

Table des matières

Sommaire	iii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Contexte théorique	4
La formation en psychothérapie.....	5
L'acquisition des différents types de savoir	6
Le savoir déclaratif	6
Le savoir-faire	7
Le savoir-être	7
La thérapie cognitive et comportementale (TCC).....	8
Contexte historique de la thérapie TCC : les trois grandes vagues.....	8
Première vague : comportementale.....	8
Deuxième vague : cognitive	9
Troisième vague : contextuelle	9
Principales thérapies de la 3 ^e vague de la TCC.....	10
La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT).....	10
La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT).....	11
La thérapie comportementale dialectique (DBT)	12
La thérapie d'activation comportementale (TAC)	13
La psychothérapie basée sur l'analyse fonctionnelle (FAP)	14
L'approche expérientielle : un changement de paradigme dans la formation des psychothérapeutes	15

La vision expérientielle selon les thérapies	17
Développer une culture d'autosoins pour les étudiants et professionnels de la santé.....	19
Recherches empiriques traitant de l'impact de la formation de la 3 ^e vague de la TCC sur le plan personnel chez les étudiants et professionnels de la santé.....	19
Formation ACT	20
Formation MBCT.....	21
Formation DBT	22
Formation TAC	24
Formation FAP.....	25
Principales limites des études recensées et apport de la présente étude	27
Objectif de cette étude.....	29
Méthode.....	30
Devis de recherche	31
Participants.....	31
Collecte de données	32
Déroulement.....	34
Stratégie d'analyse	34
Phase 1 : la préanalyse	35
Phase 2 : exploitation et catégorisation du matériel.....	35
Phase 3 : traitement, interprétation et inférence.....	36
Résultats	38
Premier thème : Les améliorations personnelles sur les processus thérapeutiques de la 3 ^e vague de la TCC.....	41

Développer une meilleure conscience du moment présent et une flexibilité attentionnelle.....	41
Agir en conformité avec ses valeurs	43
Être moins en lutte contre son expérience	44
Redécouvrir ses valeurs	45
Prendre une distance face aux pensées	46
Adopter une position d'observateur.....	47
Adopter une attitude de bienveillance envers soi	48
Second thème : Atténuation des symptômes.....	50
Diminution du stress	50
Diminution de la fatigue et de l'épuisement.....	51
Soulagement de la douleur.....	52
Diminution de la tendance à procrastiner	52
Troisième thème : Augmentation des expériences positives et de la qualité de vie.....	53
Amélioration du bien-être et de l'expérience immédiate.....	54
Amélioration de l'intégration d'une pratique personnelle d'autosoins	55
Amélioration de la croissance personnelle	55
Amélioration du sentiment de fierté et d'accomplissement personnel.....	56
Amélioration des relations interpersonnelles.....	57
Amélioration de la créativité.....	58
Amélioration du sentiment de sécurité	58
Quatrième thème : Présence d'expériences négatives	59

Obstacles extérieurs dans la mise en application des méthodes pour soi-même.....	59
Contrecoup émotionnel dans l'application des méthodes expérientielles	60
Discussion	62
Améliorations personnelles sur les processus thérapeutiques de la 3 ^e vague de la TCC.....	63
Atténuation des symptômes	65
Augmentation des expériences positives et de la qualité de vie	67
Présence d'expériences négatives	70
Limites de l'étude	71
Conclusion	74
Références	78
Appendice. Titre et contenu des modules de la formation en ligne	89

Remerciements

Dans un premier temps, je désire exprimer ma reconnaissance la plus sincère envers mon directeur d'essai doctoral, Monsieur Frédérick Dionne, Ph.D., professeur agrégé au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Ces remerciements se veulent une reconnaissance méritée en raison de l'implication active et de la diligence dont il a fait preuve. Je remercie chaleureusement « ce mentor » qui m'a accompagné tout au long de cette expérience. Son encadrement et ses conseils m'ont permis de mener à bien cette démarche de recherche.

Dans un second temps, je désire exprimer ma reconnaissance la plus sincère à ma codirectrice, Madame Nadia L'Espérance, Ph.D., professeure associée aux départements de psychologie et de psychoéducation de l'UQTR. Merci pour tes judicieux conseils sur le plan méthodologique, ta rigueur et ton professionnalisme.

Je désire également remercier Madame Pasquale Roberge, Ph.D., professeure agrégée au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Sherbrooke, pour avoir accepté d'être évaluatrice externe pour ce projet. Pareillement, je désire aussi remercier Monsieur Carl Lacharité, Ph.D., professeur titulaire à l'UQTR, pour avoir accepté d'être évaluateur interne. Merci également à Madame Mareva Savary, assistante de recherche, pour sa contribution à certaines tâches importantes. En terminant, je tiens aussi à remercier chaleureusement ma famille en raison du support offert tout au long de ce projet.

Introduction

Le perfectionnement des habiletés cliniques est l'un des éléments clés garantissant le maintien des compétences de tout professionnel de la santé (Fairburn & Cooper, 2011). La formation professionnelle et la formation continue sont donc cruciales, particulièrement pour le développement et le maintien des compétences des psychologues et psychothérapeutes (Pakenham, 2015a) et par conséquent, la protection du public. Néanmoins, l'impact réel de la formation sur la santé mentale de l'intervenant demeure toutefois peu documenté (Wardley, Flaxman, Willig, & Gillanders, 2016).

La thérapie cognitive et comportementale (TCC) est la thérapie la plus répandue chez les psychologues et psychothérapeutes (Newman & Kaplan, 2016). Le monde de la TCC s'est considérablement transformé au cours des dernières années. Certains praticiens et chercheurs considèrent qu'une 3^e vague est venue s'ajouter aux vagues comportementale et cognitive précédentes (Dionne & Neveu, 2010; Hayes, Villatte, Levin, & Hildebrandt, 2011). Bien ancrée dans la tradition empirique, cette troisième génération de la TCC intègre des méthodes nouvelles telles que l'acceptation des émotions, la pleine conscience et l'engagement dans des actions reliées aux valeurs de l'individu (Hayes et al., 2011). Au lieu de modifier les expériences psychologiques directement (p. ex., par la relaxation), ces thérapies cherchent à modifier le rapport de l'individu à ses pensées, sensations et émotions (p. ex, par l'entremise de l'acceptation et la distanciation face aux pensées).

En dépit de la popularité de ces thérapies et de la volonté des étudiants et des professionnels de la santé à s'y former, l'offre de formation en TCC de 3^e vague est particulièrement limitée. Peu d'études visent à mesurer l'impact d'une formation à cette thérapie, particulièrement en ce qui concerne les impacts sur le plan personnel et dans un format en ligne. Selon L'Office québécois de la langue française (2008), la formation en ligne comprend l'utilisation des nouvelles technologies, qui permet l'accès à des formations en ligne, interactives et parfois personnalisées, diffusées par l'intermédiaire d'internet, afin de développer les compétences, tout en rendant le processus d'apprentissage indépendant de l'heure et de l'endroit. À l'aide d'un devis qualitatif, une analyse de contenu, l'objectif principal de cet essai est de mieux comprendre l'impact perçu d'une formation en ligne sur les TCC de 3^e vague sur le plan personnel.

Contexte théorique

Cette première section a pour objectif de définir les aspects théoriques qui ont été nécessaires à la réalisation de cette étude. Notamment, elle inclut les informations relatives à la thématique de la formation en psychothérapie, un descriptif de la thérapie cognitive et comportementale (TCC) et de la formation en TCC, une recension des recherches empiriques traitant de l'impact de la formation de la 3^e vague de la TCC sur le plan personnel chez les étudiants et les professionnels de la santé ainsi qu'une synthèse des principales limites des études recensées et de l'apport de cette étude.

La formation en psychothérapie

L'acquisition et le perfectionnement des habiletés cliniques sont des composantes importantes attestant de la compétence de l'intervenant (Fairburn & Cooper, 2011). La formation continue, notamment, est cruciale dans le développement professionnel des psychologues et psychothérapeutes (Pakenham, 2015a). La formation continue a pour but de renforcer et d'améliorer des connaissances déjà présentes, ou d'en acquérir de nouvelles afin de consolider les thérapeutes dans l'activité de leur profession (Insee, 2016). Selon l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ, 2017a), tous les psychologues ou psychothérapeutes, de tout secteur de pratique, ont l'obligation d'accumuler « [...] au moins 90 heures de formation continue en psychothérapie sur une période de 5 ans [...] » [En ligne] afin de maintenir et de développer leurs savoirs.

L'acquisition des différents types de savoir

L'offre de formation en psychothérapie proposée aux psychologues et psychothérapeutes comporte différentes méthodes pédagogiques afin de s'assurer de la rigueur de la transmission du savoir et de la cohérence des stratégies d'intervention enseignées (Salkovskis, Hackmann, Wells, Gelder, & Clark, 2007). Le cursus pédagogique de la formation en psychothérapie devrait accroître le niveau des connaissances dans trois formes de savoir distinctes (Bondolfi & Bizzini, 2006).

Le savoir déclaratif

Le savoir déclaratif réfère à l'ensemble des connaissances théoriques propres à une discipline dont celles relatives à la psychologie clinique (Griggs, Carol, & Bange, 2002). Selon Désilets (1997, p. 293), la caractéristique la plus fondamentale de ce type de savoir « est qu'il ne contient aucune indication quant à son utilisation éventuelle : il pourra être utilisé de toutes sortes de façons et selon des buts très divers ». À titre d'exemple, dans le cadre de la TCC, il comprend notamment l'acquisition des connaissances relatives aux grandes orientations théoriques (leurs fondements théoriques, leurs principes directeurs) et aux enjeux spécifiques reliés aux différentes clientèles (symptômes, troubles mentaux, stades développementaux, environnement familial, diagnostic psychologique.).

Le savoir-faire

Le savoir-faire se caractérise par un savoir procédural qui consiste à transposer un savoir en une action concrète (Lecomte & Savard, 2004; Stroobants, 1996). Le savoir-faire en TCC comprend donc l'ensemble des actions réalisées dans le cadre de l'exercice de la profession de psychologue ou de psychothérapeute, incluant les techniques d'intervention (restructuration cognitive, activation comportementale, etc.) et la connaissance relative à des travaux d'écriture (rédaction de rapports psychologiques, notes évolutives, plans de traitement, etc.).

Le savoir-être

Le savoir-être est un amalgame du savoir théorique (déclaratif) et du savoir-faire (procédural) qui se traduit par une disposition personnelle intérieure (p. ex., une attitude de contenance, de solidité professionnelle; Bellier, 2004). Selon Lecomte et Savard (2004), le savoir-être permet au thérapeute de transformer le savoir théorique et le savoir-faire, afin qu'ils puissent être intégrés de manière idiosyncrasique par ce dernier. La compétence professionnelle, la culture professionnelle, l'identité professionnelle ainsi que l'engagement du professionnel envers la population sont autant de dimensions qui caractérisent ce savoir.

La thérapie cognitive et comportementale a subi quelques transformations au cours des dernières années et la prochaine section propose un résumé des différents paradigmes en TCC.

La thérapie cognitive et comportementale (TCC)

La Division 12 Task Force on Science and Practice de l'American Psychology Association suggère que la thérapie cognitive et comportementale est l'une des thérapies axées sur les données probantes les plus répandues chez les étudiants aux cycles supérieurs en psychologie et dans les centres de formation (Klepac et al., 2012; Lane-Herman, 2012). Selon l'OPQ (2017b), la TCC se définit comme suit :

L'orientation cognitive-comportementale est basée sur l'idée selon laquelle les difficultés psychologiques sont liées à des pensées ou à des comportements inadéquats. Le psychothérapeute qui adopte cette approche utilise différentes techniques et stratégies afin d'aider son client à modifier ses comportements, ses pensées et ses émotions. [En ligne]

Contexte historique de la thérapie TCC : les trois grandes vagues

La littérature scientifique distingue généralement trois grandes « vagues », « générations » ou « courants idéologiques » dans l'évolution de la TCC (Harley, 2015; Hayes et al., 2011) : les vagues comportementale, cognitive et contextuelle.

Première vague : comportementale. Populaire entre les années 1950 et 1980, l'objectif principal qui caractérise la vague comportementale est de décrire, d'observer ou de mesurer une unité de changement du comportement observable (Malcuit, Granger, & Larocque, 1972). Par conséquent, l'essence même du travail des comportementalistes consiste à changer un comportement inadapté, qui est la résultante d'un apprentissage inadéquat (p. ex., des comportements d'évitement) en un comportement adapté (p. ex., des comportements d'approche). La première vague est à l'origine des méthodes de

renforcement et de punition, d'activation comportementale et d'exposition, méthodes qui sont toujours actuelles en TCC (Hayes, 2004).

Deuxième vague : cognitive. Entre les années 1970 et 2000, les travaux d'Ellis, de Beck et de Bandura ont permis l'émergence d'une seconde vague de TCC ou de la « révolution cognitive » (Dionne & Neveu, 2010; Hayes, 2004). Cette vague met l'accent sur les interventions cognitives en psychothérapie (prise de conscience des pensées automatiques, modification des distorsions cognitives, travail sur les schémas inadaptés). Durant les deux dernières décennies, quelques critiques ont été soulevées quant à la validation empirique des processus de changement de la TCC et donc du rôle des cognitions en tant que variables médiatrices au changement (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Longmore & Worrell, 2007). Ces limites ont favorisé l'émergence des thérapies dites « contextuelles ».

Troisième vague : contextuelle. L'appellation « 3^e vague » fut introduite pour la toute première fois par Hayes (2004) et la désignation « Thérapie contextuelle » en 2011 par Hayes et al. Cet ensemble de thérapies adopte une vision du monde basée sur le contextualisme fonctionnel sur le plan épistémologique (*worldview*) (Hayes, 2004). Dans cette perspective, ce n'est pas tant la *forme* d'un comportement ou d'une pensée (p. ex., son contenu) qu'il importe de comprendre, mais bien sa *fonction*, c'est-à-dire l'effet produit par le comportement ou la pensée dans un contexte donné (Hayes et al., 2011). Alors que les thérapies de première et deuxième vague avaient comme objectif de

réduire, d'éliminer ou de modifier le symptôme du client (son anxiété, ses pensées dysfonctionnelles) par des changements directs (de premier ordre), la thérapie de la 3^e vague a pour but d'opérer des changements contextuels (de second ordre) qui visent à agir sur le rapport qu'a l'individu face à des événements psychologiques désagréables (p. ex., accepter une émotion et agir malgré elle au lieu de chercher à l'éviter). Une thérapie cognitive et comportementale, quant à elle, est vue comme une thérapie qui vise la réduction des symptômes (p. ex., anxiété) et la modification du « contenu » cognitif (Arch & Craske, 2008; Hayes et al., 2011; Hofmann & Asmundson, 2008; Hofmann, Asmundson, & Beck, 2013).

Principales thérapies de la 3^e vague de la TCC

Les thérapies de la 3^e vague intègrent les méthodes des différentes vagues de la TCC. Sans rejeter les apports des vagues précédentes de la TCC, l'approche contextuelle intègre de nouvelles méthodes d'intervention, comme la pleine conscience, et bénéficie d'un appui empirique de plus en plus important. Un bref survol des aspects théoriques et des appuis empiriques des approches contextuelles les plus populaires sera présenté (Dimidjian et al., 2016).

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)

La thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT) est une psychothérapie qui a été introduite par Hayes, Strosahl et Wilson (1999) et fondée sur la Théorie des cadres relationnels (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001) et

le contextualisme fonctionnel (Hayes, 1993). Son efficacité a notamment été démontrée pour le traitement des troubles anxieux, de la dépression, des problèmes de nature somatique ainsi que des problèmes d'abus de substances (A-Tjak et al., 2015). L'ACT privilégie le développement de la flexibilité psychologique, la capacité d'une personne à persister ou changer le cours d'une action, même en présence de pensées, sensations et émotions désagréables, afin d'avancer en direction de ce qui est important pour la personne (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012). Ce modèle implique six processus psychologiques communs et inter-reliés : 1) acceptation vs évitement des expériences; 2) défusion cognitive vs fusion cognitive; 3) soi contexte vs soi conceptualisé; 4) moment présent et flexibilité attentionnelle vs pensées futures ou passées et inflexibilité attentionnelle; 5) clarté vs manque de clarté dans les valeurs; et 6) l'action vs inactivité et impulsivité (voir Dionne, Ngô, & Blais, 2013, pour une présentation de son application en santé mentale).

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT)

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (*Mindfulness-Based-Cognitive Therapy for Depression*, MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2013) est une intervention psychologique d'une durée de huit semaines et en groupe (10 à 15 participants), inspirée des travaux de Kabat-Zinn (1982) et de la thérapie cognitive (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Selon la MBCT, lorsque l'humeur est maussade et triste, des schémas de pensées négatives (à propos de soi, du monde et du futur; Beck et al., 1979) se réactivent de façon quasi automatique. Afin de comprendre les causes et les

conséquences de son humeur dépressive (« pourquoi suis-je encore malheureux »?), l'individu s'enlise dans un processus de rumination mentale (appelé le « mode faire ») qui amplifie l'état dysphorique et qui peut mener à la rechute (Segal et al., 2013). La pleine conscience, l'habileté à observer délibérément son expérience avec une attention particulière (sur le moment présent et sans porter de jugement, Segal et al., 2013) permet à l'individu de se « décentrer » d'événements mentaux négatifs en adoptant une perspective d'observateur (mode être) afin que l'individu réalise que les pensées ne sont que des pensées et non des faits. Plusieurs études ont démontré l'efficacité de la MBCT dans le traitement de la récurrence dépressive (voir Segal et al., 2013). Notamment, l'étude de Teasdale et al. (2000), effectuée auprès de 145 patients, a relevé un taux de rechute de 37 % chez les patients ayant présenté trois épisodes de dépression et qui ont pris part au programme MBCT combiné au programme habituel, comparativement à 66 % chez les patients participant au programme habituel seulement.

La thérapie comportementale dialectique (DBT)

La thérapie comportementale dialectique (*Dialectical Behavior Therapy*, DBT) est une psychothérapie développée par Marsha Linehan (1993) pour les personnes présentant des comportements suicidaires, de l'automutilation et un trouble de la personnalité limite (Linehan, 1993; Linehan et al., 2006; Linehan, Comtois, & Ward-Ciesielski, 2012; Linehan & Dexter-Mazza, 2008). Selon la DBT, la dysrégulation émotionnelle de certains individus se développe au sein d'un contexte de vie carencé (p. ex., abandon, rejet, invalidation de l'expérience, etc.) et tend à se réactiver de façon

marquée dans le contexte de vie actuelle de la personne (Linehan, 1993). L'intervention cible l'amélioration du fonctionnement global, la diminution de la dysrégulation émotionnelle et les relations interpersonnelles de la personne (Linehan et al., 2006). La DBT propose des stratégies spécifiques telles qu'un équilibre entre les stratégies d'acceptation et de changement (dialectique) et l'entraînement à la pleine conscience (Jomphe, 2013). Selon Janelle et Labelle (2009), la DBT privilégie cinq formats d'intervention afin de promouvoir des changements constructifs chez le client, soit la thérapie individuelle, la consultation téléphonique, la supervision d'équipe, les interventions auxiliaires (tous compléments) ainsi que le groupe de compétences (qui comprends quatre modules distincts : la pleine conscience, la régulation attentionnelle, la tolérance à la détresse et l'efficacité interpersonnelle).

La thérapie d'activation comportementale (TAC)

La thérapie d'activation comportementale (TAC) constitue une approche thérapeutique basée sur les données probantes, hautement reconnue (*well-established*) pour la dépression sévère ainsi que les rechutes dépressives selon l'APA (Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007; Mazzucchelli, Kane, & Rees, 2009). Selon la TAC (Martell, Addis, & Jacobson, 2001), la dépression est le résultat d'un manque de renforcement positif, d'un trop grand nombre d'événements aversifs et d'une utilisation rigide des stratégies d'évitement comportemental. La TAC vise à augmenter l'accès aux renforcements positifs et par conséquent, à remettre l'individu en action qui, en raison de la dépression, est moins actif, en plus d'adopter des comportements d'évitement (Martell

et al., 2001). L'intervention préconise l'auto-observation des activités et de l'humeur ainsi que l'assignation de tâches à la maison. Par exemple, le thérapeute invite le client à établir une liste d'activités significatives (plaisantes, reliées aux valeurs) à réaliser au cours de la semaine, activités hiérarchisées en fonction de leur degré de difficulté. Ensuite, le thérapeute aide le client à atteindre des objectifs qu'ils détermineront conjointement, semaine après semaine.

La psychothérapie basée sur l'analyse fonctionnelle (FAP)

La thérapie analytique fonctionnelle (*Functional Analysis Psychotherapy*, FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991) a pour objectif premier de développer chez le client des relations interpersonnelles riches et profondes. Cette thérapie a démontré des résultats prometteurs dans le traitement de plusieurs problématiques de santé mentale telles que la dépression majeure, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, et ce, tant en intervention de groupe qu'en individuel (Kanter et al., sous presse; Maitland et al., 2016). Dans la FAP, le thérapeute doit identifier les processus interpersonnels rigides entre le client et lui afin de favoriser l'adoption d'un répertoire comportemental plus adapté et plus flexible chez le client (Kanter, Tsai, Holman, & Koerner, 2013). Selon la FAP, ces processus interpersonnels, communément nommés Comportements Cliniquement Significatifs (CCS), auront une forte chance d'être mobilisés par la relation thérapeute-client. Les CCS sont catégorisés selon deux niveaux distincts, soit les CCS de niveau 1 (CCS1) et les CCS de niveau 2 (CCS2). Les CCS1 sont les comportements inadaptés qui sont similaires à ceux qui sont sources de problèmes dans

la vie courante. Les CCS2 représentent les améliorations effectuées par le client en contexte de psychothérapie. Ainsi, le fait d'être conscient des CCS permet au thérapeute d'adopter des interventions efficaces et favorise un ajustement adéquat de son comportement à celui du client (p. ex., renforcer les CCS2 et ne pas renforcer les CCS1). Les principes de la FAP peuvent s'intégrer à la thérapie cognitive traditionnelle (Beck, Ellis), aux thérapies de la 3^e vague ou à toute autre forme de psychothérapie dans le but d'en optimiser l'efficacité.

La prochaine section traite de manière plus spécifique de la façon dont le courant de la 3^e vague de la TCC peut favoriser le développement des connaissances chez les psychothérapeutes. Bien inscrit dans la continuité des vagues précédentes de la TCC, le courant de la 3^e vague accorde une importance considérable au savoir-être de par ses méthodes thérapeutiques et pédagogiques expérientielles. Dans la formation aux thérapies de la 3^e vague, on encourage les thérapeutes à appliquer les méthodes suggérées par les différentes thérapies eux-mêmes, soit dans leur vie ou dans leur pratique clinique (Hayes et al., 2011).

L'approche expérientielle : un changement de paradigme dans la formation des psychothérapeutes

Toute formation professionnelle à la TCC vise nécessairement l'accroissement des compétences et l'efficacité des interventions (Mannix et al., 2006; Westbrook, Sedgwick-Taylor, Bennett-Levy, Butler, & McManus, 2008). Dans un contexte thérapeutique fortement préoccupé par l'efficience et l'efficacité (Lecompte, 2003),

l'intérêt de certains chercheurs s'est porté vers l'identification de méthodes pédagogiques alternatives ou complémentaires à la formation classique en TCC qui permettrait d'incorporer la dimension personnelle à la base même de la formation (Bennett-Levy, Hawkins, Perry, Cromarty, & Mills, 2012; Bennett-Levy, McManus, Westling, & Fennell, 2009). Contrairement à d'autres approches thérapeutiques comme la thérapie humaniste et la thérapie psychodynamique, la dimension personnelle du professionnel (p. ex., ses ressentis, ses évitements émotionnels en séance, son niveau de l'épuisement) dans l'intervention psychothérapeutique était jugée telle une variable de second ordre en TCC (Bennett-Levy et al., 2009, 2012; Milne, 2009). La formule pédagogique proposée par la formation en psychothérapie offerte par le courant de la 3^e vague de la TCC reconnaît aujourd'hui l'importance d'intégrer la dimension personnelle de l'intervenant et accorde une importance considérable au développement du savoir-être (Beidas & Kendall, 2010; Fairburn & Cooper, 2011; Rakovshik & McManus, 2010). La dimension personnelle de l'intervenant joue également un rôle clé dans le développement d'habiletés personnelles par l'acquisition de divers processus émotionnels, comportementaux ou cognitifs (Bennet-Levy & Beedie, 2007; Bennett-Levy et al., 2012). Ainsi, le thérapeute devrait faire un travail sur lui-même à l'exemple de celui qui sera proposé au client. Selon Delisle (2011), le psychothérapeute n'est pas un dispensateur du traitement, il *est* le traitement.

La vision expérientielle selon les thérapies

Le cursus pédagogique de formation expérientielle propose au professionnel d'appliquer les différentes thérapies pour lui-même (Hayes et al., 2011). Parmi les thérapies de la 3^e vague de la TCC qui préconisent l'intégration de la dimension personnelle du professionnel, la thérapie ACT invite le thérapeute à s'exercer aux différents processus relatifs à la flexibilité psychologique. À titre d'exemple, il peut s'exercer à l'acceptation de ressentis difficiles ainsi qu'à l'entraînement au moment présent (Hayes, 2004). Selon Varra, Hayes, Roget et Fisher (2008), le fait d'appliquer les méthodes à soi-même favorise l'ouverture ainsi que l'apprentissage de méthodes de la part du thérapeute à appliquer avec le client.

Pour sa part, la thérapie MBCT encourage le thérapeute à adopter pour lui-même une pratique de méditation en pleine conscience (Segal, Teasdale, Williams, & Gemar, 2002). Selon Dimidjian, Kleiber et Segal (2009), cet élément serait parmi les plus déterminants afin de bien incarner la thérapie et être un modèle, et ainsi aider le client à surmonter les obstacles inhérents à la pratique (Segal et al., 2002).

La thérapie DBT propose d'intégrer en supervision la relation thérapeutique comme une variable centrale du traitement (Hayes et al., 2011; Linehan, 1993). En effet, selon Janelle et Labelle (2009), les thérapeutes utilisant la DBT doivent impérativement participer à une supervision de deux heures par semaine afin de permettre l'intégration du vécu personnel de l'intervenant, et ce, dans le but de réduire le risque d'épuisement

professionnel et de diminuer le risque de comportements iatrogènes chez le thérapeute (Janelle & Labelle, 2009).

La thérapie FAP propose pour sa part d'effectuer un travail comme thérapeute sur ses propres enjeux interpersonnels, notamment ses zones d'évitement émotionnel et de peur de l'intimité, afin de pouvoir mieux accompagner son client vers le développement de ses relations interpersonnelles (Kanter et al., 2013; Kolhenberg & Tsai, 1991). De son côté, la thérapie TAC met l'accent sur l'importance pour le professionnel d'intégrer des activités significatives à son horaire sur une base hebdomadaire (Syzdek, Addism, & Martell, 2010).

En somme, la composante expérientielle ainsi que l'intégration de la dimension personnelle du thérapeute proposées par les différentes thérapies de la 3^e vague de la TCC témoignent de l'engagement actif du professionnel, non seulement à l'égard de sa clientèle, mais également envers sa propre personne. Cette responsabilité est cruciale pour le psychologue et le psychothérapeute du fait qu'elle exprime la nécessité de mettre en place des stratégies qui l'aident à demeurer lui-même en santé sur le plan psychologique et à incarner les principes qu'il enseigne. Les stratégies que la personne met en œuvre pour maintenir une bonne santé mentale sont appelées stratégies d'autosoins (Hayes et al., 2011; Pakenham, 2015b).

Développer une culture d'autosoins pour les étudiants et professionnels de la santé. Le contexte de travail des étudiants ou des professionnels de la santé est exigeant et épuisant. Selon un article de la Commission de la santé mentale au Canada (CSMC), 40 % des médecins et infirmières du réseau de la santé au Canada rapportaient vivre un niveau d'épuisement professionnel élevé (CSMC, 2016). Les travailleurs du domaine de la santé au Canada seraient en effet 1,5 fois plus à risque de devoir s'absenter du travail. Devant ce constat, il apparaît primordial pour tous professionnels, notamment pour les psychologues, de développer des stratégies personnelles afin de prévenir ce phénomène, particulièrement pour les professionnels de la santé (Wise, Hersh, & Gibson, 2012). Par conséquent, il est non seulement important pour le client, mais également pour le professionnel d'acquérir et d'adopter dans sa vie des comportements d'autosoins (Forrest, Elman, & Shen Miller, 2008). Les compétences ou stratégies d'autosoins sont l'ensemble des actions ou décisions prises par l'individu avec l'intention de modifier l'effet de la « maladie » sur sa santé (World Health Organization, 2004). Ces dernières sont en soi des stratégies adaptatives qui agissent à titre de facteur de protection afin de contrer notamment l'épuisement professionnel (Pakenham, 2015b). Dans la prochaine section, une recension des écrits portant sur les impacts sur le plan personnel d'une formation de 3^e vague sera présentée.

Recherches empiriques traitant de l'impact de la formation de la 3^e vague de la TCC sur le plan personnel chez les étudiants et professionnels de la santé

Dans le cadre de ce projet de recherche, une recension des écrits a été effectuée à propos des impacts de la formation pour cinq thérapies de la 3^e vague de la TCC, soit la

thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT), la thérapie dialectique comportementale (DBT), la thérapie d'activation comportementale (TAC) et la psychothérapie basée sur l'analyse fonctionnelle (FAP). Les moteurs de recherche PsycINFO (EBSCO) et PubMed ont été utilisés en recherchant des termes ciblant les impacts de la formation proposée par ces différentes thérapies (à titre d'exemple, *training*, *e-learning*, etc.). Pour les articles sélectionnés, une attention particulière a été portée sur les effets sur le plan personnel d'une formation de la 3^e vague de la TCC effectuée auprès des étudiants et professionnels de la santé (à titre d'exemple, étudiants aux cycles supérieurs). Dans la prochaine section, les objets d'étude, l'échantillonnage des diverses populations (étudiants ou professionnels de la santé) et les principaux résultats obtenus seront présentés pour chacune des thérapies.

Formation ACT

Dans le cadre des recherches effectuées auprès des étudiants et des professionnels de la santé, les études recensées sur l'ACT proposaient généralement une formation comprise entre 12 et 42 heures diffusée en présentiel. Le devis d'analyse des chercheurs proposait habituellement une répartition aléatoire entre les groupes (à titre d'exemple, voir Frögéli, Djordjevic, Rudman, Livheim, & Gustavsson, 2016). Globalement, les résultats de ces recherches ont mis en évidence une amélioration d'un ou plusieurs processus liés au modèle de la flexibilité psychologique tels que l'acceptation ou la pleine conscience (Frögéli et al., 2016; Moyer, Murrell, Connally, & Steinberg, 2017;

Pakenham, 2015a, 2015b; Pakenham & Stafford-Brown, 2013; Stafford-Brown & Pakenham, 2012; Varra et al., 2008; 2014; Wardley et al., 2016), une meilleure gestion du stress (Frögéli et al., 2016; Moyer et al., 2017; Pakenham, 2015a, 2015b; Pakenham & Stafford-Brown, 2013; Stafford-Brown & Pakenham, 2012), une diminution de l'épuisement (Frögéli et al., 2016; Pakenham, 2015b; Stafford-Brown & Pakenham, 2012), une augmentation de l'autocompassion (Pakenham, 2015a; Pakenham & Stafford-Brown, 2013; Stafford-Brown & Pakenham, 2012), une augmentation de la satisfaction de vie ou du bien-être (Pakenham, 2015a, 2015b; Pakenham & Stafford-Brown, 2013; Wardley et al., 2016), une amélioration de la confiance en soi (Stafford-Brown & Pakenham, 2012), une diminution de la détresse psychologique (Pakenham, 2015a, 2015b; Stafford-Brown & Pakenham, 2012) et une diminution de la suppression de la pensée (Pakenham, 2015a). Certaines de ces études ont démontré que les processus de la flexibilité psychologique avaient un rôle médiateur (soit joue un rôle indirect) sur les résultats (Pakenham, 2015a, 2015b; Pakenham & Stafford-Brown, 2013). Selon Pakenham (2015a, 2015b), ceux-ci constitueraient des processus de régulation émotionnelle liés aux pratiques d'autosoins.

Formation MBCT

Quelques études signalent des impacts sur le plan personnel à la suite d'une formation de type MBCT chez les étudiants et les professionnels de la santé. Les études proposaient généralement une formation d'environ 16 heures selon la méthode de Segal et al. (2002). Le devis d'analyse des chercheurs proposait généralement une répartition

aléatoire entre les groupes. Des analyses qualitatives secondaires à la suite des rétroactions ont parfois été menées (Foureur, Besley, Burton, Yu, & Crisp, 2013; Galantino, Baime, Maguire, Szapary, & Farrar, 2005; Marx, Strauss, Williamson, Karunavira, & Taravajra, 2014; Schraufnagel, 2012). Deux études proposaient un devis qualitatif effectué à partir d'une Analyse thématique (Hopkins & Proeve, 2013) et l'autre via une Analyse de discours (De Zoysa, Ruths, Walsh, & Hutton, 2014). De manière générale, les résultats de ces recherches ont mis en évidence une amélioration des habiletés liées à la pleine conscience (Brooker et al., 2012; De Zoysa et al., 2014; Marx et al., 2014; Rimes & Wingrove, 2011), une augmentation de la tendance à utiliser la méditation en pleine conscience dans la vie personnelle (Brooker et al., 2012; Schraufnagel, 2012; Waelde, Thompson, Robinson, & Iwanicki, 2016), une meilleure autorégulation (De Zoysa et al., 2014; Foureur et al., 2013; Hopkins & Proeve, 2013; Rimes & Wingrove, 2011; Schraufnagel, 2012; Waelde et al., 2016), un plus grand bien-être (De Zoysa et al., 2014; Galantino et al., 2005; Marx et al., 2014), une augmentation de l'autocompassion (Marx et al., 2014), une meilleure gestion du stress (Galantino et al., 2005; Rimes & Wingrove, 2011), une diminution des ruminations (Rimes & Wingrove, 2011) et une augmentation de l'empathie (Hopkins & Proeve, 2013).

Formation DBT

Les études effectuées auprès des étudiants et des professionnels de la santé sur la DBT étaient d'une durée variant entre 8 et 16 heures de formation offerte en présentiel. Le devis d'analyse un essai aléatoire avec groupe contrôle dans tous les cas. La

recherche de Clarke, Taylor, Bolderston, Lancaster et Remington (2014) proposait une analyse comparative portant sur une formation de deux jours de type DBT (N = 47) et ACT (N = 53) auprès de 100 professionnels de la santé mentale issus du secteur de la santé publique. Pour les deux types de formation (DBT et ACT), les formules pédagogiques comprenaient un enseignement de type didactique ainsi que des exercices expérientiels. Les chercheurs ont constaté une augmentation de la flexibilité psychologique ainsi qu'un niveau d'épuisement professionnel accru dans le cadre du groupe ayant reçu la formation de type ACT. Les résultats des analyses soulignent que l'entraînement ACT avait été émotionnellement confrontant et exigeant. Ces impacts ont été constatés uniquement durant la formation alors qu'ils étaient absents non seulement à la fin, mais également après un suivi de trois mois. Dans le cadre de la DBT, les auteurs ne signalent aucun impact significatif quant aux variables personnelles.

Dans la recherche de Dimeff et al. (2015), 200 psychologues ont été répartis aléatoirement en trois groupes. Les participants pouvaient être assignés soit à la formation par manuel à la DBT uniquement, soit à une formation en ligne d'une durée approximative de huit heures ou finalement à une formation de 12 heures sur deux jours en présentiel. Les chercheurs concluaient néanmoins que le mode de pédagogie en ligne pouvait être pertinent et efficace afin de parfaire et développer des compétences professionnelles avec la thérapie DBT. La recherche ne visait toutefois pas à mesurer des variables sur le plan personnel.

Une seule étude a rapporté des résultats significatifs quant à l'impact de la formation sur la dimension personnelle du thérapeute. L'étude de Miller et al. (2011) proposait de mesurer le niveau de stress ainsi que l'épuisement personnel chez six participants offrant des traitements différents (étudiants et professionnels de la santé). Les participants utilisant avec leur client un traitement DBT rapportaient une diminution de leur niveau d'épuisement personnel à la suite d'une formation de type supervision avec la thérapie DBT. En contrepartie, le niveau de stress et d'épuisement personnel des étudiants du groupe contrôle qui entamaient un suivi avec une thérapie dite standard avait tendance à augmenter avec le temps.

Formation TAC

Au (2015) a réalisé une étude auprès d'une population de proches aidants d'origine chinoise. Ce projet pilote comptait une cohorte de 96 participants prodiguant des soins auprès de proches atteints de démence de type Alzheimer. Le cursus pédagogique proposait un entraînement à la thérapie TAC par le biais de rencontres téléphoniques sur une période de quatre mois. Chaque session téléphonique comportait un cursus de formation variant de 15 à 20 minutes sur une fréquence de huit fois par semaine. Des analyses comparatives ont été effectuées entre le groupe de proches aidants ayant reçu la formation TAC et un groupe contrôle. Les résultats ont rapporté une diminution du niveau des symptômes dépressifs ainsi qu'une augmentation de l'utilisation de stratégies de régulation émotionnelle chez le groupe de proches aidants ayant reçu la formation TAC.

L'étude de Hubley, Woodcock, Dimeff et Dimidjian (2014), qui a été réalisée auprès d'une population hétérogène de professionnels de la santé totalisant 540 participants regroupés dans 20 sites distincts et couvrant 14 états américains, ciblait plus spécifiquement l'acquisition des compétences de la TAC à la suite d'une formation en ligne. Le projet pilote proposait un devis de type aléatoire avec groupe contrôle. Les résultats des analyses ont mis en perspective qu'une formation à la thérapie TAC pouvait accroître le niveau de compétence des professionnels de la santé comparativement à un groupe contrôle. Également, Hubley et al. soutiennent que cette stratégie pédagogique a comme avantage de réduire le niveau d'épuisement des professionnels de la santé tout en amenuisant le niveau des contraintes qui pouvaient résulter d'un mode de formation en présentiel (distance, coût, déplacement, etc.). Ce dernier constat soulève une considération importante pour une population de professionnels de la santé quant à l'offre de formations en ligne.

Formation FAP

Une seule étude, celle de Darrow (2011) traite de l'impact sur le plan personnel d'une formation de type FAP à la suite d'une stratégie pédagogique de style face à face. L'étude qui comptait 132 cliniciens répartis en deux groupes s'appuyait sur un devis quasi-expérimental. L'étude comportait huit séances de formation de deux heures, soit 16 heures au total. Les résultats de cette recherche ont démontré une diminution significative de l'épuisement professionnel entre le début et la fin de la formation pour l'un des groupes uniquement. Néanmoins, l'auteur n'a pas constaté le maintien de cette

diminution lors des mesures de suivi trois mois plus tard. Une autre étude, réalisée par Keng et al. (2017), portait sur l'effet d'une formation en ligne inspirée de la FAP et développée spécifiquement afin de former les thérapeutes. Un devis aléatoire avec groupe contrôle a été employé dans le cadre de ce projet de recherche. La cohorte totalisait 25 étudiants aux cycles supérieurs en psychologie suivant un total de 12 heures de formation (soit une heure et demie de formation pendant huit semaines consécutives). Les résultats obtenus permettent d'observer une augmentation de l'empathie sur le plan personnel, un gain relativement à la compassion pour soi et, globalement, un bénéfice en regard de la compétence professionnelle. De plus, les participants affichaient une tendance accrue à l'authenticité et celle-ci était associée négativement avec le niveau de stress.

Kanter et al. (2013) ont réalisé une étude pilote qui proposait un devis mixte (comprenant huit semaines de formation et privilégiant un format pédagogique de diffusion de type visioconférence). Les participants ont été divisés aléatoirement en deux groupes (un groupe recevait la formation immédiatement et l'autre était mis sur une liste d'attente). La modalité quant au nombre total d'heures de formation était absente de la documentation recensée. Cette étude a mesuré les impacts d'une formation de type FAP auprès de 16 participants provenant de disciplines diverses reliées au domaine de la santé mentale (psychiatres, cliniciens et étudiants). Les résultats pour les deux groupes amènent à la conclusion que la formation de type FAP favorise chez le professionnel de la santé le développement de la compétence professionnelle ainsi que l'augmentation de

la tendance à renforcer positivement le client. De plus, l'analyse des rétroactions suggèrent que les participants avaient le sentiment d'être authentiques et ouverts à la prise de risques stratégiques sur le plan émotionnel.

Ces trois recherches confirment certains impacts positifs à la suite d'une formation FAP. Les résultats tendent à signaler une diminution de l'épuisement professionnel chez les professionnels dans le cadre d'une formation en présentiel. Une augmentation de l'authenticité, une ouverture à la prise de risque émotionnel et une capacité accrue de compassion figurent parmi les résultats observés chez les étudiants et professionnels de la santé par le biais d'une formation en ligne.

En somme, la majorité des recherches recensées rapportent des impacts positifs sur le plan personnel (amélioration de divers processus liés à la flexibilité psychologique, amélioration du bien-être, amélioration de la compassion pour soi, diminution du stress, diminution de l'épuisement, etc.) bien que quelques-unes signalent des effets négatifs (difficultés techniques, exercices à soi-même émotionnellement confrontants, etc.).

Principales limites des études recensées et apport de la présente étude

Pour Bondolfi et Bizzini (2006), le défi à l'heure actuelle est de réussir à préserver la qualité de la formation (en TCC) en intégrant les tendances plus récentes, expérientielles et épistémologiquement plus complexes. À l'heure actuelle, la littérature demeure relativement limitée quant aux impacts d'une formation à la 3^e vague de la TCC. Une

majorité de recherches porte sur l'étude des compétences professionnelles acquise à la suite de la formation, mais peu d'études s'intéressent spécifiquement aux effets de la formation à un niveau plus personnel, une dimension pourtant importante pour le psychologue en formation (Beidas & Kendall, 2010; Bennett-Levy & Lee, 2014; Cottraux, 2004; Fairburn & Cooper, 2011; Rakovshik & McManus, 2010). De plus, à l'exception de quelques recherches (p. ex., Dimeff et al., 2015; Keng et al. (2017), très peu d'études se sont intéressées aux effets d'une formation administrée en ligne ou par le Web. Selon notre recension, les recherches répertoriées ont davantage utilisé des mesures quantitatives qui visent à évaluer les impacts au niveau psychologique à l'aide d'instruments autorapportés (niveau de stress, d'épuisement, de bien-être, etc.) ainsi que certains processus (résilience, acceptation, valeurs, etc.) ou au niveau physiologique (niveau de cortisol). Quelques recherches ont utilisé une stratégie d'analyse mixte (p. ex., Foureux et al., 2013; Galantino et al., 2005) comportant également un devis qualitatif (p. ex., groupe de discussion), mais très peu d'études ont porté sur l'utilisation d'un devis qualitatif pour évaluer les effets de la formation (p. ex., De Zoysa et al., 2014; Hopkins & Proeve, 2013). Tout en reconnaissant l'apport précieux de ces diverses recherches, notamment dans la démonstration des bénéfices potentiels sur le plan personnel des formations de la 3^e vague de la TCC chez les étudiants et professionnels de la santé, des études supplémentaires s'imposent pour mieux comprendre les impacts perçus d'une formation sur le plan personnel.

Objectif de cette étude

L'objectif principal de cet essai est de mieux comprendre l'impact perçu sur le plan personnel d'une formation en ligne portant sur les psychothérapies cognitive et comportementales de la 3^e vague auprès d'étudiants et de professionnels de la santé. La prochaine section comprend l'ensemble des composantes méthodologiques de cette étude.

Méthode

Cette seconde section traite des diverses composantes méthodologiques de l'étude. Il inclut les informations relatives au devis de recherche, aux participants, à la collecte de données, au déroulement de l'étude ainsi qu'à la stratégie d'analyse employée.

Devis de recherche

Dans le cadre de ce projet, une étude de type exploratoire et descriptive sera effectuée par l'entremise d'une méthodologie de recherche qualitative. La recherche qualitative réfère à une multitude de courant théorique, de façon de réaliser un projet de recherche par l'entremise d'une grande diversité de stratégies de collectes ainsi que d'analyses des données qui favorise l'étude de l'expérience subjective du participant, soit le point de vue des acteurs sociaux (Anadón, 2006). Les données qualitatives peuvent être recueillies de différentes manières et sous diverses formes (texte, image, retranscription d'entrevues, notes manuscrites, dépliants, des articles, etc. (Andreani & Conchon, 2005).

Participants

L'échantillon est composé de 48 travaux écrits d'étudiants inscrits à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) qui prenaient part à une formation en ligne qui s'intitule « Les psychothérapies cognitivo-comportementales fondées sur l'acceptation et la pleine conscience (PCL6109) » offerte à la session d'été en 2016. Tous les travaux écrits des étudiants ayant terminé le cours ont été retenus dans l'étude. Les travaux de six étudiants n'étaient pas disponibles en raison d'un abandon du cours ($n = 4$) ou du fait

qu'ils étaient auditeurs libres ($n = 2$). L'âge moyen des participants était de 36,3 ans (É-T : 11,3 ans) dont 91,3 % étaient des femmes. L'échantillon se composait de 24 étudiants universitaires et de 24 professionnels de la santé. Plusieurs participants étaient des étudiants inscrits aux cycles supérieurs en psychologie (50,0%). Les autres participants (50,0 %) provenaient d'autres disciplines (médecine, travail social, psychoéducation, orientation professionnelle).

Collecte de données

Les données recueillies à posteriori proviennent des travaux écrits réalisés dans le cadre d'un travail de fin de session du cours universitaire PCL6109. Ces écrits d'environ 12 à 16 pages portent sur les apprentissages sommatifs réalisés durant la formation et les impacts perçus dans la vie personnelle et/ou professionnelle des participants. La question principale à laquelle ils étaient invités à répondre est la suivante : « De quelle façon avez-vous appliqué les outils des psychothérapies fondées sur l'acceptation et la pleine conscience dans votre vie ou dans votre pratique clinique? » Le travail réflexif représente les expériences subjectives personnelles et/ou professionnelles des participants à la suite d'expérimentations, aux discussions dans le forum, aux exercices, à leurs réponses aux questionnaires, au matériel pédagogique et aux diverses lectures effectuées dans le cadre du cours (voir l'Appendice pour des informations complètes).

Le cours PCL6109 est essentiellement une formation en ligne de 45 heures dont le calendrier s'échelonnait du 1^{er} mai au 8 juillet 2016. L'objectif de cette formation visait

à initier l'étudiant à la pratique de la psychothérapie cognitive et comportementale fondée sur l'acceptation et la pleine conscience. En plus d'introduire les participants aux diverses méthodes d'intervention, la formation examinait les approches thérapeutiques dominantes issues de ce courant. La formation en ligne était constituée de six modules de formation : 1) les aspects historiques, théoriques et épistémologiques des thérapies TCC; 2) la thérapie d'activation comportementale; 3) la thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience pour la dépression; 4) la thérapie d'acceptation et d'engagement; 5) la thérapie analytique fonctionnelle/la thérapie dialectique; et 6) la synthèse et regard critique.

En plus des contenus didactiques, des vidéos illustrant des interactions thérapeute-client, des vignettes cliniques ainsi que des expérimentations concrètes étaient proposées afin de favoriser les apprentissages. Notamment, à chaque module, le participant était amené à appliquer concrètement une des diverses méthodes dans sa vie personnelle et/dans sa pratique professionnelle. Par exemple, le module 1 (sur la TCC de façon plus générale) amène les participants à observer les interactions entre pensées, sensations, émotions et comportements. Le module 2 (qui porte sur la TAC) convie les participants à mettre en place des activités plaisantes et significatives, alors que le module 3 (qui porte sur le MBCT) propose d'intégrer la pleine conscience dans sa vie de tous les jours.

Déroulement

Les travaux réflexifs et les données sociodémographiques (âge, sexe, occupation actuelle) ont été dénominalisées ainsi que fournies par le Département de psychologie conformément aux recommandations éthiques obtenu par l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) le 9 novembre 2017 (CDERS-17-10-06.03). Toutes les mesures ont donc été prises par le département afin d'assurer l'anonymat des participants. Dans le cadre de cette étude, les impacts perçus se référeront au vécu du participant dans sa vie personnelle seulement. Les réflexions personnelles (discours écrits) utilisées dans le cadre de cette étude sont étudiées selon la méthodologie qualitative à l'aide d'une stratégie d'analyse de contenu (Bardin, 1977). La prochaine section porte sur la description théorique de ce type de stratégie d'analyse ainsi que sur les différentes étapes réalisée dans le cadre du présent projet.

Stratégie d'analyse

Selon Bardin (1977, p. 100), l'analyse de contenu se définit comme ceci :

L'Analyse de contenu est un ensemble d'instruments méthodologiques de plus en plus raffinés et en constante amélioration s'appliquant à des « discours » extrêmement diversifiés et fondés sur la déduction ainsi que l'inférence. Il s'agit d'un effort d'interprétation qui se balance entre deux pôles, d'une part, la rigueur de l'objectivité, et, d'autre part, la fécondité de la subjectivité.

Ce type d'analyse inclut trois phases (la préanalyse, l'exploitation et catégorisation du matériel et le traitement, interprétation et inférence).

Phase 1 : la préanalyse

Cette étape a pour objectif de permettre au chercheur d'organiser le contenu manifeste qui s'offre à lui à partir d'un processus d'inférence. Elle propose à celui-ci de laisser parler ce qui se dégage de sa propre subjectivité tout en maintenant rigoureusement une position d'objectivité. Le chercheur fait d'abord une lecture flottante d'un ou de quelques documents afin de faire émerger les idées maitresses, des « unités de sens » communément appelés codes. Ces dernières permettront d'orienter et de baliser éventuellement son travail. Par la suite, le chercheur prépare le matériel en effectuant un découpage de ces unités de sens et en y dégageant une certaine structure. Cette étape favorise la « décontextualisation » des différents segments du discours, l'extraction des unités de sens afin de favoriser l'émergence de catégories qui seront les objets visés par la seconde.

Phase 2 : exploitation et catégorisation du matériel

Cette seconde phase consiste à procéder à des opérations d'encodage, soit l'organisation des différents extraits du discours (dans le respect des unités de sens), qui ont été découpés dans la phase précédente. Elle est généralement effectuée soit de façon manuelle ou à l'aide d'un logiciel informatique. Cette étape consiste en la construction d'un outil permettant d'offrir une certaine architecture aux segments de discours. L'objectif poursuivi est d'offrir au chercheur un outil de travail permettant d'organiser et de discriminer les différents codes de manière à les différencier selon une logique

structurelle et discriminative. En somme, l'intérêt de cette étape est de structurer le matériel de façon cohérente pour le chercheur sans être pour autant définitive.

Phase 3 : traitement, interprétation et inférence

Cette phase consiste à traiter les données brutes (maintenant catégorisées) afin d'attribuer une signification selon des critères stricts de validité. C'est avant tout l'étape où le chercheur met en relief une ou plusieurs interprétations suggérées par les diverses catégorisations effectuées préalablement. Pour Bardin (1977, p. 100) : « les résultats recueillis, la confrontation systématique avec le matériel, le type d'inférences obtenues peuvent servir de base à une autre analyse ordonnée autour de nouvelles dimensions théoriques ou pratiquées grâce à des techniques différentes ».

Ainsi, dans le cadre de ce projet, la lecture du corpus de données a été effectuée afin de relever les différents éléments de contenu manifeste, et ce, dans le but également de laisser parler ce qui se dégage de la subjectivité de l'auteur de cet essai par le biais d'un processus d'inférence. La construction de l'arbre thématique, qui consiste à rassembler ou recueillir un corpus d'informations concernant l'objet d'étude, de le trier selon qu'il y appartient ou non, de fouiller son contenu selon ses ressemblances « thématiques », de rassembler ces éléments dans des classes conceptuelles, d'étudier les relations existant entre ces éléments et de donner une description compréhensive de l'objet d'étude (Wanlin, 2007), a été réalisée à partir d'un échantillon de travaux. Après discussion avec les deux co-directeurs de l'essai (Fréderrick Dionne, Ph.D., Nadia l'Espérance, Ph.D.),

l'arbre thématique a été modifié à quelques reprises avant d'être utilisé pour la codification de l'ensemble des données (travaux) dans le logiciel NVivo.

Résultats

Le Tableau 1 ci-après présente l'ensemble des thèmes et sous-thèmes identifiés au terme de l'analyse des travaux réflexifs. Les impacts perçus des participants à la suite de la formation peuvent se résumer en quatre thèmes, soit « Améliorations personnelles sur les processus thérapeutiques de la 3^e vague de la TCC », « Atténuation des symptômes », « Augmentation des expériences positives et de la qualité de vie » et « Présence d'expériences négatives ». Dans la prochaine section, nous allons expliciter chaque thème avec les sous-thèmes respectifs.

Tableau 1

L'impact au plan personnel d'une formation en ligne portant sur les psychothérapies cognitivo-comportementales de la 3^e vague

Les améliorations personnelles sur les processus thérapeutiques de la 3 ^e vague de la TCC	▪ Développer une meilleure conscience du moment présent et une flexibilité attentionnelle ▪ Agir en conformité avec ses valeurs ▪ Être moins en lutte contre son expérience ▪ Redécouvrir ses valeurs ▪ Prendre une distance face aux pensées ▪ Adopter une position d'observateur ▪ Adopter une attitude de bienveillance envers soi
Atténuation des symptômes	▪ Diminution du stress ▪ Diminution de la fatigue et de l'épuisement ▪ Soulagement de la douleur ▪ Diminution de la tendance à procrastiner
Augmentation des expériences positives et de la qualité de vie	▪ Amélioration du bien-être et de l'expérience immédiate ▪ Amélioration de l'intégration d'une pratique personnelle d'autosoins ▪ Amélioration de la croissance personnelle ▪ Amélioration du sentiment de fierté et d'accomplissement personnel ▪ Amélioration des relations interpersonnelles ▪ Amélioration de la créativité ▪ Amélioration du sentiment de sécurité
Présence d'expériences négatives	▪ Obstacles extérieurs dans la mise en application des méthodes pour soi-même ▪ Contrecoup émotionnel dans l'application des méthodes expérientielles

Premier thème : Les améliorations personnelles sur les processus thérapeutiques de la 3^e vague de la TCC

L'analyse des travaux écrits met en évidence qu'un grand nombre de personnes ont fait référence à des améliorations personnelles sur les processus thérapeutiques de la 3^e vague de la TCC. Leur témoignage relate l'utilisation dans leur vie personnelle de sept processus thérapeutiques (appelés ici sous-thèmes) développées par les thérapies de 3^e vague : 1) « Développer une meilleure conscience du moment présent et une flexibilité attentionnelle »; 2) « Agir en conformité avec ses valeurs »; 3) « Être moins en lutte contre son expérience »; 4) « Redécouvrir ses valeurs »; 5) « Prendre une distance face aux pensées »; 6) « Adopter une position d'observateur »; et 7) « Adopter une attitude de bienveillance envers soi ». Les résultats relatifs à ces sous-thèmes seront présentés dans les prochaines sections.

Développer une meilleure conscience du moment présent et une flexibilité attentionnelle

Ce sous-thème s'apparente au concept théorique de la pleine conscience (*mindfulness*). Le travail d'inférence reconnaît l'influence de la définition de Hayes et al. (2006) : « La pleine conscience consiste à porter intentionnellement attention aux expériences internes (sensations, émotions, pensées, états d'esprit) ou externes du moment présent, sans tenter de les fuir, sans porter de jugement de valeur » [traduction libre] (p. 8). La majorité des participants ont fait une ou plusieurs fois référence à la perception d'avoir développé une meilleure conscience du moment présent et flexibilité attentionnelle à la suite de la formation. Le participant 27 l'exprime en notant une

amélioration de sa sensibilité aux stimuli relatifs à sa respiration à la suite d'une expérimentation de la méditation de type Yoga au cours de la formation :

« Il est intéressant de remarquer que lorsque je m'ouvre davantage à toutes les facettes de mon expérience, par exemple quand je fais du yoga, je me rends souvent compte que ma gorge est serrée. En somme, je deviens de plus en plus conscient de la façon dont mon souffle est affecté par ma vie intérieure. »
(Participant 27, p. 10, professionnel de la santé)

L'expérience d'un autre participant (Participant 28) laisse entendre que sa façon de s'alimenter avait subi une modification jugée favorable à la suite de l'application d'outils suggérés dans le cadre de la formation. Plus précisément, un extrait de sa réflexion écrite souligne le caractère « agréable » de la « sensation qui émerge ».

« De plus, l'exercice m'a permis de réaliser l'agréable sensation qui émerge lorsqu'on prend son temps pour accomplir une activité. Étant donné que j'apprécie beaucoup la nourriture, j'ai pu pleinement vivre le sentiment de plaisir généré par l'expérience du bonbon. »
(Participant 28, p. 3, professionnel de la santé)

Des participants expriment une ou plusieurs fois avoir observé un impact perçu quant à leur capacité attentionnelle. Ceci fait suite à la mise en application d'outils expérientiels proposés dans le cadre de la formation. À cet égard, l'extrait du participant 24 exprime cet état de fait relativement à sa capacité d'attention partagée :

« Une pratique régulière de méditation par la pleine conscience m'aide sans doute à partager mon attention de la sorte. Depuis, les pensées ou les émotions en lien avec le sentiment d'incompétence sont beaucoup moins fréquentes et intenses. »
(Participant 24, p. 3, étudiant)

L'extrait du participant 26 exprime également une amélioration de « Développer une meilleure conscience du moment présent et une flexibilité attentionnelle ». Ce dernier rapporte avoir développé une capacité attentionnelle plus flexible :

« Depuis le début de ce cours « thérapie », j'ai développé ma flexibilité attentionnelle par l'observation de mes pensées. Au début de la session, mes pensées me dictaient très régulièrement ce que je devais faire avec un manque de perspectives multiples. Maintenant, je vois davantage mes pensées comme une manière d'être parmi d'autres de penser. Je ressens moins que mes comportements obéissent à mes pensées. »

(Participant 26, p. 5, professionnel de la santé)

Agir en conformité avec ses valeurs

Le sous-thème « Agir en conformité avec ses valeurs » émerge des travaux réflexifs d'un grand nombre de participants. Ce sous-thème fait référence au concept théorique de l'action engagée et traduit l'influence de la définition telle que proposée par Dionne et Neveu (2010) : « L'action efficace est le processus de concrétisation des valeurs par un ensemble d'actions » (p. 25). La majorité des participants font une ou plusieurs fois référence à la perception d'avoir observé une meilleure cohérence entre leurs actions et leurs valeurs à la suite de la formation. La réflexion écrite par le participant 10 met plus spécifiquement cet aspect en relief :

« Par ailleurs, j'applique de plus en plus d'outils ACT et, contrairement à avant, je cible d'autres processus que l'acceptation et la défusion cognitive seulement. Je remarque d'ailleurs que je suis davantage en action en lien avec mes valeurs, et j'essaie quotidiennement de faire de petits gestes pour me rapprocher de celles-ci. »

(Participant 10, p. 7, étudiant)

L'extrait du participant 12 signale également l'impact de la formation en regard de la congruence entre les actions ainsi que les valeurs :

« Dit autrement, le fait d'agir selon mes valeurs me procure de la satisfaction et du bien-être. Je pense donc que ce module m'a appris à conscientiser le lien qui existe entre ces comportements, mes valeurs et mes émotions au moment où je passe à l'action. »

(Participant 12, p. 8, étudiant)

Être moins en lutte contre son expérience

« Être moins en lutte contre son expérience » émerge des travaux réflexifs d'un grand nombre de participants. Ce sous-thème s'inscrit dans la continuité de la définition théorique du concept d'acceptation. Selon la définition théorique de Hayes et al. (2006) : « L'acceptation consiste à développer chez la personne une attitude d'ouverture, de réceptivité, et de flexibilité face à ses pensées et émotions ». [traduction libre] (p. 7). Une majorité des participants ont fait une ou plusieurs fois référence à la perception d'avoir fait l'expérience d'être moins en lutte contre leur expérience lors d'expériences désagréables faisant suite à l'intégration de diverses connaissances ou outils du cursus de formation. Plus précisément, ces derniers font état d'impacts perçus précis à la suite de leur formation : soit une diminution d'un certain comportement de lutte ou de fuite lors d'un vécu personnel désagréable. La réflexion issue du participant 13 de l'épreuve écrite traduit clairement cet aspect :

« J'ai accueilli mes émotions (peur du ridicule, peur d'échouer) et mes pensées (« Tu as vraiment l'air de ne pas savoir où tu t'en vas », « Tu vas perdre ta crédibilité ») sans résister et sans chercher à les fuir. Il faut bien appliquer ce que l'on apprend. »

(Participant 13, p. 5, professionnel de la santé)

D'autres participants mentionnent avoir recours de façon explicite à certaines stratégies particulières. L'extrait d'un des participants (Participant 14) exprime l'usage d'une méthode abordée dans le cadre de la formation, à savoir l'utilisation de la métaphore afin d'être moins en réaction contre une expérience perçue comme désagréable :

« J'essaie d'être attentif à mes émotions/sensations désagréables et à leur faire une place à l'intérieur de moi. Je garde en tête une métaphore que j'ai lue dans un livre de Russ Harris (2010), laquelle compare les émotions à un cheval enfermé dans une écurie. Étant enfermé et cherchant à sortir, ce dernier fait des ravages à l'intérieur, alors qu'une solution simple serait d'ouvrir la porte, de laisser sortir le cheval afin qu'il dépense son énergie puis se calme de par lui-même. »
(Participant 14, p. 8, étudiant)

Un autre participant (Participant 15) mentionne faire usage d'un exercice de respiration également proposé dans le cadre de la formation :

« La respiration m'aide dans ce domaine. L'acceptation de l'anxiété ou des ruminations que je vis, plutôt que d'essayer de les camoufler ou de les diminuer systématiquement, fait que paradoxalement, elles diminuent »
(Participant 15, p. 10, étudiant)

En somme, de nombreuses composantes ou aspects de la formation (divers concepts théoriques, diverses thérapies, outils, auteurs, expérimentations concrètes, etc.) ont généré un effet bénéfique dans des contextes d'expériences désagréables.

Redécouvrir ses valeurs

Ce sous-thème s'apparente au concept théorique des valeurs telle que proposée par Hayes et al. (2006) : « Les valeurs représentent les motivations intrinsèques qui poussent

un individu à l'action. Elles regroupent l'ensemble des patrons d'activités et des aspirations qui le guident dans sa vie » [traduction libre] (p. 8). La majorité des participants signalent une ou plusieurs fois avoir précisé, ou redécouvert, certaines valeurs à la suite de la formation. L'extrait du participant 2 suggère qu'il a pris davantage conscience de ce qui était réellement important pour lui :

« Cet aspect des valeurs me semble primordial peut-être parce que j'ai été longtemps sans vraiment en tenir compte ou plutôt sans vraiment en prendre conscience »

(Participant 2, p. 8, professionnel de la santé)

L'apport de la formation quant au caractère capital des valeurs semble de nouveau être mis en perspective dans l'extrait suivant :

« En effectuant l'exercice sur les valeurs et les objectifs, cela m'a permis de réaliser à quel point mes relations étaient importantes pour moi »

(Participant 20, p. 4, professionnel de la santé)

Prendre une distance face aux pensées

Un grand nombre de participants font référence à un cinquième sous-thème, soit celui de « Prendre une distance face aux pensées ». Ce sous-thème s'inscrit dans la continuité du concept théorique de la défusion cognitive et traduit l'influence de la définition telle que proposée par Hayes et al. (2011) :

La défusion cognitive a pour fonction de modifier la façon dont l'individu tend à interagir et s'identifier à ses pensées. Dès lors, une pensée ne correspond qu'à une pensée et non la représentation de ce que je suis [traduction libre] (p. 155)

La majorité des participants font une ou plusieurs fois allusion à la perception d'avoir fait l'expérience d'être moins en fusion avec leurs pensées. Plus précisément, à

la suite de la formation, ces derniers font mention d'avoir le sentiment de vivre ou de ressentir un état dans lequel ils ont l'impression de prendre une distance quant au contenu de leurs pensées. Cet aspect est notamment mis en relief dans la réflexion écrite par le participant 1 :

« J'ai essayé de voir cette pensée comme une pensée qui provenait probablement de règles inculquées. Cela m'a permis de prendre une certaine distance par rapport à ses pensées et de mieux vivre avec celle-ci. »
(Participant 1, p. 5, étudiant)

Cet autre participant (Participant 20) mentionne qu'à la suite de la formation, il constate l'impact bénéfique de défusion cognitive, notamment pour lui-même. Il se réfère alors au fait « *de prendre un recul* », « *d'observer* » ses pensées :

« Je prends conscience que la défusion cognitive m'aide à changer la relation que mes clients ont avec leurs pensées et je vois pour certaines personnes davantage d'améliorations avec cette approche. Je constate aussi la même chose dans ma vie personnelle. Nous ne pouvons pas nous empêcher d'avoir des pensées et nous ne pouvons pas toujours les contrôler. C'est pourquoi le fait de les observer et de prendre un recul aide à ne les voir que comme des mots, sans plus. »
(Participant 20, p. 7, professionnel de la santé)

Adopter une position d'observateur

Un grand nombre de participants font état d'un sixième sous-thème, à savoir celui d'« Adopter une position d'observateur », tel que défini par Dionne et al. (2013) :

Il y a un « Je » à partir duquel on observe les sensations, pensées et émotions qui est immuable, permanent, et qui offre une perspective métacognitive afin de favoriser l'acceptation des émotions désagréables, la défusion cognitive et le contact avec l'instant présent (p. 120)

À la suite de la formation, la majorité des participants mentionnent une ou plusieurs fois avoir fait l'expérience d'être en position de soi observateur (ou contexte). Celle-ci permet de poser un regard objectif sur l'ensemble de ses processus et ses expériences intérieures.

Cet extrait du contenu de l'épreuve du participant 12 illustre bien cet aspect :

« C'est une sensation qui est difficile à expliquer, comme si j'arrivais à me voir de l'extérieur, et à prendre du recul sur ma vie, ou sur la vie en général »
(Participant 12, p. 6, étudiant)

Un second extrait exprimé par le participant 10 traduit explicitement cet état d'être :

« J'ai également tenté de cibler le processus de soi contexte en essayant l'outil « observer l'observateur »... La prise de perspective que cela apporte est vraiment intéressante et permet un détachement de ses pensées, émotions et sensations physiques. Plus encore, cela permet de comprendre que nous ne sommes pas que la somme de ceux-ci, mais davantage que cela. »
(Participant 10, p. 6, étudiant)

Adopter une attitude de bienveillance envers soi

L'analyse met en évidence qu'un grand nombre de personnes ont fait référence au thème « Adopter une attitude de bienveillance envers soi ». Dans le cadre du travail de traitement des données, l'auteur a de nouveau été fortement influencé par la définition théorique de ce concept selon Neff (2003). Ce dernier le définit comme suit :

L'autocompassion se caractérise par une position d'ouverture, d'acceptation ainsi que de non-jugement à l'égard de sa propre souffrance, et ce, sans tenter de la fuir ou de la nier. Cette habileté nécessite d'adopter une attitude de bienveillance vis-à-vis de soi. Idiosyncrasique, l'autocompassion s'inscrit dans le profond désir d'apaiser une tension interne. [traduction libre] (p. 87)

Plusieurs participants ont mentionné à une ou plusieurs occasions avoir observé un impact quant à leur attitude de bienveillance envers eux-mêmes.

Cet élément est notamment mis en perspective dans l'exposé écrit du participant 25. Ce dernier fait référence à « *la mise en pratique* » et au fait de poser un regard bienveillant envers soi-même : « *envers nous-mêmes, nous posons un regard bienveillant* ». L'extrait du participant 25 suggère une amélioration de la capacité à « Adopter une attitude de bienveillance envers soi ». Cette attitude fait suite à la mise en pratique d'outils relatifs au contenu la formation :

« Ce que je retiens dès lors, c'est que plus que le propos, c'est la mise en pratique qui est instructive pourvu que nous ayons la conscience réflexive en action et qu'au final, envers nous-mêmes, nous posons un regard bienveillant puisque tout est occasion d'apprentissage et de découverte. »
(Participant 25, p. 8, étudiant)

L'expérience d'un autre participant (Participant 29) semble mettre en relief un changement de position ou plutôt une modification de sa propre disposition vis-à-vis de son expérience intérieure. L'extrait ci-après suggère que le participant opte pour une attitude de bienveillance envers lui-même, à la suite des acquis de formation :

« Je me suis cogné le coude en ouvrant banalement une porte et j'ai tout de suite ressenti une vive douleur. Une pensée m'est rapidement venue en tête « Que je suis maladroit!! » et je me suis mise à être en colère contre moi-même, contre la douleur, et j'ai continué à me critiquer. En ayant les principes du cours actuel en tête, je me suis dit « stop » et j'ai eu de la compassion pour moi-même et j'ai accepté cette douleur. D'ailleurs, elle a tout de suite diminué à ce moment. »
(Participant 29, p. 3, professionnel de la santé)

Second thème : Atténuation des symptômes

L'analyse des travaux écrits met en évidence qu'un grand nombre de personnes ont mentionné que la formation les a aidés à réduire certains types de pensées ou d'émotions qu'ils entretenaient au quotidien ce que nous avons appelé « Atténuation des symptômes ». Leur témoignage fait référence à une ou des perceptions suggérant une diminution de symptômes ou inconforts d'ordre psychologique à la suite de la mise en application ou de l'expérimentation des méthodes à soi-même, tel que prévus au cursus pédagogique de la formation. Il a notamment été observé : 1) « Diminution du stress »; 2) « Diminution de la fatigue et de l'épuisement »; 3) « Soulagement de la douleur »; et 4) « Diminution de la tendance à procrastiner ». Les résultats relatifs à ces sous-thèmes seront présentés dans les prochaines sections.

Diminution du stress

Plusieurs participants, soit près de la majorité, reconnaissent avoir ressenti une « Diminution du stress ». À cet égard, le participant 3 affirme ressentir ses pensées comme « *moins stressantes* » à la suite de l'utilisation d'activités (axées sur la pleine conscience) proposées par le cursus de formation :

« Rapidement, j'ai constaté que faire ces activités dans le moment présent me demandait un certain effort. D'abord, juste le fait de penser de débiter cette activité dans le moment présent. Ensuite, demeurer dans le moment présent tout au long de la tâche. Effectivement, les pensées reviennent sans cesse, mais combien moins stressantes lorsqu'on les regarde passer sans trop s'y attarder. »
(Participant 3, p. 3, professionnel de la santé)

Ce même participant ajoute également « *cet état m'aide maintenant à entrer dans l'hôpital sans être complètement envahi par mes émotions et mes tensions* ». Ainsi, à la suite de la formation, le contenu de cet extrait suggère un impact perçu comme favorable. Plus tard, celui-ci déclare :

« *Cet état m'aide maintenant à entrer dans l'hôpital sans être complètement envahi par mes émotions et mes tensions. Je sens que je m'amorce ma journée de façon plus dégagée, en étant plus disponible, pourtant mon contexte de travail est le même.* »

(Participant 3, p. 4, professionnel de la santé)

Diminution de la fatigue et de l'épuisement

Certains participants affirment avoir perçu un impact favorable à la suite de leur participation à la formation, notamment en regard de la « Diminution de la fatigue et de l'épuisement ». L'extrait provenant de la réflexion écrite du participant 6 mentionne explicitement :

« *Mettre à son horaire des activités plaisantes diminue la fatigue psychologique et physique. À retenir pour moi dans les semaines plus exigeantes et surtout à respecter quotidiennement* »

(Participant 6, p. 2, professionnel de la santé)

Pour sa part, le participant 30 atteste que le fait d'adopter un comportement alternatif comme celui de la course à pied « *amenait un sentiment de bien-être, d'énergie et me poussait à faire le reste de mes activités quotidiennes* ». Cet extrait semble suggérer une amélioration pour le niveau d'énergie; ce qui se traduit ultimement par une diminution de la fatigue. Voici un extrait issu de l'épreuve du participant 30 :

« Mon autre objectif était de régulariser mes heures de repas et de sommeil. J'avais du mal à le faire, manquant de motivation et me sentant fatigué. C'est la course à pied qui m'a finalement permis d'y arriver ».
(Participant 30, p. 3, professionnel de la santé)

Soulagement de la douleur

Certains participants affirment avoir perçu cet impact positif à la suite de la formation. À ce titre, l'extrait provenant du participant 27 relate des bienfaits sur la douleur par un travail de distanciation cognitive :

« Des douleurs au ventre m'ont permis de pratiquer la défusion cognitive et d'en constater les bienfaits. Ainsi, lorsque j'avais des douleurs aiguës, je me disais « la douleur est une vague ». Cette pensée se trouvait renforcée par le fait qu'à chaque fois, à un moment donné, la douleur redescendait. »
(Participant 27, p. 3, professionnel de la santé)

Un autre extrait écrit par le participant 38 « souffrant de lésions à la suite d'un accident à la colonne cervicale » rapporte que la pratique méditative avait aidé à la prise en charge de (sa) douleur chronique :

« Souffrant de lésions à la suite d'un accident à la colonne cervicale, j'ai commencé à pratiquer la pleine conscience et approfondi ma pratique du yoga. J'ai pu constater que cela m'aidait dans la prise en charge de ma douleur chronique, avec un transfert des apprentissages personnels à la sphère clinique. »
(Participant 38, p. 2, professionnel de la santé)

Diminution de la tendance à procrastiner

Quelques participants perçoivent un impact bénéfique à la suite de la formation, notamment en regard d'une « Diminution de la tendance à procrastiner ». À ce titre, le

participant 14 mentionne que l'une des activités pédagogiques du cursus de formation lui était utile afin de contrer ou « *cesser* » le comportement de procrastination :

« J'aime également me rappeler les passagers de l'autobus. Cette image m'est d'ailleurs utile pour rédiger le présent travail pour tenter de cesser la procrastination »

(Participant 14, p. 11, étudiant)

Un autre participant (Participant 28) suggère que « *les notions de cette approche* (provenant de la thérapie TAC) » ont eu pour effet de réduire sa tendance à procrastiner envers les tâches pour lesquelles il a généralement « *peu de motivation* »

« Ainsi, j'ai réalisé que je pouvais procrastiner plusieurs tâches sous la justification de cette croyance. De ce fait, j'essaie maintenant d'appliquer les notions de cette approche à ma vie personnelle lorsque j'ai des tâches à accomplir pour lesquelles j'ai peu de motivation (par exemple : ménage, gestion des comptes et du budget, certaines tâches liées à la thèse). »

(Participant 28, p. 1, professionnel de la santé)

Troisième thème : Augmentation des expériences positives et de la qualité de vie

L'analyse a permis d'identifier qu'un grand nombre de participants ont fait référence au thème « Augmentation des expériences positives et de la qualité de vie » à la suite de la formation. Ce thème peut se regrouper en sept-sous-thèmes distincts, à savoir : 1) « Amélioration du bien-être et de l'expérience immédiate »; 2) « Amélioration de l'intégration d'une pratique personnelle d'autosoins »; 3) « Amélioration de la croissance personnelle »; 4) « Amélioration du sentiment de fierté et d'accomplissement personnel »; 5) « Amélioration des relations interpersonnelles »; 6) « Amélioration de la créativité »; et 7) « Amélioration du

sentiment de sécurité ». Les résultats relatifs à ces sept sous-thèmes seront présentés dans les prochaines sections.

Amélioration du bien-être et de l'expérience immédiate

La majorité des participants témoignent d'un impact favorable quant à l'« Amélioration du bien-être et de l'expérience immédiate » (quotidien, activités diverses, relation à soi, etc.). À ce titre, l'extrait du participant 12 rapporte que l'un des « modules portant sur la thérapie TAC » prévu au cursus pédagogique lui avait procuré de la satisfaction et du bien-être. Voici l'extrait :

« Dit autrement, le fait d'agir selon mes valeurs me procure de la satisfaction et du bien-être. Je pense donc que ce module m'a appris à conscientiser le lien qui existe entre ces comportements, mes valeurs et mes émotions au moment où je passe à l'action. »

(Participant 12, p. 8, étudiant)

Un autre participant (Participant 35) mentionne que les outils de la formation ont pour effet « *personnellement de vivre une vie plus satisfaisante dans mon fonctionnement quotidien* ». Voici l'extrait de son témoignage écrit :

« À l'intérieur de mon processus de réflexion personnelle, je vais vous brosser une description de mes succès, particulièrement avec l'ACT et la pleine conscience. Il s'agit d'outils qui me permettent personnellement de vivre une vie plus satisfaisante dans mon fonctionnement quotidien et d'avancer avec des clients pour qui le pronostic de rétablissement par la psychothérapie et la psychopharmacologique était mince. »

(Participant 35, p. 12, professionnel de la santé)

Amélioration de l'intégration d'une pratique personnelle d'autosoins

La majorité des participants reconnaissent noter une « Amélioration de l'intégration d'une pratique personnelle d'autosoins » à la suite de la formation. Le participant 29 témoigne de son expérience dans le cadre d'un exercice de méditation approfondie lors de la formation. Cet exercice est quotidien ou plutôt *« pratiquement tous les jours »*. Voici l'extrait intégral :

« La première fois que j'ai tenté l'expérience, je suis restée assise pendant 2-3 minutes en me demandant si je me choisisais un mantra ou non et j'avais toutes sortes de pensées et j'avais de la difficulté à être présente dans l'ici et maintenant seulement en demeurant assise. J'ai recommencé le lendemain en acceptant les pensées et sensations qui venaient en moi. Au fil du temps, j'ai pris plaisir à l'exercice et maintenant j'arrive à faire 5 ou 10 minutes pratiquement tous les jours. »

(Participant 29, p. 3, professionnel de la santé)

Dans un autre extrait, le participant 42 témoigne de la reprise d'une des stratégies d'autosoins proposée dans le cadre de la formation :

« À partir de cette formation, je me suis remis à méditer régulièrement et j'ai cherché à approfondir les connaissances entourant l'application de la pleine conscience »

(Participant 42, p. 8, professionnel de la santé)

Amélioration de la croissance personnelle

Plusieurs participants, soit près de la majorité, attestent d'un apport appréciable quant à l'« Amélioration de la croissance personnelle » à la suite de la formation. À cet égard, le participant 40 signale que *« la formation a été un apprentissage expérientiel, une occasion de prendre conscience de mon fonctionnement »*. Il fait aussi mention du fait *« d'augmenter l'éventail de stratégies à ma disposition pour m'améliorer »*. Cet

aspect du contenu de l'épreuve du participant 40 suggère une amélioration de son développement personnel. Dans cet extrait :

« Les exercices d'apprentissage du cours m'ont amenée à faire des réflexions un peu plus approfondies sur ma manière de fonctionner en période de stress. À plusieurs reprises, ce cours a été un apprentissage expérientiel, une occasion de prendre conscience de mon fonctionnement, mais aussi d'augmenter l'éventail de stratégies à ma disposition pour m'améliorer. »
(Participant 40, p. 12, professionnel de la santé)

Plus explicitement, le participant 46 met en valeur ce sous-thème dans cet extrait :

« Assurément, je reproduirai l'expérience de me confronter à des risques émotionnels, car je crois sincèrement qu'il s'agit d'une façon de grandir et de s'épanouir en tant que personne »
(Participant 46, p. 5, professionnel de la santé)

Amélioration du sentiment de fierté et d'accomplissement personnel

Plusieurs participants invoquent une « Amélioration du sentiment de fierté et d'accomplissement personnel » à la suite de la formation. À cet égard, le participant 48 affirme que l'activité prévue au cursus pédagogique lui « a été utile et bénéfique ». Dans cet extrait, ce dernier précise également que celle-ci lui avait procuré « un sentiment d'accomplissement personnel » :

« En plus de m'avoir permis de « goûter à ma propre médecine », ce travail a été utile et bénéfique, tant sur le plan personnel que professionnel. J'en retire une plus grande connaissance de moi-même, une plus grande confiance en mes capacités ainsi qu'un sentiment d'accomplissement personnel. »
(Participant 48, p. 17, étudiant)

Un autre participant (Participant 30) atteste que l'exercice expérientiel « *d'auto-évaluation selon la TAC* » ainsi que le fait de « *faire mon cours et mes exercices* » avaient suscité en lui un sentiment de fierté. Voici cet extrait :

« *Faire mon cours et mes exercices, c'est déjà m'activer ça! Je suis fier de moi* »
(Participant 30, p. 3, professionnel de la santé)

Amélioration des relations interpersonnelles

Plusieurs participants reconnaissent vivre une amélioration de leurs relations avec les autres à la suite de la formation. L'extrait provenant du participant 26 (p. 6, professionnel de la santé) témoigne du fait d'avoir partagé avec son conjoint des réalités observées à la suite de la formation, ce qui eut pour effet de mener à « *de beaux échanges* ». De plus, ce dernier rapporte la transformation d'un « *pattern que j'entretenais depuis longtemps* ». Finalement, le participant rapporte avoir reçu « *le soutien de mon conjoint ainsi que l'apport facilitant...* » de ce dernier.

Dans un autre extrait, le participant 37 rapporte une amélioration similaire dans le cadre d'une discussion avec une collègue de travail :

« *J'ai donc attendu quelques minutes pour trouver un moment lorsque nous n'étions les deux pas occupées à faire autre chose, et j'ai validé ma collègue dans son expérience en lui disant : ..., je sais que tu as eu un matin stressant. Ça avait l'air à être occupé ici puis tu ne savais pas si quelqu'un allait entrer pour t'aider ou non. Cela paraît peut-être simple, mais juste en prenant le temps de la valider dans son expérience, j'ai remarqué une différence instantanément dans son attitude envers moi.* »
(Participant 37, p. 8, étudiant)

Amélioration de la créativité

Quelques participants notent un impact favorable sur leur créativité à la suite de la formation. À titre d'exemple, le participant 23 mentionne :

« ... Que ces expériences m'ont permis de vraiment apprendre à bien me connaître et m'ont permis aussi de développer davantage mon côté intuitif et créatif »
(Participant 23, p. 13, étudiant)

À cet égard, dans l'extrait suivant, le participant rapporte que le fait d'avoir fait une intégration expérientielle et interactive du contenu de la formation l'a aidé à développer sa créativité :

« D'ailleurs, le fait d'avoir vécu un cours assez « interactif » et dans le cadre duquel nous sommes amenés à expérimenter divers outils rejoint également les TCC de 3^e vague qui se veulent « expérientielles ». Enfin, cela rejoint aussi beaucoup ma personnalité. Étant une personne assez active, j'aime vivre des expériences et j'ai toujours trouvé que « de se lancer dans une expérience » sans trop de « règles » ou de « cadre » bien précis, m'amenait à davantage développer ma créativité, chose que je trouve intéressant. »
(Participant 23, p. 13, étudiant)

Amélioration du sentiment de sécurité

Quelques participants soutiennent avoir ressenti un impact favorable en regard de l'« Amélioration du sentiment de sécurité » à la suite de la formation. À cet égard, l'extrait du participant 27 rapporte que l'un des concepts prévus au cursus de la formation, celui de la défusion cognitive, lui avait « *donné un sentiment de sécurité* ». Ce dernier signale également :

« En outre, la défusion cognitive m'a donné un sentiment de sécurité, car je sentais que je pouvais m'appuyer sur une partie de moi solide à travers toutes les expériences »
(Participant 27, p. 3, professionnel de la santé)

Un autre participant (Participant 48) témoigne d'un tel sentiment à la suite de la formation. Il reconnaît explicitement le fait d'avoir trouvé « *rassurant....* ». Voici l'extrait :

« Il est rassurant de constater que malgré la température inclémente de notre paysage émotionnel, il y a toujours en nous cette ancre qui nous permet d'y faire face et peu importe le temps qu'il fait, ça va passer... »
(Participant 48, p. 9, étudiant)

Quatrième thème : Présence d'expériences négatives

Un grand nombre de participants ont fait référence au thème « Présence d'expériences négatives ». En effet, un nombre important de participants affirme avoir vécu des épisodes de contraintes à la suite de la mise en application ou à l'expérimentation d'éléments prévus au cursus pédagogique de la formation. Plus précisément, ces participants ont généralement fait référence au thème « Présence d'expériences négatives » par la médiation de deux sous-thèmes distincts, à savoir :

- 1) « Obstacles extérieurs dans la mise en application des méthodes pour soi-même »; et
- 2) « Contrecoup émotionnel dans l'application des méthodes expérientielles ». Les résultats relatifs à ces sous-thèmes seront présentés dans les prochaines sections.

Obstacles extérieurs dans la mise en application des méthodes pour soi-même

Plusieurs participants, soit près de la majorité, affirment avoir vécu des « Obstacles extérieurs dans la mise en application des méthodes pour soi-même » proposés dans le cadre de la formation. Le participant 11 signale faire l'expérience de difficultés

techniques relatives à la formation. Cet extrait démontre sa difficulté quant à l'un des exercices expérientiels du cursus de la formation :

« Dans la même veine, j'ai tenté de réaliser un exercice d'observation de toutes les facettes de mon expérience et j'ai rapidement constaté que je décrochais facilement. J'arrive difficilement à focaliser sur des éléments qui me sont imposés. »

(Participant 11, p. 9, étudiant)

D'autres participants allègent manquer de temps pour la formation. L'extrait suivant en témoigne de façon explicite :

« Une autre embûche significative a été, que par manque de temps, non pas par évitement cette fois-ci, il ne m'a pas été possible d'expérimenter une approche de la 3e vague de façon intégrale. »

(Participant 17, p. 4, professionnel de la santé)

Ce constat est repris par le participant 31 :

« Dernièrement, j'ai commencé un nouvel emploi qui a pris énormément de mon temps donc, la principale embûche à laquelle j'ai fait face est mon manque de temps flagrant. »

(Participant 31, p. 7, étudiant)

Contrecoup émotionnel dans l'application des méthodes expérientielles

Plusieurs participants signalent à une ou plusieurs occasions avoir fait l'expérience d'un « Contrecoup émotionnel dans l'application des méthodes expérientielles ». L'extrait suivant, tiré de la réflexion écrite du participant 36, suggère que ce dernier a connu des épisodes émotionnels désagréables, voire un « *stress important* ». Par ailleurs, celui-ci reconnaît la valeur positive de cette expérience :

« En effet, bien que ce cours m'ait amené une charge de travail imprévue en plus de m'occasionner un stress important, il m'a rappelé l'importance d'être présente, d'accroître mon niveau d'attention afin d'exister pleinement ICI et MAINTENANT »

(Participant 36, p. 14, professionnel de la santé)

Un autre participant (Participant 27), témoigne d'une expérience désagréable sous-jacente à une tension interne :

« Comme mentionné plus à l'avant dans le texte, j'ai trouvé troublant de constater que ce critère du pragmatisme ne me venait pas spontanément en tête et qu'il prenait très peu de place dans ma vie. De plus, je crois que je sous-estimais à quel point, c'est-à-dire à quelle durée et à quelle fréquence, je ruminais. »

(Participant 27, p. 9, professionnel de la santé)

Discussion

L'objectif premier de cet essai doctoral était de mieux connaître l'impact perçu sur le plan personnel d'une formation en ligne portant sur des TCC de la 3^e vague. Pour répondre à cette question, une analyse de contenu a été menée sur 48 documents écrits par les participants inscrits au cours en ligne PCL6109. Au terme de cette analyse, quatre thèmes ont été extraits : 1) « Améliorations personnelles sur les processus thérapeutiques de la 3^e vague de la TCC » (p. ex., la pleine conscience); 2) « Atténuation des symptômes » (p. ex., stress, épuisement); 3) « Augmentation des expériences positives et de la qualité de vie » (p. ex., bien-être, croissance personnelle); et 4) « Présence d'expériences négatives » (p. ex., émotions désagréables vécues). Cette section consiste à discuter des résultats, notamment en les comparant à la littérature disponible. Les limites de cette recherche seront ensuite abordées.

Améliorations personnelles sur les processus thérapeutiques de la 3^e vague de la TCC

Dans la présente étude, la majorité des participants rapportent avoir perçu une amélioration sur le plan personnel de leur capacité à intégrer plusieurs processus thérapeutiques de la 3^e vague de la TCC dans leur vie. Concrètement, la majorité des participants ont fait référence à ce thème par le biais de sept sous-thèmes distincts : 1) « Développer une meilleure conscience du moment présent et une flexibilité attentionnelle »; 2) « Agir en conformité avec ses valeurs »; 3) « Être moins en lutte

contre son expérience »; 4) « Redécouvrir ses valeurs »; 5) « Prendre une distance face aux pensées »; et 6) « Adopter une position d'observateur ». Plusieurs participants ont aussi fait référence à un septième sous-thème, soit « Adopter une attitude de bienveillance envers soi ».

Parmi ces processus, tous hormis « Adopter une attitude de bienveillance envers soi » appartiennent à ce que l'on appelle la flexibilité psychologique selon la thérapie ACT, soit la capacité d'adopter une action qui s'inscrit dans la continuité des valeurs personnelles de l'individu, et ce, malgré la présence d'expériences (émotions, pensées, sensations) désagréables (Hayes et al., 2012). La flexibilité psychologique se résume à développer six processus centraux : l'acceptation, la défusion cognitive, le soi contexte, les valeurs, l'action engagée et la pleine conscience (voir Hayes et al., 2011). Cette amélioration sur le plan personnel des six processus relatifs à l'ACT est en cohérence avec les résultats des recherches antérieures, tant chez les étudiants (Moyer et al., 2017; Pakenham & Stafford-Brown, 2013) que chez les professionnels (Varra et al., 2008; Wardley et al., 2016), qui trouvent qu'une formation à l'ACT peut améliorer le niveau de certaines variables de la flexibilité psychologique (acceptation, valeurs). Pour sa part, Pakenham (2015b) démontre que les processus thérapeutiques de l'ACT en début de parcours universitaire étaient des prédicteurs de plusieurs mesures d'adaptation dites positives (stress, satisfaction de vie, satisfaction de la formation clinique). Cependant, contrairement à notre étude, ces recherches ont adopté un devis quantitatif.

Dans la présente étude, plusieurs participants rapportaient également avoir perçu une augmentation de leur capacité à adopter une attitude bienveillante envers eux-mêmes à la suite de cette formation en ligne. Cette attitude fait directement référence à un processus d'autocompassion de Neff (2003). Selon Neff et Tirsch (2013), l'autocompassion fait référence à la tendance à adopter une attitude bienveillante envers soi-même lorsque nous sommes aux prises avec des difficultés, au lieu de se critiquer. Toujours selon ces auteurs, ce concept est donc intrinsèquement lié à plusieurs processus de l'ACT dont ceux de la pleine conscience et de l'acceptation. Les résultats obtenus s'inscrivent aussi dans la continuité d'autres études quantitatives effectuées, portant sur l'impact d'une formation en ligne sur les TCC de 3^e vague, sur l'amélioration de leur capacité à faire preuve d'autocompassion menées auprès des étudiants (Pakenham, 2015a; Pakenham & Stafford-Brown, 2013; Stafford-Brown & Pakenham, 2012) et des professionnels de la santé (Brooker et al., 2012; De Zoysa et al., 2014; Marx et al., 2014; Moorhead, Winfield, & Freeston, 2016). Parmi ces études répertoriées, toutefois, aucune n'avait évalué des effets d'un type formation en ligne.

Atténuation des symptômes

Un nombre important de participants ont signalé avoir perçu une diminution de divers inconforts ou une réduction de symptômes psychologiques indésirables à la suite de la formation en ligne. Ce type de formation pourrait favoriser l'amélioration des stratégies de régulation émotionnelle et diminuer ou soulager le niveau de stress (plusieurs participants), le niveau de fatigue (certains participants), le niveau de douleur

(certains participants) ainsi que la tendance à procrastiner (quelques participants), tant chez les étudiants aux cycles supérieurs en psychologie que chez les professionnels (divers domaines de spécialisation) provenant du secteur de la santé.

Quelques études ont rapporté une amélioration de la gestion du stress chez les étudiants et les professionnels de la santé à la suite d'une formation inspirée d'une thérapie de la 3^e vague de la TCC (Frögéli et al., 2016; Galantino et al., 2005; Moyer et al., 2017; Pakenham, 2015a, 2015b; Pakenham & Stafford-Brown, 2013; Rimes & Wingrove, 2011; Stafford-Brown & Pakenham, 2012). Une étude rapportait des résultats significatifs quant à la diminution du stress chez les participants à la suite d'une formation en ligne, soit celle de Keng et al. (2017). Les résultats de l'étude de Keng et al., menée auprès de 25 étudiants aux cycles supérieurs en psychologie dans le cadre d'une formation en ligne portant sur la thérapie FAP, rapportaient un niveau d'authenticité plus marqué chez les participants présentant un niveau de stress moins élevé. Certains participants ont rapporté avoir perçu une diminution de la fatigue et de l'épuisement à la suite d'une formation inspirée d'une thérapie de la 3^e vague de la TCC. Les résultats concernant la diminution de la fatigue et de l'épuisement obtenus dans le cadre de la présente étude convergent globalement avec des recherches antérieures réalisées auprès des étudiants (à titre d'exemple, voir Frögéli et al., 2016; Miller et al., 2011) et des professionnels de la santé (Brooker et al., 2012; Hubley et al., 2014; Luoma & Vilardaga, 2013). Cependant, la diminution de la fatigue et de l'épuisement se confirme uniquement pour une formation en présentiel chez les étudiants et les

professionnels de la santé. Les résultats de la présente étude suggèrent donc qu'une formation en ligne, inspirée de plusieurs thérapies de la 3^e vague de la TCC, pourrait favoriser une diminution de la fatigue et de l'épuisement chez une population étudiante et chez les professionnels de la santé.

Quelques participants ont rapporté avoir perçu une baisse de leur niveau de douleur à la suite de la formation. Dans le contexte de la douleur chronique, l'ACT bénéficie d'un appui empirique considérable, autant en ce qui a trait à la validation du modèle théorique que sur le plan des études cliniques (Dionne, Blais, & Monestès, 2013). Les stratégies d'acceptation et de pleine conscience enseignées dans le cours en ligne ont pu avoir des effets bénéfiques dans la gestion de la douleur de certains participants, une population d'étudiants et de professionnels. Dans la présente étude, quelques participants rapportent une diminution de leur tendance à procrastiner à la suite d'une formation en ligne de la 3^e vague de la TCC. Ces résultats s'inscrivent dans la continuité de ceux obtenus par Scent et Boes (2014) dans le cadre d'une étude portant sur l'impact d'une formation ACT réalisée auprès d'étudiants universitaires. Ces auteurs avaient rapporté une diminution de comportements de procrastination chez cette population à la suite d'une formation brève de type présentiel.

Augmentation des expériences positives et de la qualité de vie

À la suite de la formation de type expérientiel en ligne, un nombre important de participants ont rapporté avoir perçu une augmentation des expériences positives et de la

qualité de vie. Concrètement, ceux-ci font état de ce thème par la médiation de sept sous-thèmes distincts, à savoir : l'« Amélioration du bien-être et de l'expérience immédiate », l'« Amélioration de l'intégration d'une pratique personnelle d'autosoins », l'« Amélioration de la croissance personnelle », l'« Amélioration du sentiment de fierté et d'accomplissement personnel » (plusieurs participants), l'« Amélioration des relations interpersonnelles », l'« Amélioration de la créativité » et finalement, l'« Amélioration du sentiment de sécurité ».

Plusieurs participants ont rapporté avoir perçu une amélioration du bien-être et de l'expérience immédiate à la suite de la formation en ligne sous étude. Or, ces résultats concordent avec ceux de Pakenham (Pakenham, 2015b; Pakenham & Stafford, 2013) qui rapportaient une augmentation de la satisfaction de vie chez les étudiants aux cycles supérieurs à la suite d'une formation en présentiel de la thérapie ACT. Pour sa part, Pakenham (2015b) voit un lien étroit entre l'utilisation de stratégies d'adaptation positives comme celles d'autosoins de la thérapie ACT et l'augmentation du bien-être. D'autres recherches portant sur l'impact d'une formation sur une thérapie de la 3^e vague de la TCC effectuées auprès des professionnels de la santé convergent également vers le constat d'une amélioration de la satisfaction de vie à la suite d'une formation en présentiel (Brooker et al., 2012) ou d'une augmentation significative du bien-être (De Zoysa et al., 2014; Marx et al., 2014; Moorhead et al., 2016). Notons que ces résultats faisaient suite à une formation en présentiel et non en ligne.

Une majorité de participants ont également témoigné avoir perçu une amélioration de l'intégration d'une pratique personnelle d'autosoins à la suite de la formation de type expérientiel en ligne inspirée des thérapies de la 3^e vague. Ces résultats appuient des observations d'autres recherches évaluant une formation en présentiel chez une clientèle d'étudiants (Frögeli et al., 2016; Pakenham, 2015a). D'autres recherches auprès des professionnels de la santé ayant participé à une formation en présentiel obtiennent des résultats qui abondent dans le même sens (à titre d'exemple, voir Moorhead et al., 2016; Waelde et al., 2016). Pour leur part, les travaux d'Au (2015), effectués auprès des étudiants ayant participé à une formation en ligne, et ceux de Kanter et al. (2013), effectués auprès des professionnels de la santé à la suite d'une formation en ligne, rapportent aussi le maintien d'une pratique personnelle d'autosoins à la suite d'une formation de la 3^e vague de la TCC. Les résultats obtenus dans le cadre de cette étude tendent à démontrer un aspect intéressant : une formation en ligne intégrant plusieurs thérapies de la TCC de 3^e vague pourrait non seulement favoriser les processus d'autorégulation émotionnelle (voir notamment Au, 2015), mais également bonifier l'utilisation de stratégies d'adaptation positive chez les étudiants et les professionnels de la santé, comme observé en format présentiel.

Cet essai souligne l'impact positif d'une formation en ligne intégrant plusieurs thérapies de la 3^e vague de la TCC. Tel que le mentionne Hubley et al. (2014), ce format constitue pour les professionnels de la santé un avantage en réduisant considérablement le niveau des contraintes (distance, coût, déplacement, etc.) et la pression (devoir se

dévoiler) qui pouvaient résulter d'un mode de formation en présentiel. Les résultats de cet essai témoignent également de l'effet potentiellement synergique d'une intégration de plusieurs thérapies issues de la 3^e vague de la TCC dans le cadre d'une même formation. À cet égard, Foureur et al. (2013) ont d'ailleurs mentionné la pertinence de combiner plusieurs thérapies de la 3^e vague dans un même cursus de formation. Les résultats de la présente étude suggèrent également que cette intégration pourrait s'avérer favorable pour les étudiants ainsi que pour les professionnels de la santé.

Présence d'expériences négatives

Un nombre important de participants ont eu la perception d'avoir fait l'expérience de contraintes à la suite de la formation de type expérientiel en ligne dans le cadre de ce projet de recherche. En effet, des obstacles extérieurs dans la mise en application des méthodes pour soi-même et le contrecoup émotionnel dans l'application des méthodes expérientielles ont été rapportés. Les résultats de la recension des écrits ont signalé des observations à la fois convergentes et divergentes. De Zoysa et al. (2014) ainsi que Moorhead et al. (2016) rapportaient aussi que plusieurs participants ont fait part de la présence de considérations défavorables dont la difficulté à maintenir en place une pratique quotidienne de méditation en pleine conscience et le caractère contraignant de cette pratique. Certains participants à la recherche ont aussi noté avoir perçu un ou des inconforts d'ordre émotionnel dans la mise en application des exercices expérientiels. À titre d'exemple, plusieurs personnes ont notamment fait l'expérience de pensées ou d'émotions temporaires désagréables dans la mise en application des méthodes (par

exemple, dans le cadre d'un exercice de méditation en pleine conscience). Bien que peu d'études portant sur la formation en ligne ou en présentiel dans le cadre des thérapies de la 3^e vague de la TCC semblent faire état de façon explicite de ce constat, une telle observation a également été rapportée par certains chercheurs dont Clarke et al. (2014). Ces derniers notaient que les exercices expérientiels prévus par l'entraînement ACT avaient été confrontants et exigeants sur le plan émotionnel des participants comparativement à l'entraînement de type DBT. D'autres auteurs ont plutôt mis en relief les avantages reliés à une formation en ligne. Ainsi, Hubley et al. (2014) soutiennent que l'utilisation d'une stratégie pédagogique en ligne dans le cadre d'une formation à la thérapie MBCT avait comme avantage de réduire considérablement le niveau des contraintes ainsi que la pression qui pouvait résulter d'un mode de formation en présentiel (coût, déplacement, etc.).

Limites de l'étude

La présente étude comporte un certain nombre de limites qui méritent notre attention. Tout d'abord, l'identification et la nomenclature des thèmes et sous-thèmes ont été principalement guidées par les thérapies expérimentées et les questions proposées dans le cadre du travail réflexif réalisé par les étudiants inscrits à la formation. Le caractère obligatoire lié au travail de réflexion écrit a pu influencer l'expérience rapportée par les participants puisque l'activité inscrite au cursus de formation servait également pour leur propre évaluation académique. Par exemple, par souci de désirabilité sociale, des participants pourraient avoir inscrit des impacts perçus afin

d'être vus sous un jour favorable par l'évaluateur de la formation en ligne. D'autre part, la formation s'appuyait sur un médium en ligne dont l'incidence par rapport à une diffusion en salle n'a pas été mesurée. Étant donné la nature rétrospective de l'étude (analyser les travaux a posteriori), certaines informations étaient manquantes dans l'analyse des résultats comme les antécédents académiques et professionnels des participants (à titre d'exemple, les expériences professionnelles, les formations antérieures, les psychothérapies personnelles antérieures préconisant la thérapie TCC). Les antécédents académiques et professionnels des participants sont sans nul doute des variables non négligeables dans l'apprentissage de chacun.

Notons également que malgré la crédibilité de plan de recherche, soit la rigueur méthodologique employée, l'analyse des données disponibles ne permet pas de déterminer le maintien de ces acquis dans le temps à court, moyen ou long terme. Aussi, l'analyse des données nous force être resté humble quant à la transférabilité des résultats obtenus, car la méthodologie employée ne nous permet pas de lier directement un ou plusieurs impacts perçus par les participants à l'une ou l'autre des thérapies (ACT, MBTC, etc.) prévues au cursus de la formation en ligne. Ultérieurement, il serait souhaitable de prévoir un accord inter- un accord inter-juge afin d'obtenir nos données, soit entre deux évaluateurs indépendants afin de limiter les biais.

Malgré certaines limites, l'éclairage nouveau qu'apporte cette recherche contribue à l'enrichissement scientifique d'un champ encore peu documenté, soit celui des impacts

perçus (favorables et défavorables) sur le plan personnel d'une formation en ligne de type expérientiel portant sur les TCC de la 3^e vague.



Conclusion

Peu de recherches se sont intéressées historiquement au champ de la formation en ligne, tout particulièrement dans l'optique de la 3^e vague de la TCC (Bennett-Levy & Lee, 2014; Milne, Dickson, Blackburn, & James, 1999). À cet égard, cette étude est l'une des premières à évaluer l'impact sur le plan personnel d'une formation en ligne portant sur la 3^e vague de la TCC et intégrant cinq thérapies distinctes. Cette recherche recense plusieurs impacts perçus sur le plan personnel d'une formation en ligne combinant diverses thérapies de la 3^e vague en TCC : le développement ou l'amélioration de divers processus relatifs au courant de la 3^e vague de la TCC, la diminution de nombreux symptômes psychologiques indésirables (stress, fatigue, procrastination, douleur), l'augmentation relative à diverses expériences positives ainsi qu'à la qualité de vie (autosoins, croissance personnelle, etc.) et la présence de certaines expériences négatives (application de la méthode pour soi-même, contrecoup émotionnel, etc.).

Cet essai se veut une contribution au développement des connaissances relativement aux impacts perçus sur le plan personnel d'une formation en ligne de type expérientiel combinant plusieurs thérapies de la 3^e vague en TCC. Celui-ci permet de mettre en lumière l'apport significatif que peut jouer cette stratégie de diffusion de la connaissance, plus spécifiquement quant au développement ou à l'amélioration de divers processus relatifs au courant de la 3^e vague de la TCC. De plus, les résultats tendent à

suggérer une diminution de certains symptômes psychologiques indésirables. Ce projet comporte aussi plusieurs éléments novateurs relatifs aux impacts perçus au plan personnel d'une formation en ligne de type expérientiel dont l'analyse qualitative de travaux étudiants ainsi que l'étude portant sur l'impact d'une formation en ligne. Les résultats de cette recherche permettront de peaufiner le cursus de la formation PCL6109, notamment par la prise en considération d'éléments tels que ceux proposés par les thèmes des obstacles rencontrés par les participants. Cette recherche permet également de documenter l'apport des formations universitaires en ligne offertes par l'UQTR, plus spécifiquement celle du Département de psychologie, soucieux d'offrir une offre pédagogique à la fine pointe de la technologie tout en favorisant le développement de la compétence professionnelle. Les résultats de cette recherche peuvent s'avérer pertinents, tant pour l'étudiant universitaire en cours de formation que pour le professionnel de la santé qui souhaite parfaire ses habiletés sur le plan professionnel tout en privilégiant le développement d'un savoir-être.

Compte tenu de l'angle descriptif et exploratoire de cet essai, tous les facteurs n'ont pu être contrôlés. Parmi ces facteurs, notons les effets de la désirabilité sociale, de l'expérience professionnelle et des formations antérieures des participants, de la pondération relative à chacune des thérapies prévues au cursus de formation et le maintien des différents impacts dans le temps. Incidemment, d'autres recherches pourraient constituer autant d'extensions souhaitables, notamment quant aux potentialités d'une formation expérientielle de la 3^e vague en regard du maintien des

différents processus ainsi que ceux propres à l'atténuation de divers symptômes psychologiques et physiologiques.

Références

- Anadón, M. (2006). La recherche dite qualitative : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 26(1), 5-31.
- Andreani, J. C., & Conchon, F. (2005). *Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing*. Congrès des Tendances du Marketing. Consulté le 15 avril 2018 à <http://www.escp-eap.net/conferences/marketing>
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms?. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 5, 263-279.
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 8, 30-36.
- Au, A. (2015). Developing volunteer-assisted behavioral activation teleprograms to meet the needs of Chinese dementia caregivers. *Clinical Gerontologist*, 38(3), 190-202. doi: 10.1080/07317115.2015.1008118
- Bardin, L. (1977). *L'Analyse de contenu*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, J. A., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Beidas, R. S., & Kendall, P. C. (2010). Training therapists in evidence-based practice: A critical review of studies from a systems-contextual perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17, 1-30.
- Bellier, S. (2004). *Le savoir-être dans l'entreprise. Utilité en gestion des ressources humaines*. Paris, France : Vuibert.
- Bennett-Levy, J., & Beedie, A. (2007). The ups and downs of cognitive therapy training: What happens to trainees' perception of their competence during a cognitive therapy training course?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 61-75.

- Bennett-Levy, J., Hawkins, R., Perry, H., Cromarty, P., & Mills, J. (2012). Online cognitive behavioural therapy training for therapists: outcomes, acceptability, and impact of support. *Australian Psychological Society*, 47(3), 174-182. doi: 10.1111/j.1742-9544.2012.00089.x
- Bennett-Levy, J., & Lee, N. K. (2014). Self-practice and self-reflection in cognitive behaviour therapy Training: What factors influence trainees' engagement and experience of benefit?. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 42(1), 1-17. doi: 10.1017/S1352465812000781
- Bennett-Levy, J., McManus, F., Westling B. E., & Fennell, M. (2009). Acquiring and refining CBT skills and competencies: which training methods are perceived to be most effective?. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 37, 571-583.
- Bondolfi, G., & Bizzini, L. (2006). La formation en psychothérapie cognitivo-comportementale. *Psychothérapies*, 4(26), 211-220.
- Brooker, J., Julian, J. Webber, L., Chan, J., Shawyer, F., & Meadows, G. (2012). Evaluation of an occupational mindfulness program for staff employed in the disability sector in Australia. *Mindfulness*, 4, 122-136. doi: 10.1007/s12671-012-0112-7
- Clarke, S., Taylor, G., Bolderston, H., Lancaster, J., & Remington, B. (2014). Ameliorating patient stigma amongst staff working with personality disorder: Randomized controlled trial of self-management versus skills training. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43, 692-704. doi: 10.1017/S1352465814000320
- Commission de la santé mentale du Canada. (CSMC, 2016). *Issue Brief: Workplace Mental Health*. Repéré le 11 novembre 2017 à https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-01/Issue_Brief_workplace_mental_health_eng.pdf
- Cottraux, J. (2004). Formation et supervision dans les thérapies comportementales et cognitives. *Psychothérapies*, 24(3), 151-159.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-326.
- Darrow, S. M. (2011). *Examining multiple outcomes of staff training* (Essai de doctorat inédit). University of Nevada, Reno.
- Delisle, G. (2011). La compétence affective du psychothérapeute selon Gilles Delisle. *Psychologie Québec*, 28(2), 16-18.

- Desilets, M. (1997). Connaissances déclaratives et procédurales : des confusions à dissiper. *Revue des sciences de l'éducation*, 23(2), 289-308.
- De Zoysa, N., Ruths, F. A., Walsh, J., & Hutton, J. (2014). Mindfulness based cognitive therapy for mental health professionals: A long-term qualitative follow-up study. *Mindfulness*, 5, 10-17. doi: 10.1007/s12671-012-0141-2
- Dimeff, L. A., Harned, M. S., Woodcock, E. A., Skutch, J. M., Koerner, K., & Linehan, M. M. (2015). Investigating bang for your training buck: A randomized controlled trial comparing three methods of training clinicians in two core strategies of dialectical behavior therapy. *Behavior Therapy*, 46, 283-295.
- Dimidjian, S., Kleiber B. V., & Segal Z. V. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy. Dans N. Kazantzis, M. A. Reinecke, & A. Freeman (Éds), *Cognitive and behavioral theories in clinical practice* (pp. 307-330). New York, NY: Guilford Press.
- Dimidjian, S., Arch, J. J., Schneider, R. L., Desormeau, P., Felder, J. N., & Segal, V. Z. (2016). Considering meta-analysis, meaning, and metaphor: A systematic review and critical examination of “third wave” cognitive and behavioral therapies. *Behavior Therapy*, 47(6), 886-905.
- Dionne, F., Blais, M.-C., & Monestès, J. L. (2013). Mieux vivre avec la douleur chronique grâce à la thérapie d'acceptation et d'engagement. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 131-152.
- Dionne, F., & Neveu, C. (2010). Introduction à la troisième génération de thérapie comportementale et cognitive. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 13-34.
- Dionne, F., Ngô, T.-L., & Blais, M.-C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 111-130. doi: 10.7202/1023992ar
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 373-378.
- Forrest, L., Elman, N. S., & Shen Miller, D. S. (2008). Psychology trainees with competence problems: From individual to ecological conceptualizations. *Training and Education in Professional Psychology*, 2, 183-192. doi: 10.1037/1931-3918.2.4.183

- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulness based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse*, 45(1), 114-125. doi: 10.5172/conu.2013.45.1.114
- Frögéli, E., Djordjevic, A., Rudman, A., Livheim, F., & Gustavsson, P. (2016). A randomized controlled pilot trial of acceptance and commitment training (ACT) for preventing stress-related ill health among future nurses. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(2), 202-218.
- Galantino, M. L., Baime, M., Maguire, M., Szapary, P. O., & J. T. Farrar, J. T. (2005). Short communication: in association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindfulness meditation program. *Stress Health*, 21(4), 255-261.
- Griggs, P., Carol, R., & Bange, P. (2002). La dimension cognitive dans l'apprentissage des langues étrangères. *Revue française de linguistique appliquée*, 7(2), 17-29.
- Harley, J. (2015). Bridging the gap between cognitive therapy and acceptance and commitment therapy (ACT). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 193, 131-140. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.03.252
- Hayes, S. C. (Éd.). (1993). *Analytic goals and the varieties of scientific contextualism*. Reno: Context Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Éds, 2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2^e éd.). New York, NY: The Guilford Press.

- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat?. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1-16.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J., & Beck, A. T. (2013). The science of cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 199-212.
- Hopkins, Z., & Proeve, M. (2013). Teaching mindfulness-based cognitive therapy to trainee psychologists: Qualitative and quantitative effects. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(2), 115-130. doi: 10.1080/09515070.2013.792998
- Hubley, S., Woodcock, E. A., Dimeff, L. A., & Dimidjian, S. (2014). Disseminating behavioural activation for depression via online training: Preliminary steps. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43, 224-238. doi: 10.1017/S1352465813000842
- Insee. (2016). *Formation continue : définition*. Repéré le 11 novembre 2017 à <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1101>
- Janelle, A., & Labelle, R. (2009). La thérapie comportementale dialectique, une voie d'espoir pour traiter les troubles mentaux complexes. *Revue québécoise de psychologie*, 26(6), 25-26.
- Jomphe, J. (2013). La thérapie comportementale dialectique : recension des écrits scientifiques sur les groupes et applications dans une clinique de psychiatrie générale. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 23-109. doi: 10.7202/1023991ar
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47.
- Kanter, J. W., Manbeck, K. E., Kuczynski, A. M., Maintland, D. W. M., Villas-Bôas, A., & Ortega, M. A. R. (sous presse). A comprehensive review of research on functional analytic psychotherapy. *Clinical Psychology Review*.
- Kanter, J. W., Tsai, M., Holman, G., & Koerner, K. (2013). Preliminary data from a randomized pilot study of webbased Functional Analytic Psychotherapy therapist training. *Psychotherapy*, 50, 248-255. doi: 10.1037/a0029814

- Keng, S.-L., Waddington, E., Lin, X. B., Tan, M. S. Q., Henn-Haase, C., & Kanter, W. (2017). Effects of functional analytic psychotherapy therapist training on therapist factors among therapist trainees in Singapore: A randomized controlled trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 1014-1027. doi: 10.1002/cpp.2064
- Klepac, R. K., Ronan, G. F., Andrasik, F., Arnold, K. D., Belar, C. D., Berry, S. L., ... Strauman, T. J. (2012). Guidelines for cognitive behavioral training within doctoral psychology programs in the United States: Report of the inter-organizational task force on cognitive and behavioral psychology doctoral education. *Clinical Psychologist*, 43, 687-697.
- Kohlenberg, R., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. New York, NY: Plenum.
- Lane-Herman, L. (2012). A pilot study examining the effect of an intensive skills-based training in cognitive-behavioral therapy: Impact on graduate students competence. *PCOM Psychology Dissertations*, 206. Repéré le 15 décembre 2017 à https://digitalcommons.pcom.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.ca/&httpsredir=1&article=1206&context=psychology_dissertations
- Lecompte, Y. (2003). Développer de meilleures pratiques. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 9-36.
- Lecomte, C., & Savard, R. (2004). La supervision clinique : un processus de réflexion essentiel au développement de la compétence professionnelle. Dans T. Lecomte & C. Leclerc (Éds), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (pp. 315-349). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., & Ward-Ciesielski, E. F. (2012). Assessing and managing risk with suicidal individuals. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 218-232. doi: 10.1016/j.cbpra.2010.11.008.
- Linehan, M. M., & Dexter-Mazza, E. T. (2008). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Dans D. H. Barlow (Éd.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4^e éd., pp. 365-420). New York: NY: Guilford Press.

- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thought in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27, 173-187.
- Luoma, J. B., & Vilardaga, J. P. (2013). Improving therapist psychological flexibility while training acceptance and commitment therapy: A pilot study. *Cognitive Behavior Therapy*, 42(1), 1-8. doi:10.1080/16506073.2012.701662
- Maitland, D. W. M., Kanter, J. W., Tsai, M., Kuczynski, A. M., Manbeck, K. E., & Kohlenberg, R. J. (2016). Preliminary findings on the effects of online Functional Analytic Psychotherapy training on therapist competency. *The Psychological Record*, 66(4), 627-637. doi: 10.1007/s40732-016-0198-8.
- Malcuit G., Granger, L., & Laroque, A. (1972). *Les thérapies comportementales*. Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.
- Mannix, K. A., Blackburn, I. M., Garland, A., Gracie, J., Moorey, S., Reid, B., ... Scott, J. (2006). Effectiveness of brief training in cognitive behaviour therapy techniques for palliative care practitioners. *Palliative Medicine*, 20, 579-584.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York, NY: Norton.
- Marx, R., Strauss, C., Williamson, C., Karunavira, & Taravajra. (2014). The eye of the storm: A feasibility study of an adapted Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) group intervention to manage NHS staff stress. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 7, 1-17. doi: 10.1017/S1754470X14000300
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 383-411.
- Miller, G. D., Iverson, K. M., Kemmelmeier, M., MacLane, C., Pistorello, J., Fruzzetti, A. E., & Crenshaw, K. Y. (2011). A preliminary examination of burnout among counselor trainees treating clients with recent suicide ideation and borderline traits. *Counselor Education and Supervision*, 50(5), 344-359.
- Milne, D. L. (2009). *Evidence-based clinical supervision: Principles and practice*. Chichester, UK: BPS/Blackwell.
- Milne, D., Dickson, S., Blackburn, I. M., & James, I. (1999). All in the head? A content analysis of cognitive therapy by trainees and experts. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 203-214.

- Moorhead, R., Winfield, J., & Freeston, M. H. (2016). Becoming a more mindful practitioner: The effectiveness of a Mindfulness-based CBT course in meeting training needs for clinical staff in adult mental health Urgent Care services. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 9(4), 1-19. doi: 10.1017/S1754470X15000744
- Moyer, D. N., Murrell, A. R., Connally, M. L., & Steinberg, D. S. (2017). Showing up for class: Training graduate students in acceptance and commitment therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6, 114-118.
- Neff, C. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101. doi: 10.1080/1529886039012986
- Neff, K. D., & Tirsch, D. (2013). Self-compassion and ACT. Dans T. B. Kashdan & J. Ciarrochi (Éds), *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being* (pp. 78-106). Oakland, CA: Context Press/New Harbinger Publications.
- Newman, C. F., & Kaplan, D. A. (2016). *Supervision essentials for cognitive-behavioral therapy*. Washington, DC: APA.
- Office québécois de la langue française (2008) *La fiche terminologique*. Repéré à http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8872865
- Ordre des psychologues du Québec (OPQ, 2017a). *90 heures en 5 ans*. Repéré le 17 novembre 2017 à <https://www.ordrepsy.qc.ca/90-heures-sur-5-ans->
- Ordre des psychologues du Québec (OPQ, 2017b.). *Thérapie d'approche cognitive-comportementale*. Repéré le 15 décembre 2017 à <https://www.ordrepsy.qc.ca/les-orientations-theoriques>
- Pakenham, K. I. (2015a). Effects of acceptance and commitment therapy (ACT) training on clinical psychology trainee stress, therapist skills and attributes, and ACT processes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 647-655. doi: 10.1002/cpp.1924
- Pakenham, K. I. (2015b). Investigation of the utility of the acceptance and commitment therapy (ACT) framework for fostering self-care in clinical psychology trainees. *Training and Education in Professional Psychology*, 92, 144-152. doi: 10.1037/tep0000074
- Pakenham, K. I., & Stafford-Brown, J. (2013). Postgraduate clinical psychology students' perceptions of an Acceptance and Commitment Therapy stress management intervention and clinical training. *Clinical Psychologist*, 17, 56-66.

- Rakovshik, S. G., & McManus, F. (2010). Establishing evidence-based training in cognitive behavioral therapy: A review of current empirical findings and theoretical guidance. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 496-516. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.004
- Rimes, K. A., & Wingrove, J. (2011). Pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for trainee clinical psychologists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 235-241. doi: 10.1017/S1352465810000731
- Salkovskis, P. M., Hackman, A., Wells, A., Gelder, M. G., & Clark, D. M. (2007). Belief disconfirmation versus habituation approaches to situational exposure in panic disorder with agoraphobia: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 153-161. doi: 10.1016/j.brat.2006.02.008
- Scent, C. L., & Boes, S. R., 2014. Acceptance and commitment training: A brief intervention to reduce procrastination among college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 28(2), 144-156. doi: 10.1080/87568225.2014.883887
- Schraufnagel, K. E., (2012). *The Impact of a 5-day mindfulness-based cognitive therapy professional training* (Essai de doctorat inédit). Alliant International University, San Diego, États-Unis.
- Segal, Z., Teasdale, J. D., Williams, J. M. G., & Gemar, M. C. (2002). The Mindfulness-Based Cognitive Therapy Adherence Scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9, 131-138.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2^e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Stafford-Brown, J., & Pakenham, K. I. (2012). The effectiveness of an ACT informed intervention for managing stress and improving therapist qualities in clinical psychology trainees. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 592-613.
- Stroobants, M. (1996). Savoir-faire et compétences au travail. Une sociologie de la fabrication des aptitudes. *Revue française de sociologie*, 37(2), 319-322.
- Syzdek, N. R., Addism, M. E., & Martell, C. R. (2010). Working with emotion and emotion regulation in behavioral activation treatment for depressed mood. Dans A. M. Kring & D. M. Sloan (Éds), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 405-426) New York, NY: Guilford Press.

- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-625.
- Varra, A. A., Hayes, S. C., Roget, N., & Fisher, G. (2008). A randomized control trial examining the effect of acceptance and commitment training on clinician willingness to use evidence-based pharmacotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 449-458. doi: 10.1037/0022-006X.76.3.449
- Waelde, L. C., Thompson, J. M., Robinson, A., & Iwanicki, S. (2016). Trauma therapists' clinical applications, training, and personal practice of mindfulness and meditation. *Mindfulness*, 7, 622-629. doi: 10.1007/s12671-016-0497-9
- Wanlin, P. (2007). L'Analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches qualitatives, Hors série*, 3, 243-272.
- Wardley, M. N. J., Flaxman, P. E., Willig, C., & Gillanders, D. (2016). Feel the feeling': Psychological practitioners' experience of acceptance and commitment therapy well-being training in the workplace. *Journal of Health Psychology*, 21 (8), 1536-1547. doi: 10.1177/1359105314557977
- Westbrook, D., Sedgwick-Taylor, A., Bennett-Levy, J., Butler, G., & McManus, F. (2008). A pilot evaluation of a brief CBT training course: Impact on trainees' satisfaction, clinical skills and patient outcomes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 569-579.
- Wise, E. H., Hersh, M. A., & Gibson, C. M. (2012). Ethics, self-care and well-being for psychologists: Re-envisioning the stress–distress continuum. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 487-494.
- World Health Organization. (2004). *Ageing and Health Technical Report: A glossary of terms for community health care and services for older persons*. Repéré le 8 novembre 2017 à http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf

Appendice

Titre et contenu des modules de la formation en ligne

Module	Titre	Contenu
1	Aspects historiques, théoriques et épistémologiques des thérapies cognitives et comportementales	Cette section a pour objectif de passer en revue l'ensemble des aspects historiques, théoriques et pratiques de l'approche TCC (3 ^e vague).
2	Thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience (TCPC)	Cette section a pour objectif de reprendre l'ensemble de des aspects historiques, théoriques et épistémologiques de la MBCT appliqués pour le traitement du trouble dépressif récurrent ou persistant. L'état des connaissances actuelles à propos de différentes approches axées sur la pleine conscience sera passé en revue (outils, séance type, etc.).
3	Thérapie d'activation comportementale pour la dépression (TAC)	Cette section a pour objectif d'accroître les connaissances théoriques et pratiques en regard du traitement de la dépression avec thérapie d'activation comportementale (TAC). L'historique, la littérature et les différents modèles de la TAC sont présentés.
4	Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)	Cette section a pour objectif pédagogique de récapituler l'ensemble des aspects historiques, théoriques et épistémologiques propre à l'ACT appliqués dans le cadre du traitement des maladies chroniques (Hexaflex, Matrice, théorie des cadres relationnels).
5	Alliance thérapeutique, personnalité et TCC de 3 ^e vague	Cette section passe en revue les aspects historiques, théoriques et épistémologiques de l'ACT appliqués aux troubles de la personnalité. De plus, l'alliance thérapeutique en TCC sera approfondie. Finalement, les théories des psychothérapies basées sur l'analyse fonctionnelle (FAP) ainsi que sur la thérapie comportementale dialectique seront présentées. Divers outils cliniques seront aussi offerts aux participants.
6	Regard critique sur la 3 ^e vague	Cette section propose de faire une synthèse approfondie des connaissances acquises dans le cadre des cinq premiers modules. Pour ce faire, les similarités entre les approches de la 3 ^e vague ainsi que les multiples perspectives d'avenir seront mises de l'avant. Finalement, les éléments de critiques les plus rapportés dans le cadre de la psychothérapie de la 3 ^e vague seront exposés aux participants.