Auto-traitement guidé du trouble d'anxiété généralisée chez les aînés : étude pilote d'une formation pour prestataires non professionnels

Mémoire doctoral

Roxanne Pilon

Doctorat en psychologie
Docteure en psychologie (D. Psy.)

Québec, Canada

© Roxanne Pilon, 2020

Auto-traitement guidé du trouble d'anxiété généralisée chez les aînés : étude pilote d'une formation pour prestataires non professionnels

Mémoire doctoral

Roxanne Pilon

Sous la direction de :

Philippe Landreville

Résumé

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est un trouble de santé mentale très répandu chez la population âgée et amène un lot important de conséquences délétères. De plus, les difficultés d'accès à des soins spécialisés et les ressources limitées de notre système de santé affectent le traitement du TAG chez les aînés. Il est donc essentiel de développer des stratégies pour améliorer l'offre de soins à cette population. Le premier objectif de ce mémoire est de développer et d'évaluer de façon préliminaire une formation offerte à des prestataires de soins non professionnels (PNP) appelés à œuvrer comme guides dans le cadre d'un auto-traitement. Le deuxième objectif est d'évaluer l'appréciation des participants sur les différents aspects de la formation dans le but de l'améliorer. Finalement, le troisième objectif est d'évaluer combien de participants seraient nécessaires pour effectuer un essai randomisé pour évaluer l'effet de cette formation. Vingt-deux étudiants en psychologie ont participé une formation basée sur trois types de soutien nécessaires pour guider l'auto-traitement. Les participants ont été évalués avant et après la formation. Au premier objectif, les résultats montrent une augmentation significative du sentiment de compétence à la suite de la formation. Une augmentation des éléments attendus et une diminution des éléments non attendus et du bruit ont aussi été observées à la mesure de compétences de soutien. Pour ce qui est du deuxième objectif, les commentaires émis par les participants ont illustré l'importance de la rétroaction de la formatrice lors du retour sur les jeux de rôle durant la formation ainsi que la pertinence des exemples cliniques pour illustrer les concepts théoriques. Pour terminer, un total de 104 participants permettrait une étude d'efficacité future de la formation avec une puissance de 80%. La formation serait donc associée avec une augmentation des compétences ciblées pour l'accompagnement d'un ATG-TCC.

Table des matières

Résumé ii
Table des matières iii
Liste des tableaux v
Remerciements vi
Introduction 1
Anxiété et Troubles Anxieux 1
Trouble d'anxiété généralisée chez les aînés 1
Prévalence 1
Conséquences 2
Traitement 4
Sous-traitement du trouble d'anxiété généralisée chez les aînés 5
Chapitre 1 : Analyse critique des connaissances, problématique et ojbectifs 7
Auto-traitement guidé du trouble d'anxiété généralisée chez les aînés 7
Prestataires non professionnels et soins en santé mentale 9
Mise en contexte 9
Efficacité des traitements guidés par des prestataires non professionnels 10
Formation 11
Évaluation de la formation reçue par le PNP 12
Supervision 13
Problématique 13
Considérations sur le recours à des prestataires non professionnels : recrutement, tâches, formation et supervision 14
Recrutement 14
Tâches de soutien 14
Objectifs 17
Chapitre 2 : Méthode 18
Participants 18
Mesures 18
Questionnaire sociodémographique 18
Questionnaire sur le sentiment de compétence 18
Questionnaire sur les compétences de soutien 19
Questionnaire de satisfaction de la formation 21
Procédure 21

Formation 21
Déroulement de l'étude 23
Chapitre 3 : Résultats 25
Objectif 1 25
Sentiment de compétence 25
Compétences de soutien 25
Objectif 2 27
Objectif 3 33
Chapitre 4 : Discussion 34
Rappel du contexte, de la méthode et des principaux résultats 34
Développement de la formation 35
Sentiment de compétence 38
Compétences de soutien 39
Soutien motivationnel 40
Soutien émotionnel 40
Soutien technique 41
Satisfaction 41
Nombre de participants requis pour une étude randomisée 42
Limites et forces de l'étude 43
Implications pour la recherche et la clinique 45
Conclusion 48
Bibliographie 49
Annexes 57
Annexe A : Études impliquant la formation de prestataires non professionnels pour le traitement psychologique de l'anxiété ou de la dépression. 58
Annexe B : Questionnaire sociodémographique 65
Annexe C : Questionnaire sur le sentiment de compétence 66
Annexe D : Questionnaire sur les compétences de soutien du PNP 69
Annexe E : Procédure et grille de correction des questions à développement du questionnaire de compétences de soutien 71
Annexe F : Questionnaire de satisfaction de la formation 76
Annexe G : Plan de formation 80
Annexe H : Contenu sommaire du traitement (aide-mémoire de l'accompagnateur) 82

Liste des tableaux

Tableau 1 : Indice de corrélation intra-classe de chacune des catégories de réponses …….…20
Tableau 2 : Analyse descriptive et comparaison entre les temps 1 et 2 pour les neuf catégories de codification des réponses aux questions à développement de la mesure de compétences de soutien...26
Tableau 3 : Évaluation des différents aspects de la formation…….27
Tableau 4 : Éléments de la formation jugés les plus et moins utiles ……....28
Tableau 5 : Commentaires concernant les différents aspects de la formation…….….29

Remerciements

Je souhaite d'abord remercier Philippe Landreville, Ph.D, mon directeur de recherche qui a su me guider tout au long des trois dernières années dans la conceptualisation et la réalisation de mon projet de mémoire doctoral. Il a su m'appuyer lors des prises de décisions et favoriser mon apprentissage de par sa confiance et ses enseignements. Je désire également offrir des remerciements à Pierre-Hugues Carmichaël, M.Sc, pour son expertise en lien avec les analyses statistiques. Ses explications claires et sa patience m'ont permis de me familiariser avec le monde des statistiques. Je remercie également les membres de mon comité d'encadrement Mme Geneviève Belleville, Ph.D et M. Patrick Gosselin, Ph.D. Ils ont eux aussi contribué grandement à m'orienter dans la prise de décisions et dans les réalités du monde de la recherche. Je remercie aussi Marianne Couillard-Larocque qui a participé à la correction des données du questionnaire de compétences. Celle-ci a démontré une efficacité et une rapidité d'exécution qui ont été très appréciées.

Finalement, je remercie mes collègues de laboratoire Catherine, Anne-Julie, Alexandra, Ariane et Mélissa pour leur soutien, leurs commentaires et leurs encouragements lors de nos rencontres. Elles ont réussi à instaurer une ambiance de collaboration dans le laboratoire, ce qui m'a permis d'apprécier mon expérience de recherche au doctorat.

Introduction

Anxiété et Troubles Anxieux

Les troubles anxieux sont caractérisés par une peur excessive et des perturbations au plan comportemental (American Psychiatric Association [APA], 2013). Ils sont différents de la peur dite normale par leur caractère persistant et excessif. Cette peur est disproportionnée par rapport au contexte dans lequel se trouve l'individu et entraine une détresse significative ou des dysfonctionnements dans sa vie quotidienne. La durée et l'intensité des symptômes anxieux sont également plus importantes. Pour ce qui est de la distinction entre les troubles anxieux, elle est faite en fonction des objets ou situations qui génèrent la peur. La phobie spécifique concerne une situation précise ou un objet tel que les aiguilles. La phobie sociale est la peur des situations où l'individu est amené à interagir socialement et dans lesquelles il peut être observé par les autres. Le trouble panique est caractérisé par une ou plusieurs attaques de paniques survenant de façon inattendue. Les attaques de panique sont accompagnées de sensations physiques telles que la transpiration, des palpitations, des étourdissements, etc. L'agoraphobie est la peur des situations où l'individu pourrait éprouver des difficultés à fuir. Par exemple, la personne pourrait éprouver une crainte d'être dans un transport en commun tel que l'autobus, le métro, etc. d'où elle ne pourrait se sortir facilement. Dans le trouble d'anxiété généralisée (TAG), l'anxiété se manifeste sous forme d'attentes avec appréhension pour certains événements ou activités quotidiennes dans au moins deux domaines significatifs tels que le travail, la performance scolaire et les activités sociales. Cette anxiété peut varier selon les individus, mais doit être vécue depuis une durée minimale de six mois et survenir de façon incontrôlable. Les soucis et inquiétudes doivent aussi occasionner minimalement trois symptômes parmi les suivants : agitation ou impression d'être survolté, fatigue, trouble de la concentration ou pertes de mémoire, irritabilité, tension musculaire et trouble du sommeil. La santé, la famille, le travail, la relation avec un collègue de travail, la ponctualité et le fait de vieillir sont des thèmes d'inquiétudes pouvant être nommés par les personnes souffrant d'un TAG. Chez les personnes âgées, les thèmes les plus susceptibles d'engendrer de l'anxiété sont les problèmes de santé physiques et le bien-être des personnes de leur entourage (Gonçalves & Byrne, 2012). Ces soucis rapportés par l'individu sont considérés comme envahissants et surviennent de façon fréquente.

Trouble d'anxiété généralisée chez les aînés

Prévalence

Une prévalence de 2,8% du TAG a été observée pour les personnes âgées de 55 ans et plus par Mackenzie, Reynolds, Chou, Pagura et Sareen (2011) lors d'une étude faite chez plus de 12 000

participants. Le TAG serait présent chez 1,2% de la population âgée québécoise (Préville et al., 2008). La prévalence du TAG chez les aînés varie toutefois entre les études selon plusieurs facteurs (Lenze & Wetherell, 2011). D'abord, le milieu dans lequel vivent les personnes âgées est associé à la fréquence d'observation de ce trouble. Elle varierait entre 0,9% et 11,2% pour les personnes vivant en résidence et serait moins élevée dans la communauté (Creighton, Davison & Kissane, 2016). Le genre est lui aussi un facteur associé à la prévalence du TAG. Dans la population âgée, il se présenterait de façon plus fréquente chez les femmes (Grenier et al., 2011; Mackenzie et al., 2011) selon un ratio d'environ 2,2 femmes pour un homme (Zhang et al., 2014). L'âge est également associé à la fréquence du TAG. Plusieurs auteurs affirment que le TAG atteindrait sa plus grande prévalence à l'âge adulte et aurait tendance à diminuer avec l'avancement en âge (APA, 2013; Grenier et al., 2011; Gum, King-Kallimanis & Kohn, 2009; Lenze & Wetherell, 2011). Une étude de Mackenzie et ses collègues (2011) révèle qu'une prévalence de 1,9% serait observée chez les personnes âgées de plus de 75 ans, alors qu'un taux plus élevé (3,7%) est trouvé chez une population âgée de 55 à 64 ans. Malgré la diminution de la prévalence qu'on peut observer avec l'avancement en âge, il existe un consensus dans la littérature selon lequel le TAG serait l'un des troubles mentaux les plus prévalents chez les personnes âgées (Creighton et al., 2016; Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley & Craske, 2010).

Conséquences

Le TAG, particulièrement chez les aînés, est associé à un taux élevé de troubles mentaux comorbides (Mackenzie et al., 2011). La forte prévalence de troubles concomitants dans le cadre du TAG amène un lot encore plus important de limites fonctionnelles et de santé. Selon Préville et ses collaborateurs (2008), près de 57,6% des personnes âgées souffrant d'un TAG présenteraient un autre trouble de santé mentale. Par exemple, le TAG présente une forte comorbidité avec la dépression (14,4%), les phobies spécifiques (34,8%) ou un autre trouble anxieux (5%) (Zhang et al., 2014). La présence de troubles du sommeil tels que l'insomnie a aussi été révélée par Magee et Carmin en 2010. Entre 56% et 70% des personnes âgées atteintes d'un TAG rapporteraient avoir des difficultés sur le plan du sommeil (Bélanger, Morin, Langlois & Ladouceur, 2004; Brenes et al. 2008). Un haut niveau d'anxiété, d'inquiétudes, de dépression et de craintes sociales caractériserait les aînés avec un TAG alors le vieillissement normal ne serait pas associé avec autant de détresse affective (Beck, Stanley & Zebb, 1996). En effet, la qualité de vie de ces aînés serait comparable à celle d'une personne âgée atteinte de dépression. La présence du TAG ou de symptômes dépressifs, souvent comorbides, est associée à une diminution significative de la qualité de vie dans tous les domaines. Cette détérioration

du bien-être a une incidence sur la continuation d'activités, ce qui entrainerait une diminution des accomplissements dans la vie des aînés (Wetherell et al., 2004).

Des travaux suggèrent qu'il existe un lien entre l'anxiété et le suicide chez les aînés (Petkus et al., 2018). Dans les cas de mort par suicide chez les aînés, 4,7% aurait souffert d'un trouble anxieux primaire, alors que 11,9% aurait présenté un trouble anxieux en comorbidité (Oude Voshaar et al., 2015). L'isolement de la personne âgée et la détérioration de sa santé physique, plus importants dans un contexte d'anxiété, contribueraient à augmenter le risque de suicide. L'étude de Petkus et ses collègues (2018) révèle l'importance d'évaluer le risque suicidaire. Avec l'avancement en âge de la population et la forte prévalence de troubles anxieux parmi la population âgée, l'étude montre que l'importance de la question du suicide ne fera qu'augmenter avec les années.

L'anxiété vécue par les gens âgés peut aussi se refléter dans la santé physique (Wolitzky-Taylor et al., 2010). Entre autres, des limites sont observées en ce qui a trait à leur mobilité. Par exemple, la peur de tomber peut limiter les aînés dans leurs activités quotidiennes (APA, 2013). Le TAG est également lié à des difficultés physiques de type cardiovasculaire (Grenier et al., 2011; Wolitzky-Taylor et al., 2010). Les troubles anxieux chez les personnes âgées seraient fortement associés à des conditions médicales chroniques telles que des problèmes gastro-intestinaux (Kane, Strohlein & Harper, 1993), l'hyperthyroïdie (Kathol, Turner & Delahunt, 1986) et le diabète (Lustman, Griffith, Clouse & Cryer, 1986).

Les conséquences du TAG peuvent aussi se retrouver sur le plan cognitif. Un déclin cognitif et une démence sont souvent observés chez les personnes âgées souffrant d'anxiété (Seignourel, Kunik, Snow, Wilson & Stanley, 2008). Les personnes âgées présentant un niveau considérable d'anxiété montreraient un fonctionnement cognitif plus faible que les personnes ne vivant pas ou peu d'anxiété. Plus spécifiquement, les personnes âgées souffrant d'un TAG présenteraient des difficultés sur le plan de la mémoire à court terme (Mantella et al. 2007). Les problèmes d'ordre cognitif nécessitent une attention particulière selon Wolitzky-Taylor et ses collègues (2010). Ils affecteraient la présentation des symptômes anxieux chez les aînés, la façon dont ces symptômes sont vécus ainsi que comment ils sont communiqués aux professionnels de la santé. L'anxiété serait également un facteur de risque pour le développement de problèmes cognitifs. Selon une étude de Palmer et al. (2007), le fait de vivre de l'anxiété en plus d'un trouble cognitif léger doublerait les chances d'aggravation de la maladie vers une démence.

Finalement, les coûts associés au TAG sont également un aspect important du problème chez la population âgée. Une étude de Vasiliadis et al. (2013) faite auprès de la population âgée québécoise

révèle que le TAG est associé à une augmentation significative des coûts de soins de santé. Les coûts considérés dans cette étude sont ceux reliés aux soins de santé dans la communauté générale ainsi qu'en milieu hospitalier. Ces dépenses incluent, par exemple, des évaluations en radiologie pour évaluer si les symptômes présentés par les personnes âgées sont d'origine physique et les coûts reliés à l'utilisation de médication. Toutefois, les montants relatifs à la baisse de productivité observée chez ces patients n'étaient pas évalués par cette recherche, ce qui pourrait sous-estimer les conséquences monétaires réelles du TAG.

Traitement

La médication est le traitement le plus utilisé pour les problèmes d'anxiété chez la population âgée (Wetherell, Lenze, et Stanley, 2005). Deux types de psychotropes sont principalement prescrits aux aînés ayant un trouble anxieux. En premier lieu, des données mentionnent que 25 à 53% de cette population consomment des benzodiazépines (Benítez et al., 2008 ; Wolitzky-Taylor et al., 2010) pour pallier à l'anxiété. Toutefois, même si l'utilisation des benzodiazépines est très répandue chez cette population, ils ne sont pas considérés comme un traitement de première ligne pour les personnes âgées souffrant d'un TAG (Flint, 2005). Des effets secondaires délétères sont associés à la consommation de benzodiazépines à long terme et incluent la tendance à faire des chutes (Gray et al., 2006), une altération des fonctions cognitives, telle que des problèmes de mémoire (Hanlon et al., 1998), et un risque de dépendance. Une étude effectuée auprès d'aînés québécois montre que 10% des utilisateurs de benzodiazépines rencontrent les critères diagnostiques d'un trouble de dépendance et que jusqu'à 40% des répondants affirment être dépendants de ce médicament (Voyer, Préville, Cohen, Berbiche, & Béland, 2010). En deuxième lieu, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont un type de psychotrope recommandé pour le traitement des troubles anxieux chez les aînés (Lenze et al., 2005) et seraient consommés par 21% des personnes âgées souffrant d'anxiété selon Benítez et ses collègues (2008). Pour les personnes âgées atteintes d'un TAG, les ISRS amélioreraient le fonctionnement sur les plans social et émotif et régulerait le taux de cortisol associé au stress et aux symptômes anxieux (Lenze & Wetherell, 2011). L'association entre le niveau d'élévation du cortisol et le TAG reste floue. Il serait toutefois possible de penser que le sentiment de perte de contrôle vécu chez les personnes âgées anxieuses ne permette pas la modulation du cortisol. Il est possible d'observer, chez les personnes présentant un meilleur contrôle, une modulation plus efficace du cortisol en réponse à un événement stressant. De plus, les ISRS sont recommandés pour le traitement en première ligne du TAG comparativement aux benzodiazépines (Baldwin et al., 2005). Par contre, leur temps de réaction est plus long que celui des benzodiazépines et cela serait associé à une diminution de l'observance du traitement pharmacologique à long terme (Vasile, Bruce,

Goisman, Pagano, & Keller, 2005). Des effets secondaires tels que la fatigue, des problèmes de sommeil et urinaires sont observés chez les utilisateurs de ce type de médicament (Lenze & Wetherell, 2009).

La psychothérapie est aussi utilisée pour le traitement des troubles anxieux chez les personnes âgées et l'approche la plus étudiée est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) qui regroupe habituellement plusieurs composantes telles que la psychoéducation, la relaxation, la restructuration cognitive et l'exposition (Bradford et al., 2011). Différentes méta-analyses indiquent que la TCC est efficace pour le traitement du TAG chez les aînés (Ayers, Sorrell, Thorp & Wetherell, 2007; Gould, Coulson & Howard, 2012; Hall, Kellett, Berrios, Bains & Scott, 2016). L'efficacité de la TCC serait cependant modérée chez la population âgée comparativement à la population plus jeune. Cela suggère l'importance d'adapter ce traitement pour les aînés. Par exemple, Molhman (2004) a souligné la pertinence pour les aînés de recevoir des aides cognitives en plus de la TCC. Les résultats des méta-analyses suggèrent également qu'au suivi post-traitement, l'efficacité serait comparable à celle d'un autre traitement actif (Ayers et al., 2007; Gould et al., 2012; Hall et al., 2016).

Sous-traitement du trouble d'anxiété généralisée chez les aînés

Malgré son importance et la disponibilité de traitements efficaces, le TAG demeure sous-traité chez les aînés. Une étude rapporte que seulement 18% à 28% des personnes atteintes reçoivent un traitement approprié (Mackenzie et al., 2011). Dans une étude de Préville et al. (2008), la proportion d'individus âgés souffrant du TAG et consultant pour recevoir des soins professionnels pour leur détresse (25%) est plus faible que pour les troubles anxieux en général (39%) et le trouble dépressif majeur (50%). En outre, plusieurs études montrent que la proportion de personnes âgées recevant du soutien psychologique est plus faible comparativement à une population plus jeune (Grenier et al., 2011; Oude Voshaar et al, 2015).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le sous-traitement d'un trouble comme le TAG chez les aînés (Cully et al., 2008). D'abord, les difficultés en lien avec le diagnostic du TAG chez cette population peuvent en partie expliquer que l'accès aux soins soit plus difficile. Les médecins généralistes ne seraient pas portés à dépister les troubles d'anxiété chez les personnes âgées (de Beurs et al., 1999). Le sous-diagnostic de ces troubles chez les aînés peut aussi être associé à la croyance que le vieillissement normal est accompagné d'anxiété. Les symptômes anxieux peuvent également être confondus avec des signes de problèmes de santé physique (Lenze & Wetherell, 2009). D'autre part, il existerait chez des médecins une vision négative de la psychothérapie en général (Alvidrez &

Areàn, 2002). Ils seraient pessimistes quant à l'utilité de la psychothérapie pour la population âgée et ne croiraient pas que les patients iraient chercher l'aide qu'ils requièrent.

Ensuite, plusieurs aînés présentent des problèmes de mobilité et de transport faisant en sorte qu'ils ne peuvent pas se déplacer pour recevoir les soins requis (Gum, Iser, & Petkus, 2010). La plupart des ainés (72%) consultés par Gum et ses collègues rapportaient être intéressés à recevoir du soutien de type psychologique. Néanmoins, près de 63% des répondants ont identifié les difficultés de transport comme étant une barrière à la psychothérapie. Le climat rude d'une région comme le Québec rend les déplacements des aînés encore plus problématiques (Morales, Gamache & Edwards, 2014). Cet enjeu est particulièrement important dans le cas de la psychothérapie qui requiert généralement plusieurs rencontres à l'extérieur du domicile. Enfin, il peut être difficile d'obtenir des soins spécialisés pour le traitement du TAG. Une étude canadienne mentionne que sur un total de 117 institutions publiques recensées, seulement 18 étaient pourvues d'une clinique pour les troubles anxieux (Swinson, Cox, Kerr, Kuch & Fergus, 1992). Cette étude remonte toutefois à plusieurs années et il est probable que l'offre de services pour les troubles anxieux ait évoluée au cours des dernières années.

Deux avenues complémentaires possibles pour améliorer l'accès aux services de santé mentale pour les aînés sont un auto–traitement guidé (ATG) et le recours à des prestataires non professionnels (PNP) pour le guider. Dans ce mémoire, nous nous penchons précisément sur le développement et l'évaluation d'une formation offerte à des PNP appelés à œuvrer comme guides dans le cadre d'un auto-traitement du TAG destiné à une clientèle âgée. Le corps du mémoire est divisé en trois chapitres. Le chapitre 1 présente une analyse critique des connaissances, la problématique et les objectifs. Le chapitre 2 décrit la méthode utilisée. Les résultats de l'étude sont présentés au chapitre 3 et ceux-ci sont discutés au chapitre 4.

Chapitre 1 : Analyse critique des connaissances, problématique et ojbectifs

Auto-traitement guidé du trouble d'anxiété généralisée chez les aînés

Le TAG est un problème très répandu chez les aînés. Malgré la disponibilité de traitements efficaces, peu de personnes âgées ayant ce trouble les utilisent. Dans ce chapitre, nous présentons deux stratégies pour favoriser l'accès aux traitements psychologiques du TAG dans la population âgée : un ATG et le recours à des PNP pour le guider. Un examen critique des connaissances sur chacune de ces stratégies sera présenté et nous nous attarderons tout particulièrement sur les problèmes actuels en lien avec la formation des PNP. Les objectifs du mémoire seront aussi présentés.

Puisque la psychothérapie implique habituellement des séances de consultation en face à face avec un thérapeute, cela peut représenter un obstacle d'accéder à ce type de traitement. Un ATG utilisant des lectures et des exercices à la maison serait une alternative prometteuse pour le traitement du TAG (Lenze & Wetherell, 2011). Un ATG est un traitement fait à distance et dans lequel les patients apprennent à utiliser des techniques psychologiques de façon plus ou moins autonome (Cuijpers, Donker, van Straten, Li, & Andersson, 2010). Le matériel nécessaire au traitement est habituellement remis au patient sous forme d'un manuel ou est accessible en ligne. La communication avec le thérapeute peut être faite à distance, par téléphone ou en ligne. Le rôle principal du thérapeute dans le cadre d'un ATG est de soutenir les efforts des patients, ce qui réduit la durée des séances. Les avantages reliés à ce type de traitement sont nombreux. McIntosh et ses collègues (2004) ont rapporté que l'ATG pour le TAG (a) offre une solution à long terme aux individus souffrant de ce trouble de façon chronique, (b) représente une alternative à la psychothérapie traditionnelle pour les patients qui ne sont pas intéressés par les soins dans le réseau de santé public et (c) pallie aux ressources psychologiques limitées. Également, comme le temps de contact avec le thérapeute est réduit, cela diminue les coûts de traitement tout en augmentant la quantité de soins pouvant être offerte.

Quelques études suggèrent l'efficacité d'un ATG pour le traitement du TAG chez les aînés. Landreville, Gosselin, Grenier, Hudon et Lorrain (2015) ont évalué un ATG du TAG basé les principes de la TCC (ATG-TCC). Les chercheurs ont utilisé un protocole à cas uniques à niveaux de base multiples auprès de trois personnes âgées. Le traitement, d'une durée de 15 semaines, s'appuyait sur le modèle de Dugas, Gagnon, Ladouceur et Freeston (1998) et ciblait des facteurs de vulnérabilités du TAG, soit l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative aux problèmes, l'évitement cognitif, et la perception de l'utilité de s'inquiéter. L'ATG-TCC incluait des lectures hebdomadaires dans un manuel de traitement, des exercices et des séances hebdomadaires de soutien téléphoniques. À la suite

du traitement, les participants ne répondaient plus aux critères du TAG et ont montré une amélioration sur le niveau d'inquiétudes, la sévérité du TAG, les variables ciblées par le traitement (par exemple, l'intolérance à l'incertitude) et sur des variables secondaires associées au TAG (par exemple, la dépression). Ces résultats se sont en général maintenus jusqu'à 12 mois après la fin du traitement. Jones, Hadjistavropoulos et Soucy (2016) ont quant à eux réalisé un essai contrôlé randomisé d'un ATG-TCC en ligne de 10 semaines pour les personnes âgées de plus de 60 ans ayant un TAG (63% de l'échantillon) ou un TAG sous-clinique selon les critères diagnostiques du DSM-IV-TR (APA, 2013). Parmi les 46 participants, 24 étaient assignés à la condition expérimentale et ont reçu l'ATG-TCC alors que les 22 participants restants ont été placés sur une liste d'attente. L'ATG-TCC comprenait les techniques de bases de la TCC telles que la psychoéducation et des stratégies d'adaptation au TAG. Le soutien du thérapeute était offert par courriel aux participants une fois par semaine. Des améliorations plus rapides des symptômes anxieux et dépressifs ont été observées pour les participants recevant immédiatement le traitement par rapport à ceux placés sur la liste d'attente. Une réduction supplémentaire des symptômes d'anxiété généralisée a été observée au cours du suivi d'un mois. Ces résultats sont cohérents avec ceux d'un autre essai contrôlé randomisé de Dear et al. (2015) évaluant un ATG-TCC en ligne de 8 semaines pour des personnes âgées ayant des symptômes anxieux. Des résultats plus faibles sur les mesures d'anxiété et de dépression ont été trouvés dans le groupe ayant reçu le traitement comparativement à un groupe contrôle placé sur une liste d'attente et ces résultats ont été maintenus à trois mois et 12 mois de suivi. Parmi les participants ayant reçu le traitement, 16 présentaient initialement un TAG comparativement à deux seulement au suivi post-traitement. Puisque tous les participants ne présentaient pas initialement un diagnostic de TAG, il n'est pas possible de tirer de conclusion claire pour cette population en particulier. Toutefois, comme le TAG est sous-traité chez les personnes âgées (Mackenzie et al., 2011), il peut également s'agir d'une force sur le plan de la validité écologique. L'échantillon recruté représente davantage ce qui est observé dans le milieu plus « naturel ». Les personnes âgées n'ayant pas de diagnostic pourraient tout de même bénéficier de ce type de traitement.

Une méta-analyse de Cuijpers et ses collègues (2010) a évalué l'effet de la psychothérapie sur le traitement du TAG. Parmi les 21 études recensées, cinq comparaient spécifiquement l'efficacité d'un ATG via Internet à un groupe liste d'attente. Une faible hétérogénéité non significative a été trouvée entre les différentes études. La comparaison des modalités de traitement montre que l'ATG via Internet et la TCC en face à face ne diffèrent pas en termes d'efficacité. Cependant, les études recensées par les auteurs n'étaient pas toutes spécifiques à la population âgée.

Prestataires non professionnels et soins en santé mentale

Mise en contexte

Bien que les besoins de soins soient grandissants, la capacité du système de santé à offrir des soins spécialisés en santé mentale aux personnes âgées se détériore (Rabheru, 2016). Les aînés seraient de plus en plus nombreux à rechercher de l'aide dans les services de santé alors que le système souffrirait d'un manque de ressources à leur offrir. Selon Rabheru (2016), des soins plus spécialisés seraient particulièrement importants dès leur arrivée dans les services pour éviter une dégradation des fonctions restantes chez les personnes âgées et l'institutionnalisation coûteuse dans des établissements publics.

Plusieurs stratégies ont été évoquées par des experts pour améliorer l'offre de services en santé mentale. Celles-ci s'ajoutent à l'utilisation de l'auto-traitement comme moyen d'offrir du soutien supplémentaire pour les personnes qui ne désireraient pas s'engager dans une psychothérapie individuelle ou pour qui il est difficile d'avoir accès à la psychothérapie traditionnelle. D'abord, Rabheru (2016) propose avant tout d'agir en prévention auprès de la population âgée, par exemple en favorisant une attitude plus positive envers celle-ci, en réduisant les risques de maladies physiques ou en fournissant un meilleur accès aux ressources communautaires. Bien qu'elle soit moins documentée, l'intervention de groupe auprès de la population âgée s'avère une avenue de traitement comportant plusieurs avantages. Elle permettrait entre autres de pallier le retrait social qui peut être vécu chez les aînés (Sherbourne, Hays & Wells, 1985). Une autre stratégie envisagée par Kunik et al. (2016) est de permettre à des PNP, c'est-à-dire des personnes qui ne disposent pas d'un permis de professionnel de la santé mentale, comme un psychiatre ou un psychologue, de collaborer aux soins sous certaines conditions de formation et de supervision. Cette stratégie permettrait de diminuer la surcharge en soins gériatriques, d'augmenter l'offre de soins aux personnes âgées ainsi que de diminuer significativement les coûts qui y sont associés. L'utilisation de ce type de main d'œuvre nécessite toutefois une formation et de la supervision par un thérapeute professionnel (Montgomery, Kunik, Wilson, Stanley & Weiss, 2010). Différents termes sont utilisés dans la littérature anglophone pour designer ces personnes, entre autres « paraprofessionals », « lay providers » et « non-licensed providers ». Bien que la définition de « paraprofessionals » varie d'un auteur à un autre, ils sont généralement désignés comme des fournisseurs de soins sans formation de deuxième ou troisième cycle dans un programme spécialisé en santé mentale (Montgomery et al., 2010).

Efficacité des traitements guidés par des prestataires non professionnels

Plusieurs études ont comparé l'utilisation de PNP et de professionnels dans l'administration d'une psychothérapie. Une recension systématique de den Boer, Wiersma, Russo et Bosch (2005) a comparé l'efficacité des différents types de traitement pour les problèmes d'anxiété et de dépression. Les chercheurs ont examiné si l'efficacité des traitements varie selon qu'ils sont administrés par des PNP ou des professionnels. Les résultats n'indiquent pas de différences significatives sur les symptômes dépressifs ou anxieux au post-traitement ou au suivi entre les groupes traités par des PNP ou des professionnels. De plus, lorsque comparé à groupe contrôle, un traitement administré par les PNP aurait un effet favorable significatif. Bien qu'il soit difficile de généraliser les résultats en raison du petit échantillonnage (cinq études incluses) et de la diversité des approches thérapeutiques, les auteurs rapportent que les résultats obtenus justifient le développement de nouveaux programmes incluant les PNP dans l'offre de soins.

Stanley et al. (2014) ont évalué l'efficacité de la TCC pour le traitement du TAG chez les aînés selon qu'elle est administrée par des bacheliers en psychologie n'ayant aucune expérience préalable ou des professionnels possédant un doctorat en psychologie ainsi que de l'expérience clinique. Les bacheliers ont reçu une formation préalable pour administrer le traitement et étaient supervisés tout au long de l'étude. Les résultats montrent une réduction de la sévérité du TAG, de l'anxiété, des symptômes dépressifs, de l'insomnie et une amélioration de la qualité de vie, autant chez les patients traités par les bacheliers que par des professionnels. Le taux d'abandon des participants, bien que plus élevé pour le groupe des bacheliers (32%), n'était pas significativement différent de celui pour le groupe des professionnels (19%) et était près des proportions rapportées dans les études antérieures sur la psychothérapie du TAG. Le nombre de séances de soutien dispensées était le même pour les deux groupes ce qui suggère que l'engagement dans la thérapie était similaire. Les auteurs mentionnent que l'adhérence des patients au traitement administré par le groupe des bacheliers ainsi que la compétence de ces derniers était moins élevée pour ce groupe comparativement aux professionnels. Toutefois, l'intégrité du traitement et l'adhérence des prestataires aux procédures de traitement, le nombre de séances dispensées et le taux de complétion des exercices par les patients étaient équivalents pour les deux groupes. Ces résultats montrent qu'il est possible de former des PNP à administrer une TCC du TAG chez les aînés aussi efficacement que dans le cas de professionnels. Un suivi des participants de cette étude a montré que les effets du traitement se maintiennent sur une période de 12 mois post-traitement et ne diffèrent pas entre le groupe traité par les bacheliers et celui traité par les professionnels (Freshour et al., 2016). Enfin, Kunik et al. (2016) ont démontré que le coût de formation de bacheliers est relativement faible et que leur utilisation dans

le traitement de personnes âgées en première ligne constitue un avantage financier considérable. Les PNP permettraient selon eux de traiter un plus grand nombre de personnes âgées à un moindre coût. En somme, ces résultats appuient la pertinence de PNP formés et supervisés adéquatement pour augmenter l'offre de soins en santé mentale.

Formation

Un tableau résumant les études impliquant la formation de prestataires non professionnels pour le traitement psychologique de l'anxiété ou de la dépression est fourni à l'Annexe A. D'entrée de jeu, les caractéristiques des PNP varient de façon importante dans les études. Toutefois, certaines de ces caractéristiques sont communes à la majorité des études présentées, telles que d'être étudiant et avoir très peu ou pas d'expérience en santé mentale. Les étudiants sont pour la plupart des étudiants de niveau bachelier, diplômés ou non. Il est important de mentionner que ces études ne sont pas toutes spécifiques à la population âgée. Les paramètres de formation des PNP sont indiqués dans le tableau. Pour la majorité des études, la présentation des techniques utilisées dans les programmes de traitement ou du manuel de thérapie faisait partie du contenu de la formation des PNP (Bright, Baker & Neimeyer, 1999; Calleo et al., 2013; Dennis, 2003; Kraus-Schuman et al., 2015; Russel & Wise, 1976; Shelton & Madrazo-Peterson, 1976). L'utilisation de lectures était elle aussi une méthode d'apprentissage utilisée par plus d'une étude (Calleo et al., 2013; Kraus-Schuman et al., 2015; Shelton & Madrazo-Peterson, 1976). La durée des lectures était variable et s'étendait sur une période variant entre deux et huit heures. Certaines formations comportaient aussi une portion pratique où les participants devaient observer en direct et pratiquer le soutien qu'ils devaient offrir (Calleo et al., 2013; Dennis, 2003; Kraus-Schuman et al., 2015). De plus, l'écoute d'enregistrements de prestataires de soins professionnels démontrant l'application de l'intervention était aussi une technique employée pour la formation de PNP (Calleo et al., 2013; Kraus-Schuman et al., 2015; Thompson, Gallagher, Nies, & Epstein, 1983). La formation utilisée dans l'étude de Thompson et al. (1983) incluait aussi des devoirs à faire à la maison en lien avec les apprentissages. Brigth et al. (1999) ont quant à eux ajouté un aspect sur l'évaluation du risque suicidaire dans leur contenu. Pour Barnett et Parker (1985) la formation des participants se limitait à tenir un journal des contacts effectués à l'aide d'une grille et à recevoir des suggestions pour la fréquence de contact avec les patients. Pour Harris, Brown et Robinson (1999), la formation n'incluait que l'enseignement de techniques d'écoute de type «amical».

Kraus-Schuman et son équipe (2015) ont décrit en détail la formation donnée à des PNP pour intervenir auprès des personnes âgées souffrant d'un TAG dans l'étude de Stanley et ses collègues (2014) décrite plus haut. Bien que les PNP étaient appelés à intervenir comme psychothérapeutes, la

formation décrite dans cette étude donne une bonne idée des lignes directrices et des modalités de formation qui pourraient faire partie d'une formation de PNP impliqués dans l'ATG du TAG. La formation comprenait des lectures, des ateliers de type didactique, des enregistrements audios de séances de TCC et des jeux de rôle, pour un total de 45 heures. Les lectures portaient sur la TCC, le TAG, l'anxiété chez la population âgée, le vieillissement et les troubles cognitifs, le manuel de traitement et le livre d'exercices. La durée des lectures était d'environ huit heures. La formation était suivie par deux ateliers didactiques totalisant trois heures. Le premier atelier portait sur les principes de la TCC appliqués aux troubles anxieux et dépressifs, la littérature sur la TCC pour la population âgée anxieuse et dépressive et l'approche de traitement. Le second atelier décrivait le processus de recrutement des patients (recrutement, critères et processus de sélection, évaluation et diagnostic), la procédure du traitement, le contenu des séances et les points importants des lectures. Des enregistrements audios, d'une durée de vingt heures, étaient par la suite présentés aux participants. L'écoute de ces enregistrements était suivie par des jeux de rôles (cinq heures) sur les compétences de base pour l'intervention en TCC. Finalement, deux patients ont été attribués à chacun des PNP à des fins de formation pratique. À la suite de la formation, les PNP ont appliqué le traitement à des participants de l'étude et ils ont été évalués en fonction de l'intégrité du traitement. Les entrevues réalisées par les PNP et par les professionnels étaient enregistrés et 20% des séances ont été sélectionnées aléatoirement pour cette évaluation.

Évaluation de la formation reçue par le PNP

Parmi les études recensées dans le tableau présenté à l'Annexe A, peu d'information était disponible sur l'évaluation de la formation obtenue par les PNP. L'étude de Thompson et ses collègues (1983) fait toutefois état de plusieurs stratégies pour mesurer la qualité de la formation reçue par leurs participants. Les chercheurs utilisaient une mesure qui incluait les connaissances liées à la théorie et la thérapie comportementale ainsi que les compétences nécessaires pour diriger une classe de personne âgée. Ils observaient également l'attitude des participants envers les personnes âgées à l'aide d'un questionnaire. L'équipe de formation évaluaient les comportements des participants pendant les ateliers de formation. Ils ont mesuré de façon globale l'efficacité des non professionnels à diriger une classe de personnes âgées. Les critères d'efficacité n'étaient toutefois pas précisés dans l'article. Les résultats de cette étude montrent tout d'abord que sur le plan des attitudes et des compétences apprises, il n'existait pas de différence significative entre les professionnels et les PNP. Une même tendance était observée pour les variables suivantes : chaleur, empathie et authenticité. Les PNPs étaient toutefois considérés comme plus empathiques et chaleureux que leurs confrères professionnels. Une différence significative a été observée seulement pour la connaissance

de la thérapie comportementale entre les professionnels et les non professionnels, mais les deux groupes ont approfondi leurs connaissances avant et après la mesure.

Les PNP sont généralement évalués sur l'adhérence aux modalités thérapeutiques lorsqu'ils appliquent le traitement ou sur la satisfaction des clients traités. Cette évaluation informelle est la plupart du temps effectuée lors des rencontres de supervision avec le chercheur principal ou par un professionnel à partir d'enregistrements des séances de soutien (Bright et al. 1999; Russel et Wise, 1976) Ces derniers s'assuraient que le protocole de traitement était respecté par les PNP, par exemple, par l'utilisation d'un formulaire d'intervention spécifiant les mesures prises avec le patient (Waitzkin et al., 2011. En général, les résultats obtenus montrent que les PNP et les professionnels sont perçus comme ayant une crédibilité équivalente et que la satisfaction ne diffère pas entre les prestataires professionnels et non professionnels (Barnett & Parker, 1985; Bright et al., 1999; Calleo et al., 2013; Dennis, 2003; Russel & Wise, 1976; Shelton & Madrazo-Peterson, 1976; Waitzkin et al., 2011). Waitzkin et ses collègues (2011) ajoutent même que les PNP donnent plus de temps que les professionnels et écoutent plus attentivement. De façon générale, la participation des PNP aux soins des participants de cette étude était perçue comme positive.

Supervision

Comme il a été mentionné plus haut, la supervision des PNP s'avère nécessaire pour s'assurer qu'ils effectuent correctement les tâches qui leurs sont confiées. Dans les études présentées à l'Annexe A, la supervision prend majoritairement la forme d'observation (directe ou indirecte) ou d'écoute d'enregistrements des séances de soutien offertes par les PNP (Bright et al., 1999; Calleo et al. 2013; Stanley et al., 2014). Dans l'étude de Bright et ses collègues (1999), des séances de supervision supplémentaires étaient offertes si le protocole de traitement n'était pas respecté. Pour Shelton et Madrazo-Peterson (1976), l'observation du PNP se faisait par le superviseur clinique qui donnait une rétroaction directement après les séances. Dans le cadre d'autres études, la supervision était effectuée par des bénévoles et seulement lorsque le besoin était exprimé par le PNP (Dennis, 2003). Une étude de Waitzkin et al. (2011) utilisait un formulaire d'évaluation des mesures prises avec les patients. Toutefois, certaines des études ne présentaient pas les modalités de supervision des PNP.

Problématique

Un ATG-TCC guidé par des PNP semble une avenue prometteuse pour le traitement du TAG chez les aînés. Si cette approche est efficace, elle pourrait aider à élargir l'offre de soins en santé mentale à la population vieillissante. La formation des PNP est une condition essentielle pour préparer

ces derniers à jouer un rôle dans le traitement d'un trouble de santé mentale. Cependant, la littérature sur la formation de PNP en santé mentale est limitée et il n'est pas clair quel type de contenu ou de modalités sont à privilégier ni quelle est l'efficacité de la formation. Par exemple, les PNP sont souvent évalués sur l'adhérence aux modalités thérapeutiques lorsqu'ils appliquent le traitement ou sur la satisfaction des clients traités. Dans ce contexte, ils reçoivent aussi de la supervision lorsqu'ils sont évalués. La valeur de la formation elle-même est incertaine. On peut donc se demander quels éléments devraient faire partie de la formation de PNP appelés à guider un ATG-TCC du TAG chez les aînés et si une telle formation est utile. Dans la prochaine section, nous examinerons quelques éléments à prendre en compte dans le recrutement, les tâches, la formation et la supervision de PNP pour ce type de traitement. Ces éléments ont été considérés dans le développement d'une formation et son évaluation dans le cadre du présent mémoire. Une autre lacune des connaissances actuelles est qu'on ne dispose pas de repères sur la taille de l'effet d'une formation ni sur le nombre de participants nécessaires pour évaluer une formation dans un essai randomisé.

Considérations sur le recours à des prestataires non professionnels : recrutement, tâches, formation et supervision

Recrutement

Le recrutement s'est effectué auprès d'une population ayant un intérêt par rapport au sujet du mémoire, soit la santé mentale. En considérant les domaines d'étude pouvant mener à la psychothérapie ainsi que les personnes œuvrant déjà dans le milieu où les personnes âgées consultent le plus, tels que les soins de santé en première ligne, des domaines d'études tels que la psychologie, le service social et les sciences infirmières apparaissent pertinents. De plus, la majorité des études ayant utilisé des PNP pour administrer un traitement psychologique recrutaient des étudiants n'ayant pas gradué dans des programmes de cycles supérieurs. Les programmes visés pour le recrutement des PNP dans notre étude étaient donc le baccalauréat en psychologie, en travail social et en sciences infirmières.

Tâches de soutien

La psychothérapie est un acte réservé dans plusieurs juridictions, notamment au Québec (L'Office des professions du Québec, 2013). Plus précisément, la pratique de la psychothérapie telle que définie par le Code des professions est réservée aux psychologues, aux médecins et aux personnes titulaires du permis de psychothérapeute. Cependant, le Code des professions précise qu'il existe des interventions qui, bien qu'elles s'en rapprochent, ne constituent pas de la psychothérapie et ne sont donc pas des actes réservés à ces professionnels: la rencontre d'accompagnement, l'intervention de

soutien, l'éducation psychologique, l'intervention conjugale, la réadaptation, le suivi clinique, le coaching et l'intervention de crise. Ainsi, les tâches d'accompagnement dans la formation développée dans le cadre de la présente étude sont basées notamment sur l'intervention de soutien et la rencontre d'accompagnement. Les participants ne sont donc pas formés à faire de la psychothérapie (en fait, une partie importante de la formation consiste à préciser ce qu'ils peuvent et ne peuvent pas faire), mais bien à développer des compétences pour accompagner les aînés recevant un ATG-TCC pour le TAG. Les compétences sont définies comme une combinaison de connaissances (savoir), d'habiletés (savoir-faire) et d'attitudes (savoir-être; Paquette, 2002). Trois types d'intervention de soutien ont été identifiés comme permettant de respecter les limites de la Loi 21 tout en répondant aux besoins spécifiques de l'ATG-TCC du TAG. Ces trois types de soutien sont le soutien motivationnel, le soutien émotionnel et le soutien technique. Chacun des types de soutien est présenté aux participants de façon à développer leurs compétences.

Soutien motivationnel : Selon Miller et Rollnick (2006), il est généralement admis que le changement peut s'effectuer de façon naturelle sans l'administration de traitement mais qu'un traitement est toutefois considéré comme facilitant ce processus naturel. Il est clair pour ces auteurs que le changement peut être accéléré ou facilité par une intervention motivationnelle qui permettrait de réduire l'ambivalence des patients face au changement, ce qui favoriserait une mise en action. Leur définition de l'entretien motivationnel est « une méthode directive, centrée sur le client, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence ». Bien qu'elle s'en rapproche, l'intervention de soutien motivationnel est différente de l'entretien motivationnel proprement dit. Il s'agit davantage de s'assurer que la motivation est présente et suffisante au traitement, à vérifier si des barrières à la motivation sont présentes et à proposer des stratégies simples pouvant aider au maintien de la motivation. Il ne s'agit pas d'interventions pour questionner ni résoudre l'ambivalence au changement.

Dans le cadre de l'ATG-TCC, les lectures et les exercices demandent des efforts réguliers considérables aux personnes âgées pour les intégrer dans leur quotidien. Il est donc nécessaire que la formation permette à l'accompagnateur d'apprendre à favoriser cette motivation chez les aînés recevant l'ATG-TCC. C'est pourquoi des techniques de renforcement, d'encouragement, de validation émotionnelle et de résolution de problèmes étaient enseignées aux participants. Par exemple, une façon de motiver les clients est de reconnaitre et de renforcer les efforts qu'ils mettent dans le traitement (Rollnick, Miller & Butler, 2009) soit en participant activement aux rencontres téléphoniques ou en étant assidus pour ce qui est des lectures et exercices hebdomadaires à effectuer. Les PNP devaient donc être exposés à des situations permettant de développer leur capacité à

renforcer l'implication des clients dans l'auto-traitement. Ils peuvent également fournir des conseils aux personnes âgées pour faciliter le contexte d'apprentissage, comme par exemple leur suggérer de fixer un moment dans la semaine pour effectuer les exercices ou utiliser des notes pour se rappeler ce qu'ils ont à faire durant une période donnée. L'attitude des participants face à la motivation des aînés était également un aspect important du contenu sur le soutien motivationnel.

Soutien émotionnel : Pour faciliter le changement, un autre élément est considéré comme primordial par Rogers (1995). Il affirme que la relation interpersonnelle entre le client et l'aidant doit être considérée pour offrir des conditions de changement idéales. Pour lui, ce contexte doit être caractérisé par une atmosphère « soutenante » et rassurante. L'empathie permettrait d'offrir une écoute réflexive bien contrôlée qui favoriserait une réponse positive du client face au traitement. Lors de la formation, les PNP devraient apprendre à écouter le client d'une façon à ce qu'il se sente compris, autant dans les bons que les moins bons moments. Ils devraient principalement reconnaitre et valider les émotions du client. Bien que les PNP ne remplacent pas les membres du réseau social naturel des personnes âgées, ils devraient tout de même être en mesure de les soutenir émotionnellement par des techniques de base en relation d'aide telles que l'écoute active, le reflet, la reformulation et les silences. Des jeux de rôles leur permettraient de mettre en pratique cette compétence et d'obtenir une rétroaction de la personne donnant la formation dans le but d'améliorer leur compétence.

Soutien technique : Finalement, les PNP devraient être formés pour pouvoir faire le suivi technique des éléments liés au manuel de traitement et aux exercices de l'ATG-TCC. Comme mentionné plus haut, un retour sur la littérature en lien avec la problématique dont il est question (Kraus-Schuman et al. 2015), la présentation des techniques utilisées dans les programmes de traitement (Bright, Baker & Neimeyer, 1999; Calleo et al., 2013; Dennis, 2003; Kraus-Schuman et al., 2015; Russel & Wise, 1976; Shelton & Madrazo-Peterson, 1976), et l'utilisation de lectures préalables (Calleo et al., 2013; Kraus-Schuman et al., 2015; Shelton & Madrazo-Peterson, 1976) favorisaient l'apprentissage technique en lien avec le traitement. Dans le présent projet, les accompagnateurs devaient entre autres apprendre à faire un retour sur les éléments et activités faites la semaine précédant le suivi hebdomadaire, s'assurer de répondre adéquatement aux questions techniques des clients et faire un bref survol des activités à faire pour la semaine suivante. Ce type de soutien nécessite une bonne préparation de la part des PNP qui doivent devenir familier avec le manuel d'auto-traitement dans le but de répondre efficacement aux personnes âgées. Par exemple, ils devraient bien connaitre les grilles à remplir pour certains exercices afin d'aider les aînés qui

éprouveraient des difficultés avec celles-ci. Ce type de soutien est également nécessaire pour avoir un aperçu de l'évolution du client à travers son auto-traitement.

Objectifs

Le premier objectif de ce mémoire est de développer et d'évaluer de façon préliminaire une formation offerte à des PNP appelés à œuvrer comme guides dans le cadre d'un ATG-TCC du TAG destiné à une clientèle âgée. L'évaluation de l'effet de la formation se fera sur deux variables soient le sentiment de compétence et les compétences de soutien. Le deuxième objectif est de recueillir les commentaires et l'appréciation des participants sur les différents aspects de la formation dans le but de l'améliorer. Finalement, le troisième objectif est d'évaluer combien de participants seraient nécessaires pour effectuer un essai randomisé pour évaluer l'effet de cette formation.

La formation dont il est question dans la présente étude sera adaptée à l'ATG-TCC décrit et utilisé par Landreville et al. (2015). Elle s'inspirera des modalités présentées par Kraus-Schuman et son équipe (2015). Une description détaillée du contenu de la formation se retrouve dans la procédure du deuxième chapitre de ce mémoire. Les participants à la présente étude seront évalués avant et après avoir reçu cette formation. À noter que ceux-ci n'auront pas appliqué l'intervention auprès de vrais clients et donc n'auront pas été supervisés. Ceci permettra d'évaluer plus précisément l'effet de la formation seule. Bien que nous considérions que la supervision soit nécessaire pour permettre aux PNP de bien guider un auto-traitement, cet élément ne fait toutefois pas partie de la formation et n'est donc pas évalué dans le cadre du présent mémoire. Elle pourrait faire l'objet d'une recherche future.

Chapitre 2 : Méthode

Participants

Le critère d'admissibilité à l'étude était d'être inscrit à l'Université Laval à l'un des programmes de premier cycle suivants : baccalauréat en psychologie, baccalauréat en sciences infirmières et baccalauréat en travail social. Comme les PNP sont définis comme des fournisseurs de soins sans formation de deuxième ou troisième cycle dans un programme spécialisé en santé mentale (Montgomery et al., 2010), le critère d'exclusion était d'avoir une formation aux cycles supérieurs dans un domaine d'intérêt (psychologie, travail social, psychoéducation, sciences infirmières).

Un total de 27 personnes a manifesté un intérêt à participer à l'étude. Vingt-six personnes ont débuté l'étude, c'est-à-dire qu'elles ont répondu une première fois aux instruments de mesure prévus au protocole de recherche. Quatre personnes ont abandonné avant la journée de formation. Au total, 22 participants ont complété toutes les étapes du protocole et seules leurs données ont été utilisées dans les analyses. L'échantillon final incluait quatre hommes et 18 femmes âgés entre 19 et 24 ans. L'ensemble de ceux-ci étaient des étudiants à temps plein du baccalauréat en psychologie. Parmi ces étudiants, cinq étaient en première année du baccalauréat, neuf en deuxième année et huit en troisième année. Un total de 16 participants était célibataire et six personnes étaient en couple ou conjoints de fait. Finalement, pour 19 des participants, le dernier diplôme obtenu était de niveau collégial, pour deux autres, il s'agissait d'un diplôme d'études secondaires et une personne avait terminé un niveau universitaire.

Mesures

Questionnaire sociodémographique

Les données sociodémographiques, soit l'âge, le sexe, l'état civil, l'occupation principale, la scolarité en cours (cycle et programme) et le dernier niveau de scolarité complété ont été recueillies chez les participants (voir Annexe B).

Questionnaire sur le sentiment de compétence

Un questionnaire auto-rapporté de neuf énoncés a été développé pour les besoins du projet (voir Annexe C). Cet instrument est similaire à un questionnaire utilisé par Landreville, Dicaire, Verreault et Lévesque (2005) pour l'évaluation de l'attitude des soignants par rapport à leur capacité de faire face à l'agitation de résidents en centre d'hébergement. Les questions ont été adaptées pour connaître le sentiment de compétence des PNP par rapport aux différents objectifs de la formation. Le niveau de confiance ressenti par rapport à chaque énoncé est évalué sur une échelle de type Likert

variant de 1 (pas du tout confiant) à 10 (très confiant). Le résultat total correspond à la somme des points pour l'ensemble des énoncés et varie entre 9 et 90. Un résultat plus élevé à ce questionnaire suggère un plus fort sentiment de compétence. Une question à développement est également incluse pour que les participants décrivent dans quelle mesure ils croient s'être améliorés sur les trois types de soutien après la formation. Cette question a été posée seulement après que les participants aient reçu la formation.

Une analyse de la cohérence interne de la mesure de sentiment de compétence a été effectuée. Ce faisant, on s'assure ainsi de la validité de construit de cette variable. Bien que les balises permettant d'interpréter le coefficient Alpha de Cronbach soient arbitraires, elles sont largement acceptées par la communauté (Hogan, 2007). Une valeur supérieure à 0,70 est généralement considérée comme excellente. Par conséquent, les coefficients obtenus autant avant la formation (0,93) qu'après celle-ci (0,83) sont considérés comme reflétant une excellente cohérence interne. Ils suggèrent donc l'homogénéité des éléments de la mesure, ce qui permet de les intégrer en totalité dans la somme pour obtenir le résultat final.

Questionnaire sur les compétences de soutien

Ce questionnaire développé pour les besoins de ce projet est composé de trois sections visant à évaluer les différents types de soutien enseignés lors de la formation (voir Annexe D). D'abord, chacun des trois types de soutien a été évalué à partir d'une question à développement pour laquelle les PNP devaient indiquer quelles seraient leurs interventions dans une situation donnée. Une grille de correction (Annexe E) a permis d'évaluer les réponses des participants en fonction de trois catégories : les éléments attendus, les éléments non attendus et le bruit. Les éléments attendus correspondaient aux interventions autorisées dans le cadre du rôle d'accompagnement (par exemple, renforcer les efforts fournis par les clients). Ces éléments étaient mentionnés clairement lors de la formation. Les éléments non attendus correspondaient quant à eux aux éléments ayant été identifiés comme proscrits lors de la formation (par exemple, il était interdit aux participants de remettre ouvertement en question la motivation des clients). Le bruit correspondait aux éléments n'ayant pas été abordés explicitement lors de la formation. Ces questions à développement avaient pour but d'évaluer les compétences des participants à œuvrer en tant qu'accompagnateur. Comme mentionné plus haut, la compétence comporte trois aspects importants, soit les connaissances (savoir), les habiletés (savoir-faire) et l'attitude (savoir-être ; Paquette, 2002). Ce questionnaire vise principalement deux de ces aspects, soit les connaissances et les habiletés. Bien que certains participants puissent avoir répondu quelle attitude ils auraient face aux mises en situation, les questions ne permettaient pas de déterminer cette variable de façon spécifique.

Deux correctrices (la chercheuse principale et une auxiliaire de recherche) ont codé les extraits de réponse pour les questions 1, 2 et 3 du questionnaire de compétence de soutien. Comme la correction de ces questions devait se faire par des personnes connaissant bien la formation et son contenu, l'échantillon disponible était limité. C'est pourquoi la chercheuse principale (R.P) ainsi qu'une auxiliaire de recherche, occupant un rôle d'accompagnatrice de l'ATG-TCC et ayant reçu la formation, mais ne faisant pas partie de l'échantillon sélectionné par la présente étude, ont été choisies pour la correction des questions à développement. Les extraits ont été divisés pour obtenir une seule idée par segment. Un total de 146 segments a été évalué. Pour chacun d'eux, les correctrices devaient surligner en vert les éléments attendus, en rouge les éléments non attendus et en jaune le bruit. Elles devaient ensuite déterminer s'il s'agissait d'un élément de soutien motivationnel, émotionnel ou technique. Un point par élément de réponse était accordé. En somme, neuf catégories de codification étaient possibles. Un indice de corrélation intra-classe (ICC) a été calculé pour déterminer l'accord entre les deux évaluatrices, et ce, pour chacune des neufs catégories (voir Tableau 1). L'étendue des valeurs se situe entre 0,87 et 0,98. Puisque la communauté scientifique considère qu'une fiabilité supérieure à 0,80 est acceptable (Koo & Li, 2016), on peut conclure que l'ensemble des items codés par les évaluatrices ont une bonne fiabilité interjuge. Elles auraient donc évalué les items sensiblement de la même façon. Les correctrices ont ensuite révisé les éléments discordants pour en venir à un consensus.

Tableau 1 : Indice de corrélation intra-classe de chacune des catégories de réponses

Catégorie	Indices de corrélation intra-classe (ICC)
Éléments attendus du soutien émotionnel	0,98
Éléments attendus du soutien motivationnel	0,97
Éléments attendus du soutien technique	0,98
Éléments considérés comme du bruit dans le soutien émotionnel	0,92
Éléments considérés comme du bruit dans le soutien motivationnel	0,87
Éléments considérés comme du bruit dans le soutien technique	0,87
Éléments non attendus du soutien émotionnel	0,96
Éléments non attendus du soutien motivationnel	0,95
Éléments non attendus du soutien technique	0,89

Le soutien technique a aussi été évalué par six questions à choix multiples comportant quatre choix de réponses. L'inclusion de ces questions avait pour but de recueillir plus spécifiquement des données sur l'aspect « connaissance (savoir) » des compétences (Paquette, 2002). Une bonne réponse

à chacune de ces questions équivaut à un point. Un résultat total plus élevé aux questions à choix de réponses montre que le participant possède une meilleure connaissance des éléments techniques présentés lors de la formation en lien avec les types de soutien.

Questionnaire de satisfaction de la formation

Un questionnaire auto-rapporté de 12 questions a également été créé pour cette étude (voir Annexe F). Les questions sur la satisfaction ont été inspirées par le questionnaire de satisfaction utilisé dans l'étude de Landreville et al. (2005) pour connaître la satisfaction par rapport à un programme de formation offert à des soignants en centre d'hébergement. Les questions de cette mesure ont toutefois été adaptées au contexte de la formation des PNP. Le questionnaire est complété par les participants qui évaluent leur niveau de satisfaction avec les neuf premiers énoncés sur une échelle de type Likert variant de 1 (très insatisfait) à 4 (très satisfait). Le résultat total est compris entre 9 et 36, où une valeur plus élevée correspond à une plus grande satisfaction par rapport à l'ensemble de la formation. Un espace est laissé aux participants pour qu'ils aient la possibilité de faire des commentaires sur chacun des éléments de la formation. Les trois énoncés restants correspondent à des questions à développement sur les éléments considérés comme plus ou moins utiles par les participants ainsi que sur leurs commentaires généraux relatifs à la formation.

Procédure

Formation

Développement de la formation. La structure de la formation s'appuie en partie sur celle décrite par Kraus-Schuman et al. (2015) pour la formation des PNP pour la TCC du TAG chez les aînés. Elle comprend donc, comme cette dernière, une section sur le contexte de l'étude, des lectures, un atelier didactique où le traitement et le rôle des PNP sont présentés et des jeux de rôle. Elle est cependant plus courte que celle décrite par Kraus-Schuman et al. (2015), puisque le rôle du PNP dans l'ATG-TCC se limite à soutenir le patient et n'implique pas d'exercer la psychothérapie.

Dans sa forme initiale, l'atelier didactique comprenait un retour approfondi sur les techniques vues dans le manuel, les exercices et le rationnel de chacun des modules. À la suite de discussions, il a été décidé de retirer l'explication détaillée du rationnel des modules et des techniques vues dans le manuel du contenu de la formation. Comme le rôle des PNP se limite à du soutien, le fait de connaitre les techniques de façon approfondie a été jugé inutile. Ces discussions ont également permis de préciser le rôle d'accompagnement et ce qu'il impliquait comme soutien. Il a été décidé que la formation devait viser à développer les compétences nécessaires pour que les aînés soient suffisamment motivés pour compléter leur traitement (par le biais du soutien motivationnel), qu'ils

se sentent compris tout au long de leur démarche (par le soutien émotionnel) et qu'ils puissent obtenir des éclaircissements pour des questions sur le traitement en tant que tel (soutien technique). De plus, la formation dans sa version préliminaire contenait une section élaborée sur la gestion de crises suicidaires. Cette section a été modifiée à la suite de discussions d'équipe en raison des limites du rôle et des qualifications des accompagnateurs. Les chercheurs ont jugé qu'il était préférable que les PNP apprennent à suivre un protocole d'urgence psychologique impliquant l'intervention de psychologues plutôt que d'apprendre à évaluer eux-mêmes le risque suicidaire et intervenir auprès des personnes suicidaires. La présentation d'un protocole en cas d'urgence psychologique a donc été incluse dans la formation.

Dans un objectif de reproductibilité de la formation, un guide à l'intention du formateur a été élaboré. Plusieurs relectures du guide ont été faites et les commentaires ont permis d'obtenir une version finale qui pourrait éventuellement être publiée.

Structure finale. Dans sa version finale, la formation est divisée en deux parties (voir plan de la formation à l'Annexe G). La première partie consiste en des lectures qui visent à donner des connaissances de base aux participants. Les lectures portent sur le TAG chez les aînés (Altunoz, Kokurcan, Kirici, Bastug, & Ozel-Kizil, 2018; APA, 2013), les techniques de base en relation d'aide (chapitre 8 et 14 de Solomon & Theiss, 2013), le contenu sommaire du traitement (aide-mémoire de l'accompagnateur, Annexe I) et le manuel d'auto-traitement de l'ATG-TCC. L'aide-mémoire de l'accompagnateur résume le contenu abordé dans chacun des modules ainsi que les exercices devant être effectués par les aînés. Les lectures sont d'une durée totale de 6 heures.

La deuxième partie est un atelier en groupe sur le rôle du PNP. L'atelier débute par un bref retour sur le contexte de l'étude. Les thèmes abordés dans cette introduction sont le TAG chez les aînés, les traitements disponibles, le sous-traitement des personnes âgées et les principes de base de l'ATG-TCC. Par la suite, un bref survol du contenu de chacun des modules est fait (voir contenu sommaire du traitement en Annexe I). Une attention particulière est accordée aux exercices puisqu'ils constituent une composante essentielle de l'ATG-TCC et que les PNP sont susceptibles d'avoir des questions à ce sujet. Les différents types de soutien sont ensuite abordés. Une brève description générale du soutien est présentée. Les techniques à utiliser et à ne pas utiliser sont par la suite identifiées. Ensuite, la formation sur les différents types de soutien inclus des démonstrations et des jeux de rôles avec rétroaction. Pour terminer, les PNP reçoivent l'information quant à la supervision devant être reçue et sur le protocole en cas d'urgence psychologique. Ce protocole inclut les signaux

à observer chez les patients qui démontreraient une dégradation de leur état et les personnes à joindre si tel est le cas. L'atelier est d'une durée totale de 6 heures, incluant les pauses.

Déroulement de l'étude

Recrutement et formation des participants. Le recrutement s'est déroulé entre les mois de décembre 2017 et février 2018. La procédure consistait à envoyer un message électronique aux directions des programmes visés leur demandant de distribuer une lettre de recrutement aux étudiants de leur programme. Ce message comprenait la description du projet et le déroulement de la participation. D'autres méthodes ont été ajoutées en cours de recrutement soient une publication sur les groupes Facebook des associations étudiantes, contacter les professeurs des cours de premier cycle pour faire une présentation dans les classes et placer des affiches dans les différents pavillons fréquentés par les étudiants ciblés. Les étudiants intéressés à participer ont contacté la chercheuse principale (R.P.) par courriel. Celle-ci a pris rendez-vous avec les participants potentiels pour une première rencontre durant laquelle les questionnaires ont été remis aux participants et le formulaire de consentement a été signé. Par la suite, les lectures ont été transmises aux participants qui devaient les faire avant l'atelier. L'atelier a été donné dans un délai de deux semaines suivant l'envoi des lectures et était présenté par la chercheuse principale (R.P.). Trois journées de formation ont eu lieu, soit le 2 décembre 2018 ainsi que le 27 janvier et le 17 février 2019.

Collecte des données. La collecte de données s'est déroulée à deux moments : une première fois lors de la rencontre avec la chercheuse principale (temps 1) et une deuxième fois à la fin de l'atelier de formation (temps 2). La durée pour répondre à l'ensemble des questionnaires était d'approximativement 30 minutes. Au temps 1, les participants devaient compléter les questionnaires suivants : Questionnaire sociodémographique, Questionnaire sur les compétences de soutien et Questionnaire sur le sentiment de compétence. Au temps 2, les participants répondaient aux Questionnaires sur le sentiment de compétence, sur les compétences de soutien ainsi que celui sur la satisfaction de la formation. Une compensation monétaire de 20$ a été remise aux participants ayant complété la mesure finale lors de l'atelier. Les données ont été saisies dans un document Excel par la chercheuse principale (R.P.).

Plan d'analyse des données. Dans la présente étude, un niveau alpha de 0.05 est utilisé pour déterminer le seuil de signification de toutes les analyses inférentielles.

Le premier objectif du projet est de développer et d'évaluer de façon préliminaire la formation des PNP. Le changement sur le plan du sentiment de compétence et des compétences de soutien est

examiné en comparant les données aux temps 1 et 2. Pour les compétences de soutien, nous examinons plus précisément le changement (a) sur les éléments attendus, non attendus et le bruit, (b) sur chacune des neuf catégories de codification, et (c) sur les résultats aux questions à choix de réponse sur les aspects techniques de la formation. En raison de la petite taille d'échantillon, les moyennes des variables sont comparées à l'aide du test des rangs signés de Wilcoxon (statistique *S*). La différence standardisée (d de Cohen) est aussi utilisée pour 1) discuter de la grandeur du changement pour la variable du sentiment de compétence et 2) comparer la grandeur de la différence entre les différentes catégories dans le cas de la variable de compétence de soutien. Les balises du d de Cohen (Cohen, 1998), bien qu'arbitraires mais généralement admises par la communauté scientifique, qualifient un résultat de 0,2 comme un petit effet, 0,5 comme un effet modéré et 0,8 comme un grand effet.

Le deuxième objectif est de recueillir les commentaires des participants et de vérifier la satisfaction des différents aspects de la formation pour voir si des modifications pourraient y être apportées afin de l'améliorer. Pour ce faire, des analyses descriptives et qualitatives sont faites pour décrire et déterminer la moyenne de l'appréciation des participants pour chacun des aspects de la formation.

Finalement, pour l'atteinte du troisième objectif, le ratio correspondant à la plus petite différence entre les résultats au Temps 1 et 2 sur la somme des éléments attendus, des éléments non attendus ou du bruit est utilisé. Cette différence est favorisée à celle entre les moyennes en raison de la non normalité des échelles. Ce ratio est choisi pour permettre de détecter, sans qu'aucune modification ne soit apportée à la formation, si celle-ci a un effet réel sur cet aspect des compétences enseignées, d'un point de vue statistique. Ce ratio permet également de contrôler les variations expliquées par les caractéristiques de l'échantillon. Par la suite, le nombre de participants requis est évalué pour détecter ce ratio au seuil de 0,05 pour atteindre une puissance de 80%, 90% et 95%.

Chapitre 3 : Résultats

Objectif 1

Sentiment de compétence

En ce qui concerne la variable de sentiment de compétence, la moyenne des résultats au temps 1 est de 40,36 (ET = 17,55) et au temps 2 de 77,18 (ET = 5,89). Le résultat au test de Wilcoxon indique que la différence entre ces deux temps de mesure est significativement différente (S = 126,5 ; p = 0,0001), c'est-à-dire que le sentiment de compétence a augmenté après la formation. La différence standardisée de cette variable (d de Cohen) est de 2,09.

Compétences de soutien

Pour les éléments attendus, la moyenne des résultats au temps 1 est de 7,63 (ET = 3,58) et au temps 2 de 13,95 (ET = 5,96). On observe donc une augmentation des éléments attendus après la formation. Le résultat du test de Wilcoxon indique que la différence entre les résultats aux deux temps de mesure est significative (S = 111,50; p = 0,0001). Pour la somme des éléments non attendus, la moyenne des résultats au temps 1 est de 3,95 (ET = 2,87) et au temps 2 de 1,50 (ET = 1,87). Ceci suggère une diminution des éléments non attendus après la formation. Le résultat du test de Wilcoxon indique que la différence entre les résultats aux deux temps de mesure est significative (S = -69,00; p = 0,0039). La moyenne des résultats des éléments de bruit au temps 1 est de 3,18 (ET = 2,38) et au temps 2 de 1,09 (ET = 0,92). Une diminution du bruit est donc observée après la formation. Le résultat du test de Wilcoxon indique que la différence entre les résultats est significative (S = -78,50; p = 0,0007).

Le Tableau 2 présente les résultats pour les différentes catégories de codification. Pour la majorité des catégories, la différence observée au test de Wilcoxon est significative. Plus précisément, on observe une augmentation significative des éléments attendus des trois types de soutien, une diminution significative des éléments non attendus du soutien émotionnel et une diminution significative des éléments considérés comme du bruit dans le soutien émotionnel et motivationnel. Toutefois, trois catégories ne présentent pas de différence significative entre les temps 1 et 2, soit les éléments non attendus et le bruit dans le soutien technique ainsi que les éléments non attendus du soutien motivationnel. La plus grande différence standardisée se situe au plan des éléments attendus du soutien motivationnel (d de Cohen : 0,99) alors que la plus petite différence standardisée correspond aux éléments non attendus du soutien motivationnel (d de Cohen : -0,24). Ces éléments correspondent respectivement aux éléments ayant le plus et le moins changé pendant la formation.

De façon générale, les éléments s'étant le plus améliorés sont les éléments attendus des différentes formes de soutien.

Tableau 2 : Analyse descriptive et comparaison entre les temps 1 et 2 pour les neuf catégories de codification des réponses aux questions à développement de la mesure de compétences de soutien

Catégorie de codification	M temps 1 (*ET*)	M temps 2 (*ET*)	Différence M temps 2 – M temps 1 (*ET*)	D de Cohen *(d)*	*Test du rang signé de Wilcoxon (S)*	*Valeur P*
Éléments attendus						
Soutien émotionnel	2,36 (1,53)	4,68 (3,29)	2,32 (2,87)	0,81	75,00	0,0004
Soutien motivationnel	2,55 (1,99)	4,91 (2,27)	2,36 (2,40)	0,99	109,00	<0,0001
Soutien technique	2,73 (1,45)	4,36 (1,68)	1,64 (1,87)	0,88	75,50	0,0003
Éléments non attendus						
Soutien émotionnel	2,36 (2,30)	0,64 (0,95)	-1,73 (2,25)	-0,77	-73,50	0,0020
Soutien motivationnel	1,23 (1,31)	0,77 (1,15)	-0,45 (1,84)	-0,24	-15,50	0,3378
Soutien technique	0,36 (0,66)	0,09 (0,29)	-0,27 (0,70)	-0,39	-8,00	0,1563
Éléments considérés comme du bruit						
Soutien émotionnel	1,32 (1,67)	0,32 (0,48)	-1,00 (1,80)	-0,55	-53,00	0,0158
Soutien motivationnel	1,27 (1,08)	0,36 (0,49)	-0,91 (1,02)	-0,89	-64,50	0,0010
Soutien technique	0,68 (0,78)	0,41 (0,59)	-0,27 (0,98)	-0,28	-17,00	0,2854

La moyenne des résultats aux questions à choix de réponse sur les aspects techniques de la formation au temps 1 est de 4,09 (*ET* = 1,23) et au temps 2 de 5,54 (*ET* = 0,51). Ceci suggère une augmentation après la formation et le résultat du test de Wilcoxon indique que la différence est significative (*S* = 90,00; *p* = <0,0001).

Objectif 2

Cet objectif avait pour but d'évaluer l'appréciation des différents aspects de la formation pour l'améliorer. Les participants devaient d'abord évaluer leur niveau de satisfaction avec les différents aspects de la formation. Les résultats sont présentés au Tableau 3. On peut voir que les participants étaient généralement très satisfaits ou satisfaits de la plupart des aspects évalués. Les trois aspects les plus appréciés de la formation étaient la rétroaction de la formatrice, le volet de la formation sur le soutien technique et l'organisation de la formation. Les trois aspects les moins appréciés étaient les jeux de rôles, les lectures préalables et le volet de la formation sur le soutien émotionnel.

Tableau 3 : Évaluation des différents aspects de la formation

Élément de la formation évalué	*M* (*ET*)	Participants ayant choisi chaque catégorie de réponse *n* (%)			
		Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait
Qualité de la formation en général	3,91(0,29)	20 (91)	2 (9)	0	0
Contenu de la formation	3,86 (0,35)	19(86)	3(14)	0	0
Organisation de la formation	3,95 (0,21)	21(95)	1(5)	0	0
Lectures préalables	3,55 (0,51)	12(55)	10(45)	0	0
Volet de la formation sur le soutien motivationnel	3,73 (0,46)	16 (73)	6(27)	0	0
Volet de la formation sur le soutien émotionnel	3,68 (0,57)	16 (73)	5(22)	1 (5)	0
Volet de la formation sur le soutien technique	3,95 (0,21)	21(95)	1(5)	0	0
Jeux de rôles	3,45 (0,60)	11(50)	10(45)	1(5)	0
Rétroaction fournie par la formatrice*	4,00 (0)	21(95)	0	0	0

**Note*. Les résultats pour la rétroaction fournie par la formatrice sont basés sur les données de 21 participants.

Les participants devaient également identifier les éléments de la formation qu'ils ont trouvé les plus et moins utiles. Le Tableau 4 présente le nombre et le pourcentage de participants ayant indiqué chacun des éléments. On peut voir que les jeux de rôles sont en tête de liste des éléments considérés les plus utiles alors que la révision du manuel de traitement est l'élément de la formation considéré le moins utile.

Tableau 4 : Éléments de la formation jugés les plus et moins utiles

Éléments considérés les plus utiles	*n* (%)	Éléments considérés les moins utiles	*n* (%)
Les jeux de rôles	14 (64)	Révision du manuel en détail	12 (55)
Les sections sur les 3 différents types de soutien	10 (45)	Les lectures supplémentaires	9 (41)
La rétroaction de la formatrice	8 (36)	Les répétitions	7 (32)
Révision du manuel en détail	8 (36)	La section sur l'introduction : contexte théorique	5 (23)
Les éléments à ne pas faire dans les différents types de soutien	5 (23)	Les jeux de rôles	4 (18)
Les exemples cliniques	4 (18)	La section sur le soutien émotionnel	3 (14)
Distinction entre le rôle d'accompagnateur et de psychothérapeutes	3 (14)	La section sur protocole en cas de risque suicidaire ou aggravation des symptômes	2 (9)
La section sur le soutien émotionnel	3 (14)	Les pauses	1 (5)
La section sur protocole en cas de risque suicidaire ou aggravation des symptômes	2 (9)	Manque de détails sur le TAG	1 (5)
Le contenu en général	1 (5)	La section récapitulation	1 (5)
Les spécifications à la population âgée	1 (5)		
Support visuel	1 (5)		
La section sur le soutien motivationnel	1 (5)		
La section sur le soutien technique	1 (5)		
La participation du groupe	1 (5)		

Finalement, les participants pouvaient émettre des commentaires sur chacun des aspects de la formation. Le Tableau 5 rassemble les commentaires écrits par les participants dans le questionnaire de satisfaction.

Tableau 5 : Analyse des commentaires concernant les différents aspects de la formation

Aspect de la formation	Catégorie de commentaires	n	Commentaires
Qualité de la formation	- Pertinence de la formation	6	- La formation était très intéressante et pertinente ! J'ai appris beaucoup de nouvelles informations, autant sur le plan technique que relationnelle. - Très complet et super intéressant. La présentatrice prenait le soin de s'assurer qu'on comprenait et nous faisait participer. Les exemples étaient très aidants. - Les concepts et les modules sont très bien expliqués et Roxanne a été disponible et répondait clairement à nos questions. - L'intervenante a su répondre à nos questions et à nous dispenser des explications pertinentes et claires. - Beau ppt, belle présentation, ambiance conviviale. - Très clair, précis - Très bien expliquer et détaillé, facile à comprendre et interactive ! - C'était bien dans l'ensemble. Cependant, j'ai trouvé que ça répétait beaucoup les lectures. Par contre, j'ai apprécié les dyades qui permettaient de mettre en pratique notre compréhension. - Très clair, instructif. - Cette formation fut très importante et intéressante pour ma part. Je ne connaissait pas cette façon d'aider et il est important d'aider les personnes âgées à réduire leur niveau d'anxiété car ce sont des personnes qui deviennent plus fragile et la médication n'est pas toujours recommandée (dépendance...). De plus, je pense travailler avec les personnes âgées plus tard. - C'est une belle formation qui nous aide à développer certaines habiletés ainsi qu'à avoir plus confiance en notre compétence en relation d'aide. - Formation très complète et exemple très intéressant et révélateurs sur ce qu'est un soutien au traitement. - La formation était super, merci ! - Formation très pertinente et enrichissante tant sur le point de vue académique que personnel. - J'ai vraiment apprécié mon expérience. - La formation était très intéressante et prépare bien au rôle d'accompagnateur pour le traitement auto-guider. En plus d'offrir des techniques de soutien et les connaissances nécessaires pour une intervention de ce genre. Peut-être inclure plus d'exemple pour les différents types de soutient, car c'est cette section qui est la plus difficile à mettre en action. Merci pour la formation. C'était très bien ! J'ai aimé et ça me sera utile. - Formation très claire, pertinente. - Sinon la formation est très pertinente et intéressante et permet de bien comprendre ce qu'est l'auto-traitement et les difficultés que peuvent vivre les personnes âgées qui ne bénéficient pas assez d'aide et soins. - La formation était très claire. Par contre, j'aurais apprécié avoir plus d'information sur les grilles à remplir dans le guide. - J'aurais aimé avoir plus de (incompréhensible) concrets, d'exemples et de mises en situations. Très bonne formation très agréable à suivre. Un document avec toutes les informations aurait pu être pertinent.
	- Clarté et précision de la formation.	7	
	- Formation complète	3	
	- Formation jugée intéressante	8	
	- Utile pour la future carrière	2	
	- Facilité à comprendre	1	
	- Interactive	1	
	- Explications claires	3	
	- Bien détaillé	2	
	- Aide à se faire plus confiance	1	
	- Cible bien ce qui est important	2	
	- Répète trop les lectures	2	
	- Permet de bien se préparer au rôle d'accompagnement	4	

			- J'ai trouvé la formation extrêmement intéressante et bénéfique d'un point de vue pédagogique. J'ai adoré la formation et je suis maintenant plus outillé afin d'aider des personnes âgées souffrant d'un TAG
Contenu de la formation	- Beaucoup de contenu	1	- Beaucoup de contenu et qualité du contenu super. - Les concepts sont adaptés à la population cible et sont simplifiés. Le contenu est intéressant et pertinent. - Répartition manuel vs rôle = bonne, le contenu était clair et concis. Dyades = très pertinentes. - J'ai trouvé le contenu de la formation très intéressant. - Je pensais que la formation allait être plus poussée, mais le rôle de l'accompagnateur est différent de ce que je croyais. Je trouve qu'il y avait beaucoup de répétition, mais je comprends que c'est pour les besoins de l'étude. - Reprend bien les notions vues ors des lectures et aide à répondre à certaines questions. - Technique bien détaillé et pertinente aux apprentissages nécessaires pour les accompagnateurs. - L'accent était sur l'essentiel. - Je m'attendais à avoir un peu plus de détails sur les particularités de la population âgée. Je pense fort de même que malgré cela, la formation m'a beaucoup aidé. - La formation était claire et précise. - Tous les modules sont bien expliqués et la partie sur les types de soutien permet de bien outiller et préparer à différentes éventualités dans la séance téléphonique. - La formation était claire, avec du contenu très appliqué. - Couvre beaucoup de points.
	- Contenu jugé intéressant	1	
	- Contenu de qualité (clair, simple et instructif)	9	
	- Concepts abordés pertinent en lien avec le sujet	1	
	- Ne répond pas aux attentes initiales	2	
	- Résume bien les lectures préalables	1	
	- Plus d'exemples	2	
Organisation	- Appréciation des petits groupes	2	- La formation était claire, bien divisée et d'un temps approprié. - Formation très structurée. Le PowerPoint contribuait à cela. - J'ai apprécié les volets plus pratiques. - Le café est une belle attention. Bonne idée de terminer avec les dyades, c'est moins lourd. - Le café est une belle attention. Bonne idée de terminer avec les dyades, c'est moins lourd. - Le diner aurait pu être plus court pour terminer plus tôt. - Jeux de rôle = pertinent pour mieux apprendre - L'ordre de l'information contenue est très bien et permet de bien suivre l'évolution que fera le patient dans son auto-traitement et de bien guider l'accompagnateur par la suite. - J'ai aimé que ce soit en petit groupe dans une table ronde. Esprit chaleureux. - Belle présentation du projet et belle présentation orale (formation). - …Sinon, super belle présentation. - La rencontre en petits groupes c'est vraiment bien, ça nous permet de poser nos questions.
	- Bonne répartition du temps	1	
	- Qualité de la présentation PPT	4	
	- Bonne structure	3	
	- Pause du diner trop longue	1	
Lectures préalables	- Lectures considérées comme longues	6	- Lectures diversifiées et très enrichissantes. - Puisque nous n'intervenons pas, je comprends moins la pertinence de lire le DSM et son diagnostic. Puisque notre rôle est de s'assurer que le client complète les modules, que l'on réponde à ses questions et que l'on prépare la semaine suivante. Sinon, le manuel est très clair. - Lectures en anglais sont longues et peuvent être plus lourde lorsque cette langue est moins acquise. - J'ai aimé lire le manuel de traitement, c'était très intéressant. - Je me demande si certaines lectures (en dehors du manuel) ont vraiment été pertinentes à la formation. - Un peu long, mais je comprends la nécessité.
	- Lectures pas trop longues	1	
	- Pertinentes en lien avec la formation	3	
	- Certaines lectures recoupaient trop la formation	1	
	- Lectures claires et faciles à comprendre	2	
	- Lectures en anglais non appréciées	1	
	- Lectures intéressantes	6	
	- Lectures instructives et enrichissantes	3	
	- Lectures diversifiées et complètes	4	

	- Lectures (autres que le manuel) jugées non pertinentes	1	- Les lectures n'étaient pas trop longues et étaient très intéressante et nécessaire à la formation. - Très complètes, mais un peu longues. - Je pense que le nombre important de lecture à faire préalablement peut en décourager plusieurs à suivre cette formation. - Elles ont permis de mieux comprendre le contenu de la formation. - Bien que longues, elles permettent de bien préparer à la formation et d'approfondir certains aspects. - Les lectures étaient assez longues et plusieurs aspects se recoupaient dans la formation. - Très très intéressante! Un bel outil à avoir entre les mains. - Choix des lectures complet et intéressant. Le manuel fut très intéressant et les autres lectures étaient un bon complément pour comprendre la problématique sous un autre angle. - La chose que j'ai trouvé la plus difficile a été de compléter les lectures avant la formation du au fait que la première version était difficile à lire et que j'étais serrée dans le temps. - Je crois qu'il pourrait être pertinent d'avoir des lectures sur le cadre de l'accompagnateur et les différents types de soutien afin d'avoir un matériel plus visuel et en main.
	- Plus de lectures sur les types de soutien	1	
Section sur le soutien motivationnel	- Pertinence des exemples	2	- J'ai trouvé pertinent d'avoir des exemples concrets. - Puisque l'on ne peut pas intervenir, les limites ont été clairement établies. Tout comme notre mandat. - Les exemples, les pratiques, les retours sont très pertinents. - Les dyades permettent de bien comprendre le rôle de l'accompagnateur dans le soutien motivationnel. - Le plus flou. - Il serait intéressant d'offrir plus d'exemple concret lors de la présentation mais en général très bien. - J'ai appris beaucoup. - Il est difficile de s'imaginer la bonne manière de soutenir la personne en théorie, mais la pratique pourra clarifier quelle est la manière appropriée de soutenir la personne. - J'aimerais plutôt avoir des capsules vidéo avec un professionnel et une personne âgée, que faire des jeux de rôle. - Je suis très satisfait de cette partie de la formation car je n'avais pas vraiment d'idée sur la façon d'aider les aînés en lien avec la motivation et le contenu était instructif.
	- Limites du rôles clairement établies	1	
	- Section la plus floue	2	
	- Aurait apprécié plus d'exemples concrets	2	
	- Section instructive	2	
Section sur le soutien émotionnel	- Section complète	1	- La présentation du soutien émotionnel était complète et pertinente. - Les techniques ont été bien expliquées et les exemples ont été pertinents. - Les exemples, les pratiques, les retours sont très pertinents. - Plus d'informations et d'exemples sur le reflet et la reformulation. Ex : tu nous présente un discours en PowerPoint et après ça, nous en doit venir reformuler ou faire un reflet. - Très satisfait, car le fait de parler des techniques de soutien plus sous l'axe oral m'a beaucoup intéressé (les techniques verbales comme le reflet par exemple).
	- Section pertinente	1	
	- Techniques bien expliquées	1	
	- Exemples et rétroactions pertinents	3	
	- Manque d'exemples plus concrets	1	
Section sur le soutien technique	- Rôle bien défini	1	- J'ai trouvé intéressant d'aborder les limites à ne pas franchir. (pour tous les types de soutien) - Le manuel est toujours la référence et il est clair. Notre rôle est également bien défini. - Les exemples, les pratiques, les retours sont très pertinents. - Le contenu était assez facile à comprendre. Je trouve que c'était le plus facile de la formation.
	- La section sur les limites du rôle (quoi faire et ne pas faire) est intéressante	1	
	- Section la plus facile à comprendre	1	
	- Pertinence des exemples	1	
	- Plus de temps sur les grilles à remplir	1	
	- Pertinence des jeux de rôle	10	- Je n'aime pas les jeux de rôle de manière générale, mais ceux-ci étaient pertinents.
	- Aurait apprécié encore plus de jeux de rôle	1	

Jeux de rôle	- Ne représente pas suffisamment la réalité	3	- J'ai trouvé que cela était très pertinent ! C'est important de mettre en pratique ce que l'on apprend. - Très aidant. - Ils étaient très pertinents, mais difficile pour le client d'Élaborer plus, sur le contenu ou de proposé la continuité de la simulation. - Très pertinent, ce serait intéressant plus de mise en situation. - Difficile, car ne représente pas la réalité. - Très pertinent et aide à soulever des questions et discussion. - Très utile pour valider la compréhension. - Je comprends la pertinence de ce type d'activité, mais "jouer' quelqu'un d'autre n'est pas mon activité préféré (jouer la personne âgée ici). - Ils permettaient de mieux comprendre et de concrétiser les éléments théoriques appris. - Permet de mettre en pratique les notions apprises. - Bien que très formateur, il est parfois difficile de se mettre en contexte dans l'avancée du client dans son traitement. - Très utile pour être en mesure de bien intégrer la matière. - Ce fut très plaisant et instructif! - Ils étaient amusants et les questions étaient pertinentes, mais que ne trouve pas vraiment les jeux de rôles amusants généralement, même s'ils sont très intéressants. - Très intéressant de faire des exemples concrets en équipe! Permet de mieux intégrer la matière, très pertinent !! - Il serait intéressant dans le cadre de jeux de rôle d'en effectuer un devant tout le monde qui correspondrait à un "modèle idéal". - Bien que l'accent soit déjà un peu sur la pratique, il serait pertinent de lui laisser encore plus de place. Autant afin de comprendre les activités et de soutenir un patient dans l'auto-traitement. - En général, j'ai vraiment apprécié la formation. - J'aurais aimé voir un "vrai" exemple d'une dyade client/accompagnateur, mais je comprends que vous ne pouviez pas présenter du contenu qui n'était pas adéquat.
	- Formateurs et instructifs	6	
	- Jeux de rôles amusants et intéressants	5	
	- Aurait davantage apprécié des démonstrations	3	
	- N'apprécient pas les jeux de rôle	4	
	- Permet une meilleure intégration du contenu	6	
	- Favorise la discussion	1	
Rétroaction de la formatrice	- La rétroaction faisait tout l'intérêt des jeux de rôle	1	- L'information a été clairement enseignée et ses rétroactions ont bien résumé les concepts. - Aide à comprendre ce qui est plus flou. - J'ai eu réponses à mes questions. - Répondait très bien à nos questions. - La rétroaction faisait tout l'intérêt des jeux de rôle dans le cadre de la formation. - Les réponses étaient claires et les précisions pertinentes!
	- Réponses aux questions claires et pertinentes	7	
	- Formatrice prenait soin de s'assurer que les concepts étaient bien compris	1	
	- Disponibilité pour répondre aux questions	3	

Objectif 3

Le troisième objectif consistait à estimer le nombre de participants nécessaire pour effectuer un essai randomisé pour évaluer l'effet de la formation. Il a alors fallu déterminer quelle taille d'effet était minimalement attendue pour évaluer si la formation est efficace. Des trois dimensions mesurées, le plus petit ratio observé était sur les éléments non-attendus (ratio de 1,79). Des analyses de puissance ont donc été réalisées pour détecter un ratio de 1,5 au seuil alpha de 5% avec des niveaux de puissance de 80%, 90% et 95%. Pour détecter un ratio de 1,5 entre un groupe traitement par rapport à un groupe contrôle indépendant au seuil de 0,05 il faudrait au total 104 participants pour atteindre une puissance de 80%, 138 pour atteindre une puissance de 90% et 170 pour atteindre une puissance de 95%.

Chapitre 4 : Discussion

Rappel du contexte, de la méthode et des principaux résultats

Le TAG est l'un des troubles de santé mentale les plus répandus chez la population âgée (Creighton et al., 2016; Wolitzky-Taylor et al., 2010). Ce trouble est associé à un taux élevé de troubles de santé mentale comorbides (Préville et al., 2008) en plus d'avoir une incidence délétère sur la santé cardiovasculaire (Grenier et al., 2011; Wolitzky-Taylor et al., 2010). Une étude de Vasiliadis et al. (2013) révèle que le TAG chez les aînés serait aussi associé à une augmentation significative des coûts de soins de santé. Deux principaux types de traitement, la pharmacothérapie et la psychothérapie, sont disponibles pour le TAG. La pharmacothérapie est l'approche plus utilisée par les personnes âgées souffrant d'anxiété (Wetherell, Lenze, et al., 2005). La psychothérapie, plus spécifiquement la TCC, a été démontrée comme étant efficace pour le traitement du TAG chez les aînés (Hendriks, Oude Vosharr, Keijsers, Hoogduin, & Van Baldom, 2008).

Malgré l'importance du TAG et la disponibilité de traitements efficaces, ce trouble demeure sous-traité chez les aînés en comparaison à une population plus jeune (Mackenzie et al., 2011). Les difficultés d'accès à des soins spécialisés pour le traitement du TAG au Canada (Swinson et al., 1992) de même que les ressources limitées de notre système de santé contribuent à cette situation. Il est donc important de développer des stratégies pour améliorer l'offre de soins en santé mentale aux aînés. Une alternative possible à la psychothérapie traditionnelle en face à face est l'utilisation d'un ATG dans lequel le patient applique le traitement par lui-même et le contact avec le thérapeute est réduit (Lenze & Wetherell, 2011). Une autre stratégie envisagée par Kunik et al. (2016) est de permettre à des personnes qui ne disposent pas d'un permis de professionnel de la santé mentale, par exemple des étudiants en cours de formation, de collaborer aux soins sous certaines conditions de formation et de supervision. Certains actes s'avèrent réservés en ce qui a trait à la pratique de la psychothérapie dans différentes juridictions, dont le Québec (L'Office des professions du Québec, 2013). Le Code des professions du Québec précise toutefois qu'il existe des interventions qui, bien qu'elles s'en rapprochent, ne constituent pas de la psychothérapie et ne sont donc pas des actes réservés à ces professionnels : la rencontre d'accompagnement, l'intervention de soutien, l'éducation psychologique, l'intervention conjugale, la réadaptation, le suivi clinique, le coaching et l'intervention de crise. Des PNP pourraient donc jouer un rôle très utile dans l'utilisation d'un ATG du TAG par des aînés, sous des conditions de formation et de supervision (Kunik et al., 2016; Montgomery, Kunik, Wilson, Stanley & Weiss, 2010).

Le premier objectif de ce mémoire était de développer et d'évaluer de façon préliminaire une formation offerte à des PNP appelés à œuvrer comme guides dans le cadre d'un ATG-TCC du TAG destiné à une clientèle âgée. Le deuxième objectif était de recueillir les commentaires et l'appréciation des participants sur les différents aspects de la formation dans le but de l'améliorer. Finalement, le troisième objectif était d'évaluer combien de participants seraient nécessaires pour effectuer un essai randomisé pour évaluer l'effet de la formation.

Une étude a été réalisée dans laquelle la formation a été donnée à 22 étudiants de premier cycle en psychologie. Ils ont été évalués avant et après la formation sur deux variables, soit le sentiment de compétence et la compétence de soutien. Ils ont également fourni des commentaires à la fin de la journée de formation. Les résultats obtenus en lien avec le sentiment de compétence montrent un niveau plus élevé après la formation. Une amélioration des compétences de soutien a également été observée. En outre, les participants étaient généralement satisfaits des différents aspects de la formation. Ces résultats suggèrent que cette formation est utile pour préparer des PNP à accompagner des personnes âgées utilisant un ATG-TCC.

Développement de la formation

La nécessité de former des personnes œuvrant à titre de PNP a été soulignée par Montgomery et ses collègues (2010). L'utilisation d'une telle ressource serait, selon Kunik et al. (2016), une avenue profitable permettant à des personnes qui ne disposent pas d'un permis de professionnel de la santé mentale de participer aux soins. Cette stratégie permettrait de diminuer la surcharge en soins gériatriques, d'augmenter l'offre de soins aux personnes âgées ainsi que de diminuer significativement les coûts qui y sont associés.

Le choix des modalités de formation développées dans le cadre de ce mémoire s'est appuyé sur les études ayant inclus des PNP dans le traitement de troubles de santé mentale. La présentation des ingrédients thérapeutiques ou du manuel de traitement, les lectures préalables, les jeux de rôles, l'écoute d'enregistrements sont les éléments les plus utilisés pour l'apprentissage de compétences par les PNP (Bright et al., 1999; Calleo et al., 2013; Dennis, 2003; Kraus-Schuman et al., 2015; Russel & Wise, 1976; Shelton & Madrazo-Peterson, 1976). Ils ont tous été considérés lors du développement de la formation. La structure de la formation s'appuie en partie sur celle décrite par Kraus-Schuman et al. (2015) pour la formation des PNP pour la TCC du TAG chez les aînés. Elle comprend donc, comme cette dernière, une section sur le contexte de l'étude, des lectures sur le sujet, un atelier didactique où le traitement et le rôle des PNP sont présentés et des jeux de rôle. Elle est cependant plus courte que celle décrite par Kraus-Schuman et al. (2015), puisque le rôle du PNP dans l'ATG-

TCC se limite à soutenir le patient et n'implique pas d'exercer la psychothérapie. La formation, dans sa forme finale, est d'une durée de 12 heures et divisée en deux parties. La première partie consiste en des lectures (6 heures) qui visent à donner des connaissances de base aux participants sur le TAG chez les aînés, les techniques de base en relation d'aide le contenu sommaire du traitement et le manuel d'auto-traitement de l'ATG-TCC. Le choix d'utilisation des lectures comme modalités d'apprentissage s'appuie sur les études ayant employés cette méthode (Calleo et al., 2013; Shelton & Madrazo-Peterson, 1976; Stanley et al., 2014). La deuxième partie est un atelier en groupe sur le rôle du PNP (6 heures). Durant cet atelier, les principaux éléments du traitement sont présentés. Une attention particulière est accordée aux exercices du manuel d'auto-traitement puisqu'ils constituent une composante essentielle de l'ATG-TCC et que les PNP sont susceptibles d'avoir des questions à ce sujet. Le rôle d'accompagnement attendu des PNP est présenté en détail et les techniques à utiliser et à ne pas utiliser sont identifiées. Les différents types de soutien sont décrits. La formation sur les différents types de soutien inclus des démonstrations et des jeux de rôles avec rétroaction. Pour terminer, les PNP reçoivent l'information quant à la supervision devant être reçue et sur le protocole en cas d'urgence psychologique. Ce protocole inclut les signaux à observer chez les patients qui démontreraient une dégradation de leur état et les personnes à joindre si tel est le cas.

En cours de développement, la formation a été révisée. Dans sa forme initiale, l'atelier didactique comprenait un retour approfondi sur les techniques vues dans le manuel, les exercices et le rationnel de chacun des modules. Comme le rôle des PNP se limite à du soutien, le fait de connaitre les techniques de façon approfondie a été jugé inutile. Il a donc été décidé de retirer l'explication détaillée du rationnel des modules et des techniques vues dans le manuel du contenu de la formation. Nos réflexions à ce sujet nous ont également emmenés à préciser le rôle d'accompagnement des PNP et ce qu'il implique comme soutien. Il a été décidé que la formation devait viser à développer les compétences nécessaires pour que les aînés soient suffisamment motivés pour compléter leur traitement (par le biais du soutien motivationnel), qu'ils se sentent compris tout au long de leur démarche (par le soutien émotionnel) et qu'ils puissent obtenir des éclaircissements pour des questions sur le traitement en tant que tel (soutien technique).

Un aspect qui a été éliminé du contenu de la formation en cours de développement est l'écoute d'enregistrements de séances de soutien téléphonique réalisées par des étudiants gradués en psychologie clinique dans le cadre de l'étude de Landreville et al. (2015). Une écoute attentive des enregistrements a révélé que certains échanges pouvaient s'apparenter davantage à la psychothérapie qu'au seul soutien. Nous avons donc choisi de ne pas présenter ces enregistrements à nos participants. Ces derniers ont toutefois mentionné parmi leurs commentaires qu'ils auraient apprécié voir une

séance de soutien entre un professionnel et un patient. Dans l'optique d'améliorer la formation, il serait possible d'enregistrer des démonstrations de soutien auprès de clients fictifs ou de vrais clients. Cela aiderait les participants à se faire une meilleure idée de ce que doit être l'accompagnement décrit dans la formation.

La formation utilisée dans l'étude de Thompson et al. (1983) incluait des devoirs à faire à la maison en lien avec les apprentissages. Bien que le choix d'effectuer des devoirs à la maison n'ait pas été justifié par les auteurs de l'expérimentation, ils ont toutefois permis d'augmenter les connaissances sur la thérapie comportementale pour les non professionnels. Il ne s'agit pas d'une technique qui a été considérée pour la formation donnée dans notre étude en raison de la charge de travail que constituait les lectures préalables. Dans l'éventualité de redonner la formation, il pourrait être intéressant d'effectuer des mises en situations sur les différents types de soutien en devoir à la maison pour accroitre les connaissances sur cet aspect de la formation. Cela pourrait également faire l'objet de discussions pendant la formation. La personne qui donne la formation pourrait faire une rétroaction et aborder dès le départ des forces et des faiblesses en lien avec les réponses données. Cela pourrait permettre de cibler plus précisément quels sont les besoins des accompagnateurs.

Un questionnement qui s'est présenté en cours de développement de la formation était comment faire en sorte que son impact soit mesurable. Il était impossible d'utiliser une mesure standardisée pour évaluer une formation comme celle que nous avons développée. Celle-ci devait porter sur les composantes d'un ATG spécifique et n'ayant jamais fait l'objet d'une évaluation auparavant. Bien que peu d'information était disponible sur l'évaluation de la formation donnée à des PNP, les mesures utilisées dans le présent projet ont ciblé des éléments correspondant à ce qui se fait généralement dans la littérature. Par exemple, dans l'étude de Thompson et ses collègues (1983), les évaluateurs utilisaient une mesure des connaissances théoriques des participants. Les questions ciblaient alors plus la compréhension technique des éléments de la formation. Une mesure de compétence a également été utilisée. Le questionnaire sur les compétences de soutien (Annexe D) inclut ces deux éléments. Thompson et al. (1983) ont aussi utilisé une mesure comportementale pendant la formation. De même, il aurait pu être possible d'utiliser des évaluateurs pour coter les interventions utilisées pendant les jeux de rôle lors de notre formation. Cela aurait donc permis d'évaluer de façon plus détaillée les aspects de savoir-faire et de savoir-être qui définissent la compétence (Paquette, 2002). Cependant, il n'est pas clair dans quelle mesure nos participants ont suffisamment intégré les compétences à la suite de la formation pour pouvoir les mettre en pratique de façon satisfaisante lors des jeux de rôle. Ce point met en relief l'importance de la supervision continue lorsque les PNP soutiennent des clients. Celle-ci a également été soulevé par Kunik et al.

(2016) et Montgomery, Kunik, Wilson, Stanley & Weiss (2010) et la plupart des études incluant des non professionnels mentionnent utiliser diverses modalités de supervision (Bright et al., 1999; Calleo et al. 2013; Dennis, 2003; Shelton et Madrazo-Peterson, 1976; Stanley et al., 2014; Waitzkin et al. 2011). Il serait toutefois intéressant de documenter l'apport de la supervision dans l'acquisition des compétences des PNP lors d'une étude future.

Sentiment de compétence

Dans la littérature, la théorie du sentiment de compétence prend origine dans la théorie de la cognition sociale de Bandura (1977). Selon ce dernier, le sentiment de compétence est défini comme la croyance personnelle d'un individu à propos de ses capacités à exercer un contrôle sur les événements qui lui arrivent. Ces croyances seraient importantes puisqu'elles détermineraient la motivation, l'intention de s'engager dans un comportement et l'effort qu'une personne y mettra. Le sentiment de compétence serait influencé par quatre facteurs psychologiques, soit les expériences de succès et d'échec, le fait de vivre une expérience de changement dans le sentiment d'efficacité par l'apprentissage vicariant (par observation d'un autre lors d'un atelier par exemple; Larson et al., 1992), l'apprentissage par le dialogue avec une autre personne (lors d'une supervision, par exemple; Larson et al., 1992) et l'état émotif de la personne. Un plus grand sentiment de compétence serait associé à une présentation de soi comme accompli, capable et compétent (Bandura, 1989). Un faible sentiment de compétence quant à lui serait associé à une plus grande difficulté à atteindre les objectifs et à observer des obstacles dans son cheminement.

Dans le présent projet, le sentiment de compétence correspond au degré de confiance des PNP à intervenir dans les différents aspects du rôle d'accompagnateur. Nos résultats ont montré un niveau significativement plus élevé du sentiment de compétence des participants après la formation. Il est donc possible que la formation permette aux participants de s'améliorer sur leur sentiment de compétence, c'est-à-dire d'acquérir davantage de confiance en leur intervention de soutien et de se présenter comme tel.

Dans les commentaires fournis par les participants, ceux-ci mentionnaient notamment que la formation leur a permis de mieux distinguer les limites du rôle d'accompagnateur. Ils se sentaient davantage confiants de ne pas faire d'interventions non autorisées, mais également plus compétents dans les interventions qu'ils doivent faire dans une situation donnée. Il aurait été intéressant d'ajouter une grille d'évaluation de la confiance des accompagnateurs envers leurs interventions lors de mises en situations réelles. Ce type de mesure aurait permis de renforcer la validité des résultats pour la

variable de sentiment de compétence. Également, il aurait été pertinent qu'un segment de la formation porte spécifiquement sur la notion de sentiment de compétence.

Compétences de soutien

Comme il a été établi plus haut, l'utilisation de PNP pour contribuer à l'offre de soin peut se faire en respectant les actes réservés établies par l'Office des professions du Québec (La psychothérapie est un acte réservé dans plusieurs juridictions, notamment au Québec (2013). Les compétences ciblées par la formation développée dans le cadre de la présente étude visent à préparer des PNP à les aînés recevant un ATG-TCC pour le TAG. Ces compétences sont définies comme une combinaison de connaissances (savoir), d'habiletés (savoir-faire) et d'attitudes (savoir-être; Paquette, 2002). Trois types d'intervention de soutien ont été identifiés comme permettant de respecter les limites de la Loi 21 tout en répondant aux besoins spécifiques de l'ATG-TCC du TAG. Ces trois types de soutien sont le soutien motivationnel, le soutien émotionnel et le soutien technique. Chacun des types de soutien est présenté aux participants de façon à développer leurs compétences.

De façon globale, nos résultats ont montré une augmentation significative des éléments attendus ainsi qu'une diminution des éléments non attendus et du bruit. De plus, une analyse détaillée a révélé une augmentation significative de l'ensemble des éléments attendus aux différentes formes de soutien ainsi qu'une diminution des éléments non attendus et du bruit. En fait, seuls les éléments non attendus du soutien motivationnel et les éléments non attendus et du bruit du soutien technique n'ont pas diminué de façon significative. Pris dans leur ensemble, ces résultats suggèrent que le contenu de la formation pourrait permettre l'amélioration de la compétence de soutien chez les participants. Les comparaisons entre les différentes catégories (différences standardisées) ont permis de préciser que les éléments attendus du soutien motivationnel étaient les éléments s'étant le plus améliorés chez les participants. Les éléments non attendus du soutien motivationnel, eux, sont ceux qui se sont le moins améliorés. Il est toutefois pertinent de s'interroger sur les raisons de l'absence d'amélioration significative pour certaines catégories de réponse. D'abord, il est possible que l'absence de différence s'explique par la longueur des réponses des participants. Si un participant n'exposait pas de façon élaborée l'intervention dans sa réponse à développement (réponse très courte), il se peut qu'aucune différence ne puisse être observée même si le participant s'améliore sur ce type de soutien. Également, il est possible que la formation n'ait pas permis aux participants de s'améliorer sur les éléments ciblés. On pourrait alors penser que d'éclaircir le contenu de ces sections, de mettre davantage d'exemples ou de faire davantage de jeux de rôle puissent permettre d'améliorer ces aspects de la formation.

Lors de la correction interjuge des différentes catégories, un plus faible ICC a été observé pour les éléments de bruit et pour les éléments non attendus de soutien technique (voir Tableau 1 au chapitre 2). Il est possible que le moins bon accord interjuge pour les éléments de bruit soit en partie expliqué par une moins bonne définition des réponses de cette catégorie. En effet, le bruit était décrit comme toute réponse ne faisant pas partie de l'une ou l'autre des catégories d'éléments attendus ou non attendus. Il est possible que cette catégorie ait amené plus de confusion lors de la cotation par les deux correctrices. Pour ce qui est des éléments non attendus de soutien technique, il se peut que l'ICC plus faible soit expliqué par une moins bonne compréhension de la distinction avec les éléments de bruit. Les correctrices auraient pu être incertaines du code attribué à un extrait, ce qui aurait diminuer leur accord interjuge.

Soutien motivationnel

Il est établi dans la littérature que les interventions de types motivationnelles permettraient de réduire l'ambivalence des patients face au changement, ce qui favoriserait une mise en action. Pour Miller et Rollnick (2006), la définition de l'entretien motivationnel est « *une méthode directive, centrée sur le client, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence* ». Dans le cadre de l'ATG-TCC, les lectures et les exercices demandent des efforts réguliers considérables aux personnes âgées pour les intégrer dans leur quotidien. Il est donc nécessaire que la formation permette à l'accompagnateur d'apprendre à favoriser cette motivation chez les aînés recevant l'ATG-TCC. Les PNP devaient donc être exposés à des situations permettant de développer leur capacité à motiver les clients dans l'auto-traitement. Les commentaires recueillis par le biais du questionnaire de satisfaction permettent d'étoffer notre compréhension du soutien motivationnel enseigné dans la formation. Entre autres, les participants appréciaient avoir des exemples cliniques concrets permettant d'illustrer les concepts transmis lors de la formation. Les limites de leur rôle étaient, selon eux, clairement établis. Toutefois, le soutien motivationnel semblait le plus flou pour les participants. En fonction des résultats montrant une amélioration des éléments attendus du soutien motivationnel et des commentaires majoritairement positifs, il est possible de penser que les participants seraient meilleurs pour favoriser la mise en action après la formation. Il serait toutefois possible d'améliorer cet aspect de la formation, par exemple en donnant davantage d'exemples aux participants.

Soutien émotionnel

La relation interpersonnelle entre le client et l'aidant doit être considérée pour offrir des conditions de changement idéales selon Rogers (1995). Pour lui, l'attitude « soutenante » et rassurante de l'intervenant est primordiale. Lors de la formation, les PNP devraient apprendre à écouter le client

d'une façon à ce qu'il se sente compris, autant dans les bons que les moins bons moments. Ils devraient principalement reconnaitre et valider les émotions du client. L'ensemble des éléments de cette catégorie a présenté une amélioration significative chez les participants. Des commentaires ont également été recueillis au sujet du soutien émotionnel. Bien que peu nombreux, ces commentaires reflétaient l'importance de mettre en pratique les techniques enseignées lors des jeux de rôle. Les exemples cliniques étaient également très appréciés. Il aurait pu être pertinent d'accorder davantage de temps à ce type de soutien durant la formation et de fournir d'avantage d'exemples de personnes âgées exprimant des émotions négatives. Il faut toutefois rappeler que l'ATG-TCC prévoit que la durée de la rencontre de soutien téléphonique avec le PNP doit être limité à 30 minutes et que le soutien émotionnel n'en représente qu'une partie.

Soutien technique

Finalement, les participants ont été formés pour faire le suivi des activités que les clients doivent faire dans le cadre de l'ATG-TCC. Comme mentionné plus haut, une partie théorique sur la problématique (Kraus-Schuman et al. 2015), la présentation des techniques utilisées dans les programmes de traitement (Bright, Baker & Neimeyer, 1999; Calleo et al., 2013; Dennis, 2003; Kraus-Schuman et al., 2015; Russel & Wise, 1976; Shelton & Madrazo-Peterson, 1976), et l'utilisation de lectures préalables (Calleo et al., 2013; Kraus-Schuman et al., 2015; Shelton & Madrazo-Peterson, 1976) favorisaient l'apprentissage technique en lien avec le traitement. Ces techniques étaient mises en place dans la formation pour favoriser l'apprentissage du soutien technique. Les PNP devaient également apprendre à faire un retour sur les éléments et activités faites la semaine précédant l'appel de suivi téléphonique, s'assurer de répondre adéquatement aux questions techniques des clients et faire un bref survol des activités à faire pour la semaine suivante. Ce type de soutien nécessite une plus grande préparation de la part des PNP qui doivent devenir familier avec le manuel d'auto-traitement dans le but de répondre efficacement aux personnes âgées. Par exemple, ils devaient bien connaitre les grilles à remplir pour pouvoir aider les aînés qui éprouveraient des difficultés. Ce type de soutien est également nécessaire pour avoir un aperçu de l'évolution du client à travers son auto-traitement. Les commentaires concernant le soutien technique suggèrent que cette partie de la formation est la plus claire, possiblement parce qu'elle est aussi la plus concrète.

Satisfaction

Les résultats montrent que les participants étaient généralement satisfaits des différents aspects de la formation. Les trois aspects les plus appréciés étaient la rétroaction de la formatrice, le volet de la formation sur le soutien technique et l'organisation de la formation. Dans leurs commentaires, les participants rapportaient que le soutien technique était la partie de la formation la

plus claire et où le rôle était le mieux défini (voir Tableau 5 au Chapitre 3). Cela pourrait expliquer le fait qu'il s'agisse d'un élément apprécié par les participants. Pour ce qui est de la rétroaction, les commentaires mentionnaient des réponses claires et pertinentes de la part de la formatrice. Également, la rétroaction fournie par la formatrice permettait selon eux de bien résumer les concepts importants. Il est possible de penser que puisque cette partie de la formation leur permettait de poser leurs questions, de donner leur opinion et de discuter d'exemples concerts puisse avoir suscité un intérêt plus grand. Dans les commentaires sur l'organisation, les participants révélaient avoir apprécié la qualité de la présentation et la structure. Les trois aspects les moins appréciés étaient les jeux de rôles, les lectures préalables et le volet de la formation sur le soutien émotionnel. Il est important de noter, cependant, que la majorité des participants étaient satisfaits de ces trois derniers aspects. Les participants étaient divisés quant à l'appréciation des jeux de rôles. Ils ont rapporté avoir trouvé difficile de se mettre dans le contexte des mises en situation, bien que la pertinence et l'utilité de celles-ci est unanime parmi les participants. Il est possible de penser que la gêne ou l'engagement supplémentaire que demandait les jeux de rôle pourrait expliquer, en partie, le fait qu'ils aient identifier cet élément comme le moins appréciable. Malgré cela, les participants ont tous rapporté à quel point cela leur permettait de mieux comprendre les compétences enseignées et comment réajuster les interventions qu'ils croyaient acceptables au départ. Un commentaire émis à plusieurs reprises par les participants concerne la répétition des concepts du manuel d'auto-traitement lors de la formation. Plusieurs accompagnateurs ont trouvé que l'atelier mettait trop l'accent sur la lecture préalable du manuel. Comme un des buts de la formation était qu'ils deviennent experts du manuel d'auto-traitement, cet aspect de la formation est nécessaire. Il peut toutefois être pertinent de rendre la formation encore plus interactive en ajoutant des exemples à faire en équipe ou en présentant des mises en situations enregistrées sur la complétion des exercices. Il est possible que la charge de travail que représentait les lectures préalables (six heures au total) explique en partie le fait que cet aspect soit moins apprécié par les participants.

Nombre de participants requis pour une étude randomisée

Les études recensées dans le tableau à l'Annexe A ne permettent pas de nous guider sur la taille d'échantillon à recruter pour une étude randomisée puisqu'aucune d'entre elles avait pour but d'évaluer de façon précise et détaillée la formation donnée à des PNP. En fonction de nos données, nous estimons qu'un total de 104 participants permettrait d'atteindre une puissance de 80% dans une étude randomisée servant à évaluer l'efficacité de la formation. Bien que cette taille d'échantillon ne semble pas très grande, quelques considérations s'imposent. Premièrement, il peut être difficile de recruter des participants pour ce type de formation. Les études recensées dans le tableau à l'Annexe

A avaient généralement de petits échantillons. À titre d'exemple, seulement deux d'entre elles ont évalué la formation donnée à des PNP et elles comptaient des échantillons de seulement six (Bright et al., 1999) et 16 (Thompson et al. 1983) participants. Il est donc possible de se questionner sur le réalisme de recruter 104 participants. Deuxièmement, former un grand nombre de personnes peut impliquer que certaines d'entre elles ne suivront pas éventuellement de vrais patients, ce qui suscite un questionnement sur la portée de cette formation et comment elle est utilisée par la suite. C'est possiblement pour cette raison que la formation de PNP est typiquement une composante d'une étude de traitement plutôt que l'objet principal d'une étude. À la lumière de ces considérations, on peut se demander si un essai randomisé est la meilleure option pour évaluer la formation de PNP. C'est peut-être le cas si le traitement sera implanté à grande échelle et que les personnes recevant la formation auront effectivement à suivre des patients suite à celle-ci. Lorsque ces conditions ne peuvent être réunies, un protocole moins rigoureux, avec un petit nombre de participants, est possiblement défendable.

Limites et forces de l'étude

La principale limite de l'étude est l'absence d'un groupe contrôle. Il est possible que les participants se soient améliorés sur la variable de compétence de soutien en raison de facteurs indépendants de la formation elle-même. Par exemple, ils ont pu en discuter entre eux puisqu'il s'agissait tous d'étudiants de premier cycle en psychologie d'une même université ou ils ont pu s'informer au sujet du rôle de soutien dans un ATG-TCC. Il est également possible qu'ils aient fait des apprentissages pertinents dans des cours de leur programme durant la période à laquelle ils participaient à l'étude. Ainsi, un étudiant inscrit à un cours de compétences de bases en relations interpersonnelles pourrait avoir acquis des connaissances sur l'écoute entre les deux temps de mesure, ce qui aurait pu le rendre meilleur dans la compétence de soutien émotionnel. Dans les deux cas, l'amélioration ne serait donc pas attribuable exclusivement à la formation mais plutôt à un facteur externe. L'incidence d'un facteur externe sur la validité interne de l'étude n'est peut-être pas si importante si l'on considère le délai rapproché entre les deux temps de mesure. Néanmoins, l'absence d'un groupe contrôle rend difficile toute conclusion sur les effets de la formation.

Un autre point à considérer est que l'ensemble des participants étaient des étudiants d'un programme de premier cycle en psychologie. Comme d'autres programmes d'études étaient visés par le recrutement de ce projet, cela limite la portée des résultats sur le plan de la validité externe. Il est possible que la reconnaissance des heures d'implication des participants pour leur demande au doctorat ait joué un rôle dans la motivation des étudiants à participer à la formation. Par ailleurs, nous avons tenté sans succès de recruter des participants parmi les étudiants de premier cycle en sciences

infirmières et en service social. L'inclusion d'étudiants d'autres disciplines que la psychologie aurait pu mener à des résultats différents et permis de déterminer si l'effet de la formation des PNP varie selon la formation universitaire. La participation d'étudiants d'autres domaines d'études aurait également permis d'obtenir un nombre de participants plus élevé puisque la petite taille de notre échantillon complique la généralisation des résultats. En effet, il n'est pas possible de confirmer qu'une telle formation aurait le même effet sur les intervenants travaillant déjà dans le réseau. Il est possible de croire que les étudiants en psychologie détiennent une meilleure connaissance théorique des concepts abordés lors de la formation, mais qu'ils ont également moins d'expérience sur le terrain. Une solution qui pourrait être envisagée pour atteindre les étudiants des autres disciplines est de passer les messages de recrutement par des canaux moins officiels tels que les réseaux sociaux. Il serait également pertinent de cibler le moment idéal pour requérir la participation des étudiants dans ces disciplines, par exemple en consultant leur calendrier d'examen et en proposant une date de formation qui coïncide avec une période moins chargée dans leur formation universitaire.

L'utilisation de mesures conçues spécifiquement pour ce projet de recherche comporte aussi des limites. En l'absence de preuves solides de la validité de ces instruments de mesure, nos résultats doivent être interprétés avec prudence. La cohérence interne de la mesure de sentiment de compétence est toutefois adéquate tout comme la fidélité inter-juge de la stratégie de cotation du Questionnaire sur les compétences de soutien. La direction des résultats sur ces mesures est également cohérente avec un effet positif de la formation. Pour ces raisons, nous sommes d'avis que ces instruments de mesure sont valables bien qu'une validation plus poussée dans une étude future soit souhaitable.

Le fait d'évaluer les participants seulement avant et après la formation constitue également une limite de l'étude. Il n'est pas clair si les changements observés se maintiennent dans le temps. Il serait donc pertinent de poursuivre l'évaluation des participants sur une plus longue période. Par ailleurs, l'évaluation de la satisfaction était remise directement à la chercheuse principale (RP) qui était également la formatrice et cela pourrait avoir biaisé les résultats. Par exemple, il se peut que les participants se sont sentis obligés de répondre de façon positive pour ne pas lui déplaire ou pour que les résultats soient conformes à ses attentes. Une possibilité pour atténuer le risque de biais aurait pu être que la formation soit donnée par une personne différente de la chercheuse. Une autre possibilité aurait pu être de faire remplir la mesure de satisfaction d'une façon anonyme et donc ne permettant pas d'identifier le participant.

Malgré ces limites, le projet présente également des forces sur le plan méthodologique. En premier lieu, la formatrice était aussi la chercheuse principale et la principale responsable du

développement de la formation. Malgré les limites évoquées plus haut, le fait d'endosser plusieurs rôles représentait aussi un avantage. La chercheuse principale pouvait donc répondre aux questions des participants de façon juste et offrir une rétroaction par rapport aux différents éléments de la formation. Elle était également bien placée pour intégrer à la fois la littérature dans le domaine, le développement de la formation, l'expérience de la formation elle-même avec les participants et leurs commentaires dans ce mémoire. Néanmoins, il serait souhaitable que d'autres personnes que la chercheuse principale donnent la formation dans des études ultérieures. En deuxième lieu, des mesures ont été prises afin de s'assurer de la reproductibilité de la formation. Un guide du formateur a été préparé par la chercheuse principale. Ce guide contient les informations nécessaires devant être transmises lors de la formation (contenu, démonstration, déroulement de la formation, jeux de rôle, etc.). La formatrice avait également un texte écrit dont elle se servait pour transmettre les éléments essentiels de la formation aux participants. Les participants étaient donc exposés à une formation standardisée. Dans une étude future, la formation pourrait être filmée. Une telle mesure permettrait à des évaluateurs externes de vérifier l'intégrité de la formation.

Implications pour la recherche et la clinique

Ce projet a permis de développer les connaissances liées à la formation notamment en ciblant les compétences devant être développées chez des personnes ne possédant pas de formation en santé mentale aux cycles supérieurs pour guider des personnes âgées atteinte d'un TAG dans le processus d'un ATG-TCC. Ces compétences sont le soutien émotionnel, le soutien motivationnel et le soutien technique. Le projet a aussi permis de cibler les modalités importantes de la formation, telles que les lectures préalables, les techniques utilisés dans le manuel de traitement et les jeux de rôle (Bright et al., 1999; Calleo et al., 2013; Dennis, 2003; Kraus-Schuman et al., 2015; Russel & Wise, 1976; Shelton & Madrazo-Peterson, 1976; Stanley et al., 2014; Thompson et al. (1983). L'importance de ces éléments est appuyée par les commentaires des participants. À court terme, la formation a déjà servi à former plus d'une dizaine de PNP dans le cadre d'un essai randomisé en cours sur l'efficacité de l'ATG-TCC pour le TAG chez les aînés. Il était nécessaire d'effectuer cette étape pour s'assurer que les PNP offrant du soutien aux aînés dans le cadre de cette étude reçoivent une formation de qualité. Cette formation répond donc à un besoin actuel dans le domaine de la recherche clinique auprès des aînés souffrant d'anxiété, mais également à un besoin futur dans la réorganisation des soins de santé mentale de la santé publique. Ce mémoire offre en effet un modèle de formation de PNP qui peut servir pour des programmes d'auto-soins similaires mais ciblant d'autres troubles, tels que la dépression, et d'autres populations. Un ATG-TCC guidé par des PNP est une approche cohérente avec les modèles de soins échelonnées (stepped care). Dans l'intégration actuelle d'un

programme québécois pour les troubles mentaux, une telle formation serait très pertinente pour l'ensemble des intervenants du système de santé publique qui seront appelés à guider les auto-soins. En effet, l'auto-soin sera l'intervention de première ligne pour les troubles fréquents tels que le TAG, la dépression, le trouble panique et le trouble obsessionnel-compulsif (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2019).

Une telle formation pourrait être facilement adaptée à d'autres problématiques ou clientèles. Le contenu devrait cependant être modifié et les types de soutien adaptés au guide d'auto-soin qui sera donné aux patients. Il serait important d'ajouter des considérations propres à la clientèle et au trouble visé. Par exemple, pour la problématique de trouble dépressif, il serait pertinent d'ajouter des précisions sur la motivation qui peut être encore plus difficile à maintenir lors d'un auto-traitement. Le soutien technique sera celui qui nécessitera le plus de modifications puisqu'il devra être adapté au contenu du guide d'auto-soins. Cependant, les soutiens motivationnel et émotionnel resteraient sensiblement inchangés. Finalement, les questionnaires devront aussi être modifiés pour évaluer les nouvelles formations. Pour ce qui est du questionnaire sur le sentiment de compétence, le contenu peut rester le même, mais les questions devront être adaptés à la problématique et à la clientèle choisies. Le questionnaire sur les compétences de soutien devra être modifié pour prendre en compte les interventions de soutien reliés au manuel d'auto-soins. La grille de correction pour ce questionnaire nécessitera elle aussi des modifications. Le formulaire de satisfaction de la formation restera quant à lui inchangé.

L'étude a aussi permis de mettre en place des éléments essentiels pour la poursuite de la recherche dans ce domaine en développant une formation claire et manualisée et dont les résultats dont nous disposons suggèrent qu'elle a un effet positif. De plus, l'étude a conduit au développement d'instruments de mesure et permis d'établir la taille d'échantillon d'un éventuel essai contrôlé de l'effet de la formation.

À la lumière des commentaires faits par les participants, il est nécessaire de souligner les avantages et les inconvénients d'offrir la formation aux accompagnateurs en face à face et à partir d'un enregistrement vidéo. L'un des éléments les plus apprécié de la formation était la rétroaction de la formatrice, c'est-à-dire qu'elle puisse répondre aux questions des participants. L'interaction entre les participants et les jeux de rôles constituent également deux avantages à la formation en présentiel. La version enregistrée de cette formation ne permettrait pas aux accompagnateurs d'avoir cet avantage. Par contre, un atelier enregistré pourrait permettre aux accompagnateurs d'apprendre à leur rythme et de réécouter des portions de l'atelier. Cette modalité comporte aussi l'avantage de réduire

les coûts associés à la formation et permettrait de la donner à un plus grand nombre de participants. Il serait intéressant de comparer les deux modalités de formation lors d'une étude future.

À long terme, notre étude peut contribuer à élargir le bassin de personnes pouvant offrir un soutien aux personnes âgées anxieuses pour ainsi réduire le temps d'attente pour recevoir des services de soins. Rappelons que seulement 18% à 28% des personnes atteintes d'un TAG reçoivent un traitement approprié (Mackenzie et al., 2011). Une étude de Vasiliadis et al. (2013) faite auprès de la population âgée québécoise révèle que le TAG est associé à une augmentation significative des coûts de soins de santé. Les coûts considérés dans cette étude sont ceux étant reliés à la recherche de soins de santé dans la communauté générale ainsi que par des patients hospitalisés. Ces dépenses incluent par exemple des évaluations en radiologie pour évaluer si les symptômes présentés par les personnes âgées seraient d'origine physique et les coûts reliés à l'utilisation de médication. Ces coûts pourraient être amoindris par la prévention et par le traitement précoce des personnes âgées souffrant d'une problématique de santé mentale. Selon Rabheru (2016), des soins plus spécialisés seraient particulièrement importants dès leur arrivée dans les services de santé pour éviter une dégradation des fonctions restantes chez les personnes âgées et l'institutionnalisation coûteuse dans des établissements publics. L'utilisation de PNP peut aider à répondre au manque criant de ressources offertes dans le réseau public de la santé. Le soutien qu'ils peuvent offrir à distance vient pallier les difficultés de mobilité exprimées par plusieurs aînés (Gum, Iser, & Petkus, 2010). Ce mémoire offre un modèle de formation qui s'adapte facilement à diverses clientèles et problématiques et qui guide le formateur dans l'application des modalités de la formation. Cela pourrait notamment réduire le travail de préparation pour les membres du réseau désirant intégrer un accompagnement dans le cadre d'auto-soins et s'assurer que les patients aient accès à des intervenants formés de façon rigoureuse.

Conclusion

Malgré la quantité limitée de littérature spécifiquement en lien avec le sujet, il a été possible de développer une formation visant à enseigner le rôle d'un PNP dans le cadre d'un ATG-TCC. Le développement d'une telle formation, bien qu'ardu, permettra à long terme, d'étayer la littérature sur les éléments importants à y inclure, soit l'écoute d'enregistrement, l'utilisation de lectures préalables, les jeux de rôle, les démonstrations cliniques, la rétroaction du formateur et la supervision. Pour ce qui est des compétences des participants, bien qu'il ne soit pas possible hors de tout doute d'affirmer qu'ils soient suffisamment formés pour effectuer le rôle d'accompagnateur immédiatement après la formation, on peut penser qu'une amélioration sur les différents rôles de soutien, mais également sur le sentiment de compétence, ferait d'eux de meilleurs accompagnateurs qu'avant la formation. En conclusion, il y a lieu de penser que les PNP sont une ressource pertinente étant donné le manque criant de ressources actuellement disponibles dans le réseau public de la santé. Comme les résultats de l'étude ont été obtenus auprès d'un échantillon restreint de la communauté universitaire, il serait intéressant que des recherches futures évaluent la formation offerte aux PNP auprès d'un échantillon davantage diversifié. Par ailleurs, il demeure important de réfléchir aux façons d'améliorer la formation, par exemple en ajoutant des démonstrations vidéos, des devoirs à la maison ou davantage d'exemples cliniques, afin d'avoir des personnes « qualifiées » pour offrir un service peu coûteux et accessible aux personnes âgées souffrant d'anxiété.

Bibliographie

Altunoz, U., Kokurcan, A., Kirici, S., Bastug, G., & Ozel-Kizil, E. T. (2018). Clinical characteristics of generalized anxiety disorder: older vs. young adults. *Nordic Journal of Psychiatry, 72*, 97-102. doi: 10.1080/08039488.2017.1390607

Alvidrez, J., & Areán, P. A. (2002). Physician willingness to refer older depressed patients for psychotherapy. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 32*, 21-35. https://doi.org/10.2190/J26T-YQMJ-BF83-M05D

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.)*. Arlington, Virginia. American Psychiatric Publishing.

Ayers, C. R., Sorrell, J. T., Thorp, S. R., & Wetherell, J. L. (2007). Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychology and aging, 22*, 8. https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.1.8

Baldwin, D. S., Anderson, I. M., Nutt, D. J., Bandelow, B., Bond, A., Davidson, J. R. T., den Boer, J. A., Fineberg, N A., Knapp, M., Scott, J., & Wittchen, H.-U. (2005). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology, 19*, 567–596. http://dx.doi.org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1177/0269881105059253

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191-215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. The American Psychologist, 44(9), 1175-1184. doi:10.1037/0003-066X.44.9.1175

Barnett, B., & Parker, G. (1985). Professional and non-professional intervention for highly anxious primiparous mothers. *The British Journal of Psychiatry, 146*, 287-293. https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1192/bjp.146.3.287

Beck, G. J., Stanley, M. A., & Zebb, B. J. (1996). Characteristics of Generalized Anxiety Disorder in Older Adults: a Descriptive Study. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 225–234. https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00064-X

Bélanger, L., Morin, C.M., Langlois, F., & Ladouceur, R. (2004). Insomnia and generalized anxiety disorder: Effects of cognitive behavior therapy for GAD on insomnia symptoms. *Journal of Anxiety Disorders, 18*, 561–571. http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(03)00031-8

Benítez, C. I. P., Smith, K., Vasile, R. G., Rende, R., Edelen, M. O., & Keller, M. B. (2008). Use of Benzodiazepines and Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Middle-Aged and Older Adults With Anxety Disorders: A Longitudinal and Prospective Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 16*, 5–13. https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31815aff5c

Bradford, A., Cully, J., Rhoades, H., Kunik, M., Kraus-Schuman, C., Wilson, N., & Stanley, M. (2011). Early Response to Psychotherapy and Long-Term Change in Worry Symptoms in Older Adults With Generalized Anxiety Disorder. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 19*, 347–356. https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181f18061

Brenes, G. A., Penninx, B. W. J. H., Judd, P. H., Rockwell, E., Sewell, D. D., & Wetherell, J. L. (2008). Anxiety, depression and disability across the lifespan. *Aging & Mental Health, 12*, 158–163. doi: 10.1080/13607860601124115

Bright, J. I., Baker, K. D., & Neimeyer, R. A. (1999). Professional and Paraprofessional Group Treatments for Depression A Comparison of Cognitive-Behavioral and Mutual Support Interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 491–501. https://doi.org/http://spider.apa.org/ftdocs/ccp/1999/august/ccp674491.html

Brock, R. L., O'hara, M. W., & Segre, L. S. (2017). Depression Treatment by Non-Mental-Health Providers: Incremental Evidence for the Effectiveness of Listening Visits. *American journal of community psychology, 59*, 172-183. https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1002/ajcp.12129

Calleo, J. S., Bush, A. L., Cully, J. A., Wilson, N. L., Kraus-Schuman, C., Rhoades, H. M., Novy, D. M., Masozera, N., Williams, S., Horsfield, M., Kunik, M. E., & Stanley, M. A. (2013). Treating late-life GAD in primary care: An effectiveness pilot study. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*, 414–420. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31828e0fd6.Treating

Cohen, J. (1998). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates

Creighton, A. S., Davison, T. E., & Kissane, D. W. (2016). The prevalence of anxiety among older adults in nursing homes and other residential aged care facilities: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 31*, 555–566. https://doi.org/10.1002/gps.4378

Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine, 40*, 1943–1957. https://doi.org/10.1017/S0033291710000772

Cully, J. A., Tolpin, L., Henderson, L., Jimenez, D., Kunik, M. E., & Petersen, L. A. (2008). Psychotherapy in the veterans health administration: Missed opportunities? *Psychological Services, 5*, 320–331. https://doi.org/10.1037/a0013719

de Beurs, E., Beekman, A. T. F., van Balkom, A. J. L. M., Deeg, D. J. H., van Dyck, J., & van Tilburg, W. (1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychological Medicine, 29*, 583–593. https://doi.org/10.1017/S0033291799008351

Dear, B. F., Zou, J. B., Ali, S., Lorian, C. N., Johnston, L., Terides, M. D., Staples, L. G., Gandy, M., Fogliati, V. J., Klein, B., & Titov, N. (2015). Examining self-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of anxiety and depression: Two feasibility open trials. *Internet Interventions, 2*, 17–23. https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.11.002

den Boer, P. C. A. M., Wiersma, D., Russo, S., & Bosch, R. J. (2005). Paraprofessionals for anxiety and depressive disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2*, 1–68. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004688.pub2

Dennis, C. L. (2003). The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. *The Canadian Journal of Psychiatry, 48*, 115-124. https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674370304800209

Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 215–226. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00070-3

Flint, A. J. (2005). Generalised anxiety disorder in elderly patients : epidemiology, diagnosis and treatment options. *Drugs Aging, 22*, 101–114. https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.2165/00002512-200522020-00002

Freshour, J. S., Amspoker, A. B., Yi, M., Kunik, M. E., Wilson, N., Kraus-Schuman, C., Cully, J. A., Teng, E., Williams, S., Masozera, N., Horsfield, M., & Stanley, M. (2016). Cognitive behavior therapy for late-life generalized anxiety disorder delivered by lay and expert providers has lasting benefits. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 31*, 1225–1232. https://doi.org/10.1002/gps.4431

Gonçalves, D. C., & Byrne, G. J. (2012). Interventions for generalized anxiety disorder in older adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 26*, 1–11. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.08.010

Gould, R. L., Coulson, M. C., & Howard, R. J. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression in older people: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society, 60*, 1817–1830. https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1111/j.1532-5415.2012.04166.x

Gray, S. L., LaCroix, A. Z., Hanlon, J. T., Penninx, B. W. J. H., Blough, D. K., Leveille, S. G., Artz, M. B., Guralnik, J. M. & Buchner, D. M. (2006). Benzodiazepine use and physical disability in Community-Dwelling Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society, 54*(2), 224–230. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.00571.x

Grenier, S., Préville, M., Boyer, R., O'Connor, K., Béland, S.-G., Potvin, O., Hudon, C., Brassard, J. & The scientific Committee of the ESA Study. (2011). The impact of DSM-IV symptom and clinical significance criteria on the prevalence estimates of subthreshold and threshold anxiety in the older adult population. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 19*, 316–326. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181ff416c

Gum, A. M., King-Kallimanis, B., & Kohn, R. (2009). Prevalence of Mood, Anxiety, and Substance-Abuse Disorders for Older Americans in the National Comorbidity Survey-Replication. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 17*, 769–781. https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181ad4f5a

Gum, A. M., Iser, L., & Petkus, A. (2010). Behavioral Health Service Utilization and Preferences of Older Adults\nReceiving Home-Based Aging Services. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 18*, 491–501. https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181c29495

Hall, J., Kellett, S., Berrios, R., Bains, M. K., & Scott, S. (2016). Efficacy of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review, meta-analysis, and

meta-regression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 24*, 1063-1073. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.06.006

Hanlon, J. T., Horner, R. D., Schmader, K. E., Fillenbaum, G. G., Lewis, I. K., Wall, W. E., Landerman, L. R., Pieper, C. F., Blazer, D. G. & Cohen, H. J. (1998). Benzodiazepine use and cognitive function among community-dwelling elderly. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, *64*(6), 684–692. https://doi.org/10.1016/S0009-9236(98)90059-5

Harris, T., Brown, G. W., & Robinson, R. (1999). Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city: 1: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *174*, 219-224. doi:10.1192/bjp.174.3.219

Hendriks, G. J., Oude Voshaar, R. C., Keijsers, G. P. J., Hoogduin, C. A. L., & Van Balkom, A. J. L. M. (2008). Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 117*, 403–411. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01190.x

Hogan, T. P. (2007). *Psychological Testing : a practical introduction (2e éd.)*, Hoboken, New-Jersey, Wiley.

Jones, S. L., Hadjistavropoulos, H. D., & Soucy, J. N. (2016). A randomized controlled trial of guided internet-delivered cognitive behaviour therapy for older adults with generalized anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 37*, 1–9. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.10.006

Kane, J. F., Strohlein, J.,& Harper, R. G. (1993). Nonulcer dyspepsia associated with psychiatric disorder. *Southern medical journal*, *86*, 641-646. doi: 10.1097/00007611-199306000-00010

Kathol, R. G., Turner, R., & Delahunt, J. W. (1986). Depression and anxiety associated with hyperthyroidism: Response to antithyroid therapy. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry, 27*, 501–505. https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1016/S0033-3182(86)72656-X

Koo, T., & Li, M. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, *15*. doi:10.1016/j.jcm.2016.02.012.

Kraus-Schuman, C., Wilson, N. L., Amspoker, A. B., Wagener, P. D., Calleo, J. S., Diefenbach, G., Hopko, D., Cully, J. A., Teng, E., Rhoades, H. M., Kynik, M. E., & Stanley, M. A. (2015). Enabling lay providers to conduct CBT for older adults: key steps for expanding treatment capacity. *Translational Behavioral Medicine, 5*, 247–253. https://doi.org/10.1007/s13142-015-0306-3

Kunik, M. E., Mills, W. L., Amspoker, A. B., Cully, J. A., Kraus-Schuman, C., Stanley, M. A., & Wilson, N. L. (2016). Expanding the geriatric mental health workforce through utilization of non-licensed providers. *Aging & Mental Health, 21*, 1–7. https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1186150

Landreville, P., Gosselin, P., Grenier, S., Hudon, C., & Lorrain, D. (2015). Guided self-help for generalized anxiety disorder in older adults. *Aging & Mental Health, 20*, 1–14. https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1060945

Landreville, P., Dicaire, L., Verreault, R., & Lévesque, L. (2005). A training program for managing agitation in long-term care facilities: Description and preliminary findings. *Journal of Gerontological Nursing, 31*, 34-42. https://doi.org/10.3928/0098-9134-20050301-08

Larson, L. M., Suzuki, L. A., Gillespie, K. N., Potenza, M. T., Bechtel, M. A., & Toulouse, A. L. (1992). Development and validation of the Counseling Self-Estimate Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 39*(1), 105-120. doi:10.1037/0022-0167.39.1.105

Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Mohlman, J., Shear, M. K., Dew, M. A., Schulz, R., Miller, M. D., Tracey, B., & Reynolds, C. F. (2005). Generalized anxiety disorder in late life: lifetime course and comorbidity with major depressive disorder. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 13*(1), 77–80. https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.13.1.77

Lenze, E. J., & Wetherell, J. L. (2009). Bringing the bedside to the bench, and then to the community : a prospectus for intervention research in late-life anxiety disorders. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24*, 1–14. https://doi.org/10.1002/gps

Lenze, E. J., & Wetherell, J. L. (2011). Anxiety Disorders: New Developments in Old Age. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 19*, 301–304. https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31820db34f

Lustman, P. J., Griffith, L. S., Clouse, R. E., & Cryer, P. E. (1986). Psychiatric illness in diabetes mellitus: Relationship to symptoms and glucose control. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 736–742. https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1097/00005053-198612000-00005

Mackenzie, C. S., Reynolds, K., Chou, K. L., Pagura, J., & Sareen, J. (2011). Prevalence and Correlates of Generalized Anxiety Disorder in a National Sample of Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 19*, 305–315. https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318202bc62

Magee, J. C., & Carmin, C. N. (2010). The relationship between sleep and anxiety in older adults. *Current Psychiatry Reports, 12*, 13–19. https://doi.org/10.1007/s11920-009-0087-9

Mantella, R. C., Butters, M. A., Dew, M. A., Mulsant, B. H., Begley, A. E., Tracey, B., Shear, M. K. Reynolds, C. F. & Lenze, E. J. (2007). Cognitive Impairment In late-life generalized anxiety disorder. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 15*, 673-679. http://dx.doi.org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1097/JGP.0b013e31803111f2

McIntosh, A., Cohen, A., Turnbull, N., Esmonde, L., Dennis, P., Eatock, J., ... & Kosky, N. (2004). *Clinical guidelines and evidence review for panic disorder and generalised anxiety disorder*. Sheffield : University of Sheffield/London : National Collaborating Centre for Primary Care.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. Paris, InterEditions.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2019) Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services. Guide de pratique clinique.

https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002409/?&date=DESC&sujet=pqptm&critere=sujet

Mohlman, J. (2004). Psychosocial treatment of late-life generalized anxiety disorder: current status and future directions. Clinical Psychology Review, 24(2), 149-169. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.01.001

Montgomery, E. C., Kunik, M. E., Wilson, N., Stanley, M. A., & Weiss, B. (2010). Can paraprofessionals deliver cognitive-behavioral therapy to treat anxiety and depressive symptoms? *Bulletin of the Menninger Clinic*, *74*, 45–62. https://doi.org/10.1521/bumc.2010.74.1.45

Morales, E., Gamache, S., & Edwards, G. (2014). Winter: Public enemy #1 for accessibility. Exploring new solutions, *Journal of Accessibility and Design for All*, *4*, p. 30-52.

Office des professions du Québec, (2013). Guide explicatif. *Bibliothèque et Archives nationales du Québec*.https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf

Oude Voshaar, R. C., van der Veen, D. C., Kapur, N., Hunt, I., Williams, A., & Pachana, N. A. (2015). Suicide in patients suffering from late-life anxiety disorders; a comparison with younger patients. *International Psychogeriatrics*, *27*, 1197–1205. https://doi.org/10.1017/S1041610215000125

Palmer, K., Berger, A. K., Monastero, R., Winblad, B., Bäckman, L., & Fratiglioni, L. (2007). Predictors of progression from mild cognitive impairment to Alzheimer disease. *Neurology*, *68*, 1588–1602. https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1212/01.wnl.0000260968.92345.3f

Paquette, G. (2002). *Modélisation des connaissances et des compétences*. Québec, Presse de l'Université du Québec.

Petkus, A. J., Wetherell, J. L., Stein, M. B., Chavira, D. A., Craske, M. G., Sherbourne, C., Sullivan, G., Bystritsky, A. & Roy-Byrne, P. (2018). Age differences in death and suicidal ideation in anxious primary care patients. *Clinical gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, *41*, 271-281. https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1080/07317115.2017.1356893

Préville, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punti, R., Baril, M. C., Streiner, D. L., Cairney, J., Brassard, J., Scientific Committee of the ESA Study. (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, *53*, 822–832. https://doi.org/10.1177/070674370805301208

Rabheru, K. (2016). Intégrer les besoins des aînés en santé mentale dans la stratégie globale en matière de soins de santé. http://www.demandaplan.ca/integrating_the_mental_health_care_needs_of_seniors_into_the_overall_health_care_strategy

Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations* (4e ed.). New York, Free Press.

Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. (2009). *Pratique de l'entretien motivationnel*. Paris, InterEditions.

Russell, R. K., & Wise, F. (1976). Treatment of speech anxiety by cue-controlled relaxation and desensitization with professional and paraprofessional counselors. *Journal of Counseling Psychology, 23,* 583. http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.23.6.583

Segre, L. S., Brock, R. L., & O'Hara, M. W. (2015). Depression treatment for impoverished mothers by point-of-care providers: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 83,* 314. doi: 10.1037/a0038495

Seignourel, P. J., Kunik, M. E., Snow, L., Wilson, N., & Stanley, M. (2008). Anxiety in dementia: A critical review. *Clinical Psychology Review, 28*, 1071-1082. http://dx.doi.org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1016/j.cpr.2008.02.008

Shelton, J. L., & Madrazo-Peterson, R. (1978). Treatment outcome and maintenance in systematic desensitization: Professional versus paraprofessional effectiveness. *Journal of Counseling Psychology, 25*, 331. http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.25.4.331

Sherbourne, C. D., Hays, R. D., & Wells, K. B. (1985). Personal and psychosocial risk factors for physical and mental health outcomes on course of depression among depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 345-355. https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.3.345

Solomon, D. & Theiss, J. (2013). *Interpersonal Communication: Putting Theory Into Practice*. New York: Routledge

Stanley, M. A., Wilson, N. L., Amspoker, A. B., Kraus-Schuman, C., Wagener, P. D., Calleo, J. S., Cully, J. A., Teng, E., Rhoa des, H. M., Williams, S., Masozera, N., Horsfield, M., Kunik, M. E. (2014). Lay providers can deliver effective cognitive behavior therapy for older adults with generalized anxiety disorder: A randomized trial. *Depression and Anxiety, 31*, 391–401. https://doi.org/10.1002/da.22239

Swinson, R. P., Cox, B. J., Kerr, S. A., Kuch, K., & Fergus, K. D. (1992). A survey of anxiety disorders clinics in Canadian hospitals. *The Canadian Journal of Psychiatry, 37*, 188-191. https://doi.org/10.1177/070674379203700308

Thompson, L. W., Gallagher, D., Nies, G., & Epstein, D. (1983). Evaluation of the effectiveness of professionals and nonprofessionals as instructors of "coping with depression" classes for elders. *The Gerontologist, 23*, 390-396. https://doi.org/10.1093/geront/23.4.390

Vasile, R. G., Bruce, S. E., Goisman, R. M., Pagano, M., & Keller, M. B. (2005). Results of a naturalistic longitudinal study of benzodiazepine and SSRI use in the treatment of generalized anxiety disorder and social phobia. *Depression and Anxiety, 22*, 59–67. https://doi.org/10.1002/da.20089

Vasiliadis, H-M., Dionne, P-A., Préville, M., Gentil L., Berbiche, D. & Latimer, E. (2013). The excess healthcare costs associated with depression and anxiety in elderly living in the community. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 21*, 536–548. http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2012.12.016

Voyer, P., Préville, M., Cohen, D., Berbiche, D., & Béland, S.-G. (2010). The Prevalence of Benzodiazepine Dependence among Community-Dwelling Older Adult Users in Quebec

According to Typical and Atypical Criteria. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, *29*, 205–213. https://doi.org/10.1017/S0714980810000115

Waitzkin, H., Getrich, C., Heying, S., Rodríguez, L., Parmar, A., Willging, C., Yager, J., & Santos, R. (2011). Promotoras as mental health practitioners in primary care: a multi-method study of an intervention to address contextual sources of depression. *Journal of community health*, *36*, 316-331. https://link.springer.com/article/10.1007/s10900-010-9313-y

Wetherell, J. L., Lenze, E. J., & Stanley, M. A. (2005). Evidence-based treatment of geriatric anxiety disorders. Psychiatric Clinics of North America, 28, 871–896. https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.09.006

Wetherell, J. L., Thorp, S. R., Patterson, T. L., Golshan, S., Jeste, D. V., & Gatz, M. (2004). Quality of life in geriatric generalized anxiety disorder: A preliminary investigation. *Journal of Psychiatric Research*, *38*, 305–312. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2003.09.003

Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety*, *27*, 190–211. https://doi.org/10.1002/da.20653

Zhang, X., Norton, J., Carrière, I., Ritchie, K., Chaudieu, I., & Ancelin, M. L. (2014). Generalized anxiety in community-dwelling elderly: Prevalence and clinical characteristics. *Journal of Affective Disorders*, *172*, 24–29. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.036

Annexes

Annexe A : Études impliquant la formation de prestataires non professionnels pour le traitement psychologique de l'anxiété ou de la dépression.

Auteurs	Objectifs	Intervention appliquée par les PNP	Sélection des PNP	Caractéristiques des PNP	Formation des PNP	Supervision des PNP	Évaluation de la formation	Résultats de l'évaluation de la formation	Autres résultats pertinents
Russell et Wise (1976)	Examiner le rôle des conseillers professionnels par rapport aux conseillers para-professionnels dans la mise en œuvre du programme de traitement de l'anxiété de parler en public.	Thérapie comportementale : Désensibilisation systématique et relaxation contrôlée par signal pour l'anxiété sociale	Entretien individuel avec le premier auteur (critères non spécifiés).	Étudiants avancés de premier cycle n'ayant aucune formation préalable en intervention comportementale (diplôme non précisé; n = 3)	5 rencontres avec l'auteur principal pour expliquer et démontrer le rationnel du traitement et les aspects techniques du programme de désensibilisation.	• Auto-enregistrements des procédures qui ont été révisées et critiquées par l'auteur principal • Supervision hebdomadaire	-	-	• Différence significative favorisant les professionnels et les para-professionnels par rapport à la condition contrôle. • Pas différence significative entre les para-professionnels et les professionnels après le traitement.
Shelton et Madrazo-Peterson (1976)	Déterminer l'efficacité de professionnels et de para-professionnels bien formés pour effectuer de la désensibilisation systématique.	Programme de thérapie comportementale : groupe de désensibilisation systématique pour l'anxiété	Étudiants sélectionnés via un emploi para-professionnel dans un centre de conseil universitaire avec l'équipe de thérapie comportementale (du principal auteur).	Étudiants avancés de premier cycle (diplôme non précisé; n = 3)	Formation de 40h : • 10 heures de formation aux procédures de désensibilisation, dont lecture sur la pratique de la désensibilisation (2h • Pratique pour passation de tests d'évaluation dans le programme de désensibilisation (observation d'un professionnel et pratique de passatio de tests; 4h) • Observation groupe de désensibilisation et animation progressive (animation complète après 5h)	• Rencontre de 30 minutes pour l'évaluation de la compréhension des lectures et les éléments retenus • Observation du para-professionnel par le superviseur et rétroaction directement après les séances	-	-	• Différence significative entre la désensibilisation offerte par les professionnels et les para-professionnels par rapport au groupe contrôle. • Pas de différence significative entre les groupes dirigés par les para-professionnels et les professionnels aux 3 temps de mesure (effets de maintenance équivalents au pré, post et suivi de 5 mois)

Auteurs	Objectifs	Intervention appliquée par les PNP	Sélection des PNP	Caractéristiques des PNP	• Formation des PNP	Supervision des PNP	• Évaluation de la formation	• Résultats de l'évaluation de la formation	• Autres résultats pertinents
Thompson et al. (1983)	Évaluer si un traitement comportemental de la dépression à utiliser dans le cadre d'un cours sur "comment contrôler la dépression" chez les personnes âgées est efficace lorsqu'enseigné par des instructeurs sans expérience en santé mentale par rapport à des professionnels de la santé mentale.	Cours d'entraide de type thérapie comportementale pour la dépression	Non professionnels recrutés via les programmes de soins de jour, les centres de santé mentale, puis dans les centres communautaires pour personnes âgées.	Personnes qui ont aucune formation en santé mentale, avec un niveau d'éducation allant du secondaire au postdoctorat dans le domaine de la santé, mais pas spécifiquement de la santé mentale (p.ex. aide aux loisirs dans une maison pour personnes âgées; n = 16).	• Formation de 3h par semaine pendant 8 semaines : discussion à propos d'un enregistrement vidéo « modèle », devoirs en lien avec les apprentissages. • Chaque équipe d'instructeurs a ensuite dirigé une série de cours sur leurs sites respectifs.	-	• Connaissances de la théorie/thérapie comportementale et compétences nécessaires pour diriger une classe de personnes âgées. Mesure dans laquelle les instructeurs utilisent les compétences comportementales apprises. • Attitudes envers les personnes âgées par un questionnaire vrai ou faux. • Évaluations comportementales par l'équipe de formation lors de 2 cours sur chaque site. • Empathie, chaleur et authenticité (échelles Likert à 5 points). • Évaluation globale de l'efficacité des non professionnels pour diriger une classe.	• Différence significative seulement pour la connaissance de la thérapie comportementale entre les professionnels et les non professionnels, mais les deux groupes ont approfondi leurs connaissances avant et après la mesure. • Aucune différence significative sur l'échelle des attitudes et sur les compétences apprises. • Aucune différence significative pour la chaleur, l'empathie et l'authenticité, mais les non-professionnels ont tendance à être considérés comme plus chaleureux et empathiques que les professionnels. • Aucune différence significative pour l'aptitude à présenter le cours et de l'efficacité globale.	• Pas de relation entre le taux d'abandon et niveau de formation professionnelle. • Pas différence significative pour l'efficacité personnelle, le niveau de confort avec les autres et seul, le contrôle des pensées négatives ou l'attitude optimiste, mais il y aurait une plus grande tendance, chez les personnes ayant vu un professionnel, à avoir une amélioration des contacts sociaux, des pensées positives sur elles-mêmes et d'être satisfaites d'elles-mêmes et de la vie quotidienne.

Auteurs	Objectifs	Intervention appliquée par les PNP	Sélection des PNP	Caractéristiques des PNP	• Formation des PNP	Supervision des PNP	Évaluation de la formation	Résultats de l'évaluation de la formation	• Autres résultats pertinents
Barnett et Parker (1985)	Évaluer l'adaptation longitudinale des mères primipares qui se distinguaient par des niveaux d'anxiété élevés, modérés et faibles + évaluer l'efficacité des interventions professionnelles vs non-professionnelle visant à réduire l'anxiété.	Conseils, soutien et aide pratique (ex., promotion de l'estime de soi et des interactions) pour l'anxiété	-	Mères expérimentées volontaires qui répondaient aux exigences (pas de détail) en matière de soutien, tout en évitant d'avoir un modèle particulier de maternage.	• Journal de contact pour chaque patient et suggestions pour la fréquence de contact. • Utilisation de leur jugement pour le choix des stratégies.	-	-	-	• Aucune différence significative entre les para-professionnels et les professionnels après le traitement et le suivi. • Différence significative favorisant les para-professionnels par rapport à la condition contrôle.
Harris et al. (1999)	Évaluer les « amitiés volontaires » comme intervention auprès de femmes souffrant de dépression chronique. L'étude a comparé 40 femmes souffrant de dépression chronique jumelées à une « amie volontaire » à 40 femmes dans la même condition qui étaient sur la liste d'attente (condition contrôle).	Soutien social et pratique pour la dépression (ex., faciliter la confidence et accompagnement lors d'activités)	• Femmes volontaires recrutées via annonces dans la presse locale, églises et centres de santé. • Plusieurs entretiens avant la formation (critères non spécifiés).	Femmes volontaires (critères non spécifiés mais symptômes dépressifs actuels ne sont pas un critère d'exclusion) (n = 45).	• 3 jours de formation pour agir en tant que support social de type « amical » et pour faciliter la confidence et l'accompagnement des patientes.	-	-	-	• Différence significative favorisant la présence des para-professionnels (amitié volontaire) par rapport à la condition contrôle. • Effet de l'intervention après 1 an : 72% des participantes qui ont été en contact avec une « amie » ont connu une rémission (même sans contact avec un travailleur social), contre 39% dans le groupe contrôle.

Auteurs	Objectifs	Intervention appliquée par les PNP	Sélection des PNP	• Caractéristiques des PNP	• Formation des PNP	• Supervision des PNP	Évaluation de la formation	Résultats de l'évaluation de la formation	• Autres résultats pertinents
Bright et al. (1999)	Comparer les résultats de deux traitements cognitif-comportemental de groupe différents de la dépression, dirigés soit par des thérapeutes professionnels ou non professionnels (TCC vs MSG).	TCC et thérapie de groupe de soutien mutuel (MSG) pour la dépression		• Para-professionnels (n=6) recrutés dans des organisations d'entraide communautaires . Pas de diplôme d'études supérieures en psychologie et d'expérience en psychothérapie individuelle.	• Formation de 2 jours d'ateliers didactique-expérientiels pour l'utilisation du protocole et du manuel de traitement cognitif comportemental. • Trois modules : (a) interventions communes, (b) techniques cognitives-comportementales et (c) méthodes de soutien mutuel de groupe. • Formation pour évaluer le risque suicidaire.	• Intégrité du traitement : séances de thérapie enregistrées et évaluées en supervision par un professionnel (supervisions hebdomadaires). • Supervisions supplémentaires si non-respect du protocole de traitement.	Risque suicidaire : Complétion du Suicide Intervention Response Inventory (SIRI) par les non professionnels.	Score moyen au SIRI : 23 sur 25 = niveau élevé de compétence pour reconnaître le risque suicidaire.	• Aucune différence significative entre les para-professionnels et les professionnels après le traitement.
Dennis (2003)	Évaluer l'effet du soutien par les pairs (de mère à mère) sur les symptômes dépressifs de mères considérées à risque élevé de dépression postpartum.	Soutien par téléphone pour la dépression postpartum	Volontaires potentielles contactées via dépliants, annonces dans les journaux locaux et bouche-à-oreille.	Mères (n = 19) volontaires, qui ont des antécédents et sont rétablies de la dépression postpartum et qui ont un désir d'aider de nouvelles mères.	• Formation de 4h sur le développement de compétences pour le soutien téléphonique, jeux de rôles, résolution de problèmes, développement de l'habileté à référer les patients vers les ressources appropriées, manuel de référence pour des techniques de support efficaces et pour de la psychoéducation • Supervision au besoin	2 coordonnateurs des bénévoles : s'assurer que le soutien est bien fourni et superviser les bénévoles (au besoin).	-	-	• Différence significative favorisant les para-professionnels par rapport à la condition contrôle. • Peer Support Evaluation Inventory (PSEI) : 87,5% (n = 14) = très satisfaits du soutien reçu par les pairs (soutien émotionnel, informatif et pour l'évaluation; compréhension et confiance; effet positif sur la santé). • Peer Volunteer Experience Questionnaire (PVEQ) : Bénévoles (n = 16) = satisfaits de leur expérience et feraient de nouveau ce type de soutien volontaire.

Auteurs	Objectifs	Intervention appliquée par les PNP	Sélection des PNP	Caractéristiques des PNP	Formation des PNP	Supervision des PNP	Évaluation de la formation	Résultats de l'évaluation de la formation	Autres résultats pertinents
Waitzkin et al. (2011)	Évaluer le rôle de promoteurs (agents de santé communautaires formés brièvement) dans le traitement de la dépression dans les centres de santé communautaires.	Résolution de problèmes dans quatre domaines: sous-emploi, logement inadéquat, insécurité alimentaire et violence pour la dépression. Passation de questionnaires + ressources	-	Réceptionniste et gardien de sécurité dans un centre de santé communautaire.	• 5 séances de formation • Programme de mentorat • Conférences pour les promoteurs, les professionnels et d'autres membres du personnel • Programme éducatif sur la dépression	• Contact avec les professionnels au moins une fois par mois. • Évaluation du formulaire d'intervention spécifiant les mesures prises avec les patients.	-	-	• Selon les patients, les promoteurs non-professionnels leur donnaient plus de temps que les professionnels et écoutaient plus attentivement. De façon générale, la participation du promoteur non-professionnel à leurs soins était positive. • L'analyse des formulaires d'intervention a montré que le promoteur non-professionnel avait bien identifié les sources contextuelles de dépression et qu'il était intervenu de manière appropriée pour faire fournir d'autres formes d'assistance. • Tous les professionnels interrogés ont évalué favorablement la valeur des services des promoteurs non-professionnels.
Calleo et al. (2013)	Comparer les effets d'une TCC pour le trouble d'anxiété généralisée chez les aînés par des prestataires experts et des prestataires non professionnels (formation, acceptabilité et autres résultats).	TCC pour le trouble d'anxiété généralisée	-	• Titulaire d'un baccalauréat (*n* = 1) • Collégiens (*n* = 2) Sans formation préalable en santé mentale ni expérience par rapport à l'anxiété chez les aînés	• Lectures de documents d'information • Présentation didactique et jeux de rôle avec les professionnels sur tous les modules (4,5 heures) • Écoute d'une séance par un prestataire professionnel • Observation d'une séance directement dans la salle de traitement avec un professionne	• Durant le traitement : écoute d'une série complète de séances (10) et supervisions hebdomadaires	-	-	• Superviseurs ont évalué les prestataires sur leur adhérence et compétence globale durant le traitement sur une échelle de 0 (non adhérence/incompétence) à 8 (adhérence/compétence optimale) (20% des enregistrements choisis au hasard) • Les scores moyens d'adhérence et de compétence et d'adhésion des prestataires professionnels et des prestataires non professionnels étaient élevés et équivalents (entre 5 et 8).

Auteurs	Objectifs	Intervention appliquée par les PNP	Sélection des PNP	Caractéristiques des PNP	Formation des PNP	Supervision des PNP	Évaluation de la formation	Résultats de l'évaluation de la formation	Autres résultats pertinents
Stanley et al. (2014)	Comparer les effets d'une psychothérapie pour le trouble d'anxiété généralisée chez les aînés dispensée par des prestataires titulaires d'un baccalauréat ou d'un doctorat	TCC pour le trouble d'anxiété généralisée	Entretiens pour évaluer les compétences en relations interpersonnelles et en communication	• Titulaires d'un baccalauréat dans un domaine pertinent (psychologie, sociologie, etc.) (*n*= 5) • Sans formation préalable en santé mentale ni expérience par rapport à l'anxiété chez les aînés	• Lectures et enseignement (11 heures) • Révision de séances enregistrées conduites par des prestataires experts (20 heures) • Jeux de rôle faisant appel à toutes les compétences (5 heures).	• Durant l'entrainement : écoute et feedback pour 2 enregistrements de patients ne faisant pas partie de l'étude • Durant le traitement : réunions hebdomadaires de supervision de groupe.	-	-	• Superviseurs ont évalué les prestataires sur leur adhérence et compétence durant le traitement sur une échelle de 0 (non adhérence/incompétence) à 8 (adhérence/compétence optimale) • Scores moyens d'adhérence et de compétence étaient supérieures à 6 dans les deux groupes de prestataires et significativement plus élevées chez les prestataires titulaires d'un doctorat
Segre et al. (2015)	Évaluer l'efficacité de visites d'écoute effectuées lors des soins habituels pour les femmes enceintes ou en post-partum qui sont déprimées.	Visites d'écoute pour la dépression chez les femmes enceintes ou en postpartum	Les prestataires des visites d'écoute ont été choisis dans les 4 centres de soins participants et fournissent déjà des services de visite à domicile ou des soins prénatals dans l'un des centres.	• Les prestataires des visites d'écoute étaient des femmes (n = 26) en majorité titulaires d'un baccalauréat et certaines avaient une maîtrise (programmes : psychologie, sociologie, travail social, soins infirmiers, médecine).	• Formation en deux parties par le 1er auteur : 1) atelier de 7h sur la dépression chez les femmes enceintes ou en post-partum (diagnostic, dépression, prévalence, effets négatifs, dépistage, référence et traitement), 2) atelier de 7 heures sur la mise en œuvre des compétences clés des visites d'écoute (présentation didactique, exemples vidéo, résolution de problèmes et jeux de rôle) et sur les aspects logistiques des visites d'écoute.	• Consultation d'un professionnel de la santé mentale à toutes les deux séances (travailleur social p.ex.)	-	-	• Les femmes qui bénéficiaient des visites d'écoute en plus des services de soins standards (groupe expérimental) se sont considérablement améliorées en termes de gravité de la dépression, de symptômes et de qualité de vie par rapport aux femmes qui recevaient seulement les services de soins standards et étaient en attente de recevoir les visites d'écoute (groupe contrôle). • Les femmes du groupe expérimental ont une vision très positive des visites d'écoute (qualité de l'aide reçu excellente, type d'aide souhaité, résolution de problèmes plus efficace, recommandation à d'autres, etc.)

Auteurs	Objectifs	Intervention appliquée par les PNP	Sélection des PNP	Caractéristiques des PNP	Formation des PNP	Supervision des PNP	Évaluation de la formation	Résultats de l'évaluation de la formation	• Autres résultats pertinents
Brock et al. (2017)	Présenter les résultats du suivi de 8 semaines supplémentaires de l'étude de Segre et al. (2015) (pour groupe contrôle et groupe expérimental)	Visites d'écoute pour la dépression chez les femmes enceintes ou en postpartum	Idem	Idem	Idem	Idem	-	-	• Les participants du groupe expérimental ont vu une amélioration significative de leur humeur au suivi. • Les participants du groupe contrôle ont vu une amélioration significative de leur humeur en recevant les visites d'écoute. • Les 2 groupes étaient similaires quant à l'amélioration moyenne des symptômes dépressifs mais le groupe expérimental a présenté des taux plus élevés de changements cliniquement significatifs par rapport au groupe contrôle.

Annexe B : Questionnaire sociodémographique

1. Quel âge avez-vous ? _____
2. De quel sexe êtes-vous ?
   - ☐ Féminin
   - ☐ Masculin
3. Quel est votre état civil ?
   - ☐ Marié(e) ou en union civile
   - ☐ Conjoint de fait ou en couple
   - ☐ Séparé(e)
   - ☐ Divorcé(e)
   - ☐ Veuf(ve)
   - ☐ Célibataire
4. Quelle est votre occupation principale actuelle ?
   - ☐ Retraité(e)
   - ☐ Emploi à temps plein
   - ☐ Emploi à temps partiel
   - ☐ Étudiant
   - ☐ Autre. Précisez : _____

   4.1 Si vous êtes étudiant, quel est votre niveau de scolarité actuel ?

   - ☐ Études collégiales
   - ☐ 1er cycle universitaire
   - ☐ 2e cycle universitaire
   - ☐ 3e cycle universitaire
   - ☐ Autre : _____

   4.2 Dans quel programme de baccalauréat étudiez-vous ?

   - ☐ Psychologie
   - ☐ Service social
   - ☐ Sciences infirmières

5. Quel est votre dernier niveau de scolarité complété ?
   - ☐ Études primaires
   - ☐ Études secondaires
   - ☐ Études collégiales
   - ☐ 1er cycle universitaire
   - ☐ 2e cycle universitaire
   - ☐ 3e cycle universitaire
   - ☐ Autre : _____

Annexe C : Questionnaire sur le sentiment de compétence

Consigne

Ce questionnaire sert à évaluer votre confiance en votre capacité à agir comme accompagnateur/accompagnatrice auprès d'une personne âgée souffrant d'un trouble d'anxiété généralisée (TAG) dans le cadre d'un auto-traitement guidé du TAG basé sur la thérapie cognitivo-comportementale (ATG-TCC). Pour chacune des questions ci-dessous, notez sur une échelle de 1 (pas du tout confiant) à 10 (très confiant) jusqu'à quel point vous êtes confiant en votre compétence.

1. Jusqu'à quel point êtes-vous confiant que vous pouvez offrir du soutien téléphonique dans le cadre de l'ATG-TCC?

Pas du tout confiant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Très confiant

2. Jusqu'à quel point êtes-vous confiant que vous pouvez aider une personne âgée souffrant d'un TAG dans le cadre d'un ATG-TCC ?

Pas du tout confiant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Très confiant

3. Jusqu'à quel point êtes-vous confiant de pouvoir contrôler votre réaction émotive face à une personne âgée souffrant d'un TAG?

Pas du tout confiant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Très confiant

4. Jusqu'à quel point êtes-vous confiant de connaître le déroulement de l'ATG-TCC ?

Pas du tout confiant 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très confiant

5. Jusqu'à quel point êtes-vous confiant de connaître votre rôle de soutien dans le cadre de l'ATG-TCC?

Pas du tout confiant 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très confiant

6. Jusqu'à quel point êtes-vous confiant de pouvoir soutenir émotionnellement une personne âgée souffrant d'un TAG dans le cadre de l'ATG-TCC ?

Pas du tout confiant 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très confiant

7. Jusqu'à quel point êtes-vous confiant de pouvoir soutenir la motivation d'une personne âgée souffrant d'un TAG dans le cadre de l'ATG-TCC ?

Pas du tout confiant 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très confiant

8. Jusqu'à quel point êtes-vous confiant de pouvoir soutenir techniquement une personne âgée dans le cadre de l'ATG-TCC ?

Pas du tout confiant 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très confiant

9. Jusqu'à quel point êtes-vous confiant de pouvoir répondre aux interrogations d'une personne âgée souffrant d'un TAG dans le cadre de l'ATG-TCC ?

Pas du tout confiant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Très confiant

10. Décrivez comment vous pensez vous être amélioré au niveau des différents types de soutien (motivationnel, émotionnel et technique)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Annexe D : Questionnaire sur les compétences de soutien du PNP

Consignes pour les questions à développement : Imaginez que vous êtes accompagnateur/accompagnatrice d'un patient recevant un auto-traitement pour le trouble d'anxiété généralisée. Le patient a en main un manuel qui fournit toutes les consignes nécessaires pour qu'il applique le traitement par lui-même de façon autonome. Votre rôle consiste à le soutenir lors de séances téléphoniques hebdomadaires d'une durée maximale de 30 minutes.

Q1 : Le patient vous confie qu'il n'avait pas le goût de compléter les exercices prévus pour la dernière semaine et qu'il n'a pas envie de faire les activités prévues pour la prochaine semaine. Indiquez ce que vous pouvez dire ou faire pour améliorer la motivation de ce patient. Inscrivez le maximum de réponses possibles.

Q2 : Le patient vous dit qu'il trouve très difficile d'être si anxieux et d'avoir de la difficulté à contrôler ses inquiétudes. Indiquez ce que vous pouvez faire ou dire pour que le patient se sente compris. Inscrivez le maximum de réponses possibles.

_____
_____

1. Dans un ATG-TCC, le thérapeute peut___.
    a. Décider que la durée d'une séance sera de 60 minutes
    b. Interroger le patient sur les événements de sa vie passée
    c. **Encourager le patient à persévérer dans le traitement**
    d. Encourager le patient à lui téléphoner au besoin entre les séances
2. Lors d'une séance téléphonique avec le thérapeute dans le cadre d'un ATG-TCC, on fait un résumé des activités complétées depuis la dernière séance. Quelle étape est complétée par la suite ?
    a. Voir avec le patient les exercices pour la semaine suivante.
    b. Effectuer quelques exercices avec le patient.
    c. **Demander au patient s'il a des questions concernant le contenu du module ou les exercices.**
    d. Pousser plus loin les réflexions apportées par le patient.
3. Quel énoncé est vrai en ce qui concerne les séances téléphoniques avec le thérapeute dans un ATG-TCC ?
    a. Le traitement prévoit entre 10 et 20 séances selon les besoins du patient
    b. Une séance est consacrée à chacun des 8 modules
    c. Le traitement prévoit 12 séances
    d. **Certains modules requièrent plus d'une séance**
4. Les exercices de chacun des modules d'un ATG-TCC _____.
    a. Se font lors des séances avec l'intervenant
    b. Sont optionnels
    c. **Requièrent des pratiques fréquentes**
    d. Demandent une bonne forme physique et doivent d'abord être autorisés par votre médecin
5. Les patients recevant un ATG-TCC discutent avec le thérapeute _____.
    a. Quand ils en éprouvent le besoin
    b. **À l'heure et la date convenues avec le thérapeute**
    c. Immédiatement après la fin d'un module
    d. Seulement lorsque les exercices sont complétés
6. Après la phase active de l'ATG-TCC, les patients sont encouragés à _____.
    a. Cesser les exercices pour lesquels les techniques sont acquises
    b. Contacter le thérapeute lorsqu'une rechute se produit
    c. **Continuer les exercices dans le but de prévenir une rechute**
    d. Lire le manuel une fois par année

Q3 : Le patient vous mentionne qu'il n'est pas certain d'avoir bien compris la différence entre les inquiétudes de type 1 et de type 2. Indiquez ce que vous pourriez lui répondre. Inscrivez le maximum de réponses possibles.

_____
_____
_____
_____
_____

Annexe E : Procédure et grille de correction des questions à développement du questionnaire de compétences de soutien

Commencer par se familiariser avec le contenu des grilles des éléments attendus, non attendus et du bruit (voir ci-dessous).

Pour chacun des extraits, vous devez surligner en couleur verte les éléments attendus, en rouge les éléments non attendus et en jaune le bruit. Lorsque deux réponses d'une même catégorie sont côte à côte, faire attention de laisser un mot non surligné pour être en mesure de distinguer qu'il s'agit de 2 réponses distinctives. Vous devez inscrire un M lorsque l'élément fait partie du soutien motivationnel, un E lorsqu'il s'agit du soutien émotionnel et un T lorsque c'est du soutien technique.

Accorder un point par élément présent (les points blancs ne sont que des exemples), vous devez utiliser votre jugement pour déterminer si une idée correspond le plus à l'une ou l'autre des 3 catégories.

Corriger de façon transversale, peu importe la question. Par exemple: Si des éléments de soutien motivationnels sont présents dans la question sur le soutien technique, vous devez tout de même comptabiliser cette réponse comme un point de soutien motivationnel. Bien que les éléments ne soient pas dans le bon type de soutien, il s'agit tout de même d'éléments attendus.

Attention : Les interventions qui ne peuvent pas être classés dans l'une ou l'autre des 2 premières catégories seront considérées comme du bruit. Toutefois, toutes les phrases ne sont pas des interventions. Une phrase peut simplement compléter l'idée précédente. Ne pas attribuer de point supplémentaire à ce genre de contenu.

Un élément (1 pt) peut représenter plus d'une phrase, mais une seule idée ! Également, une phrase peut contenir plus d'une idée. Aucun élément ne peut donc avoir 2 couleurs. Il est important que si deux éléments attendus côtes à côtes soient surlignés de façon distincte.

Un nouvel élément de réponse correspond à un changement d'idée ou d'intervention du participant. Par exemple : Je renforcerais le fait qu'elle a fait ses lectures et qu'elle continue malgré son découragement. Dans cette phrase, il y a deux éléments de réponse.

Exemple d'extrait : (fait avec l'auxiliaire)

Soutien motivationnel :

Je pourrais commencer par demander à la personne âgée pourquoi elle ne se sent pas capable de faire ses exercices cette semaine. Je pourrais lui rappeler à quel point les exercices sont importants et qu'il est nécessaire qu'elle les fasse si elle veut voir des résultats. Je renforcerais aussi le fait qu'elle a effectué les exercices dans les dernières semaines avec succès et qu'elle peut s'appuyer là-dessus pour se motiver cette semaine. Je lui dirais qu'il peut parfois être difficile de faire les exercices ou les lectures parce qu'il peut se passer des choses dans la semaine qui font que la motivation diminue. Sinon, je lui dirais qu'elle n'est pas seule dans cette situation et qu'elle ne doit pas s'en faire et que tout ira bien.

Soutien émotionnel :

Je commencerais par dire à la personne âgée que je comprends ce qu'elle vit. Qu'elle n'est pas seule dans cette situation et que je suis là pour l'aider. Je l'écouterais avec empathie, en faisant des reflets ou des reformulations. Je lui dirais que c'est normal qu'elle vive des périodes plus difficiles et que le traitement a justement pour but de l'aider dans ces situations. Je la questionnerais sur ce qu'elle ressent en ce moment et si elle croit que je peux faire quelque chose pour l'aider. Si c'est le cas, je l'aiderais à mettre en place des choses pour qu'elle aille mieux.

Soutien technique :

Je lui dirais que je ne connais pas la différence entre les deux types de soutien. Je lui dirais toutefois que toute l'information nécessaire à sa compréhension se trouve dans son livre et que je peux l'aider à comprendre certains mots qui sont peut-être difficiles pour elle. Je lui demanderais aussi de préciser sa question, si elle peut me dire quel élément de la description elle ne comprend pas. Je lui proposerais de faire des exercices avec elle pour voir si elle comprend mieux le concept. Je terminerais en lui donnant des références pour des articles ou lectures qui pourraient l'aider à mieux comprendre.

Lorsque la correction sera terminée, me contacter et nous devrons passer en revue toutes les codifications.

Question sur le soutien motivationnel :

Élément attendus (1 pt par élément)	Éléments non attendus (1 pt par élément)	Bruit (1 pt par élément)

• Renforcement :
  ○ Renforcer les stratégies mises en place pour aller mieux;
  ○ Renforcer la poursuite du traitement même en cas de doute ou même s'ils n'en ont pas envie;
  ○ Renforcer l'assiduité;
  ○ Renforcer la participation aux séances téléphoniques;
  ○ Renforcer les efforts mis dans les semaines précédentes.
• Suggestion pour favoriser la complétion des exercices :
  ○ Proposer de structurer le temps consacré aux lectures/exercices;
  ○ Proposer l'utilisation d'un agenda;
  ○ Proposer l'utilisation de post-it;
	• Douter de la motivation du client :
	  ○ Confronter le client par rapport à sa motivation;
	  ○ Remettre en question sa motivation;
	  ○ Douter de ce que le client à fait.
	• Critiquer sa façon de faire le traitement;
	• Chercher à rassurer le client;
	  ○ Lui dire que ça va aller mieux
	• Suggérer des exercices;
	  ○ Ex : Trouver des exercices alternatifs pour le client;
	  ○ Référez la personne vers un exercice passé de façon précise (ex : retourner faire l'exercice sur la correction des croyances).
	• Questionner origine des pensées/émotions/comportements;
		• Demander à la personne pourquoi elle ne veut pas faire ses exercices;
		• Nommer les avantages ou les bienfaits de faire la thérapie;

○ Proposer de se récompenser pour les efforts; ○ Contexte des exercices/lectures favorable; • Expériences passées qui pourraient les aider; ○ Qu'est-ce qui a été motivant dans le passé; • Normaliser le fait qu'il puisse s'agir d'un moment difficile; ○ Normaliser ou reconnaitre que la motivation peut être fluctuante; • Retour au but des exercices ou de la thérapie; • Retour à la motivation initiale du client; • Maximiser l'importance de faire les exercices; • Mettre l'emphase sur la complétion des exercices pour l'efficacité du traitement; • Questionner si des événements ou situations auraient pu influer la motivation.	○ Ex : questionner l'impact que peut avoir le fait de ne pas faire ses exercices; • Intervenir sur ce qui pourrait avoir un effet sur sa motivation;	

Soutien émotionnel :

Élément attendus (1 pt par élément)	Éléments non attendus (1 pt par élément)	Bruit (1 pt par élément)

• Utilisation d'une technique d'écoute active :
  ○ Reformulation ;
  ○ Reflet;
  ○ Diminution du ton de la voix;
  ○ Mention de l'utilisation de l'empathie;
  ○ Silence.
• Reconnaitre l'émotion vécue par le client;
  ○ Reconnaitre qu'il peut s'agir d'un moment difficile;
  ○ Normaliser la présence d'émotions (et non de l'inquiétude).
• Référer aux exercices :
  ○ Questionner le client pour voir si certains exercices ont été aidants dans le passé;
• Mentionner à la personne qu'on comprend ce qu'elle nous dit.
	• Rassurer le client;
	• Invalider les inquiétudes du client;
	• Éviter les sujets qui sont difficiles pour le client;
	• Suggérer des solutions aux problèmes des clients;
	  ○ Proposer ou donner de l'aide au client.
	• Normaliser les inquiétudes;
	• Faire des recommandations.
		• Proposer des techniques de soutien qui n'ont pas été enseignés dans la formation :
		  ○ Questions ouvertes, fermées, feedback, etc.
		• Mentionner qu'ils sont là pour les aider/soutenir.
		• Mentionner qu'ils ne sont pas seuls dans leur situation;
		• Mentionner qu'on comprends ce que la personne vit.

Soutien technique :

Élément attendus (1 pt par élément)	Éléments non attendus (1 pt par élément)	Bruit (1 pt par élément)

• Retourner le client à la définition du manuel;
• Clarifier le sens de certains termes dans le manuel
  ○ Donner la définition d'un mot.
• Résumer un concept non compris dans d'autres mots :
  ○ Reformuler la théorie du manuel avec des synonymes.
• Aider le client à trouver la réponse à sa question dans le manuel;
• Encourager le client à compléter l'exercice pour voir si le sens du concept se précise;
• Indiquer les limites du rôle de l'accompagnateur au client (lorsque le client lui demande de faire l'exercice avec lui);
• Valider la compréhension du client :
  ○ Questionner ce qu'il a compris;
  ○ Confirmer la compréhension lorsqu'elle est juste;
  ○ Corriger si certaines informations ne sont pas exactes;
  ○ Demander une rétroaction après une explication.
• Encourager le client à préciser sa question.
• Lire le passage du manuel qui n'est pas compris avec le client;
• S'informer avant de répondre au client pour lui donner une réponse juste.
	• Ne pas répondre à la question du client :
	  ○ Dire qu'il n'est pas formé pour répondre à sa question.
	• Compléter un exercice avec le client.
	  ○ Appliquer le concept à la vie du client;
	  ○ Donner des exemples à partir de la vie du client.
	• Donner une mauvaise explication de la théorie au client;
	  ○ Dire que les inquiétudes de type 1 sont plus importantes que celles de type 2.
	• Demander au client de pousser plus loin sa réflexion par rapport à un exercice.
		• Donner des exemples généraux (non reliés à la situation du client);
		• Mentionner au client d'aller chercher de l'information dans d'autres sources que le manuel (ex : Internet);
		• Avouer ne pas connaitre la réponse (sans préciser s'il s'informera avant de répondre).

Annexe F : Questionnaire de satisfaction de la formation

CONSIGNE:

Nous aimerions connaître votre opinion au sujet des différents aspects du programme de formation sur le soutien que vous avez suivie. Pour les questions 1 à 4, encerclez la réponse désignant le mieux votre évaluation personnelle. Pour les questions 5, 6 et 7, veuillez écrire votre réponse lisiblement.

1. Quelle évaluation faites-vous de la qualité de la formation en général?

1	2	3	4
Très insatisfait-e	Insatisfait-e	Satisfait-e	Très satisfait-e

Commentaires :

_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. Quelle évaluation faites-vous du contenu de la formation ?

1	2	3	4
Très insatisfait-e	Insatisfait-e	Satisfait-e	Très satisfait-e

Commentaires :

_____
_____
_____
_____
_____
_____

3. Quelle évaluation faites-vous de l'organisation de la formation ?

1	2	3	4
Très insatisfait-e	Insatisfait-e	Satisfait-e	Très satisfait-e

Commentaires :

_____
_____
_____
_____
_____

4. Quelle évaluation faites-vous des lectures préalables ?

1	2	3	4
Très insatisfait-e	Insatisfait-e	Satisfait-e	Très satisfait-e

Commentaires :

_____
_____
_____
_____
_____
_____

5. Quelle évaluation faites-vous du volet de la formation sur le soutien motivationnel ?

1	2	3	4
Très insatisfait-e	Insatisfait-e	Satisfait-e	Très satisfait-e

Commentaires :

_____
_____
_____
_____
_____

6. Quelle évaluation faites-vous du volet de la formation sur le soutien émotionnel?

1	2	3	4
Très insatisfait-e	Insatisfait-e	Satisfait-e	Très satisfait-e

Commentaires :

_____
_____
_____
_____
_____
_____

7. Quelle évaluation faites-vous du volet de la formation sur le soutien technique?

1	2	3	4
Très insatisfait-e	Insatisfait-e	Satisfait-e	Très satisfait-e

Commentaires :

_____
_____
_____
_____
_____

8. Quelle évaluation faites-vous des jeux de rôles ?

1	2	3	4
Très insatisfait-e	Insatisfait-e	Satisfait-e	Très satisfait-e

Commentaires :

_____
_____
_____
_____
_____

9. Quelle évaluation faites-vous de la rétroaction fournie par le formateur ?

1	2	3	4
Très insatisfait-e	Insatisfait-e	Satisfait-e	Très satisfait-e

Commentaires :

10. Veuillez indiquer les trois choses que vous avez trouvées les moins utiles.

1-

2-

3-

11. Veuillez indiquer les trois choses que vous avez trouvées les plus utiles.

1-

2-

3-

12. Veuillez nous faire part de tout autre commentaire pouvant nous aider à améliorer cette formation.

Annexe G : Plan de formation

1. Mesure pré : Rencontre avec la chercheuse principale (R.P.)
    a. Signature du formulaire de consentement
    b. Questionnaire sociodémographique
    c. Questionnaire sur les compétences de soutien
    d. Questionnaire sur le sentiment de compétence
2. Lectures dirigées (6h): envoyées par courriel
    a. TAG chez les aînés
        i. Section du TAG dans le DSM
        ii. Altunoz, Kokurcan, Kirici, Bastug, & Ozel-Kizil, (2018).
    b. ATG-TCC (manuel)
    c. Éléments de base de la relation d'aide (?)
        i. Chapitre 8 du livre de Salomon et Theiss (2013)
        ii. Chapitre 14 du livre de Salomon et Theiss (2013)
3. Atelier d'un jour (6h) animé par Roxanne Pilon et Philippe Landreville
    a. Introduction
        i. Présentations
        ii. TAG chez les aînés
        iii. Tx du TAG chez les aînés
        iv. Objectifs de la formation
    b. ATG-TCC
        i. Description
        ii. Soutien empirique
    c. Séquence de l'ATG-TCC
        i. Rôle du patient
        ii. Organisation, déroulement et durée du traitement
        iii. Les 8 modules
    d. Séquence des séances de soutien téléphonique
        i. bilan des activités accomplies depuis la dernière séance
        ii. questions du participant
        iii. planification de la prochaine semaine.
    e. Rôle du thérapeute :
        i. Description générale :
            1. Soutien motivationnel;
            2. Soutien émotionnel;
            3. Soutien technique.
        ii. Soutien motivationnel : comment encourager le patient à poursuivre les activités en lien avec le traitement?
            1. Qu'est-ce qui est permis, qu'est-ce qui ne l'est pas?
                a. Savoir reconnaitre les résistances au traitement;
                b. Renforcer les efforts;
                c. Encourager à essayer les activités même s'il n'a pas envie;
                d. Rappeler que les gains dépendent des efforts;
                e. Résolution de problème;
                f. Autres?
            2. Jeux de rôles.

iii. Soutien émotionnel : Comment être à l'écoute du patient?
    1. Qu'est-ce qui est permis, qu'est-ce qui ne l'est pas?
        a. Écoute active;
        b. Reformulation;
        c. Reflet;
        d. Approbation et réassurance;
        e. Autres?
    2. Jeux de rôles.
iv. Soutien technique :
    1. Comment faire le suivi des activités faites et à faire?
        a. Quels sont les devoirs qui devaient être complétés à chaque semaine;
        b. Questionner la présence de difficultés de compréhension des grilles, etc.
    2. Comment répondre aux questions du patient?
        a. Qu'est-ce qui est permis, qu'est-ce qui ne l'est pas?
            i. Clarifier le sens de certains termes dans le manuel;
            ii. Aider à trouver la réponse dans le manuel;
            iii. Préciser comment compléter une grille;
            iv. Autres?
        b. Jeux de rôles.

f. Supervision;
g. Surveillance de l'aggravation du participant et mécanisme de réponse;
h. Récapitulation;
i. Conclusion;
j. Mesure post :
    i. Questionnaire sur le sentiment de compétence;
    ii. Questionnaire sur les compétences de soutien;
    iii. Questionnaire sur la satisfaction.

Annexe H : Contenu sommaire du traitement (aide-mémoire de l'accompagnateur)

Module	Semaine	Contenu	Exercice
1. Objectifs de la thérapie et éléments de base de l'anxiété	1	• Les objectifs de la thérapie • Les caractéristiques de la thérapie • L'élément essentiel pour la réussite • Éléments de base de l'anxiété • Les deux types d'inquiétude	Noter et catégoriser les inquiétudes quotidiennement
2. Relaxer	1	• La respiration profonde • La relaxation musculaire progressive (RAMPE) • La visualisation	Appliquer une technique de relaxation quotidiennement
3. Tolérer l'incertitude	1	Prenez conscience de votre intolérance à l'incertitude et de vos réactions personnelles d'intolérance	Observez vos réactions personnelles face à l'incertitude
	2	Questionner votre besoin de certitude et développer une vision réaliste de l'utilité des réactions personnelles d'intolérance	Questionner vos réactions automatiques lorsque vous avez envie d'éviter l'incertitude
	3	Diminuer ses réactions personnelles d'intolérance à l'incertitude et affronter les situations incertaines	Contrer une de vos réactions personnelles d'intolérance ou de vous exposer à une situation nouvelle comportant une part d'incertitude.
4. Se faire plaisir	1	• La relation TAG-dépression	• Exercice 1 : compléter la grille horaire

		• Ce que je fais influence comment je me sens • Quelles activités peuvent m'aider?	• Exercice 2 : Votre Top 10 (établir la liste des activités agréables)
	2	• Planifiez et accomplissez vos activités agréables	À vous de jouer! (planifier et réaliser des activités agréables)
5. Corriger les fausses croyances	1	• Différentes croyances • Quand les croyances font partie du problème • Corriger ses croyances (technique du JUGE)	Corriger ses croyances par rapport à une inquiétude en utilisant la technique du JUGE
6. Résoudre les problèmes efficacement	1	• Aborder ses problèmes à l'aide des 5 étapes de résolution de problèmes • Prendre conscience du rôle possible de votre attitude négative face aux problèmes	• Exercice 1 : Identifier les problèmes ou tracas quotidiens présents dans votre vie • Exercice 2 : Identifiez ce que vous pensez par rapport à ces problèmes, vos habiletés et vos chances de le résoudre.
	2	Utiliser le contenu de la semaine 1	Exécuter chacune des étapes de résolution de problèmes afin d'essayer d'en résoudre un.
	3	Utiliser le contenu de la semaine 1	Exécuter chacune des étapes de résolution de problèmes afin d'essayer d'en résoudre un.
7. S'exposer…dans sa tête	1	3 premières étapes de l'exposition : 1. Identifiez les inquiétudes de type 2 qui vous préoccupent et choisissez-en une 2. En pensant à votre inquiétude, énumérez sur une feuille les conséquences appréhendées 3. À partir des pires conséquences identifiées, composez par écrit	Réaliser les étapes 1 à 3

		un court scénario qui décrit l'éventualité que vous ne voulez pas voir se produire	
	2	4. Exposez-vous à votre scénario	Pratique de l'exposition
	3	Au besoin, choisir une nouvelle inquiétude dérangeante	Pratique de l'exposition
8. Prévenir une rechute	1	• Récapitulation des principaux éléments du traitement • Comment gérer vos inquiétudes par rapport au maintien des effets du traitement • Comment devenir votre propre thérapeute et gérer les fluctuations normales de vos inquiétudes et votre anxiété.	• Exercice 1 : Poursuivre l'exposition au scénario • Exercice 2 : fixer des objectifs personnels pour les prochaines semaines