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ) de Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec (1990) traduit en français par Gosselin, Dugas, Ladouceur et Freeston (2001). Le PSWQ mesure le degré et l'intensité des inquiétudes dans la vie d'un individu. Ce questionnaire possède 16 énoncés qui sont cotés à l'aide d'une échelle de Likert (0— Pas du tout caractéristique; 1— Un peu

caractéristique; 2— Assez caractéristique; 3— Très caractéristique; 4— Extrêmement caractéristique). Le score détermine si ce niveau d'inquiétude est normatif (score compris entre 24 et 40), s'il est un écart type au-dessus de la moyenne (score supérieur à 40), ou s'il est deux écarts types au-dessus de la moyenne, et donc cliniquement significatif (score supérieur à 55). Cet instrument possède des qualités psychométriques adéquates, notamment une consistance interne (0.93) et une stabilité temporelle (0.86 après quatre semaines; pour plus de détails, se référer à l'annexe IV). Si le programme produit des résultats, il est attendu que le score des participants au PSWQ au post-test soit inférieur à ceux du prétest. Pour finir, le programme est également susceptible de produire des effets collatéraux, c'est-à-dire des effets qui ne sont pas reliés à ses objectifs (Tourigny et Dagenais, 2005).

2.4.3 Évaluation d'un effet collatéral. Le programme évalué ne cible en aucun cas l'augmentation du sentiment de soutien social. Pourtant, des individus qui se rencontrent une fois par semaine durant deux heures, et ce, pendant dix semaines, sont susceptibles de créer des liens entre eux et donc, peut-être, d'augmenter leur sentiment de soutien social (annexe IV). Cet effet sera mesuré au prétest et au post-test (aux temps T0, T1, T10 et T11), à l'aide du questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6, 1983). De type autorévéle, ce questionnaire possède deux sous-échelles. La première sous-échelle évalue le niveau de disponibilité du réseau vis-à-vis de l'individu. Cette dernière possède six énoncés qui sont cotés en additionnant le nombre total d'individus nommés par le participant pour les six énoncés. La seconde sous-échelle évalue le niveau de satisfaction de l'individu vis-à-vis de son réseau de soutien social. Cette dernière possède six énoncés qui sont cotés à l'aide d'une échelle de Likert (1— Très insatisfait; 2— Insatisfait; 3— Plutôt insatisfait; 4— Plutôt satisfait; 5— Satisfait; 6— Très satisfait). Pour finir, le SSQ6 possède des propriétés psychométriques adéquates, notamment une consistance interne (0.94 pour l'échelle de satisfaction et 0.97 pour l'échelle de disponibilité) et une stabilité temporelle (0.83 pour l'échelle de satisfaction et 0.90 pour l'échelle de disponibilité, après quatre semaines) qui sont satisfaisantes.

Chapitre 3. Résultats

3.1 Analyse des composantes de l'implantation et comparaison entre le prévu et le vécu.

Cette section a pour but d'analyser les composantes de la mise en œuvre selon le modèle de Gendreau. À ce propos, les composantes des animatrices, des objectifs, du programme et de son contenu, des contextes spatial et temporel, des moyens de mise en relation, des codes et procédures, et du système d'évaluation et de reconnaissance s'est déroulée telle que planifiée au départ. Elles ne seront donc pas abordées dans cette section. Dans un premier temps sont présentées les composantes des sujets, c'est-à-dire leur recrutement et leurs caractéristiques, et celle du système de responsabilité. L'objectif est de présenter ce qui était prévu et de le comparer à ce qui a finalement été vécu. Dans un second temps sont présentées les composantes qui ont été retenues pour l'évaluation formelle de la mise en œuvre, c'est-à-dire la mesure de la conformité, de l'exposition et de la qualité de la participation. Pour finir, une section concernant les débordements est également présentée.

3.1.1 Recrutement des participants. Douze participants âgés de 29 à 75 ans étaient recrutés en date du premier atelier, soit le 2015-09-22. À titre de rappel, pour être sélectionnés, ces derniers devaient satisfaire à un certain nombre de critères : être limité dans sa vie quotidienne en raison de son trouble anxieux (p. ex., avoir des difficultés à sortir de chez soi ou à s'intégrer professionnellement), avoir une certaine connaissance de son problème d'anxiété, avoir déjà fait un cheminement pour tenter de le régler (p. ex., avoir fait d'autres démarches thérapeutiques ou du moins considérer en entreprendre), être motivé à s'engager pour dix semaines et être prêt à se plier aux règles de fonctionnement de l'organisme. Au minimum une semaine avant le début de la session, tous les participants devaient avoir été rencontrés individuellement pour vérifier leur admissibilité et pour la première mesure du prétest (T0). Les douze entrevues devaient donc se dérouler dans un intervalle de trois semaines (entre le 2015-08-31 et le 2015-09-15), puisque la date du premier atelier était le mardi 22 septembre 2015 de 13:30 à 15:30.

En réalité, la dernière participante a été recrutée le 21 septembre (une journée avant le début de la session). En effet, à partir du 15 août, 23 personnes ont été contactées sur la liste d'attente de l'organisme, pour obtenir un rendez-vous avec 16 d'entre elles. Finalement, 13 individus ont été rencontrés, car trois d'entre eux ne se sont jamais présentés à leur rendez-vous. Sur ces 13 personnes rencontrées, 12 individus ont finalement été recrutés, puisque l'une d'entre elles a réalisé durant la rencontre que le format du groupe ne lui convenait pas.

Par ailleurs, sur les 12 participants, dix d'entre eux ont complété la session. En effet, la participante 5 a abandonné après la première rencontre et il n'a pas été possible de la joindre pour connaître ses motifs. Quant à la participante 9, elle a abandonné après la septième rencontre en raison de la date imminente de son accouchement, cet abandon était donc planifié. Pour conclure, dix

participants ont achevé la session ce qui élève l'attrition à 16,7 %. Ce taux est inférieur à la moyenne d'attrition des ateliers de groupe de l'organisme pour l'année 2014-2015 (25 % selon son rapport d'activités, repéré sur www.lacledeschamps.org/). Dans la prochaine section, les caractéristiques propres aux participants sont présentées, puisque celles-ci pourraient avoir des implications, eu égard à l'évaluation des effets.

3.1.2 Caractéristiques des participants. Dans cette section sont présentées les caractéristiques des participants telles que le genre, l'âge, l'état civil, la situation professionnelle, leurs diagnostics de troubles anxieux et, au sens plus large, tout diagnostic de santé mentale ou physique pouvant aggraver leur trouble anxieux.

En ce qui concerne les caractéristiques du genre et de l'origine ethnique, les participants sont assez homogènes. En effet, dix des participants sont des femmes, et dix d'entre eux sont d'origine québécoise. L'âge moyen est de 43 ans, cependant, le groupe se divise en deux : six des participants sont âgés de 29 à 33 ans et les six autres sont âgés de 47 à 75 ans. En ce qui concerne les situations maritale, professionnelle et les diagnostics, les profils sont assez diversifiés (voir tableau 1). À titre d'exemple, huit participantes ont un Trouble d'Anxiété Généralisée (TAG), trois participantes ont un Trouble Panique, deux participantes ont un Trouble de Personnalité Limite (TPL) et une participante a un Trouble Envahissant du Développement (TED). En revanche, ces trois dernières fonctionnent bien en groupe malgré leur diagnostic. De plus, deux participants n'ont aucun diagnostic, malgré une symptomatologie anxieuse bien présente. Pour finir, deux participantes sont enceintes et l'une d'entre elles n'a pu assister qu'aux sept premières rencontres en raison de la date de son accouchement. Le tableau 1 présente les principales caractéristiques des douze participants, dont dix ont complété la session.

Tableau 1. Caractéristiques des participants recrutés pour l'évaluation du programme Approche globale.

Sujets	Sexe	Âge	Situation maritale	Situation professionnelle	Diagnostics	Origine ethnique	Autres caractéristiques pertinentes
1	F	33 ans	En couple	À son compte	Agoraphobie Trouble panique	Québec	
2	F	52 ans	Célibataire	Congé maladie	TAG Fibromyalgie	Québec	
3	F	31 ans	En couple	Congé maladie	TAG Anxiété de performance Épuisement professionnel	Québec	
4	H	65 ans	Veuf	Retraite		Québec	En deuil récent de sa conjointe et de sa fille, décédées en même temps.
5	F	29 ans	En couple	En retour progressif au travail	TAG Phobie sociale TPL Épuisement professionnel	Québec	Abandon après la première rencontre
6	F	59 ans	Mariée	Enseignante au primaire	Trouble de Stress post-traumatique	Québec	
7	F	66 ans	Divorcée	Retraite	TAG Fatigue chronique	Québec	
8	F	33 ans	Mariée	Chimiste	TED TAG Trouble panique	Française	Enceinte (premier trimestre)
9	F	29 ans	En couple	Congé maternité	TAG Anxiété de performance	Québec	Enceinte (troisième trimestre) et abandon à partir de la septième rencontre
10	H	75 ans	Célibataire	Retraite		Québec	
11	F	47 ans	Célibataire	Chômage	Trouble panique TAG Dépression TPL	Colombienne	
12	F	32 ans	En couple	Contrat saisonnier	TAG	Québec	

3.1.3 Système de responsabilité. Il était prévu que les animatrices se rencontrent trente minutes avant chaque rencontre pour se préparer et se répartir leurs rôles. En réalité, le temps de préparation a diminué alors que les animatrices se connaissaient davantage. En outre, l'animatrice stagiaire a graduellement pris de plus en plus de moments en charge due à ses exigences de stage : à partir de la quatrième rencontre, elle prenait entièrement en charge l'animation de la partie théorique. À partir de la septième rencontre, elle prenait les deux heures de rencontre en charge. Pour ces raisons, le temps de préparation entre les animatrices a diminué de trente à quinze minutes lors des cinq dernières rencontres.

Il était aussi prévu que les animatrices se rencontrent trente minutes après chaque rencontre pour remplir la grille d'évaluation de la qualité de la participation (annexe V). Elles devaient la remplir séparément puis procéder à un accord interjuge. En réalité, la charge de travail étant trop lourde pour l'animatrice intervenante en santé mentale, seule l'animatrice stagiaire chargée d'évaluer le programme a rempli cette grille. Les résultats obtenus (voir la section 3.2.3) sont donc le reflet de sa perception. Dans les prochaines sections sont présentées les composantes qui ont été retenues pour l'évaluation formelle de la mise en œuvre, c'est-à-dire la mesure de la conformité, de l'exposition et de la qualité de la participation.

3.2 Résultats de l'évaluation des composantes formelles de la mise en œuvre.

3.2.1 Conformité. L'évaluation de la conformité vise à s'assurer que le programme est implanté comme planifié au départ. À titre de rappel, le programme Approche globale est implanté depuis plus de dix ans au sein de l'organisme la Clé des champs. De plus, l'implantation de ce programme s'accompagne d'un guide d'animation (pour les animatrices) et d'un manuel commun aux animatrices et aux participants dans lequel sont inscrits les thèmes à aborder chaque semaine. Ces deux facteurs ont grandement facilité l'évaluation de la conformité.

Pour commencer, la conformité était évaluée d'un point de vue quantitatif à l'aide de la grille pour l'évaluation de la conformité (annexe V). Cette grille contenait trois critères à réponses dichotomiques qui étaient, le respect du nombre, de la fréquence et de la durée des rencontres (dix rencontres hebdomadaires de deux heures). À ce sujet, les dix rencontres hebdomadaires se sont déroulées dans les deux heures prévues à cet effet. En outre, cette grille possédait également deux autres critères qui étaient évalués à l'aide d'une note comprise entre un (note la plus basse) et trois (note la plus élevée). Les prochains paragraphes détaillent l'évaluation de ces deux critères.

Le premier critère concernait le niveau de couverture du contenu; celui-ci était évalué à l'aide d'un plan de rencontre qui précisait le déroulement de celle-ci en terme de temps alloué aux différents thèmes à aborder (annexe VI). Après chaque rencontre, l'animatrice stagiaire comparait son plan de rencontre à la façon dont s'était effectivement déroulée la rencontre. Cette comparaison lui permettait d'attribuer une note comprise entre un (note la plus basse) et trois (note la plus élevée) pour évaluer à quel point le contenu avait été couvert. De manière générale, les rencontres 2, 3, 4, 5, 8 et 9 se sont déroulées comme prévu dans le plan de rencontre. En revanche, lors de la première et de la dernière rencontre, une partie de la théorie (la présentation de l'outil des phrases sécurisantes pour la première, et l'importance de l'alimentation pour la dernière) n'a pas pu être couverte, faute de temps. Par contre, les animatrices ont encouragé les participants à prendre connaissance de ces parties une fois chez eux. En outre, l'exercice de relaxation de la sixième rencontre a été remplacé par un exercice plus court de

respiration et l'un des participants n'a pas eu le temps de partager ce jour-là. Par ailleurs, un exercice de relaxation a été ajouté à la septième rencontre.

Le second critère concernait l'organisation matérielle : préparer les pots d'eau et les verres, faire les photocopies nécessaires à la rencontre, régler le chauffage de la salle à une température acceptable, apprêter les tables, les chaises et apporter les étiquettes avec les noms des participants. À ce sujet, toutes ces actions ont été posées pour l'ensemble des rencontres par l'une des deux animatrices.

Par ailleurs, la conformité était également évaluée d'un point de vue qualitatif, à l'aide de la grille d'évaluation de la qualité de l'animation de la stagiaire (annexe V). Cette dernière était évaluée par l'animatrice intervenante psychosociale en santé mentale. À titre de rappel, cette grille possédait cinq critères, qui étaient évalués à l'aide d'une note comprise entre un (note la plus basse) et trois (note la plus élevée). Les cinq critères étaient (1) la capacité de l'animatrice à utiliser ses schèmes relationnels d'empathie et de confiance (2) sa capacité à utiliser des techniques d'apprentissage comportementales (renforcements, modelage, etc.) (3) sa capacité à transférer les connaissances théoriques de façon claire (4) sa capacité à susciter l'intérêt des participants et (5) sa capacité à recadrer lorsque la conversation dévie.

En réalité, le premier critère a été divisé en deux par l'évaluatrice, puisque la stagiaire obtenait des scores plus élevés pour le schème de l'empathie (note de 3/3 dès la première rencontre) que pour celui de la confiance (note de 1/3 lors de la première rencontre, puis de 2/3 à la quatrième rencontre, puis de 3/3 à partir de la sixième rencontre). Pour les autres critères, la stagiaire a obtenu des scores compris entre 1/3 et 2/3 jusqu'à la quatrième rencontre, puis elle a obtenu des scores compris entre 2/3 et 3/3 jusqu'à la sixième rencontre. Pour finir, elle a obtenu des scores de 3/3 dans les cinq critères à partir de la sixième rencontre. Ces scores reflètent bien la réalité de l'animatrice stagiaire qui a gagné en assurance au fur et à mesure des rencontres. En dehors de l'évaluation de la conformité, l'évaluation de la mise en œuvre a également pour but de s'assurer de l'exposition adéquate des participants au contenu du programme. L'évaluation de l'exposition fait l'objet de la prochaine section.

3.2.2 Exposition. L'évaluation de l'exposition a pour but de vérifier que les participants ont été exposés comme prévu au contenu du programme. Pour commencer, d'un point de vue quantitatif, l'animatrice stagiaire inscrivait après chaque rencontre, les présences des dix participants pour les dix rencontres de groupe, dans la grille d'évaluation de l'exposition (voir l'annexe V). Dans le cas des retards, elle prenait en note le nombre de minutes de retard pour chaque participant concerné afin d'être en mesure de calculer l'exposition totale des participants en nombre de minutes (pour un total de 1200 minutes d'exposition au programme). À ce propos, les participants ont été, dans l'ensemble, très assidus puisque leur moyenne d'exposition de groupe est de 94 %. Cette assiduité est susceptible d'influencer le niveau d'atteinte des objectifs.

De façon individuelle, la participante 1 était absente lors des troisième et quatrième rencontres (en raison d'un voyage hors du pays pour lequel elle avait avisé les animatrices). Son taux d'exposition s'élève donc à 80 %. La participante 2 était en retard lors des première, quatrième et cinquième, son taux d'exposition s'élève malgré tout à 95 %. La participante 11 était absente à la sixième rencontre en raison d'un rendez-vous médical, et elle était en retard pour les rencontres 1, 2, 3, 4, 7, 8 et 9. Son taux d'exposition s'élève donc à seulement 76 %. À ce propos, l'animatrice stagiaire l'a rencontrée à la fin de la septième rencontre pour connaître la raison de ses retards et la participante a invoqué le temps de transport pour venir à la Clé des champs (quatre heures aller-retour). Elle semblait cheminer malgré tout, c'est pourquoi après avoir vérifié auprès du groupe que ses retards ne causaient pas de malaise, elle a été autorisée à rester. Enfin, la participante 12 était absente à la neuvième rencontre en raison d'un rendez-vous médical et son exposition s'élève donc à 90 %. Pour finir, les autres participants étaient présents à l'heure et à toutes les rencontres.

Dans un second temps, des exercices d'entraînement en groupe étaient prévus concernant deux des objectifs du programme. Le premier objectif du programme consistait à augmenter sa capacité à se détendre à l'aide des techniques de respiration et de relaxation. Des exercices étaient donc prévus à la deuxième et à la sixième rencontre. En réalité, faute de temps, l'exercice de relaxation de la sixième rencontre a été remplacé par un exercice plus court de respiration, et un exercice de relaxation a été ajouté à la septième rencontre. À la suite de ces exercices, les participants étaient encouragés à partager leur expérience, leurs difficultés, leurs succès et leurs croyances quant à l'efficacité de ces deux techniques. L'animatrice stagiaire notait à l'aide d'une note comprise entre un (note la plus basse) et trois (note la plus haute) leur capacité à pratiquer l'exercice (ce qui était noté était leur capacité à faire une respiration abdominale et non par le thorax, en position assise). De plus, elle notait dans une seconde colonne les mots clefs du contenu relié à leur partage (croyance en faveur ou en défaveur de ces techniques, nomme ses difficultés et ses succès, voir annexe VII).

De façon générale, huit des dix participants ont pratiqué adéquatement les exercices de respiration et de relaxation. De plus, dans le temps de partage qui succédait à l'exercice, ces huit participants ont dit avoir observé que les exercices les avaient aidés à se détendre. Par contre, les participants 4 et 10 n'ont pas voulu pratiquer l'exercice de la respiration en groupe, mais ils ont accepté de pratiquer l'exercice de la relaxation. En revanche, lorsqu'ils ont partagé à ce sujet, ils ont admis ne pas croire en l'efficacité de ces deux techniques.

Par ailleurs, le second objectif du programme consistait à diminuer ses distorsions cognitives. Des exercices en groupe pour s'entraîner à les identifier et à les reformuler ont été faits lors des rencontres 4, 5, 6, et 7. À chacune de ces rencontres, trois participants se portaient volontaires pour présenter au groupe une situation vécue et récente qui avait généré des pensées erronées. Ensuite, les

sujets s'entraînaient à leur reformulation. Un total de douze situations ont donc pu être abordées en groupe. De façon générale, la moitié des participants (les participants 2, 3, 8, 11 et 12) ont réussi, au moins une fois, à identifier et à reformuler leurs distorsions cognitives par eux-mêmes. Par contre, malgré nos incitations, les participantes 6 et 7 n'ont pas voulu participer aux pratiques, par gêne. Pour ces dernières, il n'a donc pas été possible de tester leur niveau de compréhension du contenu. En ce qui concerne les participants 1, 4 et 10, ils ont réussi à identifier leurs distorsions cognitives, mais pas à les reformuler par eux-mêmes.

Enfin, le troisième objectif du programme consistait à augmenter sa capacité à faire face à des situations anxiogènes à l'aide des stratégies de résolution de problèmes (simple ou par étape). Ces dernières étant abordées à la fin du programme (atelier 8 et 9), il n'a pas été possible d'organiser des pratiques de groupe, faute de temps. L'absence de pratique de groupe quant à cet objectif pourrait nuire à l'obtention de résultats potentiels. Pour finir, les effets d'un programme dépendent également de la qualité de la participation du groupe.

3.2.3 Qualité de la participation. Cette section a pour but de dégager des profils quant à la qualité de la participation des individus concernés. La grille d'évaluation de la qualité de la participation (annexe V) a permis de faire ressortir différents profils de participants. À titre de rappel, cette dernière contenait cinq critères, soit quatre qui évaluaient la participation des individus durant les rencontres, et un critère qui évaluait leur investissement en dehors des rencontres, reflet de leur niveau d'appropriation du contenu.

Premièrement, le critère concernant le journal de bord à compléter à la maison a été globalement réussi puisque 60 % des participants (les participants 3, 4, 6, 7, 8, et 12) ont complété leurs huit journaux de bord. En ce qui concerne les participants 1, 2, 10 et 11, ils ont complété sept des huit journaux de bord, dû à des oublis ou à des pertes. Quant à la participante 6, elle cochait l'item « pas du tout » pour toutes les questions à partir de la quatrième semaine et il n'a pas été possible de connaître ses motifs.

Deuxièmement, les critères sur la fréquence et sur la pertinence des prises de parole font ressortir différents profils de participants. Par exemple, les participants 1, 2, 3, 7, 8, et 12 parlaient d'une à trois fois par rencontre, et le contenu de ce qu'ils disaient était très pertinent, car il concernait le contenu du programme. Toutefois, les participants 10 et 11 parlaient fréquemment, mais le contenu de leurs partages concernait plus ou moins les thèmes abordés. Quant aux participants 4 et 6, ils répondaient fréquemment aux partages des autres, mais ils refusaient de partager sur leur situation personnelle. Lorsque les animatrices les ont interrogés à ce sujet, ils ont évoqué le motif « qu'ils ne voulaient pas déranger les autres avec leurs problèmes ».

Troisièmement, le critère concernant l'intérêt porté à la conversation parlait du niveau de concentration des participants. Dans l'ensemble, 70 % des participants (les participants 1, 2, 3, 4, 6, 10, et 12) portaient un intérêt élevé à la conversation. Par exemple, ils regardaient les autres lorsqu'ils parlaient et le contenu de leur partage concernait le sujet de la conversation. En revanche, il arrivait aux participantes 8 et 11 de somnoler durant les rencontres 2 et 3 pour la première, et durant les rencontres 2, 3, 4, 5 et 6 pour la seconde. Lorsqu'interrogées à ce sujet, elles ont évoqué le motif d'une très grande fatigue. À titre d'information, la participante 11 était en dépression et la participante 8 était enceinte. Pour finir, la participante 7 se disait personnellement très affectée par un problème récurrent dans sa vie (des voisins très bruyants), ce qui l'empêchait, selon ses dires, de cheminer et d'être véritablement concentrée durant la plupart des ateliers.

Quatrièmement, le critère concernant le nombre de recadrages ne concerne que les participants 4, 10 et 11. En ce qui concerne les participants 10 et 11, le nombre de recadrages a diminué au fil des rencontres de deux à zéro recadrage par rencontre, au fil des semaines. En revanche, le participant 4 était recadré d'une à deux fois pour chacune des dix rencontres, puisqu'il parlait en même temps que les autres. La prochaine section concerne les débordements.

3.2.4 Débordements. Le programme est susceptible d'avoir un effet supérieur auprès des participants qui prennent des médicaments à cause de leur trouble anxieux et de ceux qui sont suivis à l'externe. La stagiaire effectuait donc deux prises de mesures à ce sujet, une au prétest (T0) et une au post-test (T11). À ce propos, 60 % des participants prenaient des médicaments à T0 et 30 % d'entre eux en prenaient encore à T11. Les motifs invoqués par les sujets sont « un changement de situation » et « le besoin qui ne se fait plus ressentir ». En outre, 50 % des participants étaient suivis à l'externe à T0 et à T11 soit par un psychologue, une travailleuse sociale, un massothérapeute ou un hypnothérapeute.

3.3 Jugement global sur la mise en œuvre et implication eu égard à l'évaluation des effets. L'analyse des principales composantes de l'évaluation de la mise en œuvre permet de porter un jugement global quant à cette dernière, et de réfléchir aux implications eu égard à l'évaluation des effets. Dans un premier temps, il est possible de constater que les composantes de la structure d'ensemble sont majoritairement conformes. À ce propos, les participants recrutés correspondaient au profil recherché (personnes qui souffrent d'un trouble anxieux et qui sont motivées et aptes à s'engager pour dix semaines). Toutefois, il se peut que le profil ciblé n'ait pas été assez précis. En effet, l'hétérogénéité des diagnostics autant au niveau des troubles anxieux que des diagnostics de santé mentale au sens plus large (TED, TPL, dépression, etc.) pourrait nuire à l'obtention de résultats potentiels.

En outre, l'évaluation de la conformité au programme autant au niveau de la couverture du contenu qu'au niveau de l'organisation matérielle est exemplaire. À ce sujet, bien que le degré de préparation des animatrices ait diminué au fur et à mesure des rencontres, il n'a en rien affecté le niveau

de couverture du contenu. Le programme Approche globale étant implanté au sein de l'organisme depuis plus de dix ans, il s'accompagne d'un manuel très précis, ce qui a sans nul doute contribué à l'évaluation de sa conformité.

Dans un second temps, le taux d'exposition des participants au programme est majoritairement très bon. En revanche, les données recueillies à la suite des pratiques de groupe font ressortir une disparité entre certains participants qui est susceptible de nuire à l'atteinte des deux premiers objectifs du programme. Par exemple, les données recueillies à la suite des pratiques des grilles d'auto-observation font ressortir que seulement la moitié des participants ont réussi à identifier et à reformuler leurs pensées erronées par eux-mêmes. De plus, deux participants ont refusé de pratiquer les exercices de respiration et de relaxation en groupe et ont admis ne pas croire dans l'efficacité de ces techniques. Ces données pourraient influencer l'obtention de résultats quant aux deux premiers objectifs du programme.

Par ailleurs, les données recueillies quant à la qualité de la participation permettent de constater une disparité dans le niveau d'implication de certains participants. Plus particulièrement, le critère concernant l'intérêt porté à la conversation fait ressortir que trois participantes somnolaient durant certaines rencontres, ou bien avait des difficultés à se concentrer. Par ailleurs, les critères concernant la fréquence et la pertinence des prises de parole permettent de faire ressortir que quatre participants parlaient très fréquemment, mais que ce qu'ils disaient concernait plus ou moins le contenu. Enfin, à propos du critère concernant le nombre de recadrages par rencontre, trois participants se faisaient assez fréquemment recadrer, puisqu'ils parlaient en même temps que les autres. Pour finir, il est également pertinent de prendre en compte que pendant l'implantation du programme, la moitié des participants étaient suivis à l'externe et la moitié d'entre eux prenaient une médication pour leur trouble anxieux. Ces débordements, qui étaient prévus, pourraient avoir des influences positives sur les résultats. Toutefois, il sera plus difficile d'établir dans quelle mesure les effets observés sont vraiment reliés au programme Approche globale.

3.4 Évaluation des effets

À titre de rappel, le protocole sélectionné était un devis de groupe, à série temporelle simple et de type quasi expérimental. La première étape consistait à prendre deux mesures au prétest à deux semaines d'intervalle (à T0 et à T1) pour être en mesure d'établir le niveau de base du groupe, et pour éliminer le plus de menaces possible à la validité interne (p. ex., la maturation). La seconde étape consistait à implanter le programme et à prendre une série de huit mesures répétées (aux temps T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, et T10). La dernière étape consistait à prendre deux mesures au post-test : à la fin du programme (à T10), et deux semaines après son retrait pour vérifier si les résultats se maintenaient dans le temps (T11). Cette section a pour but de rapporter les résultats obtenus à l'aide du journal de bord

maison (la mesure répétée) et des quatre questionnaires qui ont été remplis au prétest et au post-test par les dix participants.

3.4.1 Résultats obtenus à l'aide du journal de bord maison. Dans cette section sont présentés les résultats qui ont été obtenus à l'aide du journal de bord maison. À titre de rappel, cet instrument se composait de sept questions qui étaient notées à l'aide d'une échelle de Likert (1— Pas du tout; 2— Un peu; 3— Parfois; 4— Souvent; 5— Très souvent). Il évaluait les trois objectifs généraux du programme, et son objectif distal (annexe IV). Les résultats sont donc présentés en fonction de chaque objectif et selon la même structure. Tout d'abord, sont exposées les moyennes de groupe qui ont été obtenues à T3 et à T10, puis son évolution entre T3 et T10 est ensuite présentée. Par la suite, quelques commentaires à propos des résultats individuels ont été ajoutés, lorsqu'ils étaient pertinents.

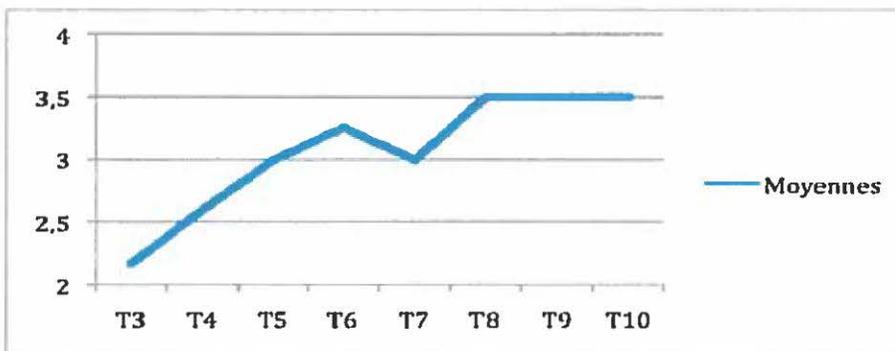
Le premier objectif général, soit que les participants augmentent leur capacité à se détendre, était mesuré à l'aide des questions 2 et 3 du journal de bord. La question 2 interrogeait les participants sur leur fréquence d'utilisation de la technique de la respiration durant leur semaine. À ce sujet, il n'est pas possible d'observer de changement entre T3 et T10. En effet, la moyenne de groupe était de 2,5 à T3 et de 2,4 à T10. De plus, entre T3 et T10, la moyenne de groupe la plus basse était de 2,4 (T6) et la moyenne de groupe la plus haute était de 3 (T4 et T7). Ces résultats signifient qu'en moyenne, les participants utilisaient cette technique de façon modérée, soit entre « un peu » et « parfois », et ce tout au long du programme (de T3 à T10). Du point de vue individuel, il n'est pas non plus possible d'observer de tendance (ni à la hausse ni à la baisse) pour aucun participant.

La question 2.1 interrogeait les participants sur leur niveau de détente après avoir utilisé la technique de la respiration. À ce propos, il n'est pas possible d'observer de changement entre T3 et T10. En effet, la moyenne de groupe était de 2,5 à T3 et de 3,4 à T10. De plus entre T3 et T10, la moyenne de groupe la plus basse était de 3 (T5) et la moyenne de groupe la plus haute était de 3,3 (T6 et T7). Ces résultats signifient qu'en moyenne, excepté à T3, les participants se sentaient détendus entre « parfois » et « souvent » après avoir utilisé la technique de la respiration. Bien que cette technique était utilisée de façon modérée par les participants, elle produisait donc néanmoins un effet de détente chez la plupart d'entre eux, et ce, dès le début de l'implantation du programme Approche globale.

La question 3 interrogeait les participants sur leur fréquence d'utilisation de la technique de la relaxation. À ce sujet, il n'est pas possible d'observer de changement entre T3 et T10. En effet, la moyenne de groupe était de 1,8 à T3 et de 2,2 à T10. De plus, entre T3 et T10, la moyenne de groupe la plus basse était de 1,6 et la moyenne de groupe la plus haute était de 2,2. Ces résultats signifient qu'en moyenne, les participants ont très peu utilisé la technique de la relaxation (entre « pas du tout » et « un peu ») et qu'aucune tendance (ni à la hausse ni à la baisse) n'est observable autant au niveau de la moyenne de groupe que du point de vue individuel. Pour finir, quatre participants m'ont précisé (dans la

section « commentaire » à la fin du journal de bord maison), qu'ils utilisaient déjà des techniques proches de la relaxation (yoga, *chi con*, massothérapie) et qu'ils n'éprouvaient donc pas le besoin d'inclure cette nouvelle technique de relaxation dans leur vie quotidienne.

La question 3.1 interrogeait les participants sur leur niveau de détente après avoir utilisé la technique de la relaxation. À ce propos, il est possible d'observer une augmentation graduelle entre T3 et T10. En effet, la moyenne de groupe était de 2,2 à T3 et de 3,5 à T10. En outre, entre T3 et T10, la moyenne de groupe la plus basse était de 2,6 (à T4) et la moyenne de groupe la plus haute était de 3,5 (à T9). Ces résultats signifient que bien que seulement quatre participants rapportaient utiliser la technique de la relaxation, celle-ci a néanmoins contribué à les détendre de plus en plus entre T3 et T10. De plus, si l'entraînement en groupe à la relaxation (à T7) n'a pas augmenté son nombre d'utilisateur, elle précède une augmentation du niveau de détente de la moyenne de groupe (entre T7 et T8). Le graphique 1 illustre l'augmentation graduelle de la moyenne de groupe entre T3 et T10.



Graphique 1. Augmentation de la moyenne du groupe en ce qui a trait au niveau de détente ressenti après avoir utilisé la technique de la relaxation.

Le second objectif, soit que les participants diminuent et confrontent leurs distorsions cognitives, était mesuré à l'aide des questions 4 et 5 du journal de bord. À la question 4, les participants étaient interrogés sur la fréquence à laquelle ils avaient réussi à identifier leurs distorsions cognitives au cours de la semaine. À ce propos, il n'est pas possible d'observer de changement entre T3 et T10. En effet, la moyenne de groupe était de 3,4 à T3 et elle était de 4 à T10. De plus, la moyenne de groupe la plus basse était à 3 (T5) et la moyenne de groupe la plus haute était à 4 (T9). En conclusion, autant au niveau de la moyenne de groupe que du point de vue individuel, les participants étaient déjà très conscients de la présence de leurs distorsions cognitives (entre « parfois » et « souvent ») entre T3 et T10.

À la question 5, les participants étaient interrogés sur la fréquence à laquelle ils réussissaient à reformuler leurs distorsions cognitives. À ce sujet, il n'est pas possible d'observer de changement entre T3 et T10. En effet, la moyenne de groupe était de 2,1 à T3 et elle était de 2,3 à T10. En outre, la moyenne de groupe la plus basse était de 2,1 (T6) et de 3 (T4). Ces résultats signifient qu'en moyenne,

les participants reformulaient modérément leurs distorsions cognitives (entre « un peu » et « parfois ») entre T3 et T10.

Le troisième objectif, soit que les participants augmentent leur capacité à faire face aux situations anxiogènes, était mesuré à l'aide de la question 6 qui interrogeait les participants sur la fréquence à laquelle ils avaient cherché à fuir ou à éviter un problème durant leur semaine. À ce sujet, il n'est pas possible d'observer de changement entre T3 et T10. En effet, la moyenne de groupe était de 2,5 à T3 et elle était de 4 à T10. En outre, la moyenne de groupe la plus basse était de 3,4 (T9) et la moyenne de groupe la plus haute était de 4 (T4). Ces résultats signifient qu'à l'exception de T3, les participants avaient modérément conscience d'utiliser les stratégies de fuite ou d'évitement pour faire face à leurs problèmes (entre « parfois » et « souvent ») entre T4 et T10.

Pour finir, l'objectif distal, soit que les participants diminuent les symptômes liés à leur trouble anxieux, était mesuré à l'aide des questions 1 et 7. La première question interrogeait les participants sur leur niveau d'anxiété au cours de la semaine écoulée. À ce sujet, il n'est pas possible d'observer de changement entre T3 et T10. En effet, la moyenne de groupe était de 3 à T3 et elle était de 2,8 à T10. En outre, la moyenne de groupe la plus basse était de 2,7 (T4 et T9) et la moyenne de groupe la plus haute était de 3,5 (T6). Ces résultats signifient qu'en moyenne, les participants estimaient avoir un niveau d'anxiété modéré (« parfois ») entre T3 et T10.

La septième question interrogeait les participants sur leur sentiment de compétence quant à la gestion de leur anxiété au cours de la semaine écoulée. À ce propos, il n'est pas possible d'observer de changement entre T3 et T10. En effet, la moyenne de groupe était de 2,7 à T3 et elle était de 3 à T10. De plus, la moyenne de groupe la plus basse était de 2,4 (T4) et la moyenne de groupe la plus haute était de 3,1 (T5). Ces résultats signifient qu'en moyenne, les participants s'estimaient modérément compétents pour gérer leur anxiété (« un peu » et « parfois ») entre T3 et T10. Le tableau 2 présente un récapitulatif des résultats obtenus à l'aide des sept énoncés du journal de bord maison.

Tableau 2. Récapitulatif des résultats obtenus à l'aide des énoncés du journal de bord maison

	T3	T10	Moyenne la plus haute (entre T3 et T10)	Moyenne la plus basse (entre T3 et T10)	Conclusion
Question 1	3	2,8	3,5 (T6)	2,7 (T4 et T9)	Se sent anxieux parfois
Question 2	2,5	2,4	3 (T6)	2,4 (T4 et T7)	Utilisation de la respiration entre un peu et parfois
Question 2.1	2,5	3,4	3,3 (T6 et T7)	3 (T5)	Se sent détendu entre parfois et souvent Augmente après T3
Question 3	1,8	2,2	1,9 (T8)	1,6 (T7)	Utilisation de la relaxation entre pas du tout et un peu

Question 3.1	2,1	3,5	3,5 (T7 et T8)	2,6 (T4)	Se sent détendu entre parfois et souvent Augmente à partir de T5
Question 4	3,4	4	4 (T9)	3 (T5)	Identifie ses pensées erronées entre parfois et souvent
Question 5	2,1	2,3	3 (T4)	2,1 (T6)	Reformule ses pensées erronées entre parfois et souvent
Question 6	2,5	4	3,4 (T9)	4 (T4)	Utilise stratégie de fuite et d'évitement entre parfois et souvent Augmente après T3
Question 7	2,7	3	3,1 (T5)	2,4 (T4)	Se sent compétent pour gérer son anxiété entre un peu et parfois

Pour conclure, à l'exception de la question 3.1, il n'est pas possible d'observer de changement en ce qui concerne les moyennes de groupe obtenues à l'aide du journal de bord maison. En revanche, il est intéressant de noter que les participants rapportaient se situer à un niveau modéré, peu importe l'objectif mesuré. Les conclusions quant à ces données sont présentées dans la section consacrée à la discussion. Dans la prochaine section, sont exposés les résultats qui ont été obtenus au moyen des quatre instruments de mesure, passés au prétest (T0 et T1) et au post-test (T10 et T11).

3.4.2 Résultats obtenus à l'aide du questionnaire des Stratégies d'Adaptation au Stress (SAS). Le troisième objectif du programme, qui concernait la capacité des participants à utiliser des techniques de résolution de problème, était mesuré à l'aide du questionnaire des Stratégies d'Adaptation au Stress (SAS), disponible en anglais (*Ways of Coping Checklist, WCC, Folkman & Lazarus, 1980*) et traduit en français par Paulhan, Nuissier, Quintard et Cousson (1994). À titre de rappel, le SAS possède 29 énoncés, divisés en cinq sous-échelles qui représentent cinq stratégies possibles d'ajustement au stress : la résolution de problème, l'évitement, l'auto-accusation, la recherche de soutien social et la réévaluation positive. Les énoncés de ce questionnaire sont cotés à l'aide d'une échelle à trois points (0— Non; 1— Plutôt non; 2— Plutôt oui; 3— Oui). Seuls les résultats concernant les trois premières sous-échelles seront présentés puisque ce questionnaire ne mesurait que le troisième objectif.

La sous-échelle de la résolution de problème était évaluée à l'aide de huit énoncés de trois points, pour un maximum de 24 points. À ce propos, il n'est pas possible d'observer de changement entre le prétest et le post-test. En effet, la moyenne de groupe au prétest était de 1,55 à T0, et de 1,56 à T1. Au post-test, la moyenne de groupe était de 1,62 à T10 et de 1,57 à T11. Ces résultats signifient que les participants utilisaient modérément la stratégie de la résolution de problème au prétest tout comme au post-test (entre « plutôt non » et « plutôt oui »). Du point de vue individuel, considérant la grande

variabilité entre les deux mesures du prétest, il n'est pas possible de dégager de tendance non plus (ni à la hausse ni à la baisse).

La sous-échelle de l'évitement était évaluée à l'aide de sept énoncés de trois points, pour un maximum de 21 points. À ce sujet, il n'est pas possible d'observer de changement entre le prétest et le post-test. En effet, au prétest, la moyenne de groupe était de 1,12 à T0, et de 1,4 à T1. Au post-test, la moyenne de groupe était de 1,48 à T10 et de 1,42 à T11. Ces résultats signifient que les participants estimaient qu'ils utilisaient modérément la stratégie de l'évitement (globalement, entre « plutôt non » et « plutôt oui »). Du point de vue individuel, considérant la grande variabilité entre les deux mesures du prétest, il n'est pas possible de dégager de tendance non plus (ni à la hausse ni à la baisse).

La seule sous-échelle pour laquelle il est possible d'observer une diminution d'un point est celle de l'auto-accusation. Cette stratégie était évaluée à l'aide de quatre énoncés de trois points, pour un maximum de 12 points. À T0, la moyenne de groupe était de 1,65 à T0 et de 1,87 à T1. Ces résultats signifient qu'aux deux temps de mesure du prétest, les participants utilisaient modérément la stratégie d'auto-accusation (à une fréquence oscillant entre « plutôt non » et « plutôt oui »). Au post-test, la moyenne de groupe était de 1,42 à T10 et de 1,22 à T11. Ces résultats signifient qu'aux deux temps de mesure du post-test, les participants utilisaient peu la stratégie d'auto-accusation (à une fréquence oscillant entre « plutôt non » et « non »). Du point de vue individuel, il est possible d'observer une diminution de l'utilisation de cette stratégie pour trois participants. Pour les autres, considérant la grande variabilité entre les deux mesures du prétest, il n'est pas possible de dégager de tendance (ni à la hausse ni à la baisse).

Pour conclure, il n'est pas possible d'observer de changement quant à l'utilisation des stratégies de résolution de problème et d'évitement (reliées au troisième objectif). En revanche, une diminution d'un point de la moyenne de groupe est observée quant à l'utilisation de la stratégie de l'auto-accusation. Cette dernière était indirectement reliée à l'objectif concernant la diminution des distorsions cognitives. Les conclusions quant à ces résultats seront présentées dans la section consacrée à la discussion.

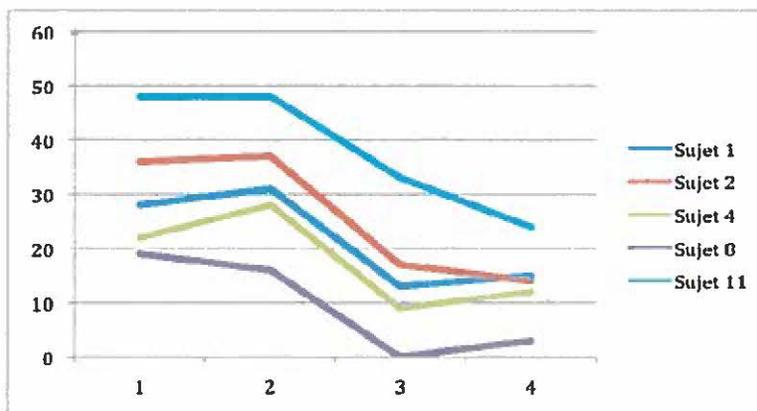
3.4.3 Résultats obtenus à l'aide du Beck Anxiety Inventory (BAI). À titre de rappel, l'objectif distal du programme visait à diminuer les symptômes anxieux des participants. Il était mesuré à l'aide de deux instruments de mesure. Le premier instrument est le *Beck Anxiety Inventory* (BAI, Beck & Steer, 1990) traduit et validé en français par Freeston, Ladouceur, Thibodeau et Gagnon (1994). Le BAI mesure les symptômes reliés à l'anxiété, il possède 21 énoncés qui sont divisés en quatre sous-échelles qui représentent différents domaines touchés par les troubles anxieux : les systèmes neurophysiologiques (1) et autonomes (2), l'anxiété subjective (3) et le niveau de panique (4) ressentis par l'individu. Les 21 énoncés de ce questionnaire sont cotés à l'aide d'une échelle de Likert (0— Pas du tout; 1—

Légèrement; 2— Modérément; 3— Fortement). Cependant, ces sous-échelles ne sont pas calculées séparément dans la littérature.

En outre, cet instrument a aussi fait l'objet d'études normatives (Beck & Steer, 1990; Freeston, Ladouceur, Thibodeau et Gagnon, 1994). Selon ces auteurs, un score entre 0 et 9 correspond à « un niveau d'anxiété minimal », un score entre 10 et 16 correspond à « un niveau d'anxiété léger », un score entre 17 et 29 correspond à « un niveau d'anxiété modéré » (soit un écart type au-dessus de la moyenne) et un score entre 30 et 63 correspond à « un niveau d'anxiété sévère » (soient deux écarts types au-dessus de la moyenne).

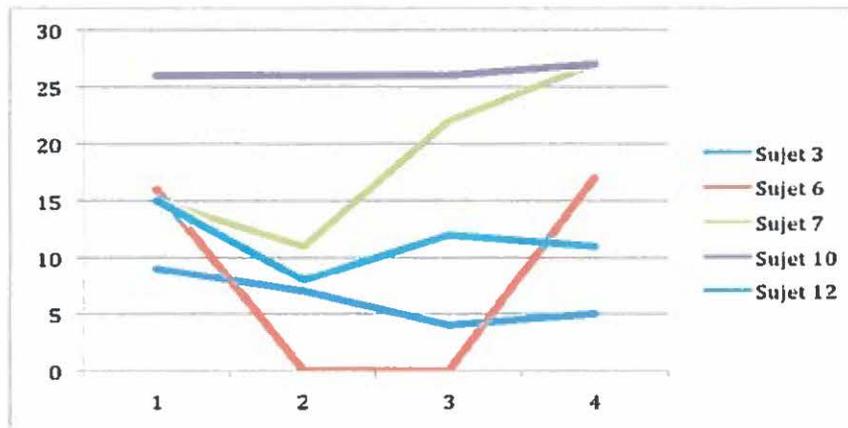
La moyenne de groupe était de 23,4 à T0 et elle était de 21,2 à T1. Ces résultats signifient que le niveau de base des participants se situait un écart type au-dessus de la moyenne, soit à un rang d'« anxiété modérée ». Au post-test, la moyenne de groupe était de 13,6 à T10, et elle était de 15,5 à T11. Ces résultats signifient qu'après l'intervention, les moyennes de groupe des participants se situaient à un rang d'anxiété normative, soit à un niveau d'« anxiété légère ». En conclusion, il est possible d'observer une diminution « significative » des symptômes reliés à l'anxiété des participants, au niveau de leur moyenne de groupe entre le prétest et le post-test.

Du point de vue individuel, il est possible de constater que les cinq participants (1, 2, 4, 8 et 11) qui obtenaient les scores les plus élevés sont ceux qui dont le résultat a diminué d'un écart type entre le prétest et le post-test. De plus, la stabilité des scores obtenus aux deux mesures du prétest (à T0 et à T1), puis aux deux mesures du post-test (à T10 et à T11) rend cette diminution plus « significative » encore. Le graphique 2 illustre la diminution des scores obtenus aux quatre temps de mesure (au prétest et au post-test) pour les participants 1, 2, 4, 8, et 11. Les conclusions quant à ces résultats sont présentées dans la partie consacrée à la discussion.



Graphique 2. Illustration des scores des participants 1, 2, 4, 8, et 11 aux quatre temps de mesures (au prétest et au post-test).

En revanche, les résultats des cinq participants (3, 6, 7, 10 et 12) dont les scores étaient les plus bas sont plus hétérogènes, puisque pour trois des participants (3, 10 et 12), le niveau d'anxiété entre le prétest et le post-test reste stable, mais bas, pour une participante (7), le niveau d'anxiété entre le prétest et le post-test augmente, enfin, les résultats de la participante 6 sont difficilement interprétables. Le graphique 3 illustre les scores de ces cinq participants aux quatre mesures du prétest et du post-test. Les conclusions quant à ces résultats seront abordées dans la section consacrée à la discussion.



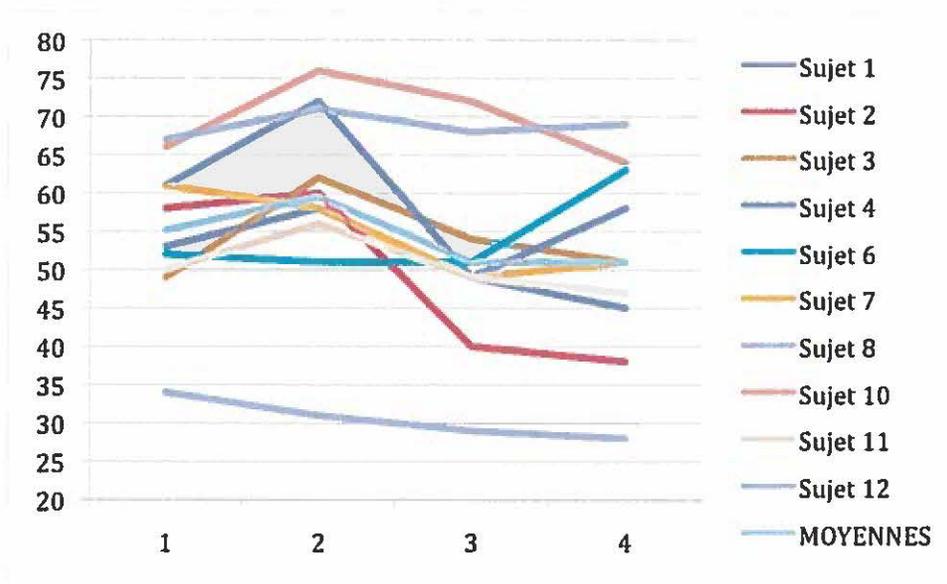
Graphique 3. Illustration des scores des participants 3, 6, 7, 10 et 12 aux quatre mesures du prétest et du post-test.

3.4.4 Résultats obtenus à l'aide du Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). L'objectif distal du programme était également mesuré à l'aide du *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ) de Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec (1990) traduit en français par Gosselin, Dugas, Ladouceur et Freeston (2001). Le PSWQ possède 16 énoncés, il mesure le degré et l'intensité des inquiétudes dans la vie d'un individu et il a fait l'objet d'études normatives (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990). Les 16 énoncés sont cotés à l'aide d'une échelle de Likert (0— Pas du tout caractéristique; 1— Un peu caractéristique; 2— Assez caractéristique; 3— Très caractéristique; 4— Extrêmement caractéristique). Le score détermine si ce niveau d'inquiétude est normatif (score compris entre 24 et 40), s'il est un écart type au-dessus de la moyenne (score supérieur à 40), ou s'il est deux écarts types au-dessus de la moyenne, et donc cliniquement significatif (score supérieur à 55).

À ce propos, il n'est pas possible d'observer de changement entre le prétest et le post-test. En effet, la moyenne de groupe était de 55,1 à T0, puis elle était de 59,5 à T1. Ces résultats signifient qu'avant l'intervention, les participants se situaient deux écarts types au-dessus de la moyenne, soit à un rang cliniquement significatif (scores supérieurs à 55). Au post-test, la moyenne de groupe était de 51 à T10, puis elle était de 51,4 à T11. Ces résultats signifient qu'après l'intervention, la moyenne de groupe se situait un écart type au-dessus de la moyenne (score supérieur à 40). S'il est donc possible

d'observer une diminution du rang dans lequel se situait la moyenne de groupe entre le prétest et le post-test, il est néanmoins impossible de statuer à propos d'un changement. En effet, en valeur absolue, la moyenne de groupe augmente de quatre points entre T0 et T1, puis elle diminue de quatre points entre T1 et T10. Cette variabilité au prétest rend la diminution entre le prétest et le post-test non « signifiante ».

De façon individuelle, à l'exception du sujet 12, le niveau de base de tous les participants se situait d'un à deux écarts types au-dessus de la moyenne. De plus, il est possible de constater une légère augmentation des scores de la plupart des individus entre les deux mesures du prétest (à l'exception des sujets 7 et 11). Cette variabilité au prétest rend non signifiante la diminution qui est observée au post-test. Pour finir, les scores de la plupart des participants se maintiennent entre les deux mesures du post-test, soit juste après l'intervention et deux semaines après son retrait (à l'exception des sujets 1 et 6). En conclusion, à l'exception du sujet 2, il n'est donc pas possible de constater de diminution « signifiante », après avoir pris en compte la variabilité initiale entre les deux mesures du prétest. Le graphique 4 illustre les scores individuels aux quatre temps de mesures du prétest et du post-test.



Graphique 4. Illustration des scores individuels des participants aux quatre temps de mesure (prétest et post-test)

3.4.5 Résultats obtenus quant à l'évaluation d'un effet collatéral. À titre de rappel, des individus qui se rencontrent une fois par semaine durant deux heures, et ce, pendant dix semaines, sont susceptibles de créer des liens entre eux et donc, peut-être, d'augmenter leur sentiment de soutien social. Par conséquent, le questionnaire de soutien social de Sarason (1983) évalua le niveau de soutien social perçu par les participants. À titre de rappel, ce questionnaire possède deux sous-échelles.

La première sous-échelle possède six énoncés et elle évalue le niveau de disponibilité du réseau vis-à-vis de l'individu. Cette dernière est cotée en additionnant le nombre total d'individus que le participant nomme pour les six énoncés correspondants. La seconde sous-échelle possède également six énoncés et elle évalue le niveau de satisfaction de l'individu vis-à-vis de son réseau de soutien social. Cette dernière est cotée à l'aide d'une échelle de Likert (1— Très insatisfait; 2— Insatisfait; 3— Plutôt insatisfait; 4— Plutôt satisfait; 5— Satisfait; 6— Très satisfait). En raison de leur différence d'échelle, les résultats sont donc calculés séparément. À propos de ces derniers, ils sont restés stables au prétest comme au post-test, autant au niveau de la moyenne de groupe, qu'au niveau des résultats individuels. Pour ces raisons, ils ne seront pas présentés en détail. Par contre, les conclusions quant à cette absence de résultats sont évoquées dans la section consacrée à la discussion. Si la section concernant l'évaluation des résultats visait à décrire l'évolution de la moyenne de groupe, la section consacrée à la discussion se veut complémentaire, puisqu'elle a notamment pour but de porter un jugement quant au niveau d'atteinte des objectifs.

Chapitre 4. Discussion

Cette section vise à porter un jugement sur le niveau d'atteinte des objectifs. Elle a également pour but de faire des liens entre les résultats, les composantes de l'intervention et le contexte théorique. Enfin, elle évaluera les avantages et les limites de l'intervention.

4.1 Jugement porté sur le niveau d'atteinte des objectifs. Dans cette section, un jugement est posé quant au niveau d'atteinte des objectifs, et ce en fonction de chacun d'entre eux. Pour commencer, le premier objectif, que les participants augmentent leur capacité à se détendre à l'aide des techniques de respiration et de relaxation, était mesuré à l'aide du journal de bord maison (une mesure répétée à huit temps de mesure). Cet objectif n'a été atteint que de façon partielle. Pour commencer, au cours des dix semaines, n'y a eu aucun changement (ni à la hausse ni à la baisse) quant à la fréquence d'utilisation de ces techniques. En revanche, dès le premier temps de mesure, la technique de la respiration était déjà modérément utilisée par six participants (la mention modérée est utilisée lorsque la fréquence oscillait entre « parfois » et « souvent »), et celle de la relaxation était « un peu » utilisée par trois participants. De plus, quatre participants ont précisé (dans la section « commentaire » à la fin du journal de bord maison) qu'ils utilisaient d'autres techniques proches de la relaxation (yoga, *chi con*, massothérapie) et qu'ils n'éprouvaient donc pas le besoin d'inclure cette nouvelle technique de relaxation dans leur vie quotidienne.

En ce qui concerne le niveau de détente subséquent à l'utilisation de chacune de ces techniques, il était modéré du début à la fin pour la respiration, et il a augmenté d'un point pour la relaxation (de la fréquence « un peu » à la fréquence modérée). En revanche, cette augmentation ne concerne que les trois participants qui utilisaient la technique. Par ailleurs, lors d'un moment de partage, deux participants (4 et 10) se sont dits très sceptiques quant à l'efficacité de ces techniques, scepticisme qu'ils ont conservé jusqu'à la fin du programme. Des conclusions quant à cette information sont détaillées dans une section ultérieure, celle qui concerne les avantages et les limites de l'intervention.

Le second objectif, que les participants diminuent leurs distorsions cognitives, était mesuré à l'aide du journal de bord maison. Cet objectif a également été atteint de manière partielle. Premièrement, les résultats obtenus à l'aide du journal de bord maison ont permis de faire ressortir que les participants étaient capables d'identifier et de reformuler modérément leurs distorsions cognitives et ce, avant l'introduction théorique à ces thèmes. Cette fréquence n'a pas changé au cours des dix semaines.

Deuxièmement, l'atteinte de cet objectif devrait se traduire par une diminution de l'utilisation de la stratégie d'auto-accusation, une sous-échelle du questionnaire des Stratégies d'Adaptation au Stress (SAS). À ce sujet, il est possible de constater une diminution de la fréquence d'utilisation de cette stratégie entre le prétest et le post-test au niveau de la moyenne de groupe. Du point de vue individuel, à

l'exception de trois participants, il n'est pas possible de statuer sur une réelle diminution en raison de la grande variabilité entre les deux mesures du prétest.

Le troisième objectif, que les participants augmentent leur capacité à faire face aux situations anxiogènes, était mesuré à l'aide du journal de bord maison et du questionnaire du SAS. Cet objectif n'a pas été atteint. Premièrement, les résultats obtenus à l'aide du journal de bord font ressortir que, dès le début du programme, les participants ont conscience d'utiliser entre « un peu » et modérément les stratégies de fuite et d'évitement. En outre, cette fréquence n'a pas changé au cours des dix semaines. Deuxièmement, les résultats obtenus à l'aide du questionnaire du SAS font ressortir que les participants utilisent les stratégies de résolution de problème et d'évitement de façon modérée au prétest et au post-test.

L'objectif distal du programme, que les participants diminuent leurs symptômes anxieux ainsi que le degré et l'intensité de leurs inquiétudes, était mesuré à l'aide du journal de bord maison et des questionnaires du BAI et du PSWQ. Cet objectif a été atteint de manière partielle. Premièrement, les résultats obtenus à l'aide du journal de bord font ressortir que, dès le début du programme, les participants se sentent modérément anxieux et modérément compétents pour gérer leur anxiété. Cette fréquence ne change pas au cours des dix semaines. Deuxièmement, les résultats obtenus à l'aide du BAI font ressortir une diminution « significative » des symptômes anxieux des participants, en particulier de ceux qui souffrent d'anxiété plus sévère (participants 1, 2, 4, 8, 11). En revanche, celle-ci ne s'accompagne pas d'une diminution du degré et de l'intensité de leurs inquiétudes puisque la moyenne de groupe demeure entre un et deux écarts-types au-dessus de la moyenne au prétest comme au post-test.

Plus précisément, au sujet des données recueillies à l'aide du questionnaire du PSWQ, la variabilité des résultats du prétest rend « non significative » la diminution observée entre le pré et le post-test. En effet, en valeur absolue, il y a bien une diminution de quatre points entre le prétest et le post-test au niveau de la moyenne de groupe. Cependant, cette même variation s'observe également entre les deux mesures du prétest, ce qui rend caduque la diminution entre le prétest et le post-test. Néanmoins, il est pertinent de constater que du point de vue individuel, à l'exception de la participante 12, tous les sujets se situaient à un rang d'un à deux écarts-types au-dessus de la moyenne. Enfin, la participante 2 diminue réellement son score de deux à un écart-type entre le prétest et le post-test.

Plus précisément, au sujet des résultats obtenus à l'aide du BAI au prétest, la moyenne de groupe se situait à un écart-type au-dessus de la moyenne, soit à « un rang d'anxiété modérée », et celle-ci se situait à « un rang d'anxiété normative » au post-test. De plus, la moyenne de groupe reste stable entre les deux mesures du prétest et entre les deux mesures du post-test, ce qui renforce la diminution observée entre le prétest et le post-test.

En outre, un effet collatéral, soit le sentiment de soutien social des participants, était également mesuré à l'aide du questionnaire de soutien social de Sarason (1983, SSQ6). Toutefois, il n'est pas possible de constater de changement, ni par rapport au niveau de satisfaction de l'individu vis-à-vis de son réseau social (première sous-échelle), ni par rapport au niveau de disponibilité de ce réseau (seconde sous-échelle). Des éléments explicatifs quant à cette absence de résultat sont suggérés dans la section suivante, celle qui concerne les liens entre les résultats et les composantes de l'intervention.

Pour finir, il convient d'analyser l'ensemble de ces résultats avec prudence. D'abord, si une diminution « signifiante » des symptômes anxieux des participants a pu être observée (BAI, objectif distal), elle ne s'accompagne d'aucune variation au niveau de ses principaux médiateurs, soit la capacité à utiliser des techniques de respiration et de relaxation (premier objectif), la capacité à identifier et à reformuler ses distorsions cognitives (second objectif), ou bien la capacité à utiliser des stratégies de résolution de problème (troisième objectif). Toutefois, il convient de prendre en compte le fait que deux des objectifs (ceux mesurés à l'aide du journal de bord maison) semblaient partiellement atteints avant même l'implantation du programme. En effet, en ce qui a trait à l'identification et à la reformulation des pensées erronées, les participants se situaient à un niveau modéré dès le début de l'implantation du programme.

Par ailleurs, la prudence est de mise en raison du choix du devis qui est de type quasi expérimental. En effet, ce type de devis ne permet pas d'établir de lien causal entre le programme et les changements observés (p. ex., la diminution des symptômes anxieux des participants observée à l'aide du BAI). De plus, ces diminutions pourraient n'être que le reflet de la maturation des individus dans le temps.

Enfin, la prudence est de mise en raison du choix de mesures de type autorapporté, qui ne permettent pas d'exclure la possibilité d'un effet de désirabilité sociale. À titre d'exemple, plusieurs participants disaient ne pas être certains de comprendre le concept de la « reformulation des pensées erronées » (question 5 du journal de bord maison), bien qu'ils affirment se situer à « un niveau modéré » quant à cette même capacité. En outre, les questionnaires de type autorapporté ne constituent en aucun cas des mesures objectives puisqu'ils se basent sur la perception des individus.

Pour finir, la diminution des symptômes anxieux a pu également être influencée par les débordements puisque la moitié des individus prenaient une médication pour leur trouble anxieux au début du programme, et que la moitié d'entre eux étaient également suivis à l'externe (p. ex., suivi psychologique). La section consacrée à la discussion a également pour but de faire des liens entre les résultats de l'intervention (ou l'absence de résultat) et ses composantes.

4.2 Liens entre les résultats et les composantes de l'intervention. Dans cette section sont exposés des liens entre les résultats de l'intervention et certaines composantes du programme, plus précisément celles des caractéristiques des sujets, des objectifs, du programme et de son contenu, des stratégies de transfert et de généralisation et de l'espace.

Pour commencer, il faut souligner certaines caractéristiques des participants qui ont pu influencer leur adhérence au programme. En effet, tandis qu'une majorité d'individus souffraient d'un trouble d'anxiété généralisée (TAG), il faut aussi prendre en compte la présence au sein du groupe d'une grande hétérogénéité de troubles anxieux (trouble de stress post-traumatique, trouble panique avec ou sans agoraphobie, anxiété de performance, etc.), et même d'autres diagnostics de santé mentale (trouble envahissant du développement, trouble de la personnalité limite, épuisement professionnel, dépression, etc.). Cette hétérogénéité a pu avoir un impact sur l'adhérence des participants au contenu du programme, ainsi que sur l'absence de résultats. À titre d'exemple, l'identification des distorsions cognitives, ou bien la façon de les travailler et de les reformuler, sont très différentes selon que l'individu souffre d'un trouble de stress post-traumatique, d'un trouble envahissant du développement, ou bien d'un trouble de personnalité limite. Bien que le manuel du participant prenne en compte tous les diagnostics de trouble anxieux dans ses exemples et dans ses illustrations, il ne tient pas compte des troubles comorbides. En outre, un groupe plus homogène aurait peut-être permis d'avoir davantage de résultats par l'intermédiaire d'une plus grande adhérence au programme de la part des sujets.

De plus, si les objectifs généraux considéraient les dimensions physiologique, cognitive et comportementale de l'approche cognitive comportementale, ceux-ci ont néanmoins été formulés bien après l'implantation du programme Approche globale. En effet, ce dernier est implanté au sein de l'organisme depuis de nombreuses années et il n'avait jamais fait l'objet d'une évaluation auparavant. Par conséquent, les objectifs généraux ne mesuraient peut-être pas adéquatement ce que le programme cherche réellement à atteindre. À ce propos, le journal de bord fait ressortir que les participants se situaient à un niveau modéré en ce qui concerne les trois objectifs généraux et ce, dès le début de l'implantation du programme. En outre, il se peut également que les objectifs généraux ne mesuraient peut-être pas adéquatement ce que le programme est réellement en mesure d'atteindre. À titre d'exemple, l'objectif concernant la diminution des distorsions cognitives, par leur identification et leur reformulation, est peut-être trop ambitieux pour un format de groupe. En effet, la diminution des distorsions cognitives est un aspect particulièrement difficile à modifier chez la personne anxieuse et celle-ci bénéficierait grandement d'une intervention individualisée pour être en mesure de s'approprier davantage cet aspect complexe de la théorie.

Par ailleurs, s'attarder au contenu du programme permet de constater qu'une grande place est accordée à la définition et à la reformulation des pensées erronées, à la prise de conscience de sa

respiration, de ses états physiologiques et émotionnels, ce qui est en accord avec les dimensions cognitive et physiologique de l'approche cognitive comportementale. En revanche, la place consacrée à la dimension comportementale est quelque peu négligée. À titre d'exemple, les techniques de résolution de problème ne sont abordées qu'aux huitième et neuvième ateliers, et contrairement aux deux autres objectifs, elles ne font pas l'objet d'exercice d'entraînement en groupe. Enfin, la dimension comportementale liée à l'exposition aux stimuli anxiogènes n'est pas réellement abordée. Dans le passé, le programme Approche globale était dotée d'une activité d'exposition en groupe et l'activité en question était décidée par le groupe. Cette activité a été supprimée en raison de la trop grande hétérogénéité des groupes, qui empêchaient les individus de se mettre d'accord sur un stimulus anxiogène commun. En conclusion, l'absence d'exposition et le peu de place consacrée aux techniques de résolution de problème pourraient expliquer l'absence de résultats en ce qui concerne le troisième objectif. Ce point fera l'objet d'une critique plus approfondie dans la prochaine section consacrée aux liens entre les résultats de l'intervention et le contexte théorique.

En outre, une des lacunes parmi les composantes du programme consiste en l'absence de stratégies de transfert et de généralisation. Si les programmes destinés aux enfants utilisent leurs parents comme vecteurs de généralisation des connaissances apprises au sein du groupe, il serait peut-être possible d'utiliser le conjoint du participant, ou un ami, pour l'encourager à appliquer les stratégies apprises au sein du groupe. À ce propos, Les éditions de la Clé des champs possèdent un manuel destiné aux proches souffrant de troubles anxieux qu'il serait alors possible d'exploiter dans ce contexte.

Pour finir, le questionnaire de satisfaction qui était passé à la fin du programme, fait ressortir une seule dimension moins bien cotée en comparaison des autres, celle de l'espace. Plus spécifiquement, à cause d'un manque de contrôle sur le chauffage des locaux, la température de la salle était parfois trop élevée, malgré une fenêtre constamment entrouverte. Cette variable a pu influencer le niveau de concentration de certains participants, ce qui a pu indirectement nuire à l'atteinte des objectifs. Il est également possible de faire des liens entre les résultats de l'intervention (ou l'absence de résultat) et le contexte théorique, c'est l'objet de la section suivante.

4.3 Lien entre les résultats et le contexte théorique. Certains aspects du contexte théorique permettent de poser des hypothèses quant aux résultats de l'intervention. Tout d'abord, tandis que le trouble anxieux se développe généralement vers l'âge de 10-12 ans selon la chaîne prédictive, le programme Approche globale cible une clientèle adulte. Par conséquent, la cristallisation de certains patrons de comportements est à prévoir, particulièrement dans le sous-groupe des cinq participants âgés de 49 à 75 ans. À ce propos, la littérature (Prévile et al., 2008) souligne une plus grande difficulté à identifier ses symptômes anxieux à mesure que l'individu avance en âge, et une plus grande somatisation de l'anxiété. Ces éléments ont pu avoir un impact sur la compréhension de certains

participants en regard de certains concepts théoriques, et sur l'auto-évaluation de leur anxiété. À titre d'exemple, la somatisation de l'anxiété peut justifier les difficultés rencontrées par certains participants plus âgés concernant l'identification de leurs pensées erronées. En outre, la littérature scientifique indique que l'anxiété peut être maintenue par la présence d'évènements de vie stressants. Les résultats de l'intervention pourraient donc avoir été influencés par le deuil (un sujet), l'épuisement professionnel (deux sujets), le chômage (deux sujets) et par la grossesse (un sujet) des participants admis dans le programme.

Par ailleurs, l'utilisation de la stratégie d'évitement face aux stimuli anxiogènes constitue l'un des principaux facteurs de maintien des troubles anxieux. C'est pour cette raison que les programmes identifiés aux pratiques probantes consacrent une place de choix à la dimension comportementale qui se définit par l'exposition aux stimuli anxiogènes d'une part, et par l'apprentissage de stratégies de résolution de problème, d'autre part. Cette dimension, étant négligée dans le programme Approche globale, a pu nuire à l'atteinte de résultats.

Pour finir, le soutien des pairs intervient dans la chaîne prédictive comme facteur d'amélioration, ce qui justifiait l'idée d'inclure la mesure d'un effet collatéral portant sur le sentiment de soutien social. En revanche, le choix du questionnaire de soutien social de Sarason (1983) était inapproprié puisqu'il était d'ordre trop général pour mesurer cet effet collatéral. En effet, ce questionnaire mesurait le sentiment de soutien social dans la vie des individus, tandis que l'évaluatrice cherchait plutôt à mesurer le sentiment de soutien social, créé ou non, par la participation hebdomadaire à un groupe d'entraide. Pour cela, un questionnaire de validité sociale inspiré du TARF-R (*Treatment Acceptability Rating Form Revised* de Carter, 2010) aurait certainement été plus approprié pour la mesure de cet effet collatéral. Ce motif pourrait donc expliquer l'absence de résultats au niveau de l'effet collatéral. Pour finir, il est également possible de souligner certains avantages et limites de l'intervention. C'est l'objet de la prochaine section.

4.4 Avantages et limites de l'intervention. À titre de rappel, la TCC est actuellement l'intervention probante pour tous les troubles anxieux sans distinction (Kendall, 1994; Kendall & SouthamGerow, 1996; Barlow, 2004; Dumas, 2007; Turgeon & Gendreau, 2007), et c'est aussi celle qui est prônée par le programme Approche globale. Selon les études, les formats individuels et de groupe sont efficaces de façon non différenciée (Kendall, 1994; Barrett, Dadds, & Rapee, 1996; Kendall, Flannery-Schroeder, Panichelli-Mindel, Southam-Gerow, Henin, & Warman, 1997; Barrett, 2000; Mendlowitz, Manassis, Bradley, Scapillato, Miezig, & Shaw, 1999), à l'exception de la phobie sociale pour laquelle certains auteurs recommandent davantage un traitement de groupe (Beidel, Turner, & Morris, 2000; Silverman et Pina, 2008; Hayward, Varady, Albano, Thiernemann, Henderson, & Schatzberg, 2000). L'intervention de groupe demeure la plus efficace en termes de coût-bénéfice, ce qui justifiait le choix de cette modalité pour le programme Approche globale.

En revanche, en vue de potentialiser les avantages du format individuel à ceux du format de groupe, il pourrait être intéressant d'ajouter une composante individuelle au programme Approche globale. Premièrement, la rencontre individuelle qui précède l'admissibilité dans le groupe aurait avantage à être davantage utilisée. À titre d'exemple, considérant le manque de collaboration de la part de certains sujets aux exercices d'entraînement en groupe d'une part, et au manque d'investissement personnel d'autres sujets dans la partie du partage d'autre part, il serait pertinent d'aborder ces difficultés, de façon préventive, durant cette première rencontre individuelle.

De plus, l'ajout d'une seconde rencontre individuelle offerte à tous les participants au cours des dix semaines permettrait d'aborder de façon plus personnelle les aspects théoriques plus complexes (p. ex., la reformulation des pensées erronées). En effet, il semblerait que le format de groupe paralyse certains individus lorsqu'il s'agit d'aborder leurs difficultés de compréhension et d'appropriation de la matière. Cette rencontre individuelle donnerait également l'occasion au participant de porter un jugement quant à son investissement dans la démarche, et elle permettrait de confronter de façon personnalisée leurs croyances initiales par rapport aux outils employés. À titre d'exemple, lors d'un moment de partage, deux participants (4 et 10) se sont dits très sceptiques quant à l'efficacité des techniques de respiration et de relaxation, et ce scepticisme est resté jusqu'à la fin du programme. Une rencontre individuelle aurait permis de confronter ces croyances de façon personnalisée afin d'obtenir une possible ouverture à essayer ces techniques. Pour finir, l'Approche globale requérant déjà deux animatrices, il pourrait être pertinent de diviser le groupe en deux durant la première heure, consacrée à l'exposition théorique et aux exercices d'entraînement en groupe, afin d'intensifier l'exposition des sujets au contenu théorique du programme.

Conclusion

Les troubles anxieux constituent la psychopathologie la plus courante parmi les troubles de santé mentale au Québec. Bien que le trouble apparaisse généralement à l'enfance, la gravité du pronostic à l'âge adulte, les conséquences qu'il engendre dans la vie des individus, ainsi que les coûts qu'il impose à la société signalent l'importance de fournir des programmes d'intervention adaptés à la clientèle adulte. C'est pourquoi ce rapport proposait l'évaluation d'un programme d'intervention de groupe, destiné à des adultes âgés entre 25 et 75 ans et souffrant de troubles anxieux.

Plus concrètement, ce travail avait pour objectif de présenter la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'un programme d'intervention cognitive comportementale de groupe implanté à l'organisme communautaire *La Clé des champs, réseau d'entraide pour personnes souffrant de troubles anxieux*. La première partie était consacrée à l'état des connaissances théoriques sur la problématique des troubles anxieux, soit les définitions des concepts liés à l'anxiété, le pronostic ainsi que la prévalence, la chaîne développementale, les facteurs de risques et les facteurs de protection. Une brève recension des programmes d'interventions élaborés à ce jour auprès de la population ciblée, ainsi que la proposition d'un type d'intervention concluaient cette première partie. La deuxième partie du rapport décrivait la méthodologie du programme d'intervention selon les composantes de la structure d'ensemble (Gendreau, 2001), ainsi que les méthodes d'évaluation de la mise en œuvre et des effets du programme. La troisième partie présentait les résultats de l'évaluation de l'implantation et des effets du programme. D'une part, les résultats obtenus quant à l'évaluation de l'implantation ont permis d'apprécier la conformité de la mise en œuvre pour la majorité des composantes. D'autre part, les résultats quant aux effets du programme ont révélé une diminution significative des symptômes anxieux des participants (objectif distal) qui ne s'accompagnait que d'une diminution partielle au niveau de ses principaux médiateurs (objectifs généraux). Pour finir, la quatrième partie faisait l'objet d'une discussion sur l'atteinte des objectifs ainsi que sur les liens entre les effets, les composantes du programme et le contexte théorique. Cette dernière incluait également les avantages et les limites du programme ainsi que des recommandations pour des implantations futures.

En conclusion, la modalité de groupe dans le secteur communautaire est certainement justifiée par son avantage coût-bénéfice. En effet, la réalité des coupes budgétaires dans le secteur public de la santé et des services sociaux alourdit considérablement la charge de travail de ce secteur qui se voit notamment contraint de gérer des listes d'attente. Les groupes du programme *Approche globale* sont donc formés de façon aléatoire, en fonction de la date d'inscription des sujets sur la liste d'attente de l'organisme. Les participants qui composent ces groupes ont donc attendu entre six mois et un an avant de bénéficier de ce service. En outre, la répartition aléatoire des sujets dans les groupes explique également la grande hétérogénéité des individus qui les composent.

Face à cette réalité, des questions d'ordre éthique se posent : est-il préférable de garder le même nombre de groupe Approche globale, soit trois par session, en se restreignant à sa seule composante de groupe, au risque d'affecter son efficacité? Ou bien vaut-il mieux en donner un peu moins, et ajouter une composante individuelle pour augmenter les probabilités que le programme ait un impact réel sur ses participants? De plus, au sujet de la grande hétérogénéité des groupes et la réalité de la liste d'attente, est-il préférable de chercher à constituer des groupes plus homogènes, pour augmenter les probabilités que le programme ait un impact réel sur les participants? Ou bien est-il préférable de prioriser la diminution de la longueur de la liste d'attente, pour permettre à plus d'individus d'accéder aux services le plus rapidement possible? La réponse à ces questions d'ordre éthique appartient bien sûr à la direction de l'organisme et au mandat qu'il souhaitera se donner.

Références

- Albano, A.M., Chorpita, B.R., & Barlow, D.H. (2003). Childhood anxiety disorders. Dans E.J. Mash, & R.A. Barkley (dir.), *Child Psychopathology* (pp. 279-329). New York, NY: Guilford Press.
- Antony, M.M., & Swinson, R.P. (2000). *Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Barlow, D.H. (2004). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York, NY: Guilford Press.
- Barrett, P.M., Dadds, M.R., & Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 333-342.
- Barrett, P.M., Lowry-Webster, H., & Turner, C. (2000 a, b, c, d, e, f). *FRIENDS program for children: Manuels*, Brisbane: Australian Academic Press.
- Barrett, P.M., Rapee, R. M., Dadds, M. R., & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*, 187-203.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation.
- Beidel, D.C., & Turner, S.M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 918-924.
- Beidel, D.C., Turner, S.M., & Morris, T.L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(6), 1072-1080.
- Benjamin, R.S., Costello, E.J., & Warren, M. (1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *Journal of anxiety disorders, 4*, 293-316.
- Bergeron, L., Valla, J.P., & Gauthier, A.K. (2007). L'épidémiologie des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents. Dans L. Turgeon & P.L. Gendreau (Dir.), *les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent* (pp. 11-47). Marseille: Solal.
- Berthiaume, C. (2009). *Les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents : Manifestations spécifiques et pistes d'intervention*. Communication livrée dans le cadre d'une formation en pédopsychiatrie pour le personnel de CLSC. Clinique d'intervention des troubles anxieux (CITA). Hôpital Rivière-des-Prairies, Montréal, Québec, Canada.
- Biederman, J., Rosenbaum, J.F., Bolduc-Murphy, E.A., Faraone, S.V., Chaloff, J., Hirshfeld, D.R. (1993). A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 814-821.
- Bouchard, S., & Cyr, C. (2005). *Recherche psychosociale: Pour harmoniser recherche et pratique* (2ième éd.). Sainte-Foy : Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Bowlby, J. (2002). *Attachement et perte, l'attachement*. Volume 1. Paris, France : PUF.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1966). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Boston: Houghton Mifflin Company.

- Caspi, A., Henry, B., McGee, R.O., Moffitt, T.E., & Silva, P.A. (1995). Temperamental origins of child and adolescent behavior problems: from age three to age fifteen. *Child Development*, 66, 55-68.
- Charron, M. (2011). *Programme d'intervention cognitivo-comportementale auprès d'adolescents ayant un trouble anxieux en milieu hospitalier* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal, Canada.
- Clark, L.A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Compas, B.E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.
- Deater-Deckard, K. (2001). Annotation: Recent research examining the role of peer relationships in the development of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 565-579.
- DSM-V (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, France: Masson.
- Dugas, M.J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: from science to practice*. New York, NY: Taylor & Francis group.
- Dumas, J.E. (2007). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (3e éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- Dumas, J.E. (2008). *L'enfant anxieux: Comprendre la peur de la peur et redonner courage* (2e éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- Eley, T.C., Bolton, D., O'Connor, T.G., Perrin, S., Smith, P., & Plomin, R. (2003). A twin study of anxiety-related behaviours in pre-school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 945-960.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck. Propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 20(1), 47-55.
- Goodman, S.H., Hoven, C.W., Narrow, W.E., Cohen, P., Fielding, B., & Alegria, M. (1998). Measurement of risk for mental disorders and competence in a psychiatric epidemiology community survey: the National Institute of Mental Health Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 162-173.
- Gosselin, P., Dugas, M.J., Ladouceur, R., & Freeston, M.H. (2001). Évaluation des inquiétudes: validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 27(5), 475-484.
- Greca, A.M., & Harrison, H.M. (2005). Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships : Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 49-61.
- Habimana, E., Éthier, S.L., Petot, D., & Tousignant, M. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de*

l'adolescent. Approche intégrative. Montréal, Québec : Gaëtan Morin.

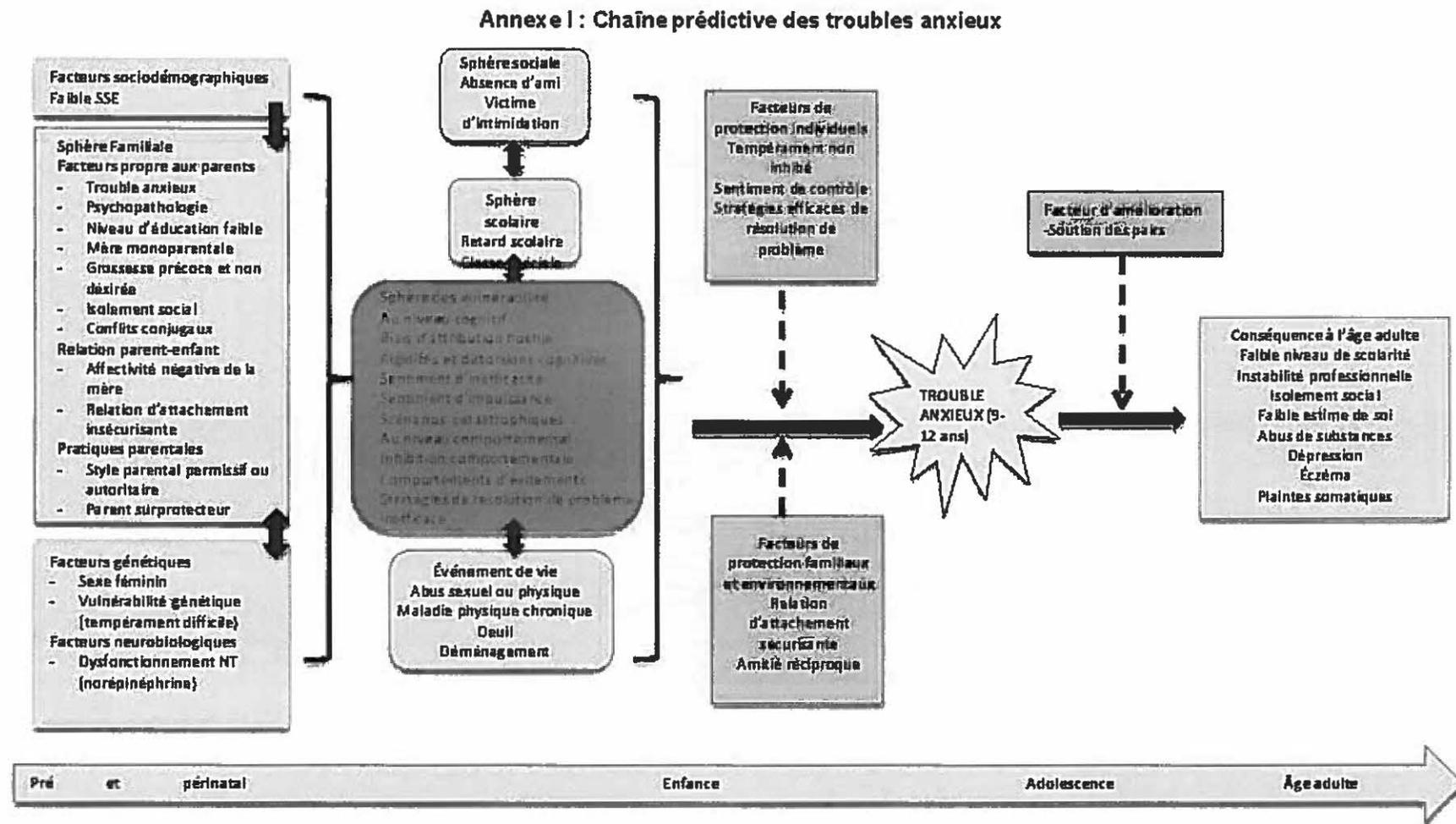
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A.M., Thienemann, M., Henderson, L., & Schatzberg, A.S. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents : results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(6), 721-726.
- Hofmann, S.G., & Smits, J.A.J. (2008). Cognitive Behavioral Therapy for Adult Anxiety Disorders: a Meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621-632.
- Hudson, J.L., & Rapee, R.M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: an observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1411-1427.
- Hudson, J.L., & Rapee, R.M. (2002). Parent-child interactions in clinically anxious children and their siblings. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 548-555.
- Kasen, S., Cohen, P., Brook, J.S., & Hartmark, C. (1996). A multiple-risk interaction model: effects of temperament and divorce on psychiatric disorders in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 121-150.
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Safford, S., & Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 276-287.
- Kendall, P.C., & Southam-Gerow, M. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 724-730.
- La Clé des champs, réseau d'entraide pour personne souffrant de trouble anxieux (2004). Évaluation présentée à Santé Canada (Projet no. 6785-05-2000/2950071). Montréal, Québec : Éditions la clé des champs.
- Last, C.G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A.E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Socio-demographic and clinical characteristics. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1070-1076.
- Lawrence, D., Kisely, S., & Pais, J. (2010). The epidemiology of excessive mortality in people with mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(12), 752-760.
- Lesage, A., & Émond, V. (2012). Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. *Québec, Institut national de santé publique (INSP), bulletin numéro 6.*
- Lesage, A., Bernèche, F., & Bordeleau, M. (2010). Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. *Québec, Institut de la Statistique du Québec (ISQ).*
- Manassis, K., & Bradley, S.J. (1994). The development of childhood anxiety disorders. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15, 345-366.

- Meadows, E.A., & Phipps, K.A. (2002). Cognitive-Behavioral Treatment. Dans T. DiTomasso, & E.A. Gosh (dir.), *Comparative Treatments for Anxiety Disorders* (pp. 42-72). New York, NY: Springer.
- Mendlowitz, S.L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Mieziitis, S., & Shaw, B.F. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: the role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1223-1229.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Murphy, J.M., Gilman, S.E., Lesage, A., Horton, N.J., Rasic, D., Trinh, N.H., Alamiri, B., Sobol, A.M., Fava, M., & Smoller, J.W. (2010). Time trends in mortality associated with depression: findings from the Stirling County study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(12), 752-760.
- Norton, P.J., & Price, E.C. (2007). A méta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 521-531.
- Paulhan, I., Nuissier, J., Quintard, B., & Cousson, F. (1994). La mesure du « coping ». Traduction et validation françaises de l'échelle de Vitaliano (Vitaliano et al. 1985). *Annexes médicales et psychologiques*, 152(5), 292-299.
- Provost, M.A., & LaFrenière, P.J. (1991). La relation entre la qualité de l'attachement parents-enfants et la compétence sociale à la garderie. Dans M.A. Provost & R.E. Tremblay (Dir.), *Famille: Inadaptation et intervention* (pp. 65-85). Ottawa, Canada : Éditions Agence d'Arc.
- Rapee, R.M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47-67.
- Rapee, R. M., Wignall, A., Hudson, J. L., & Schniering, C. A. (2000). *Treating anxious children and adolescents: An evidence-based approach*. Oakland, Canada : New Harbinger.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation: une conception, une méthode*. Québec, Canada: Béliveau éditeur.
- Roest, A.M., Martens, E.J., Denollet, J., & de Jonge, P. (2010). Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 76(6), 563-569.
- Rosso, M.J. (2011). *Détective Cognitivo : Intervention cognitive-comportementale destinée à des enfants de 9-12 ans présentant une symptomatologie anxieuse* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal, Canada.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Shortt, A.L., Barrett, P.M., & Fox, T.L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: a cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 525-535.
- Silverman, W.K., & Pina, A.A. (2008). Psychosocial Treatments for Phobic and Anxiety Disorders in Youth. Dans R.G. Steele, T.D. Elkin, & M.C. Roberts (dir.), *Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents. Bridging Science and Practice* (pp. 65-82). New York, NY: Springer.

- Smoller, J.W., Yamaki, L.H., Fagemess, J.A., Biederman, J., Racette, S., & Laird, N.M. (2005). The corticotropin-releasing hormone gene and behavioral inhibition in children at risk for panic disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1485-1492.
- Strauss, C.C., & Last, C.G. (1993). Social and simple phobias in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 141-152.
- Thomas, L.A., & De Bellis, M.D. (2004). Pituitary volumes in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 55, 752-758.
- Tourigny, M., & Dagenais, C. (2005). Introduction à la recherche évaluative. Dans S. Bouchard & C. Cyr (dir.), *Recherche psychosociale : Pour harmoniser recherche et pratiques* (pp. 389-418). Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Turgeon, L., & Brousseau, L. (2000). Prévention des problèmes d'anxiété chez les jeunes. Dans F. Vitaro, & C. Gagnon (dir.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome 1: Les problèmes internalisés* (pp. 189-220). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Turgeon, L., Brousseau, L., & Denis, I. (2007). Le traitement des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents : données actuelles et perspectives futures. Dans L. Turgeon, & P.L. Gendreau (dir.), *les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent* (pp. 11-47). Marseille, France : Solal.
- Turgeon L., & Parent, S. (2012). Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents. Tome 1 : Troubles intériorisés. Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Vasey, M.W., & Dadds, M.R. (2001). The developmental psychopathology of anxiety. New York, NY : Oxford University Press.
- Velez, C.N., Johnson, J., & Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for Childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 861-864.
- Verrault, M., Berthiaume, C., & Turgeon, L. (2005). Programme Super Actif! Manuel du thérapeute parent. *Programme de pédopsychiatrie. Hôpital Rivière-des-Prairies. Montréal.*
- Woodward, L.J., & Ferguson, D.M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1086-1093.

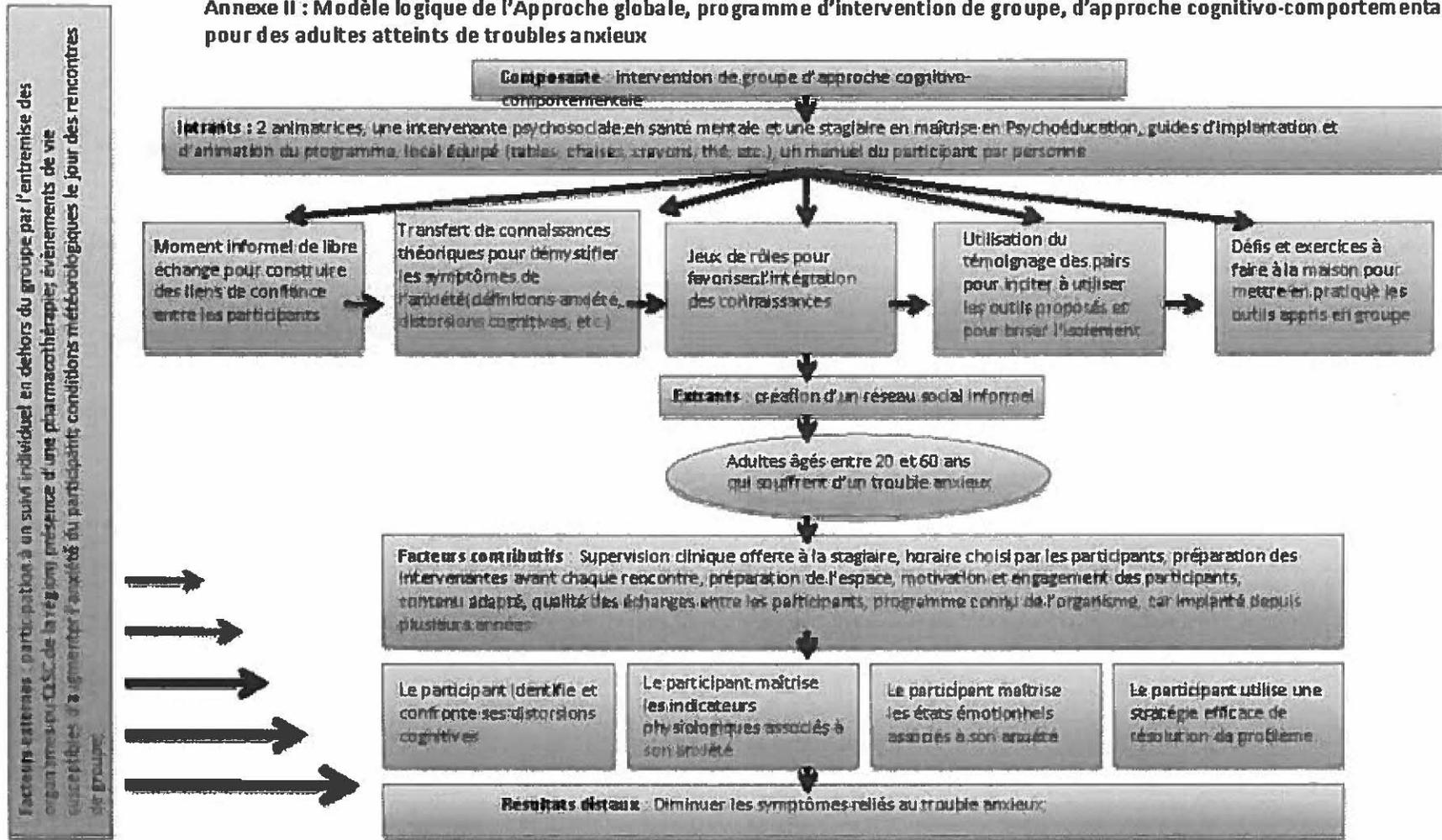
Annexe I

Figure 1. Chaîne prédictive des troubles anxieux.



Annexe II

Annexe II : Modèle logique de l'Approche globale, programme d'intervention de groupe, d'approche cognitivo-comportementale, pour des adultes atteints de troubles anxieux



Annexe III

Tableau 3. Évaluation des composantes formelles de la mise en œuvre

Composante	Instrument de mesure (source d'évaluation)	Variables dérivées	Temps de mesure ¹
Conformité	<p>Conformité au niveau quantitatif :</p> <p>Grille de cotation pour l'évaluation du contenu</p> <p>Manuel Approche globale</p> <p>Guide d'animation</p> <p>Feuille de route</p>	<p>Conformité au niveau quantitatif :</p> <p>Respect du calendrier des rencontres en nombre et en fréquence (10 rencontres hebdomadaires)</p> <p>Proportion des rencontres pour lesquelles la durée est respectée (2 h, 120 minutes)</p> <p>Proportion des rencontres pour lesquelles l'ensemble du contenu est couvert tel qu'il était planifié (selon la feuille de route)</p>	T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10
	<p>Conformité du point de vue qualitatif :</p> <p>Grille de cotation pour l'évaluation de la qualité de l'animation (évaluation de l'animatrice stagiaire par sa coanimatrice, intervenante psychosociale en santé mentale)</p>	<p>Conformité du point de vue qualitatif :</p> <p>Capacité de l'animatrice à utiliser ses schèmes relationnels d'empathie et de confiance</p> <p>Capacité de l'animatrice à utiliser des techniques d'apprentissage comportementales (renforcement, modelage)</p> <p>Capacité de l'animatrice à transférer de façon claire les connaissances théoriques</p> <p>Capacité de l'animatrice à susciter l'intérêt des participants</p> <p>Capacité de l'animatrice à recadrer lorsque la conversation dévie</p>	T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10

¹ Prétest (T0 et T1), implantation de l'intervention (T1 à T10), post-test (T10 et T11)

Exposition	Feuille de présence	Nombre de rencontres auxquelles chaque individu a participé Débordements : suivi externe et/ou prise d'une pharmacothérapie	T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10 T0 et T11
Qualité de la participation	Grille de cotation pour l'évaluation de la qualité de la participation (remplie par les deux animatrices pour faire un accord interjuge)	Exercices complétés à la maison (oui/non; compris ou non) Intérêt porté à la conversation (oui;non) Fréquence de prise de parole (peu, assez, très fréquent) Pertinence de prise de parole (peu, assez, très pertinent) Nombre de recadrage de l'animatrice (0 pour aucune, 1 pour un peu et 2 pour beaucoup)	T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10
	Questionnaire de satisfaction	Niveau de satisfaction des participants vis-à-vis du contenu des rencontres	T10

Annexe IV

Tableau 4. Évaluation des effets du programme Approche globale

Objectifs et construits	Instrument de mesure (source d'évaluation)	Variables dérivées (nombre d'items)	Temps de mesure	Nature des mesures	Caractéristiques psychométriques	Cible de l'évaluation
Augmenter sa capacité à se détendre en utilisant la technique de la respiration	Journal de bord (auto-rapporté par les sujets ciblés)	Cette semaine, à quel point j'ai utilisé la technique de la respiration ? Cette semaine, à quel point la technique de la respiration m'a-t-elle aidé à me détendre ?	T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10	Mesure auto-administrée avec échelle de Likert	N/A	Sujets ciblés par l'évaluation
Augmenter sa capacité à se détendre en utilisant la technique de la relaxation	Journal de bord (auto-rapporté par les sujets ciblés)	Cette semaine, à quel point j'ai utilisé la technique de la relaxation ? Cette semaine, à quel point la technique de la relaxation m'a-t-elle aidé à me détendre ?	T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10	Mesure auto-administrée avec échelle de Likert	N/A	Sujets ciblés par l'évaluation
Diminuer ses distorsions cognitives, en les identifiant et en les reformulant	Journal de bord (auto-rapporté par les sujets ciblés)	Cette semaine, jusqu'à quel point j'ai eu des pensées erronées ? Cette semaine, jusqu'à quel point j'ai réussi à reformuler mes pensées erronées ?	T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10	Mesure auto-administrée avec échelle de Likert	N/A	Sujets ciblés par l'évaluation

Augmenter sa capacité à faire face à des situations anxiogènes en diminuant l'utilisation de la stratégie d'évitement, en augmentant l'utilisation de la stratégie de résolution de problème	Journal de bord (auto-rapporté par les sujets ciblés)	Cette semaine, jusqu'à quel point j'ai cherché à fuir/éviter un problème qui me rendait anxieux ?	T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10	Mesure auto-administrée avec échelle de Likert	N/A	Sujets ciblés par l'évaluation
	Stratégies d'ajustement au stress (SAS): Paulhan, Nuissier, Quintard, & Cousson (1994)	Résolution de problèmes (8) Recherche de soutien social (5) Auto-accusation (4) Réévaluation positive (5) Évitement (7)	T0, T1, T10, T11	Mesure auto-administrée avec échelle de Likert	Consistance interne : .73 à .79 Stabilité temporelle : .75 à .90 (7 jours)	Sujets ciblés par l'évaluation
Diminuer les symptômes reliés au trouble anxieux	Beck Anxiety Inventory (BAI) : Beck & Steer (1993)	Neurophysiologique (7) Anxiété subjective (6) Panique (4) Système autonome (4)	T0, T1, T10, T11	Mesure auto-administrée avec échelle de Likert et avec des mesures normées	Consistance interne : .92 à .94 Stabilité temporelle : .67 (11 jours) Validité convergente : HARS-R : .51 CCL-A : .51 BDI : .48 Validité de construit : HRSD-R : .25 (p < .05) BDI : .61 (p < .001)	Sujet ciblé par l'évaluation
	Penn State Worry : Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec	Inquiétudes (16)	T0, T1, T10, T11	Mesure auto-administrée avec échelle de Likert et avec des mesures	Consistance interne : .93 Stabilité	Sujet ciblé par l'évaluation

	(1990)			normées	temporelle : .86 (4 semaines) Validité de critère : GAD-Q : t (3451) = 14.77, p < 0.001 ADIS-R : t (2129) = 9.90, p < 0.001 Validité convergente : SWS : r = .59 WDQ : r = .67 STAI-TRAIT : r = .74 Validité discriminante : BDI : r = .36	
--	--------	--	--	---------	---	--

Tableau 5. Évaluation d'un effet collatéral du programme Approche globale

Objectifs et construits	Instrument de mesure (source d'évaluation)	Variables dérivées (nombre d'items)	Temps de mesure	Nature des mesures	Caractéristiques psychométriques	Cible de l'évaluation
Augmenter le sentiment de soutien social	Questionnaire de soutien social (Sarazon, 1983)	Échelle de disponibilité (D) (6) Échelle de satisfaction (S) (6)	T0, T1, T10, T11	Mesure auto-administrée à questions ouvertes et avec échelle de Likert	Stabilité temporelle par échelle : .90 (D) et .83 (S) (4 semaines) Consistance interne par échelle : .97 (D) et .94 (S)	Sujet ciblé par l'évaluation

Annexe V

Grilles de cotation pour l'évaluation de la mise en œuvre

Liste des grilles de cotation pour l'évaluation de la mise en œuvre

Tableau 6. Grille de cotation pour l'évaluation du contenu

Tableau 7. Grille de cotation pour l'évaluation de la qualité de l'animation

Tableau 8. Feuille de présence et inscription des débordements

Tableau 9. Grille de cotation pour l'évaluation de la qualité de la participation

Tableau 10. Code de conduite pour une bonne dynamique de groupe (matériel de la Clé des champs)

Tableau 11. Grille de cotation à partir des pratiques de groupe aux grilles d'auto-observation (T4-T5-T6-T7)

Tableau 12. Grille de cotation à partir des pratiques de groupe aux techniques de respiration et de relaxation (T3-T6-T7)

Tableau 13. Exemple d'une feuille de route de la première rencontre du programme Approche globale

Évaluation de la conformité

Tableau 6. Grille de cotation pour l'évaluation du contenu

Temps des rencontres	Respect du calendrier		Durée des rencontres respectée		Contenu couvert tel que planifié au départ			Conditions de réalisation du programme					
	Nombre	Fréquence	Oui		Non	Oui	Presque	Organisation matérielle		Niveau de préparation des intervenants			
								Oui	Non	1	2	3	
T1													
T2													
T3													
T4													
T5													
T6													
T7													
T8													
T9													
T10													

Notes :

Tableau 10. Code de conduite pour une bonne dynamique de groupe

QuickTime™ et un décompresseur sont requis pour visionner cette image.

Tableau 11. Grille de cotation à partir des pratiques de groupe aux grilles d'auto-observation (T4-T5-T6-T7)

Participant	Identifie un type de pensée erronée			Reformule sa pensée erronée		
	0	1	2	0	1	2
1			X	0,5		
2		X		1		
3			X	2		
4		X		0,5		
5	A	A	A	A		
6	X			0		
7	X			0		
8		X		1		
9	A	A	A	A		
10		X		0,5		
11			X	2		
12		X		1		

0,5 = AVEC AIDE

Tableau 12. Grille de cotation à partir des pratiques de groupe aux techniques de respiration et de relaxation (T3-T6-T7)

Exercices	Pratique respi	pratique relax	partage respiration	partage relaxation	Total sur 4
Sujet 1	1	0	1	0	2
Sujet 2	1	1	1	1	4
Sujet 3	1	1	1	0	3
Sujet 4	0	1	0	0	1
Sujet 5	0	1	0	0	1
Sujet 6	0	1	1	1	3
Sujet 7	1	1	1	1	4
Sujet 8	1	1	1	1	4
Sujet 9	1	1	1	0	3
Sujet 10	0	1	0	0	1
Sujet 11	1	1	1	1	4
Sujet 12	1	1	1	1	4

0 = pas de pratique et pas de partage

1 = pratique et partage

Tableau 13. Exemple d'une feuille de route de la première rencontre du programme Approche globale

Temps	Contenu
13 h 30 à 13 h 35	Rappel des règles de fonctionnement (Sylvie)
13 h 35 à 14 h 20	Présentation des participants (3 minutes par participant)
14 h 20 à 14 h 30	Pause
14 h 30 à 14 h 50	Explication de l'origine des troubles anxieux (Sylvie)
14 h 50 à 15 h	Survol des sous-types de trouble anxieux (Hélièna)
15 h à 15 h 10	Exercice de respiration (Sylvie)
15 h 10 à 15 h 20	Technique des phrases sécurisantes (Hélièna)
15 h 20 à 15 h 30	Réflexion à propos de son objectif personnel

Annexe VI

Instruments de mesure sélectionnés pour l'évaluation des résultats

Liste des instruments de mesure sélectionnés pour l'évaluation des résultats

Questionnaire de Satisfaction (matériel de la Clé des champs)

Journal de bord maison

Questionnaire des Stratégies d'Adaptation au Stress (SAS)

Questionnaire du *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ)

Questionnaire du *Beck Anxiety Inventory* (BAI)

Questionnaire de Soutien Social de Sarason (SSQ6)

Questionnaire de satisfaction (matériel de la Clé des champs)

NOM : _____

PRÉNOM : _____ (non obligatoire)

Évaluation - La Clé des champs- Approche globale

Volet participant

Objectif personnel :

Vous êtes-vous fixé un objectif au début de la session? Oui Non

Si oui, l'avez-vous atteint ?

● Totalement ● En partie

Si non, pourquoi?

Thèmes abordés :

Dans le cadre de la démarche de groupe à laquelle vous avez participé, nous aimerions savoir à quel point certains des thèmes abordés ont été utiles dans votre démarche personnelle.

Thèmes abordés	très utile	assez utile	utile	peu utile	inutile
les origines des troubles anxieux					
les traits de personnalité à forte anxiété					
l'approche cognitive comportementale					
les pensées automatiques					
les catégories de pensées erronées					
les croyances de base					

la résolution de problème simple					
la résolution de problème par étape					
l'hygiène de vie (alimentation,exercice...)					
les trucs outils page bleues					

Y a-t-il d'autres thèmes dont vous auriez aimé discuter? Oui Non

Si oui, lesquels? _____

Exercices:

La respiration : Avez-vous réalisé les exercices portant sur la respiration ?

- Régulièrement
- À l'occasion
- Au besoin
- Jamais

Si jamais, pour quelles raisons? _____

Ces exercices vous ont-ils été utiles?

- Oui, beaucoup
- Oui, assez
- Plus ou moins
- Non

Si non, pour quelles raisons ? _____

Les **exercices de respiration** constituaient-ils un de vos objectifs personnels à atteindre au cours de la session? Oui Non

Commentaires : _____

La relaxation

Avez-vous réalisé les exercices portant sur la **relaxation** ?

- Régulièrement
- À l'occasion
- Au besoin
- Jamais

Si jamais, pour quelles raisons?

Ces exercices vous ont-ils été **utiles**?

- Oui, beaucoup
- Oui, assez
- Plus ou moins
- Non

Si **non**, pour quelles raisons ? _____

Les **exercices de relaxation** constituaient-ils un de vos objectifs personnels à atteindre au cours de la session? **Oui** **Non**

Commentaires : _____

Le journal de bord

Avez-vous rédigé un **journal de bord**? **Oui** **Non**

Si **oui**, cet exercice vous a-t-il été **utile**?

- **Oui, beaucoup**
- **Oui, assez**
- **Plus ou moins**
- **Non**

Commentaires : _____

Résolution de problème simple

Avez-vous réalisé les exercices portant sur la **résolution de problème simple**?

Oui **Non**

Si **non**, pourquoi? _____

Si oui, cet exercice vous a-t-il été utile?

- Oui, beaucoup
- Oui, assez
- Plus ou moins
- Non

Commentaires : _____

Résolution de problèmes par étapes

Avez-vous réalisé les exercices portant sur la **résolution de problèmes par étapes**?

Oui Lesquels? _____ Non

Si non, pour quelles raisons? _____

Si oui, cet exercice vous a-t-il été utile?

- Oui, beaucoup
- Oui, assez
- Plus ou moins
- Non

Commentaires : _____

Hygiène de vie

Avez-vous apporté des changements à votre **hygiène de vie**? Oui Non

Si oui Lesquels? _____

Si non, pour quelles raisons?

Ces changements vous ont-ils été utiles?

- Oui, beaucoup
- Oui, assez
- Plus ou moins
- Non

Commentaires : _____

Trucs outils

Avez-vous utilisés certains **trucs outils** (pages bleues)?

Oui Non

Si oui, lesquels? _____

Ces outils vous ont-ils été utiles?

- Oui, beaucoup

- Oui, assez
- Plus ou moins
- Non

Si non, pour quelles raisons? _____

Approche cognitivo-comportementale :

Méthode d'auto-observation

La rédaction des **grilles d'auto-observation** (identifiant déclencheur, pensées, émotions, sensations, comportement, distorsions cognitives, pensées alternatives, croyances de base rigides et assouplies) vous a-t-elle aidé à **mieux comprendre vos réactions lors de montées d'anxiété?**

- Oui, souvent
- Oui parfois
- Rarement
- Jamais

Commentaires : _____

**AVEZ-VOUS RÉUSSI À APPLIQUER LES OUTILS
CI-HAUT MENTIONNÉS DANS VOTRE VIE AU QUOTIDIEN? Oui Non**

Si oui, lesquels? _____

Fonctionnement général du groupe

Indiquez votre degré de satisfaction par rapport aux éléments suivants, relatif au fonctionnement du groupe?

Degré de satisfaction	Très élevé	Élevé	Faible	Très faible
Respect des autres participants				
Qualité des échanges				
Motivation des autres participants				
Respect des règles de fonctionnement				
Animation				

Aménagement des locaux

Degré de satisfaction	Très élevé	Élevé	Faible	Très faible
Luminosité				
Température ambiante				
Proximité de chacun				
Ambiance				

Commentaires : _____

Rôle des animateurs

Degré de satisfaction	Très élevé	Élevé	Faible	Très faible
Animation				
Temps de parole durant le partage				
Maîtrise du contenu				
Dynamisme				
Applications des règles de fonctionnements				

Commentaires : _____

Merci



Mon journal de bord**Numéro :****Date :****C'est décidé, je prends mon trouble anxieux en main !****Encercler la réponse qui vous correspond le mieux**

1. Jusqu'à quel point je me suis senti(e) anxieux cette semaine ?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

2. Jusqu'à quel point j'ai utilisé la technique de la respiration cette semaine (avec ou sans le CD)?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

2.1. Jusqu'à quel point la technique de la respiration m'a-t-elle aidé(e) à me détendre cette semaine ?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

3. Jusqu'à quel point j'ai utilisé la technique de la relaxation cette semaine (avec ou sans le CD)?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

3.1 Jusqu'à quel point la technique de la relaxation m'a-t-elle aidé(e) à me détendre cette semaine ?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

4. Jusqu'à quel point j'ai eu des pensées erronées cette semaine?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

5. Jusqu'à quel point j'ai confronté mes pensées erronées en les reformulant cette semaine?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

6. Jusqu'à quel point j'ai cherché à fuir/à éviter des problèmes qui me préoccupaient ou qui me rendaient anxieux cette semaine?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

7. De façon générale, jusqu'à quel point je me suis senti(e) compétent pour gérer mon anxiété cette semaine?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

Commentaires :

QUESTIONNAIRE DE COPING (Paulhan *et al.*, 1994)

("The Ways of Coping Check-list", Vitaliano *et al.*, 1985)

(Source : AFOMETRA)

Instructions :

1. Décrivez une situation stressante que vous avez connue durant les derniers mois (situation qui vous a particulièrement interpellé ou troublé).

2. Précisez l'intensité de malaise, de stress qu'a suscité chez vous cette situation : Bas (1), Moyen (2), Fort (3).

3. Indiquez pour chacune des stratégies suivantes, si oui ou non vous l'avez utilisée pour faire face à votre problème. Pour cela, il vous suffit de cocher la case adéquate dans le tableau figurant à droite de la feuille (score de 1 à 4, sauf pour l'item 15, coté de 4 à 1).

Questionnaire

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.				
2. J'ai souhaité être plus fort, plus optimiste et décisif.				
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais.				
4. Je me suis battu pour ce que je voulais.				
5. J'ai changé positivement.				
6. J'ai pris les choses une par une.				
7. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé.				

8. Je me suis senti mal de ne pouvoir éviter le problème.				
9. Je me suis concentré sur un aspect positif qui pourrait apparaître après.				
10. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation.				
11. J'ai espéré qu'un miracle se produise.				
12. Je suis sorti plus forte de la situation.				
13. J'ai changé les choses pour que tout puisse bien finir.				
14. Je me suis culpabilisé(e).				
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions.				
16. J'ai négocié pour obtenir quelque chose de positif de la situation.				
17. J'ai rêvé ou imaginé un endroit ou un temps meilleur que celui où j'étais.				
18. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée.				
19. J'ai refusé de croire que ça s'était réellement passé.				
20. J'ai pris conscience que j'avais moi-même créé le problème.				
21. J'ai essayé de ne pas m'isoler.				
22. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux.				
23. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.				
24. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème.				

25. J'ai essayé de tout oublier.				
26. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude.				
27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver.				
28. J'ai modifié quelque chose en moi afin de mieux supporter la situation.				
29. Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e).				

NOM :
Prénom :
Date :

Questionnaire sur les Inquiétudes du Penn State

Veillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants vous correspond (écrivez le numéro vous représentant le mieux en tête de chacun des énoncés).

1	2	3	4	5
Pas du tout caractéristique	Un peu caractéristique	Assez caractéristique	Très caractéristique	Extrêmement caractéristique

- _____ 1. Si je n'ai pas assez de temps pour tout faire, je ne m'en inquiète pas.
- _____ 2. Mes inquiétudes me submergent.
- _____ 3. Je n'ai pas tendance à m'inquiéter à propos des choses.
- _____ 4. Plusieurs situations m'amènent à m'inquiéter.
- _____ 5. Je sais que je ne devrais pas m'inquiéter, mais je n'y peux rien.
- _____ 6. Quand je suis sous pression, je m'inquiète beaucoup.
- _____ 7. Je m'inquiète continuellement à propos de tout.
- _____ 8. Il m'est facile de me débarrasser de pensées inquiétantes.
- _____ 9. Aussitôt que j'ai fini une tâche, je commence immédiatement à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'ai encore à faire.
- _____ 10. Je ne m'inquiète jamais.
- _____ 11. Quand je ne peux plus rien faire au sujet d'un souci, je ne m'en inquiète plus.
- _____ 12. J'ai été un inquiet tout au long de ma vie.

- _____ 13. Je remarque que je m'inquiète pour certains sujets.
- _____ 14. Quand je commence à m'inquiéter, je ne peux plus m'arrêter.
- _____ 15. Je m'inquiète tout le temps.
- _____ 16. Je m'inquiète au sujet de mes projets jusqu'à ce qu'ils soient terminés.

Quand l'âme est
dormante,
c'est le signe pour attendre l'âme saine.

Questionnaire : SSQ6

1. Quelles sont les personnes disponibles sur qui vous pouvez compter quand vous avez besoin d'aide ?

.....
.....

2. Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

- 1. Très insatisfait
- 2. Insatisfait
- 3. Plutôt insatisfait
- 4. Plutôt satisfait
- 5. Satisfait
- 6. Très satisfait

3. Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir plus détendu lorsque vous êtes sous pression ou crispé?

.....
.....

4. Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

- 1. Très insatisfait
- 2. Insatisfait
- 3. Plutôt insatisfait
- 4. Plutôt satisfait
- 5. Satisfait
- 6. Très satisfait

5. Qui vous accepte tel que vous êtes, c'est-à-dire avec vos bons et vos mauvais côtés?

.....
.....

6. Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

- 1. Très insatisfait
- 2. Insatisfait
- 3. Plutôt insatisfait
- 4. Plutôt satisfait
- 5. Satisfait
- 6. Très satisfait

7. Sur qui pouvez-vous réellement compter pour s'occuper de vous quoi qu'il arrive ?

.....
.....

8. Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

- 1. Très insatisfait
- 2. Insatisfait
- 3. Plutôt insatisfait
- 4. Plutôt satisfait
- 5. Satisfait
- 6. Très satisfait

9. Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir mieux quand il vous arrive de broyer du noir?

.....
.....

10. Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

- 1. Très insatisfait
- 2. Insatisfait
- 3. Plutôt insatisfait
- 4. Plutôt satisfait
- 5. Satisfait
- 6. Très satisfait

11. Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous reconforter quand vous êtes bouleversé?

.....
.....

12. Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. Très insatisfait
2. Insatisfait
3. Plutôt insatisfait
4. Plutôt satisfait
5. Satisfait
6. Très satisfait