

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	ix
Liste des figures.....	x
Remerciements	xi
Introduction	1
Contexte théorique.....	4
L'anxiété et les troubles anxieux	5
Définition et prévalence	5
Traitements actuels	8
Limites.....	10
L'émergence de la troisième vague de TCC	15
La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)	16
Les fondements	16
Le modèle thérapeutique de la flexibilité psychologique.....	17
La flexibilité attentionnelle et le contact avec le moment présent.....	18
L'acceptation	18
La défusion	18
Le soi comme contexte.....	19
Les valeurs	19
L'action engagée.....	19

La psychopathologie selon l'ACT	20
Efficacité de l'ACT	21
Le trouble d'anxiété sociale.....	21
Le trouble panique.....	23
Le trouble d'anxiété généralisée	24
Méta-analyses et recensions des écrits	25
Traitement général de l'anxiété pathologique.	26
Les traitements autoadministrés	28
Définition.....	28
Avantages	28
Type de support offert par le professionnel.....	29
Efficacité des traitements autoadministrés selon les problématiques.....	30
Traitements autoadministrés ACT	31
Objectif et questions de recherche.....	35
Méthode	36
Participants	37
Participant 1	41
Participant 2.....	42
Participant 3.....	42
Participant 4.....	42
Participant 5.....	43
Devis de recherche.....	43

Intervention	44
Prises de mesures.....	46
Instruments de mesure	47
Entrevue diagnostique.....	47
Les variables de symptômes	48
Dépression, anxiété et stress	48
Symptômes anxieux	50
Inquiétudes.....	50
Les variables de processus.....	51
Évitement expérientiel.....	51
Fusion cognitive.....	51
Pleine conscience	52
Mesures quotidiennes.....	52
Mesures quotidiennes de symptômes.....	53
Détresse (Suffering)	53
Mesures quotidiennes de processus	53
Lutte (Struggle).....	53
Fonctionnement (Workability).....	53
Actions valorisées (Valued actions).....	54
Mesure d'adhérence et de satisfaction	54
Analyse des données	54
Résultats	57

Participant 1 : Ève.....	58
Mesures prétest et post-test	58
Mesures quotidiennes.....	58
Analyse de visuels.....	59
Modèles de régressions linéaires simples.....	60
Autres données pertinentes.....	62
Participant 2 : Maude.....	62
Mesures prétest et post-test	63
Mesures quotidiennes.....	65
Analyse de visuels.....	65
Modèles de régressions linéaires simples.....	66
Autres données pertinentes.....	67
Participant 3 : Flore.....	67
Mesures prétest et post-test	67
Mesures quotidiennes.....	69
Analyse de visuels.....	69
Modèles de régressions linéaires simples.....	70
Autres données pertinentes.....	71
Participant 4 : Anne	71
Mesures prétest et post-test	72
Mesures quotidiennes.....	72
Analyse de visuels.....	72

Modèles de régressions linéaires simples.....	73
Autres données pertinentes.....	75
Participant 5 : Maurice.....	75
Mesures prétest et post-test	76
Mesures quotidiennes.....	76
Autres données pertinentes.....	76
Synthèse des résultats	77
Variables de symptômes.....	77
Variables de processus	77
Discussion	79
Les effets du programme sur les symptômes	80
Les effets du programme sur la flexibilité psychologique.....	86
Limites de l'étude	90
Pistes de recherche future.....	93
Conclusion.....	95
Références.....	98
Appendice A Formulaire de consentement.....	113
Appendice B Appel de mi-traitement.....	120

Liste des tableaux

Tableau

1	Participants.....	41
2	Résumé des thèmes du programme de bibliothérapie.....	45
3	Déroulement de l'étude et prises de mesure.....	46
4	Instruments de mesure pré et post-test.....	49
5	Modèles de régressions linéaires des réponses aux mesures quotidiennes pour tous les participants.....	61
6	Scores aux mesures pré et post-test pour tous les participants.....	64

Liste des figures

Figure

1	Modèle de la flexibilité psychologique	17
2	Flux des participants au cours de l'étude.....	40
3	Participant 1 : moyennes hebdomadaires des réponses aux mesures quotidiennes	59
4	Participant 1 : droite de régression - lutte.....	62
5	Participant 2 : moyennes hebdomadaires des réponses aux mesures quotidiennes	65
6	Participant 2 : droite de régression – détresse.....	68
7	Participant 2 : droite de régression – lutte	68
8	Participant 2 : droite de régression – fonctionnement.....	69
9	Participant 3 : moyennes hebdomadaires des réponses aux mesures quotidiennes	70
10	Participant 3 : droite de régression – lutte	71
11	Participant 4 : moyennes hebdomadaires des réponses aux mesures quotidiennes	73
12	Participant 4 : droite de régression – fonctionnement.....	74
13	Participant 4: droite de régression – actions valorisées.....	75

Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur, Frédérick Dionne, pour son support, sa disponibilité et les précieuses opportunités d'apprentissage et de formation qu'il m'a offertes au cours de mon doctorat sous sa direction. Son souci du détail et ses encouragements m'auront permis de mener à terme ce projet. Je remercie également mon codirecteur, Frédéric Langlois, pour ses commentaires toujours grandement pertinents et les perspectives nouvelles apportées par son œil affûté.

Je souhaite aussi remercier mon copain pour son écoute et sa compréhension lors des moments passés à ventiler mes frustrations, tout comme pour m'avoir botté les fesses quand la motivation flanchait. Je t'aime un peu, des fois.

J'adresse finalement un merci tout spécial à mes parents pour le soutien qu'ils assurent depuis toujours. Sans vous, il m'aurait été impossible de poursuivre mes études ou de déposer cet essai. Une chance que j'ai ton cerveau, papa... Quoique ç'aurait été plus facile avec ton sens de l'organisation, maman! Sans blague, vous êtes mes piliers.

Introduction

Les troubles anxieux sont hautement prévalant au sein de la population. Selon Kessler et ses collaborateurs (2005), 28,8 % des Américains souffriront d'un trouble anxieux au cours de leur vie. Ces difficultés constituent un motif majeur de consultation dans le système de santé, notamment aux urgences à la suite de panique (Rouillon, 2008). Les thérapies cognitives et comportementales classiques correspondent à l'approche thérapeutique bénéficiant du plus grand appui empirique dans le traitement des troubles anxieux (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Cependant, certaines limites demeurent quant à son efficacité. Par exemple, les méta-analyses démontrent qu'environ un patient sur cinq abandonne le traitement sans l'avoir complété alors qu'environ un tiers des patients complétant le traitement ne s'améliorent pas significativement (Taylor, Abramowitz, & McKay, 2012).

Ainsi, le développement de thérapies cognitives et comportementales dites de troisième vague représente une option clinique supplémentaire pour les individus ne bénéficiant pas des thérapies cognitives et comportementales traditionnelles (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). De par son accent sur l'acceptation des pensées et émotions (au lieu de la gestion ou du contrôle des symptômes) ainsi que sur la qualité de

vie, la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) se présente comme une alternative pour les patients qui ne répondent pas au traitement habituel. L'ACT se montre d'ailleurs efficace auprès des personnes souffrant de douleur chronique, de dépression, d'anxiété mixte, de troubles psychotiques et d'abus de substances (A-Tjak et al., 2015).

Bien que certaines approches thérapeutiques se montrent efficaces, dans le traitement des troubles anxieux, l'accès à ces interventions demeure restreint. En effet, l'offre de services (évaluation, suivi thérapeutique, etc.) apparaît insuffisante face aux besoins de la population (Kazdin & Blase, 2011). Au Canada, les délais d'attente, le manque de professionnels et l'éloignement géographique représentent des obstacles importants à l'obtention de services (Perreault et al., 2013). De ce fait, la bibliothérapie constitue une alternative bénéficiant d'un rapport coût-efficacité avantageux et facilitant la dissémination d'interventions psychologiques basées sur des données probantes (Mains & Scogin, 2003). Cependant, comme le déplorent Rosen et Lilienfeld (2016), très peu de livres de bibliothérapie disponibles sur le marché ont été évalués empiriquement. Des études supplémentaires s'avèrent cruciales afin de pouvoir considérer la bibliothérapie comme faisant partie d'un modèle efficace d'offre de soins.

Cette étude a donc pour objectif d'évaluer l'efficacité d'un traitement de bibliothérapie basé sur l'ACT auprès de personnes souffrant d'anxiété. Pour ce faire, l'essai est divisé en cinq chapitres : le contexte théorique, la méthode, les résultats, la discussion et la conclusion.

Contexte théorique

Le contexte théorique est divisé en trois grandes parties : la première concerne l'anxiété et les troubles anxieux, leur prévalence, les traitements actuels ainsi que les limites à leur efficacité. La deuxième partie porte sur la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) en présentant son modèle théorique ainsi que les études d'efficacité disponibles au sein de la littérature. La troisième partie aborde les traitements autoadministrés (TAA), leurs avantages et limites, les différents types de support disponibles, leur efficacité et plus spécifiquement les TAA basés sur l'ACT. En dernier lieu, l'objectif et les questions de recherche sont présentés.

L'anxiété et les troubles anxieux

Cette section concerne l'anxiété, les troubles anxieux, leur prévalence, les traitements actuels ainsi que les limites à leur efficacité.

Définition et prévalence

L'anxiété est décrite comme un sentiment d'appréhension, d'anticipation, de tension ou de malaise concernant un événement menaçant, mais indéterminé. Il s'agit d'une émotion diffuse, déplaisante et persistante qui implique un état de vigilance élevée face aux différents stimuli internes et externes (Larivey, 2002). L'émotion de peur y est souvent associée, celle-ci se présentant sous forme de montées émotives rapides déclenchées par des stimuli clairement identifiés. Malgré qu'il s'agisse d'émotions normales,

en faire l'expérience de façon intense et prolongée peut être fortement invalidant, tel qu'en témoigne le dysfonctionnement associé aux troubles anxieux (Rachman, 2004; Rouillon, 2008). Sur le plan diagnostique, les troubles anxieux représentent une catégorie diagnostique du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013). Ils incluent le trouble d'anxiété de séparation, le mutisme sélectif, la phobie spécifique, le trouble d'anxiété sociale (TAS), le trouble panique (TP), l'agoraphobie, le trouble d'anxiété généralisée (TAG) et le trouble anxieux non spécifié (APA, 2013). Les individus souffrant d'un trouble anxieux sont généralement excessivement peureux, anxieux ou évitants face à des menaces perçues dans l'environnement (ex. : situations sociales ou lieux non familiers) ou à des menaces internes (ex. : sensations physiques inhabituelles). Leurs réactions à ces menaces perçues sont disproportionnées par rapport au danger réel. Ils sont donc envahis quotidiennement par une peur ou de l'anxiété marquée, persistante et associée à un important dysfonctionnement social, occupationnel ou autre (Craske & Stein, 2016).

Les troubles anxieux constituent la catégorie de troubles de santé mentale la plus prévalente (Stein, Scott, de Jonge, & Kessler, 2017). Selon une revue systématique de la littérature internationale (44 pays) publiée sur l'anxiété entre 1980 et 2009, la prévalence actuelle des troubles anxieux est estimée à 7,3 % (4,8 – 10,9 %). Cette prévalence varie de 5,3 % (3,5 – 8,1 %) dans les cultures africaines à 10,4 % (7,0 – 15,5 %) dans les cultures européennes et américaines (Baxter, Scott, Vos, & Whiteford, 2013). Plusieurs études font également état des répercussions négatives des troubles anxieux sur la qualité

de vie (Cramer, Torgersen, & Kringlen, 2005; Mendlowicz & Stein, 2000; Olatunji, Cisler, & Tolin, 2007). Notons notamment la perturbation sommeil, le rétrécissement, parfois marqué, des activités envisageables (sortir de chez soi, engager des conversations, etc.) et la chronicisation entraînant des conduites addictives ou des troubles de l'humeur (Rouillon, 2008).

Trois troubles anxieux répertoriés chez l'adulte méritent une attention particulière compte tenu de leur importante prévalence, soit le TAS, le TP et le TAG, avec des prévalences respectives de 7 %, 2 à 3 % et 2,9 % selon le DSM-5 (APA, 2013). Le TAS est caractérisé par une peur d'être jugé négativement par autrui lors de situations sociales ou de performance. Comme ces situations sont la source d'une très grande anxiété, les personnes atteintes ont tendance à les éviter ou à y faire face avec une grande détresse. Par ailleurs, le trouble panique (TP) se distingue des autres troubles anxieux par la brève durée des crises et par leur intensité. Il se définit par la survenue inattendue d'états de panique accompagnés de symptômes physiques et cognitifs. Le trouble d'anxiété généralisée (TAG), quant à lui, se caractérise par des inquiétudes chroniques présentes la majorité du temps pendant au minimum six mois par rapport à plusieurs événements ou sphères de vie (APA, 1994, 2013).

Devant l'ampleur de la problématique, des traitements psychothérapeutiques ont été développés pour les individus présentant des troubles anxieux. Certains traitements jouissent maintenant d'un fort appui empirique sur le plan de leur efficacité dans la

réduction des symptômes anxieux. Une partie de la littérature concernant les traitements thérapeutiques classiques pour les troubles anxieux est présentée ci-dessous. Leurs limites sont également abordées dans la prochaine section.

Traitements actuels

Les études d'efficacité ont accordé à la thérapie cognitive et comportementale (TCC) le statut de traitement de choix pour les troubles anxieux. En effet, la Division 12 de l'Association Américaine de Psychiatrie, faisant état des traitements basés sur les données probantes, souligne l'appui empirique robuste (*well-established*) disponible pour la TCC dans le traitement de l'anxiété, notamment du TAS, du TP et du TAG (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Certaines méta-analyses exposant son efficacité sont abordées à la suite de la présentation et de la conceptualisation de la TCC.

L'approche cognitive et comportementale est communément présentée selon trois grandes vagues théoriques. La première vague, prenant racine dans les années 1950, correspond aux techniques strictement comportementales basées sur les principes d'apprentissage et de conditionnement. La deuxième vague, la TCC dite « traditionnelle » ou « classique », fait référence à l'introduction des modèles cognitifs aux techniques comportementales (Chaloult & Ngo, 2008). Il est à noter que l'utilisation de l'acronyme TCC dans cet essai fait référence aux deux premières vagues de l'approche. La troisième vague sera présentée dans les sections subséquentes.

La TCC traditionnelle est une approche collaborative, structurée et limitée dans le temps visant à développer des habiletés chez le client selon différents objectifs établis en fonction des cibles principales spécifiques à chaque trouble (Chaloult & Ngo, 2008). Selon Dobson et Dozois (2010) la TCC comporte trois grands postulats : (1) l'activité cognitive influence le comportement; (2) l'activité cognitive peut être contrôlée et modifiée; et (3) les changements comportementaux souhaités peuvent être effectués par le biais de changements cognitifs. Ainsi, la TCC tend à conceptualiser les pensées anxieuses envahissantes et les émotions négatives intenses comme problématiques (Barlow, 2002; Beck & Emery, 1985). Le traitement thérapeutique vise donc à diminuer les symptômes anxieux par l'entremise de changements cognitifs et comportementaux, dans l'objectif d'atteindre une santé psychologique (Barlow, 2002). Plusieurs techniques sont utilisées telles que l'exposition en imagination ou in vivo, la prévention de la réponse, la désensibilisation systématique, l'exposition aux inquiétudes, la restructuration cognitive, l'imagerie guidée, l'entraînement à la respiration et la relaxation progressive des muscles. Chacune de ces techniques partage comme objectifs généraux l'exposition aux pensées et émotions évitées ainsi que l'apprentissage de techniques de contrôle et/ou de réduction de ces symptômes pour le futur (Chaloult & Ngo, 2008; Eifert & Forsyth, 2005a).

Plusieurs méta-analyses se sont penchées sur l'efficacité de la TCC traditionnelle. Butler, Chapman, Forman et Beck (2006) ont réalisé une méta-analyse concernant l'efficacité de la TCC pour tous types de problématique. Regroupant les résultats de 16 méta-analyses précédentes (N = 9995), les analyses ont révélé l'efficacité de la TCC dans

la réduction des symptômes de la psychopathologie en général. Des tailles d'effet élevées¹ sont rapportées pour le traitement des troubles anxieux. Une autre méta-analyse récente a comparé la TCC à un traitement habituel (*treatment as usual*) pour les troubles anxieux et dépressifs en regroupant les résultats de 48 études (N = 6926; Watts, Turnell, Kladnitski, Newby, & Andrews, 2015). Les analyses ont démontré une supériorité de la TCC avec des tailles d'effet modérées tant pour l'anxiété (0,69) que pour la dépression (0,70).

Concernant spécifiquement le traitement des troubles anxieux, la méta-analyse de Hofmann et Smits (2008) regroupant les résultats de 27 études (1108 participants) a démontré la supériorité de la TCC en comparaison à un placebo avec une taille d'effet modérée de 0,73. Cette efficacité pour les troubles anxieux a également été établie tant en contexte de recherche qu'en milieu naturel (p. ex. en cabinet privé; Otte, 2011). Dans une revue regroupant les résultats de 19 méta-analyses, (Olatunji, Cisler, & Deacon, 2010) l'efficacité de la TCC pour le traitement des troubles anxieux, notamment le TAS, le TP et le TAG est également établie. Or, malgré l'efficacité démontrée de la TCC, certaines limites de l'approche doivent être abordées.

Limites

Olatunji et ses collaborateurs (2010) soulignent certaines lacunes de la TCC, dont le manque de connaissances sur les ingrédients actifs des traitements et les proportions

¹ Selon Cohen (1988) : taille d'effet faible = $0,2 < x < 0,5$; taille d'effet modérée = $0,5 < x < 0,8$; taille d'effet élevée : $x > 0,8$.

importantes d'individus ne répondant pas aux interventions. En effet, certaines personnes ne bénéficient pas autant que souhaité d'un traitement basé sur la TCC traditionnelle. Par exemple, tel que souligné par Taylor et al. (2012), les méta-analyses démontrent qu'environ un patient sur cinq abandonne le traitement sans l'avoir complété alors qu'environ un tiers des patients complétant le traitement ne voient pas leurs symptômes diminuer significativement. Une revue de littérature récente comprenant 87 études d'efficacité a mis en lumière une réduction significative des symptômes chez 52,7 % des participants pour la phobie spécifique, 45,3 % pour le TAS, 53,2 % pour le trouble panique ou l'agoraphobie et 47 % pour le TAG (Loerinc et al., 2015). Il est donc possible de remarquer, tout comme le soulignent Hayes, Orsillo et Roemer (2010), qu'à la suite d'un traitement TCC, certains individus n'atteignent pas la rémission complète, demeurant aux prises avec une symptomatologie résiduelle et des difficultés de fonctionnement. Il apparaît donc clair que la TCC traditionnelle n'a toujours pas atteint sa pleine efficacité (Barlow et al., 2004). Ces limites peuvent être interprétées selon trois points de vue différents : clinique, théorique et pratique.

D'un point de vue clinique, plusieurs études soutiennent que les troubles anxieux se présentent souvent en comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques (Chartier, Walker, & Stein, 2003; Dick, Bland, & Newman, 1994; Sareen, Chartier, Kjernisted, & Stein, 2001; Stein & Kean, 2000). D'ailleurs, la prévalence de comorbidité pour un deuxième trouble à l'axe I du DSM-IV est établie à 57 % pour des patients présentant initialement un trouble anxieux (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001).

Par exemple, le trouble panique est hautement associé à d'autres troubles psychiatriques tels que l'épisode dépressif majeur (73,4 %), l'abus d'alcool/dépendance (54,2 %) l'abus de drogue/dépendance (43 %) et les troubles phobiques (44,2 %; Cairney & Streiner, 2010).

Or, les traitements souvent manualisés basés sur la TCC sont destinés au traitement d'un diagnostic unique. Un problème clinique d'ampleur se pose alors quant à la possibilité pour les cliniciens d'offrir un traitement optimal aux patients. De ce fait, certains experts du domaine s'entendent pour dire qu'il est nécessaire d'utiliser une nouvelle approche pour classifier, formuler, traiter et prévenir les problèmes de santé mentale, notamment l'anxiété et la dépression (Barlow et al., 2004). Par ailleurs, les critères diagnostiques utilisés pour les troubles anxieux sont issus d'une classification catégorielle des troubles mentaux facilitant l'établissement d'un diagnostic spécifique (Haslam, 2003). En dépit de leur utilité clinique, certains auteurs soutiennent que l'anxiété est plutôt un construit dimensionnel (Craske & Stein, 2016; Haslam, 2003; Murray, 2011). Cette vision promeut l'idée que l'anxiété survient selon des vulnérabilités psychologiques et des stressors environnementaux qui varient en degré d'intensité sur un continuum (Haslam, 2003). De ce fait, la distinction entre l'anxiété normale et anormale s'appuie sur un jugement clinique de sévérité, de fréquence, de persistance et de degré de dysfonctionnement. La vision dimensionnelle permet ainsi de soulever les noyaux communs à tous les troubles anxieux, tels que l'anxiété anticipatoire et la peur intense (Craske & Stein, 2016). Dans le but d'étendre la portée et la profondeur des traitements

disponibles, les professionnels se tournent ainsi de plus en plus vers des approches dites transdiagnostiques. Les approches transdiagnostiques correspondent à des traitements focalisés sur les mécanismes communs à plusieurs psychopathologies (Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody, & Dalgleish, 2015). Une de ces approches, l'ACT, sera définie plus loin.

D'un point de vue théorique, la TCC classique semble s'être distancée des principes scientifiques et empiriques à la base des théories comportementales et cognitives (Hayes et al., 2006). La conception centrale de la TCC, soit qu'un changement cognitif direct est nécessaire pour une amélioration clinique du patient, n'est toujours pas bien appuyée empiriquement. Ainsi, les mécanismes de changement de la TCC impliqués dans l'obtention des résultats positifs demeurent nébuleux. Par exemple, dans le traitement des troubles anxieux, l'ingrédient actif dominant du traitement semble demeurer l'exposition, une technique comportementale (Olatunji et al., 2010). Certains auteurs soutiennent également que la réponse significative au traitement TCC se produit souvent avant l'introduction des techniques cognitives (Ilardi & Craighead, 1994). Des thérapeutes cognitivistes ont donc été forcés d'admettre que dans certains domaines importants, il n'y a pas de bénéfices additionnels à ajouter des interventions cognitives à une approche strictement comportementale (Dobson & Khatri, 2000). Des telles observations au sein de la littérature soutiennent l'importance de développer des approches dont les principes sont dérivés des théories comportementales fondamentales et intégrés aux théories appliquées

de façon plus cohérente, permettant ainsi la mise en lumière des mécanismes de changement impliqués dans le traitement (Hayes et al., 2006).

D'un point de vue pratique, les lacunes de la TCC pourraient être comprises en partie en relation à l'étiologie des troubles anxieux. En effet, tel qu'expliqué par Eifert et Forsyth (2005a), la souffrance associée à l'anxiété tend à favoriser l'apparition des comportements visant à supprimer, diminuer ou éviter ces phénomènes psychologiques douloureux. Dans leur forme la plus sévère, les techniques de gestion ou de suppression de l'anxiété utilisées par les individus vont paradoxalement mener au développement d'un trouble anxieux, spécialement lorsque ces techniques sont dysfonctionnelles ou utilisées excessivement. La TCC vise de son côté l'apprentissage de techniques de gestion ou de réduction des symptômes plus efficaces, du moins à court terme. Elle peut cependant renforcer par le fait même le sentiment que les symptômes cliniques (pensées et émotions désagréables) sont problématiques, et que la santé mentale correspond à l'absence de souffrance (Eifert & Forsyth, 2005a). Bien qu'il ne s'agisse pas du postulat prôné par l'approche, de telles stratégies peuvent ainsi sous-entendre que la santé psychologique n'est possible qu'à une seule extrémité du spectre émotionnel (émotions et pensées positives). Or, la réalité humaine inclut une large gamme d'émotions diverses. La santé mentale correspondrait donc plutôt à l'acceptation de ces différentes émotions ainsi qu'à la capacité de s'y adapter et de se comporter de façon efficace en leur présence (Hayes, 1994; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012). Cette conception commence d'ailleurs à s'insérer dans les TCC

traditionnelles, ce qui mène les auteurs à repenser les objectifs thérapeutiques de gestion et réduction des symptômes (Barlow et al., 2004).

L'émergence de la troisième vague de TCC

Au cours des dernières décennies, la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales a pris son essor. Pour leur part, les thérapies de troisième vague de la TCC orientent les interventions vers l'acceptation des émotions et des pensées. Elles mettent également l'accent sur des facettes de l'expérience humaine généralement laissées pour compte par les études empiriques en TCC, soit la qualité de vie, le sens à la vie, les valeurs, l'acceptation, la pleine conscience et la spiritualité, pour n'en nommer que quelques-unes (Hayes, Follette, & Linehan, 2004). La thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993), la thérapie analytique fonctionnelle (Kohlenberg & Tsai, 1991), la thérapie intégrative comportementale de couple (Jacobson, Christensen, Prince, Cordova, & Eldridge, 2000), la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (Segal, Williams, & Teasdale, 2012) ainsi que la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT; Hayes, Strosahl et al., 2012) sont des exemples de traitements appartenant au groupe des thérapies de troisième vague de TCC. Dans la prochaine section, l'ACT ainsi que ses principes de base sont abordés. Les fondements, le modèle thérapeutique ainsi que son efficacité sont également présentés.

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

Cette section concerne l'ACT, ses fondements et les résultats d'efficacité disponibles au sein de la littérature.

Les fondements

L'ACT, développée par Steven C. Hayes et ses collaborateurs, s'inscrit dans la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales (Hayes, 2004; Hayes, Villatte, Levin, & Hildebrandt, 2011). L'ACT s'appuie sur la Théorie des cadres relationnels (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001), une approche appliquant les principes de Skinner au langage et à la cognition (Hayes et al., 2001; Villatte & Monestès; 2010). L'ACT met l'emphase sur le contexte et la fonction des phénomènes psychologiques (pensées, émotions, sensations, etc.) comme cible d'intervention. On s'intéresse ainsi à la pluralité des variables (interne et externe) du contexte dans lequel le comportement est émis ainsi qu'aux conséquences de ce comportement, notamment en termes de renforcement positif ou négatif (Hayes, Strosahl et al., 2012). Un même comportement peut donc avoir une fonction différente selon les contextes. L'ACT ne vise pas le changement direct de la forme, fréquence ou validité des phénomènes psychologiques, mais bien la modification du point de vue avec lequel un individu aborde les événements internes dérangeants (Hayes, 2004; Hayes et al., 2011; Neveu & Dionne, 2010). Ainsi, la thérapie ACT met l'accent sur le développement de la flexibilité psychologique, soit la capacité d'être conscient de son expérience directe (interne et environnementale) tout en ajustant ses comportements vers des actions liées aux valeurs

(Hayes, Strosahl et al., 2012). L'apprentissage expérientiel est préconisé, notamment par l'entremise de métaphores et d'exercices, plutôt que par enseignement didactique. Grâce au contact avec les antécédents et les conséquences d'un répertoire comportemental, ce type d'intervention permet l'expérience directe d'un changement d'attitude par rapport aux événements psychologiques (Eifert & Forsyth, 2005a; Villatte, Villatte, & Hayes, 2015).

Le modèle thérapeutique de la flexibilité psychologique

Le modèle ACT conceptualise la flexibilité psychologique par six processus interreliés, soit la flexibilité attentionnelle et le contact avec le moment présent, l'acceptation, la défusion, le soi comme contexte, les valeurs et les actions engagées (Hayes, Strosahl et al., 2012; voir Figure 1 pour une représentation visuelle de ces processus). Chacun de ces processus est défini brièvement ci-dessous.

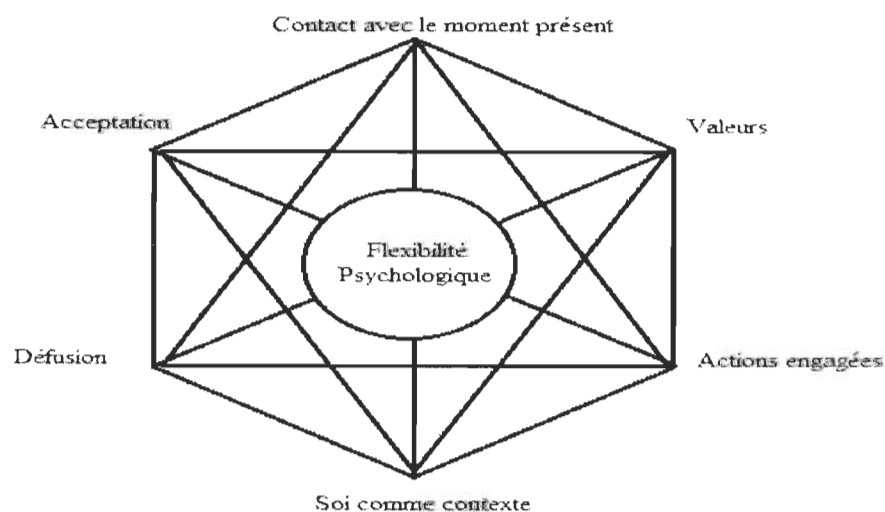


Figure 1. Modèle de la flexibilité psychologique.

La flexibilité attentionnelle et le contact avec le moment présent. La flexibilité attentionnelle et le contact avec le moment présent font référence à la capacité de porter consciemment attention aux expériences internes et externes qui se déploient dans l'instant présent. Ce processus permet notamment l'identification des moments où l'esprit est absorbé par des pensées généralement liées au passé ou au futur ainsi que le retour volontaire de l'attention à l'instant présent. La prise de recul et l'observation des événements internes facilitées par la flexibilité attentionnelle diminuent l'emprise de ces événements internes sur le comportement. Les principes de pleine conscience offrent des outils pertinents à l'entraînement de la flexibilité attentionnelle et du contact avec le moment présent (Eifert & Forsyth, 2005a).

L'acceptation. L'acceptation correspond au choix d'accueillir l'expérience immédiate telle qu'elle se présente, et ce, malgré l'inconfort. Le développement d'une attitude d'ouverture et de réceptivité est donc favorisé. L'acceptation implique d'accueillir, sans jugement, les sensations désagréables comme l'anxiété, la fatigue, les pensées négatives et les émotions douloureuses (Hayes, Strosahl et al., 2012).

La défusion. La défusion vise à modifier le rapport de l'individu avec ses pensées. Elle implique de reconnaître la nature relative et subjective de leur contenu. La défusion permet de se détacher des pensées en les considérant comme des conceptions de l'esprit et du langage qui ne constituent pas des expériences réelles ou des vérités absolues (Luoma, Hayes, & Walser, 2007). En diminuant l'adhésion aux règles verbales ainsi que la fusion cognitive ou la fusion à l'expérience interne, l'individu est plus en mesure de

choisir un comportement dirigé vers ses valeurs personnelles, plutôt que de répondre de façon automatique à ses pensées ou à son expérience (Hayes, Strosahl et al., 2012).

Le soi comme contexte. Le soi comme contexte correspond à la création chez le client d'un soi plus large n'étant pas menacé par le contenu des pensées. Le soi peut observer ses pensées plutôt que de se définir par celles-ci. Il devient ainsi le contexte d'apparition des événements internes tels que sensations douloureuses, pensées et émotions. Le soi apparaît donc distinct de ces événements psychologiques, immuable et permanent. En somme, ce processus correspond au développement d'une perspective métacognitive qui favorise la défusion, l'acceptation et le contact avec le moment présent (Hayes, Strosahl et al., 2012; Monestès, Villatte, & Jaillardon, 2011).

Les valeurs. Les valeurs sont une source de renforcement positif, intrinsèque et durable pour l'individu. Elles représentent une direction de vie et s'appliquent à divers domaines, dont la famille, les relations interpersonnelles, le travail, l'engagement social, la spiritualité et autres (Hayes, Strosahl et al., 2012). Par exemple, une personne pourrait vouloir être un parent présent, affectueux ou un ami fidèle et à l'écoute.

L'action engagée. L'action engagée consiste à poser des actions concrètes ou à changer le cours de ses actions de façon flexible, en direction de ses valeurs personnelles, et ce, en dépit des obstacles intérieurs tels que l'anxiété, les pensées ou les émotions (Hayes, Strosahl et al., 2012).

La psychopathologie selon l'ACT

L'ACT offre un modèle explicatif de la psychopathologie par l'entremise de l'inflexibilité psychologique. En effet, selon la conception ACT, la psychopathologie n'est pas la conséquence de l'expérience directe des phénomènes psychologiques (anxiété, pensées négatives). La psychopathologie serait plutôt attribuable aux réactions de l'individu face à ces phénomènes (Luoma et al., 2007). En raison de la fusion cognitive (tenir ses pensées pour vraies), l'individu en viendrait à refuser le contact avec ses réactions intérieures et tenterait de les modifier (Hayes, Strosahl et al., 2012; Zettle, 2007). En cherchant à contrôler, modifier et éliminer l'inconfort subjectif, un répertoire comportemental basé sur l'évitement expérientiel se met en place. L'évitement expérientiel correspond à la tendance à éviter le contact avec les événements internes inconfortables ou désagréables (pensées, émotions, sensations physiques) (Hayes, Strosahl et al., 2012; Neveu & Dionne, 2010). L'ACT postule que l'évitement expérientiel est un facteur commun aux troubles psychologiques qui contribue au développement et au maintien de la psychopathologie (Hayes, Strosahl et al., 2012). En effet, les efforts fournis pour cet évitement expérientiel diminueraient la capacité d'un individu à répondre aux événements internes et externes lorsqu'ils se présentent. Il en résulterait des modes de fonctionnement comportemental rigides visant à éviter la souffrance plutôt qu'à mener une vie congruente à ses valeurs (Hayes, Strosahl et al., 2012).

Ces principes s'appliquent aisément aux différents troubles anxieux, permettant d'englober les symptômes spécifiques à chacun. Par exemple, l'évitement expérientiel tel

que compris par l'ACT peut tout aussi bien correspondre aux inquiétudes caractéristiques du TAG qu'à l'évitement des situations sociales dans le TAS. Alors que la TCC traditionnelle propose un traitement spécifique aux différents troubles, l'ACT met l'accent sur le développement d'une attitude d'ouverture face aux phénomènes psychologiques, quels qu'ils soient, dans le but de permettre le choix d'actions déterminées par les valeurs de l'individu (Hayes, Strosahl et al., 2012). Par ailleurs, en raison de ses fondements, l'ACT ne cible pas de façon directe la diminution des symptômes, mais plutôt le manque de flexibilité présent dans une majorité de troubles psychologiques. Cette thérapie se veut donc transdiagnostique, c'est-à-dire permettant de traiter différents troubles par un ensemble de principes thérapeutiques communs (Barlow et al., 2004; Neveu & Dionne, 2010). Tel que mentionné plus tôt, une approche transdiagnostique semble tout indiquée dans le traitement des troubles anxieux (Newby et al., 2015).

Efficacité de l'ACT

Les résultats disponibles dans la littérature concernant les principaux troubles anxieux de l'adulte catégorisés dans le DSM-5, soit le TAS, le TP et le TAG, sont présentés ci-dessous.

Le trouble d'anxiété sociale. D'une part, à notre connaissance, quatre études ont évalué l'efficacité d'un programme individuel de 12 semaines basé sur l'ACT dans le traitement du TAS (Craske et al., 2014; Dalrymple, 2006; Dalrymple & Herbert, 2007; Yuen et al., 2010). Craske et ses collaborateurs (2014) ont établi l'efficacité de l'ACT

comme équivalente à celle de la TCC classique pour le traitement du TAS (N = 87). L'étude de Dalrymple et Herbert (2007) auprès de 19 participants et celle de Dalrymple (2006) auprès de 16 participants ont révélé une diminution significative de la phobie sociale autorapportée, de la peur et de l'évitement ainsi qu'une diminution de la sévérité de l'anxiété évaluée par le clinicien. Yuen et al. (2010) ont pour leur part démontré des résultats similaires en utilisant un programme ACT offert sous forme de vidéoconférence auprès de 24 participants.

D'autre part, certains chercheurs ont évalué l'efficacité de l'ACT sous forme de thérapie de groupe pour le TAS. Une étude réalisée auprès de 16 participants répartis aléatoirement dans deux groupes (ACT ou contrôle) a démontré une diminution significative des symptômes associés à l'anxiété sociale à la suite du traitement ACT (Yadegari, Hashemiyani, & Abolmaali, 2014). Ossman, Wilson, Storaasli et McNeill (2006) (N = 12) ont également démontré une diminution significative de l'anxiété sociale et de l'évitement expérientiel entre le pré et le post-test pour la condition ACT. Une autre étude a été réalisée auprès de 29 participants en offrant un programme de groupe basé sur l'ACT avec un accent mis sur la pleine conscience (Kocovski, Fleming, & Rector, 2009). Les résultats ont montré une diminution significative de l'anxiété sociale, de la dépression et de la rumination tout comme une augmentation de la pleine conscience et de l'acceptation. Block et Wulfer (2000) ont pour leur part trouvé qu'une intervention de groupe ACT produit des résultats comparables à la TCC auprès d'une population universitaire présentant des symptômes associés au TAS. Finalement, une étude s'est

penchée sur l'efficacité de l'ACT offert en groupe pour l'anxiété associée au fait de parler en public, une manifestation clinique du TAS, au sein d'une population universitaire non clinique (Block, 2002). Les résultats ont démontré que l'ACT est comparable à la TCC sauf pour l'anxiété associée aux interactions sociales, la TCC se montrant supérieure pour cette variable. L'ACT s'est toutefois montrée supérieure à la TCC dans la diminution de l'évitement expérientiel.

En résumé, l'ACT se montre équivalente à la TCC dans la réduction des symptômes anxieux pour le TAS que ce soit en individuel ou en groupe. Ce type de traitement pourrait donc être envisagé comme alternative aux traitements traditionnels pour les individus qui n'y répondent pas.

Le trouble panique. Il existe très peu de littérature concernant l'efficacité de l'ACT pour le TP. Un essai aléatoire contrôlé (N = 43) a été réalisé par Gloster et ses collaborateurs (2015) afin d'évaluer l'efficacité de l'ACT pour les patients souffrant de TP avec agoraphobie réfractaire aux traitements habituels. Les résultats ont démontré une diminution significative des symptômes associés au TP et à l'agoraphobie, tout comme une amélioration clinique générale. L'étude de Karekla (2004) comparant un groupe ACT à un groupe recevant un traitement visant le contrôle des paniques a démontré des diminutions équivalentes pour les deux groupes quant à la sévérité des attaques de panique, la détresse liée à celles-ci, la fréquence des attaques et les inquiétudes y étant liées. ACT se serait montrée supérieure dans la réduction de l'agoraphobie et de

l'évitement expérientiel. Finalement, l'étude de cas de Lopez (2000) a également trouvé une diminution de l'anxiété, des inquiétudes et de l'agoraphobie à la suite de 12 séances de thérapie ACT, les changements étant soutenus par une modification de la relation aux symptômes de panique.

Le trouble d'anxiété généralisée. À notre connaissance, trois études ont examiné l'efficacité de l'ACT offert comme traitement en individuel pour le TAG (Roemer & Orsillo, 2007; Roemer, Orsillo, & Salters-Pedneault, 2008; Wetherell et al., 2011). Roemer et al. (2008) ont démontré l'efficacité de l'ACT auprès de 31 participants pour la diminution de la sévérité symptômes du TAG autorapportée et évaluée par le clinicien, ainsi qu'une diminution des symptômes dépressifs. À la suite du traitement, 78 % des participants ne satisfaisaient plus les critères diagnostiques du TAG et 77 % avaient retrouvé un haut niveau de fonctionnement. Par ailleurs, les résultats d'une étude réalisée auprès d'une population gériatrique comparant l'ACT (N = 7) à la TCC (N = 9) indiquent une supériorité de l'ACT pour la diminution des inquiétudes et des symptômes dépressifs, mais une supériorité de la TCC pour la diminution de symptômes anxieux (Wetherell et al., 2011). Moins d'abandons de traitement sont observés dans le groupe ACT comparativement au groupe TCC. Une troisième étude (Roemer & Orsillo, 2007) réalisée auprès de 16 participants a trouvé une diminution de l'anxiété autorapportée, une diminution de la sévérité du trouble évaluée par le clinicien, tout comme une diminution des symptômes dépressifs et de l'évitement expérientiel. Les résultats révèlent également une augmentation de la qualité de vie qui se maintient au suivi de trois mois. Trois études

ont également démontré l'efficacité de l'ACT sous forme d'intervention de groupe pour la diminution des symptômes anxieux associés au TAG (Avdagic, Morrissey, & Boschen, 2014; Orsillo, Roemer, & Barlow, 2003; Sachs, 2005). Avdagic et al. (2014) ont également établi l'efficacité de l'ACT comme équivalente à celle de la TCC pour le traitement en groupe du TAG.

Méta-analyses et recensions des écrits. La méta-analyse de Öst (2014) regroupant les résultats de 60 essais aléatoires et contrôlés (N = 4234) soulève l'efficacité probable de l'ACT avec une petite taille d'effet générale (0,42) pour le traitement de la douleur chronique et de l'acouphène, de la dépression, des symptômes psychotiques, du trouble obsessionnel compulsif, de l'anxiété mixte (divers troubles anxieux), de l'abus de drogue et du stress au travail. Une deuxième méta-analyse regroupant 39 essais aléatoires et contrôlés (N = 1821; A-Tjak et al., 2015) soutient que l'ACT est plus efficace qu'un placebo ou qu'une liste d'attente, avec des tailles d'effet respectives de 0,51 et 0,82, pour les troubles anxieux, la dépression, la dépendance et les problèmes de santé somatique. Les auteurs n'ont pas trouvé de différences significatives entre l'ACT et la TCC, les deux conditions présentant une efficacité comparable. Une troisième méta-analyse récente (Hacker, Stone, & MacBeth, 2016) regroupant 28 essais aléatoires et contrôlés pour l'anxiété et 39 pour la dépression (N = 3162) appuie l'efficacité de l'ACT pour l'anxiété et la dépression avec des tailles d'effet modérées. Les auteurs de chacune de ces méta-analyses insistent sur l'importance de poursuivre les études d'efficacité afin d'établir un plus grand soutien empirique.

Traitement général de l'anxiété pathologique. Deux recensions des écrits récentes portant sur des échantillons d'individus souffrant de troubles anxieux révèlent l'efficacité de l'ACT dans le traitement général de l'anxiété pathologique chez l'adulte (Landy, Schneider, & Arch, 2015; Swain et al., 2013). Globalement, les études portant sur le traitement de l'anxiété sévère à modérée démontrent une réduction de la sévérité de l'anxiété chez les participants à la suite d'un traitement ACT (Arch, Wolitzky-Taylor, Eifert, & Craske, 2012; Codd, Twohig, Crosby, & Enno, 2011; Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007; Wolitzky-Taylor, Arch, Rosenfield, & Craske, 2012). De plus, des études ont rapporté une amélioration de la qualité de vie et de la satisfaction avec la vie chez les participants souffrant d'anxiété à la suite d'un traitement ACT (Arch et al., 2012; Forman et al., 2007). Certaines études tendent également à démontrer que l'ACT aurait une efficacité équivalente à la TCC dans le traitement de l'anxiété (Forman et al., 2007; Wolitzky-Taylor et al., 2012) et parfois même supérieure (Arch et al., 2012), surtout lors de la présence de comorbidités (Brown et al., 2001; Wolitzky-Taylor et al., 2012).

En somme, les recherches expérimentales et corrélationnelles ainsi que les études de cas tendent à démontrer que l'utilisation de l'ACT mènerait à des bénéfices significatifs chez des patients atteints d'un trouble anxieux (TAS, TP ou TAG). En outre, l'ACT pourrait engendrer la réduction de la sévérité du trouble, la diminution des symptômes, l'augmentation de la qualité de vie, la réduction de l'évitement expérientiel et l'augmentation de l'acceptation. L'ACT a de surcroît l'avantage d'être une approche

transdiagnostique et, par le fait même, pourrait contribuer à améliorer les traitements offerts aux patients présentant des comorbidités.

Malgré les résultats encourageants pour l'ACT et l'efficacité établie de la TCC, l'accès aux traitements efficaces demeure limité. En effet, selon l'étude de Wang et al. (2007) auprès de 84 850 adultes dans 17 pays différents, 11 % (Chine) à 61 % (Belgique) des individus présentant un trouble de santé mentale sévère avaient reçu des soins dans la dernière année. Plusieurs individus se retrouvent donc aux prises avec un trouble anxieux pour lequel ils n'arrivent pas à obtenir un traitement efficace. Divers facteurs semblent limiter l'offre de services, particulièrement pour la thérapie en face à face, dont les coûts élevés, la quantité limitée de thérapeutes disponibles et l'éloignement géographique (Cavanagh, Strauss, Forder, & Jones, 2014; Kazdin & Blase, 2011; Somers, Goldner, Waraich, & Hsu, 2006). Face à cette difficulté d'accès à des services spécialisés, il importe de développer et évaluer des modalités de traitement différentes. Les traitements autoadministrés (TAA) se présentent alors comme une option viable permettant de faciliter l'accès à des approches thérapeutiques comme l'ACT. La prochaine section définit les traitements autoadministrés, leurs avantages et limites, leurs modalités d'utilisation et leur efficacité.

Les traitements autoadministrés

Cette section concerne les traitements autoadministrés, leurs avantages et modalités, ainsi que leur efficacité. Les traitements autoadministrés basés sur l'ACT sont également abordés de façon plus spécifique.

Définition

Les traitements autoadministrés (TAA) correspondent à des traitements psychologiques standardisés qui offrent des informations et des exercices concernant une difficulté émotionnelle ou comportementale. Ils visent le traitement des diverses problématiques par un processus introspectif ou une modification de comportements. Les TAA sont disponibles sous différents formats : livres, programmes informatiques, systèmes téléphoniques, enregistrements audio ou vidéo, applications pour téléphones cellulaires ou tablettes ou en combinaison de ces formats (Cavanagh et al., 2014; Gould & Clum, 1993; Mains & Scogin, 2003; Newman, Szkodny, Llera, & Przeworski, 2011). Les formats écrits (livres), appelés bibliothérapie, sont les plus utilisés (Farrand & Woodford, 2013).

Avantages

Les TAA offrent un rapport coût-efficacité avantageux pouvant répondre aux besoins des systèmes de santé surchargés (Cavanagh et al., 2014; Cuijpers, 1997; Mains & Scogin, 2003; Marrs, 1995; Scogin, Welsh, Hanson, Stump, & Coates, 2005, van Lankveld, 1998). En effet, ils augmenteraient l'accessibilité à des traitements coûteux en permettant de

rejoindre une grande quantité d'individus pour qui l'accès à des services psychologiques peut être plus difficile, que ce soit pour des raisons géographiques ou économiques (Cavanagh et al., 2014; Cuijpers, 1997; Kazdin & Blase, 2011; Mains & Scogin, 2003; Scogin et al., 2005). De plus, ils diminueraient la stigmatisation associée à la recherche d'aide psychologique et seraient donc tout indiqués pour les individus réfractaires aux traitements traditionnels (Apocada & Miller, 2003; Mains & Scogin, 2003; Scogin et al., 2005). Par ailleurs, les TAA favoriseraient l'autonomie du client en exigeant responsabilité, motivation et autogestion (Gregory, Schwer Canning, Lee, & Wise, 2004; Mains & Scogin, 2003; Scogin et al., 2005; van Lankveld, 1998). De surcroît, le matériel écrit offre la possibilité de réviser les acquis de façon périodique (Smith, Floyd, Scogin, & Jamison, 1997). Enfin, avec l'avènement récent des technologies informatiques et leur utilisation grandissante au sein des TAA, les programmes informatiques s'avèrent plus interactifs et individualisés ce qui pourrait, entre autres, améliorer l'adhérence au traitement (Day, McGrath, & Wojtowicz, 2013).

Type de support offert par le professionnel

Les TAA varient également dans le type et la quantité de support pouvant être offert par le professionnel (thérapeute ou évaluateur), qu'il soit offert en face à face, par courriel ou par téléphone (Côté & Fortier-Chicoine, 2010; Coull & Morris, 2011; Farrand & Woodford, 2013; Mains & Scogin, 2003; Nordgreen et al., 2012). La supériorité d'un type de support particulier (administré seul, contact minimal ou guidé par le thérapeute) n'est cependant pas établie, la littérature étant assez contradictoire à ce niveau. Les études de

Gould et Clum (1993) et de Mains et Scogin (2003) ont démontré que l'ajout d'un support minimal d'un thérapeute améliore l'effet du TAA. Certaines études rapportent également qu'un contact minimal permettrait d'augmenter la motivation et l'adhérence au traitement (Cavanagh et al., 2014; Febrabro, 2005; Nordgreen et al., 2012) alors que d'autres rapportent un effet nul ou inverse (Berger et al., 2011; Gould & Clum, 1993). Il est à noter que l'impact du type de support offert varie largement selon le type de problématique ciblée (anxiété, troubles du comportement alimentaire, dépression, insomnie, trouble de stress post-traumatique, tabagisme, alcoolisme) (Farrand & Woodford, 2013; Mains & Scogin, 2003; Haug, Nordgreen, Öst, & Havik, 2012).

Efficacité des traitements autoadministrés selon les problématiques

L'efficacité des TAA diffère selon la problématique ciblée (Mains & Scogin, 2003). De façon générale, la bibliothérapie et les TAA démontrent des tailles d'effet modérées, comparables aux thérapies en face à face (Apocada & Miller, 2003; Côté & Fortier-Chicoine, 2010; Gould & Clum, 1993; Gregory et al., 2004; Haug et al., 2012; Hirai & Clum, 2006; Marrs, 1995). Plus spécifiquement, la bibliothérapie se montre efficace pour l'affirmation de soi, l'anxiété, les dysfonctions sexuelles, l'entraînement aux habiletés parentales, la dépression, l'insomnie, la consommation d'alcool et de tabac, les maux de tête ainsi que la diète et l'exercice (Apocada & Miller, 2003; Febraro, 2005; Gould & Clum, 1993; Marrs, 1995; van Lankveld, 1998).

En ce qui concerne l'anxiété, les TAA ont démontré leur efficacité pour plusieurs troubles anxieux (Cuijpers, Donker, van Straten, Li, & Andersson, 2010; Day et al., 2013; Haug et al., 2012), dont le TP (Febbraro, 2005; Haug et al., 2012; Hirai & Clum, 2006), le TAG (Haug et al., 2012; Hirai & Clum, 2006) et le TAS (Haug et al., 2012; Nordgreen et al., 2012). De plus, plusieurs études appuient l'efficacité des TAA pour la dépression (Coull & Morris, 2011; Cuijpers et al., 2010; Gregory et al., 2004; Scogin et al., 2005; Smith et al., 1997).

Les résultats présentés ci-haut concernent la bibliothérapie et les TAA basés sur la TCC traditionnelle. Les résultats pour les programmes spécifiquement basés sur l'ACT sont présentés ci-dessous.

Traitements autoadministrés ACT

Une méta-analyse récente répertoriant les résultats de 13 essais aléatoires et contrôlés (N = 2580) portant sur l'efficacité des TAA basés sur l'ACT (French, Golijani-Moghaddam, & Schröder, 2017) a démontré de petites tailles d'effet significatives en faveur des interventions ACT pour la dépression (0,34) et l'anxiété (0,35). Une petite taille d'effet significative a également été trouvée pour la flexibilité psychologique (0,42), variable de processus. De ces treize études, six portaient spécifiquement sur l'efficacité de programmes utilisant des livres de bibliothérapie basés sur l'ACT (les autres études portant sur des programmes Internet ou des applications cellulaires). Depuis la parution

de cette méta-analyse, une autre étude a été publiée sur le sujet. Les résultats de ces sept études seront donc présentés ci-dessous.

L'étude la plus récente (Hofer et al., 2017) a évalué par un essai aléatoire et contrôlé l'efficacité d'un livre allemand de bibliothérapie ACT conçu pour l'épuisement professionnel (*Burnout: mit Akzeptanz und Achtsamkeit den Teufelskreis durchbrechen*; Waadt & Acker, 2013). Les résultats ont démontré une diminution du stress et de l'épuisement professionnel, tout comme une amélioration de la flexibilité psychologique. L'étude de Ritzert et ses collaborateurs (2016) a évalué dans un essai aléatoire et contrôlé auprès de 503 participants les effets du livre *Mindfulness and Acceptance Workbook for Anxiety* (Forsyth & Eifert, 2007). Les résultats ont démontré une amélioration significative des symptômes anxieux et dépressifs, des inquiétudes, de la sensibilité à l'anxiété et de la qualité de vie à la suite du traitement. Deux autres études se sont penchées sur le livre *Get out of your mind and into your life* (Hayes & Smith, 2005). L'étude de Jeffcoat et Hayes (2012), réalisée auprès de 236 professionnels en milieu scolaire, et celle de Muto, Hayes et Jeffcoat (2011), menée auprès de 70 étudiants internationaux japonais, ont toutes deux démontré des effets tant de prévention que d'amélioration pour la dépression, l'anxiété, le stress et la santé mentale générale. Les effets de prévention ont pu être observés en fonction des changements significatifs remarqués chez les participants du groupe liste d'attente et du groupe traitement présentant un score normal au prétest. Par exemple, pour l'étude de Jeffcoat et Hayes (2012), dans la condition traitement, la détérioration des scores pour l'anxiété, la dépression, le stress et la santé mentale générale

s'est avérée minimale (environ 4 %), alors qu'une détérioration significative de 13 % a été observée pour la condition liste d'attente.

L'étude de Fledderus, Bohlmeijer, Pieterse et Schreurs (2012), utilisant le livre *Living to the full* (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2008), a été réalisée auprès de 376 participants présentant des symptômes légers à modérés de dépression ou d'anxiété. Les participants étaient séparés en trois groupes dont deux groupes expérimentaux se différenciant par le type de support reçu par le thérapeute (minimal ou soutenu). Les résultats ont démontré une diminution des symptômes anxieux et dépressifs, de la fatigue, de l'évitement expérientiel ainsi qu'une amélioration de la santé mentale générale et de la pleine conscience. Aucune différence n'a été trouvée en ce qui concerne le type de support offert par le thérapeute.

Deux études se sont également intéressées à l'efficacité de la bibliothérapie ACT dans le traitement de la douleur chronique. Ces deux études ont utilisé le livre *Living beyond your pain* (Dahl & Lundgren, 2006), en plus d'un contact minimal thérapeutique. L'étude de Thorsell et al. (2011) réalisée auprès de 90 participants a comparé l'efficacité de la bibliothérapie ACT à la relaxation appliquée. Les deux conditions ont permis une diminution des symptômes anxieux et dépressifs. L'ACT s'est montrée supérieure à la relaxation appliquée en ce qui a trait à l'acceptation de la douleur, à la satisfaction avec la vie, à l'engagement dans des activités valorisées et au niveau de fonctionnement. Une autre étude réalisée auprès de 14 participants a démontré une augmentation de

l'acceptation de la douleur, de la qualité de vie, de la satisfaction avec la vie, de l'engagement dans des actions orientées par les valeurs ainsi qu'une diminution des symptômes d'anxiété (Johnston, Foster, Shennan, Starkey, & Johnson, 2010).

En bref, la bibliothérapie ACT se montre prometteuse tant pour le traitement que pour la prévention de difficultés psychologiques (ex.: anxiété, dépression et douleur chronique). Par ailleurs, les principes de l'ACT paraissent accessibles et utiles pour le grand public. En dépit de cela, la littérature scientifique disponible concernant la bibliothérapie ACT est limitée et il y a un manque de soutien empirique considérant la quantité de matériel disponible sur le marché (Rosen & Lilienfeld, 2016). Il est donc essentiel de poursuivre la recherche dans le domaine des traitements autoadministrés (Hayes, Barnes-Holmes, & Wilson, 2012; Ritzert et al., 2016). D'ailleurs, aucune des études présentées ci-dessus ne s'est intéressée au traitement transdiagnostique de plusieurs troubles anxieux, d'où l'aspect novateur de la présente recherche.

En conclusion, les troubles anxieux sont très présents dans la population générale et constituent un motif majeur de consultation dans le système de santé. La TCC se montre efficace dans le traitement de l'anxiété, mais des limites demeurent quant aux taux de réponse chez les participants à la suite d'une intervention. Avec son accent sur l'acceptation des symptômes (au lieu d'une diminution) ainsi que sur la qualité de vie, l'ACT pourrait être une alternative pour les patients qui ne répondent pas aux traitements habituels. De plus, plusieurs personnes souffrent d'un accès réduit aux traitements

disponibles pour les troubles anxieux. La bibliothérapie constitue une option augmentant l'accessibilité d'interventions psychologiques probantes et faisant preuve d'un rapport coût-efficacité avantageux. Comme le soutiennent Rosen et Lilienfeld (2016), il s'avère crucial que les manuels disponibles sur le marché soient évalués empiriquement afin d'être considérés comme faisant partie d'un modèle efficace d'offre de soins.

Objectif et questions de recherche

Cette étude a pour objectif d'évaluer les effets d'un programme de bibliothérapie basé sur l'ACT auprès de personnes souffrant d'anxiété. L'étude vise précisément à répondre aux deux questions de recherche suivantes : (1) Quels sont les effets du programme sur les symptômes des participants (anxiété, stress, dépression et inquiétudes)? Et (2) Quels sont les effets du programme sur la flexibilité psychologique des participants, un processus central de l'ACT? La flexibilité psychologique correspond à l'évitement expérientiel, la fusion cognitive, la pleine conscience, le fonctionnement quotidien et l'engagement dans des actions valorisées. La prochaine section présente la méthode utilisée afin de répondre à ces deux questions.

Méthode

Ce chapitre présente la méthode utilisée pour réaliser la présente étude. Il est divisé en six sections, soit les participants, le devis de recherche, l'intervention, les prises de mesures, les instruments de mesure et l'analyse des données.

Participants

Les participants ont été recrutés via une annonce publiée dans le journal *Le Nouvelliste*, le site *En-tête* de l'Université du Québec à Trois-Rivières ainsi qu'une publicité à la radio Mauricie. Dans un premier temps, les personnes intéressées par l'étude contactaient l'équipe de recherche par courriel. Elles recevaient ensuite un formulaire d'information et de consentement par voie électronique qu'ils devaient lire avant de signifier leur intérêt à participer à la recherche. Une assistante de l'équipe de recherche téléphonait alors aux personnes intéressées afin de vérifier si elles répondaient aux critères d'inclusion de l'étude: (1) être un homme ou une femme adulte de 18 ans et plus; (2) souffrir d'anxiété, soit présenter les symptômes associés à un trouble anxieux à un niveau clinique ou sous-clinique (mesurés par l'ADIS-IV); (3) avoir accès à un ordinateur et Internet pour répondre aux mesures quotidiennes; (4) parler français et avoir des capacités de lecture d'au moins 6^e année (mesurées par le niveau scolarité atteint); (5) si prise de médication, être stable depuis un mois; (6) être au Québec entre les mois de septembre et décembre; (7) ne pas avoir un autre suivi thérapeutique pendant l'intervention;

(8) ne pas avoir été exposé aux principes de l'approche ACT auparavant (que ce soit en thérapie face-à-face ou par la lecture); et (9) absence de troubles sévères concomitants (dépression sévère, trouble psychotique, trouble de personnalité, etc.) ou idées suicidaires. Il importe de spécifier que les participants présentant des symptômes s'apparentant à un trouble anxieux à un niveau sous-clinique selon l'ADIS-IV ont été inclus dans l'étude, considérant que l'intervention proposée est tout indiquée pour une symptomatologie légère à modérée. Lorsqu'une personne ne répondait pas aux critères d'inclusion, elle était redirigée vers des ressources d'aide psychologique sur le campus ou à l'extérieur. Lors de cet appel téléphonique, l'assistante de recherche se montrait également disponible pour répondre à toute question et offrir de l'information supplémentaire aux participants. Notons que cette procédure a été approuvée par le comité d'éthique à la recherche du comité de l'Université du Québec à Trois-Rivières (certificat CER-15-213-07.28).

Lorsque la personne répondait aux critères d'inclusion, un rendez-vous avec l'assistante était planifié afin de réaliser une séance d'évaluation et d'information. Au moment de cette rencontre, le formulaire de consentement était signé (voir Appendice A pour le Formulaire d'information et de consentement). Les participants fournissaient leur numéro de téléphone cellulaire afin de recevoir tous les jours un message texte redirigeant vers les questions quotidiennes à répondre sur *Survey Monkey*. Pour ce faire, l'équipe a utilisé l'application *Survey Signal* permettant l'envoi automatisé de messages textes. Une explication était également fournie aux participants sur la façon de répondre aux questions quotidiennes. Les participants étaient aussi invités par courriel à répondre dès la première

semaine aux questionnaires de prétest. Ces questionnaires étaient administrés via la *Banque Interactive de Questions*, une application Web permettant une gestion électronique de questionnaires informatisés.

La Figure 2 présente le flux des participants du début du recrutement jusqu'à la fin du programme. Initialement, 40 personnes se sont montrées intéressées à participer à l'étude. 17 personnes ne correspondant pas aux critères d'inclusion cités ci-dessus ont ensuite été exclues de l'étude. Après avoir obtenu les informations concernant le projet, 15 personnes ont refusé de participer. Une des personnes sélectionnées a abandonné le projet avant le début du programme pour des raisons de santé. Le programme a donc commencé avec sept participants. De ces sept personnes, un homme a abandonné à mi-traitement sans donner de justification et une femme n'a pas répondu aux prises de mesures.

Au total, quatre femmes et un homme ont complété le programme. La moyenne d'âge est de 41,8 ans (É-T. = 19,11). Les profils des participants sont présentés ci-après et résumés dans le Tableau 1. Les données nominatives, ainsi que certains éléments de leur histoire permettant de les identifier, ont été modifiées afin de préserver la confidentialité.

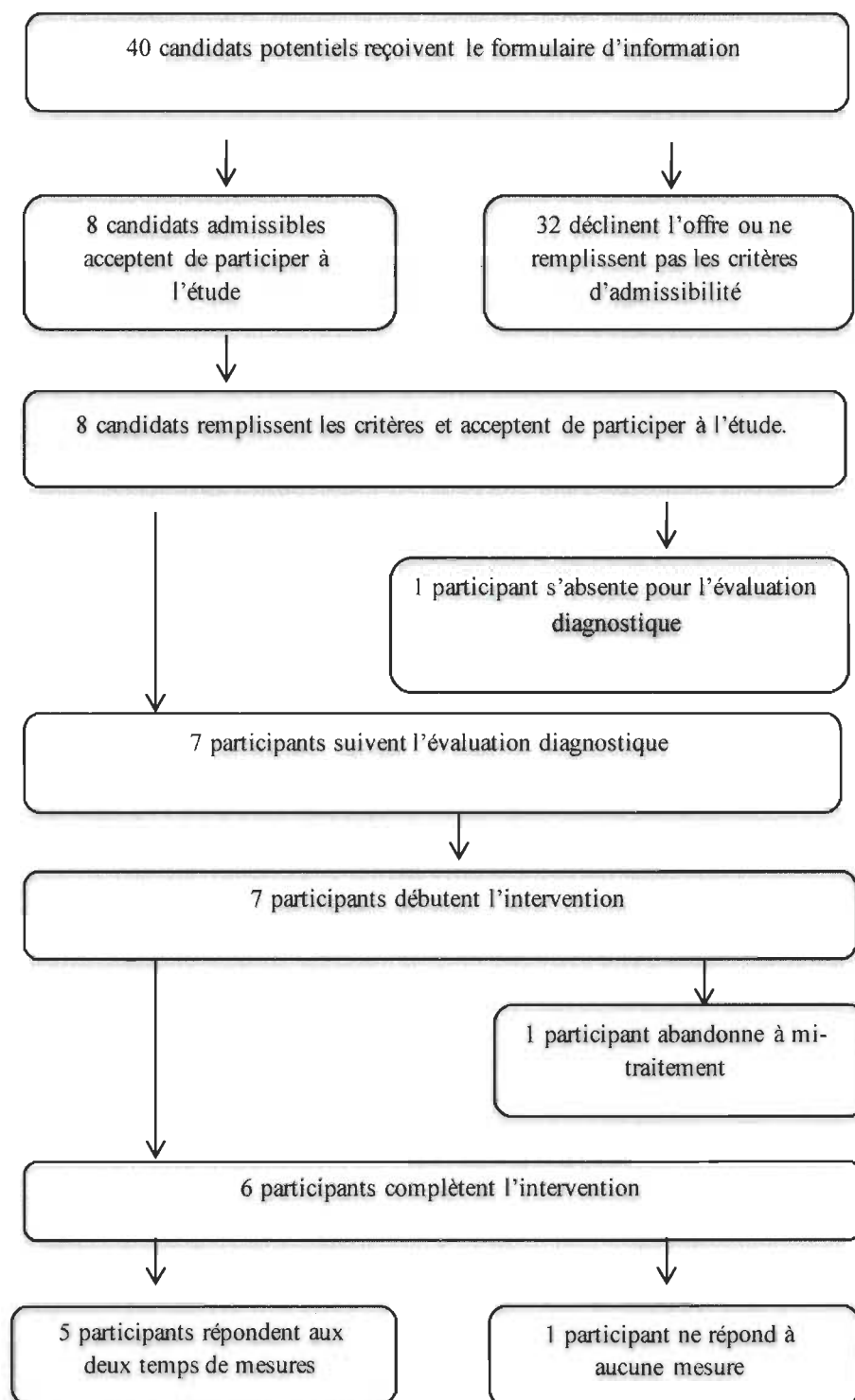


Figure 2. Flux des participants au cours de l'étude.

Tableau 1

Participants

Participant	Sexe	Âge	Occupation	Diagnostic clinique	Symptômes sous-cliniques
1. Ève	F	26	Étudiante	TAG TP	Phobie spécifique
2. Maude	F	23	Étudiante	TAG TP	TAS Anxiété liée à la maladie
3. Flore	F	63	Retraitée	-	TAS
4. Anne	F	30	Travailleuse	Dépendance à l'alcool	TAG
5. Maurice	H	67	Retraité	-	TAG Phobie spécifique

Participant 1

Ève, 26 ans, travaille et étudie à temps plein. Elle est mère d'une fille de cinq ans. L'entrevue diagnostique dénote la présence d'un trouble d'anxiété généralisée en concomitance avec un trouble panique. Elle ressentirait des inquiétudes excessives et parfois incontrôlables par rapport à plusieurs sphères de sa vie comme les tâches quotidiennes, les relations interpersonnelles (conflits, peur de déplaire) et la famille. Cette anxiété interférerait avec son fonctionnement quotidien. Elle rapporte également vivre environ une fois par semaine une attaque de panique.

Participant 2

Maude, 23 ans, est étudiante à l'université à temps plein. À l'entrevue diagnostique, madame répond aux critères d'un trouble d'anxiété généralisée et d'un trouble panique. La participante rapporte la présence d'inquiétudes excessives au sujet de plusieurs sphères de vie comme la santé, les relations interpersonnelles, les études et les finances. Elle rapporte des attaques de panique qui surviennent surtout en situation de stress, particulièrement lors des périodes d'examen. La participante présente également à un niveau sous-clinique des symptômes associés à la phobie sociale ainsi qu'à de l'anxiété reliée à la maladie.

Participant 3

Flore, 63 ans, est retraitée. À l'entrevue diagnostique, madame présente des symptômes associés à la phobie sociale (à un niveau sous-clinique). Elle rapporte se sentir anxieuse lors de plusieurs situations sociales où elle pourrait être observée ou évaluée par les autres. Elle craindrait alors de se faire juger négativement. Elle redouterait particulièrement les rencontres sociales et les exposés oraux. Cette problématique interférerait notamment dans sa vie conjugale et familiale.

Participant 4

Anne, 30 ans, est hygiéniste dentaire, mais travaille comme serveuse pendant qu'elle poursuit ses études à l'université. À l'entrevue diagnostique, elle présente des symptômes associés au trouble d'anxiété généralisée (à un niveau sous-clinique). Elle rapporte des

inquiétudes concernant plusieurs thèmes comme ses finances, ses relations interpersonnelles (conflits avec les personnes dans son milieu de travail, peur du rejet), sa famille (peur de ne pas être soutenue) et son travail (elle serait préoccupée par le fait de vivre un autre « échec » dans son nouveau milieu de travail). Elle ressentirait plusieurs symptômes d'anxiété tels que de l'agitation, de la fatigue, des difficultés de concentration, de l'irritabilité et un sommeil perturbé. Madame admet être particulièrement préoccupée par ses relations amoureuses, notamment face à un abandon potentiel. La participante présente une dépendance à l'alcool (à un niveau clinique selon l'évaluation diagnostique).

Participant 5

Maurice a 67 ans, il est retraité et occupe un poste de consultant au sein d'une entreprise à temps partiel. À l'entrevue diagnostique, monsieur présente des symptômes associés au trouble d'anxiété généralisée et à la phobie spécifique (à des niveaux sous-cliniques). Il rapporte des inquiétudes qu'il qualifie de « gérables ». Ses principales préoccupations concerneraient son épouse, ses finances et sa famille. Monsieur nomme ressentir plusieurs symptômes associés l'anxiété dont l'agitation, l'irritabilité, la tension et des difficultés à dormir et se concentrer. Il nomme également craindre le sang et les injections.

Devis de recherche

Afin de répondre aux deux questions de recherche, l'étude a été réalisée selon un protocole à cas uniques avec mesures répétées. Ce type de protocole est recommandé

lorsque de nouveaux traitements sont évalués (Kazdin, 2003). En effet, les protocoles à cas uniques permettent une observation systématique des participants, la manipulation de variables, des mesures répétées avant et pendant l'intervention ainsi que des données présentées visuellement à interpréter (Kazdin, 2003). Les protocoles à cas uniques proposent cependant moins de contrôle expérimental sur les menaces à la validité interne de l'étude. Il peut effectivement y avoir plusieurs explications possibles aux résultats obtenus dont il est impossible de contrôler entièrement l'influence (passage du temps, régression vers la moyenne ou survenue d'un événement pouvant expliquer les changements) (Rizvi & Nock, 2008).

Intervention

L'intervention consiste en un programme de bibliothérapie basé sur l'ACT. Le livre *Le piège du bonheur* a été utilisé comme manuel de traitement autoadministré (Harris, 2009). Cet ouvrage offre des informations, des techniques et des exercices pratiques permettant de mieux composer avec les inquiétudes, le stress ainsi que les pensées et les émotions douloureuses afin de construire une vie cohérente avec ses valeurs personnelles. Le lecteur est ainsi initié aux principes de l'ACT en apprenant diverses habiletés comme prendre une distance face à ses pensées (défusion), se connecter au moment présent et clarifier ses valeurs personnelles (ex. : spiritualité, engagement social, vie familiale).

Les chapitres à lire et les thèmes abordés étaient présentés au sein de courriels envoyés hebdomadairement par la thérapeute, étudiante au doctorat (voir le Tableau 2

pour un résumé des chapitres suggérés selon les semaines). Les participants réalisaient la lecture du livre et les exercices proposés à la maison pendant six semaines. La thérapeute demeurait disponible pour répondre aux questions des participants concernant le contenu du livre. À la cinquième semaine, un appel de mi-traitement d'une vingtaine de minutes était réalisé par la thérapeute afin de suivre leur avancement dans le programme, offrir des encouragements et répondre à leurs questions (voir en Appendice B le verbatim de l'appel de mi-traitement).

Tableau 2

Résumé des thèmes du programme de bibliothérapie

Semaine	Chapitres	Thèmes
1	Introduction, 1-2	- Mythes associés au bonheur - Stratégies de contrôle et difficultés
2	3 - 9	- Pensées et défusion cognitive
3	10 - 16	- Émotions et expansion - « Surfer » sur les impulsions
4	17 - 23	- Expansion - Connexion à l'instant présent - Observation de l'expérience
5	24 -28	- Clarifier les valeurs et les buts - Passer à l'action
6	29 - 33	- Mise en action et engagement - Retour sur les concepts

Prises de mesures

Tel que présenté dans le Tableau 3, les participants ont répondu à une série de questionnaires au prétest et au post-test ainsi qu'à une entrevue diagnostique structurée une fois, avant l'intervention, visant à dresser leur portrait clinique. Ils ont également été sollicités pour des mesures de suivi trois mois après la fin du programme, mais aucun participant n'a répondu aux questionnaires. Les participants ont aussi répondu quotidiennement à quatre questions. Ces prises de mesure ont commencé deux semaines avant le début de l'intervention afin d'obtenir un niveau de base. Ces mesures se sont ensuite poursuivies tout au long du programme. Considérant certaines contraintes de temps rencontrées liées au programme clinique en place ainsi que la fluctuation des mesures de symptômes vu leur caractère subjectif, il n'a pas été possible d'atteindre un niveau de base stable dans les deux premières semaines pour tous les participants. Les limites associées seront abordées dans la Discussion.

Tableau 3

Déroulement de l'étude et prises de mesure

								T1									T2
S1		S2		S3		S4		S5		S6		S7		S8		S9	
				X1		X2		X3		X4		X5		X6			
P + Q		Q		Q		Q		Q		Q		Q		Q		P + Q	

Note: T = temps de mesure, S = semaine, X = traitement, P = Mesures pré/post, Q = Mesures quotidiennes

Instruments de mesure

Les instruments utilisés pour les symptômes évaluent les éléments essentiels associés à l'anxiété, soit le diagnostic, les symptômes anxieux et leur sévérité ainsi que les symptômes dépressifs. Ensuite, les instruments utilisés pour la deuxième question de recherche sont associés à la théorie soutenant la thérapie d'acceptation et d'engagement. Ils évaluent les variables de processus associées à la flexibilité psychologique.

Cette section est divisée selon les temps de mesure et les deux questions de recherche. Dans un premier temps, l'entrevue diagnostique est présentée. Dans un deuxième temps, les instruments utilisés avant et après le traitement sont présentés. Ils sont sous-divisés selon la question de recherche à laquelle ils cherchent à répondre (voir le Tableau 4 pour un résumé des instruments pré et post-test utilisés). Dans un troisième temps, les mesures quotidiennes sont présentées. Elles sont également sous-divisées selon la question de recherche concernée.

Entrevue diagnostique

Afin de déterminer le diagnostic des participants et ainsi dresser leur portrait clinique, l'entrevue diagnostique a été conduite avant l'intervention selon le plan d'entrevue sur les troubles anxieux pour le DSM-IV (ADIS-IV; Brown, DiNardo, & Barlow, 1994). L'ADIS-IV est une entrevue structurée utilisée pour évaluer la présence ou l'absence de troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles somatoformes, troubles d'abus de substances, troubles psychotiques et problèmes médicaux. Elle offre une analyse des

difficultés (trouble principal) du répondant sur l'axe I du DSM-IV (APA, 2000) tout en spécifiant la sévérité des diagnostics posés sur une échelle de Likert de 0 à 8, le point 4 signifiant l'atteinte d'un niveau clinique. Les niveaux sous-cliniques pris en compte pour cette étude se situaient à 2 ou 3 sur l'échelle.

Les variables de symptômes

Les instruments présentés ci-dessous ont été utilisés avant et après le traitement afin de mesurer les effets de l'intervention sur les symptômes liés à l'anxiété, et ce, pour répondre à la première question de recherche (effets sur les symptômes).

Dépression, anxiété et stress. Le *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995), est un questionnaire de 21 items séparés en trois sous-échelles : dépression (ex. : « Je me suis senti(e) triste et déprimé(e) »), anxiété (ex. : « J'ai eu peur sans bonne raison ») et stress (ex. : « J'ai trouvé difficile de décompresser »). Les réponses aux items se situent sur une échelle de Likert en 4 points allant de 0 = *Ne s'applique pas du tout à moi* à 3 = *S'applique entièrement à moi ou la grande majorité du temps*. Le score aux trois sous-échelles peut varier entre 0 et 42. Des scores élevés à ces dernières indiquent un niveau important de dépression, stress et d'anxiété. Les alphas de la version anglaise de la DASS pour les trois sous-échelles dépression, anxiété et stress sont respectivement 0,88, 0,82 et 0,93 (Henry & Crawford, 2005).

Tableau 4

Instruments de mesure pré et post-test

Variable	Instrument	Alpha	Exemple d'item	Intervalle
Dépression	Sous-échelle de dépression de la Depression Anxiety Stress Scale (DASS-D)	0,88	« Je me suis senti(e) triste et déprimé(e) »	0-42
Stress, anxiété et inquiétudes	Sous-échelle de stress de la Depression Anxiety Stress Scale (DASS-S)	0,90	« J'ai trouvé difficile de décompresser »	0-42
	Sous-échelle d'anxiété de la Depression Anxiety Stress Scale (DASS-A)	0,82	« J'ai eu peur sans bonne raison »	0-42
	Inventaire d'anxiété de Beck (BAI)	0,84 - 0,93	« Sensation d'engourdissement ou de picotement »	0-63
	Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State (PSWQ)	0,92	« Mes inquiétudes me submergent »	16-80
Évitement expérientiel	Questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II)	0,76 - 0,87	« J'ai peur de mes émotions »	7-49
Fusion cognitive	Questionnaire de fusion cognitive (CFQ)	0,93 - 0,94	« Mes pensées me font souffrir ou me rendent triste »	7-49
Pleine conscience	Questionnaire sur la pleine conscience comme processus (MPQ)	0,69	« Je ne tente pas consciemment d'accepter mes pensées ou mes émotions »	7-35

Symptômes anxieux. Le Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988. Version française : Freeston, Ladouceur, Thibodeau, Gagnon, & Rhéaume, 1994) est un questionnaire de 21 items qui évalue à quel degré le répondant a été affecté par ses symptômes physiques et cognitifs d'anxiété au cours de la semaine précédente. Des exemples d'items sont : « Sensation d'engourdissement ou de picotement » et « Incapacité de se détendre ». L'instrument utilise une échelle Likert en 4 points allant de 0 = *Pas du tout* à 3 = *Beaucoup, je pouvais à peine le supporter*. Le score peut varier entre 0 et 63, un score élevé indiquant un niveau élevé d'anxiété. Les études de validation de la version française ont des alphas entre 0,84 et 0,93 (Freeston et al., 1994).

Inquiétudes. Le Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990; Version française : Gosselin, Dugas, Ladouceur, & Freeston, 2001) est un questionnaire de 16 items (ex. : « Mes inquiétudes me submergent ») visant à évaluer la tendance à s'inquiéter associée à l'anxiété, particulièrement au trouble d'anxiété généralisée. Les réponses sont données sur une échelle Likert en 5 points allant de 1 = *Pas du tout correspondant* à 5 = *Extrêmement correspondant*. Le score peut varier entre 16 et 80, un score élevé indiquant une grande propension pour l'inquiétude. L'étude de validation de la version française de l'instrument révèle un alpha de 0,92 (Gosselin et al., 2001).

Les variables de processus

Les instruments présentés ci-dessous ont été utilisés avant et après le traitement pour mesurer les effets de l'intervention sur les variables de processus associées à la flexibilité psychologique. Ils ciblent donc la deuxième question de recherche. Les trois variables de processus mesurées sont l'évitement expérientiel, la fusion cognitive et la pleine conscience.

Évitement expérientiel. Le *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ-II, Bond et al., 2011; Version française : Monestès, Villatte, Mouras, Loas, & Bond, 2009) est un questionnaire de 7 items (ex. : « J'ai peur de mes émotions ») mesurant l'évitement expérientiel, composante du manque de flexibilité psychologique. Les réponses sont données sur une échelle Likert en 7 points allant de 1 = *Jamais vrai* à 7 = *Toujours vrai*. Le score peut varier entre 7 et 49. Un score élevé indique une forte propension à l'évitement expérientiel. Les alphas de Cronbach révélés par les études de validation de la version française varient entre 0,76 et 0,87 (Monestès et al., 2009).

Fusion cognitive. Le *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ, Gillanders et al., 2014; Version française : Dionne et al., 2016) est un questionnaire de 7 items mesurant la fusion cognitive, composante du manque de flexibilité psychologique. Un exemple d'item est « Mes pensées me font souffrir ou me rendent triste ». Les réponses sont données sur une échelle Likert en 7 points allant de 1 = *Jamais vrai* à 7 = *Toujours vrai*. Le score varie entre 7 et 49. Un score élevé indique une forte tendance à la fusion cognitive. L'étude de

validation de la version française du questionnaire fait ressortir des alphas entre 0,93 et 0,94 (Dionne et al., sous presse).

Pleine conscience. Le *Mindfulness Process Questionnaire* (MPQ; Erisman & Roemer, 2011; traduction française maison) est un questionnaire de 7 items (ex. : « Je ne tente pas consciemment d'accepter mes pensées ou mes émotions ») mesurant la pleine conscience. Les réponses sont données sur une échelle de Likert en 5 points allant de 1 = *Pas du tout représentatif* à 5 = *Entièrement représentatif*. Le score peut varier entre 7 et 35. Un score élevé fait référence à de meilleures habiletés associées à la pleine conscience. L'alpha de Cronbach établi pour ce questionnaire est de 0,69, à la limite de l'acceptable (Erisman & Roemer, 2011).

Mesures quotidiennes

Les mesures quotidiennes sont une traduction du *Daily ACT Ratings* (Eifert & Forsyth, 2005b). Les réponses se situent sur une échelle de type Likert en 11 points allant de 0 = *Pas du tout* à 10 = *Énormément*. La question portant sur la détresse a pour objectif de mesurer l'effet du programme sur les symptômes d'anxiété. D'un autre côté, les trois questions portant sur les comportements de lutte, le fonctionnement et les actions engagées évaluent les processus associés à la flexibilité psychologique. En tout, les participants ont été sollicités 61 fois pendant le programme pour répondre à ces quatre questions.

Mesures quotidiennes de symptômes

Les mesures quotidiennes de symptômes comprenaient une question concernant le niveau de détresse.

Détresse (Suffering). « Dans quelle mesure avez-vous souffert ou avez-vous été dérangé par votre anxiété aujourd'hui? ». Un score élevé signifie un haut niveau de détresse.

Mesures quotidiennes de processus

Les mesures quotidiennes de processus comprenaient trois questions concernant les comportements de lutte face aux événements internes désagréables, le fonctionnement quotidien et l'engagement dans des actions valorisées.

Lutte (Struggle). « Combien d'efforts avez-vous mobilisés pour faire disparaître vos pensées et émotions liées à l'anxiété aujourd'hui (par exemple, tenter de chasser vos pensées, vous distraire, ou chercher de la réassurance auprès de quelqu'un)? ». Un score élevé signifie un haut niveau de lutte.

Fonctionnement (Workability). « Si la vie en générale était comme aujourd'hui, dans quelle mesure aujourd'hui représenterait une façon de vivre satisfaisante et fonctionnelle pour vous? ». Un score élevé signifie un haut niveau de fonctionnement.

Actions valorisées (Valued actions). « Dans quelle mesure vous êtes-vous engagé dans des comportements (actions) en accord avec vos valeurs et vos buts personnels aujourd'hui? ». Un score élevé signifie un haut niveau d'engagement dans des actions valorisées.

Mesure d'adhérence et de satisfaction

Un questionnaire a été créé par les chercheurs afin de mesurer la participation et la satisfaction des participants quant au programme proposé. Huit questions sur une échelle Likert en 5 points (0 = *Fortement en désaccord*, 4 = *Fortement en accord*) portaient sur la satisfaction générale. Des exemples d'items sont : « Globalement, je suis satisfait(e) de ce programme » et « Ma participation à ce programme m'a permis d'améliorer ma qualité de vie ». Deux questions portaient sur l'adhérence au traitement : « Dans quelle proportion avez-vous réalisé la lecture du livre? » et « Dans quelle proportion avez-vous mis en pratique les exercices proposés dans le livre? ». Les réponses à ces questions étaient offertes en pourcentage (0 à 100 %).

Analyse des données

Des analyses distinctes ont été réalisées pour les mesures pré et post-test et pour les mesures quotidiennes. Tout d'abord, les analyses pour les mesures pré et post-test sont présentées. Ensuite, les analyses pour les mesures quotidiennes sont abordées.

Les données recueillies au pré et post-test ont été analysées à l'aide d'indices de changement valide (*reliable change index*, RCI; Jacobson & Truax, 1991). Les RCI indiquent si le changement dans le score individuel d'un participant se situe au-delà de ce qui pourrait être attendu par l'erreur standard de mesure. Les RCIs correspondent à la différence entre les résultats du participant au prétest et au post-test, divisée par l'erreur standard de cette différence. Les RCIs indiquent ainsi que le changement observé dans les scores est une manifestation valide d'un changement réel chez le participant (Jacobson & Truax, 1991). Cette façon de mesurer le changement permet de présenter l'effet de l'intervention même si les participants ne présentaient pas tous des symptômes anxieux d'intensité clinique.

Les données recueillies par l'auto-enregistrement quotidien ont été analysées de deux façons. Premièrement, des moyennes des réponses quotidiennes ont été calculées sur une base hebdomadaire afin de permettre l'analyse visuelle de graphiques. Cette procédure a dû être effectuée étant donné la variabilité dans le nombre des réponses émises selon les participants. Les moyennes hebdomadaires ont ensuite été utilisées pour créer des graphiques permettant l'observation directe de changement. Les effets sont ainsi évalués en observant les changements entre les phases du niveau de base et de l'intervention. Les changements dans les moyennes, les niveaux et les pentes sont particulièrement importants (Kazdin, 2003).

Deuxièmement, afin d'évaluer si la progression dans le programme est associée à un changement statistiquement significatif, les données quotidiennes ont été analysées avec des modèles de régression linéaire. Ces analyses nous ont ainsi permis d'évaluer quel pourcentage de la variance des variables analysées est expliqué par la progression dans le programme. De cette façon, il est possible de déterminer si les pentes observées suite à l'analyse visuelle représentent un changement qui est statistiquement significatif (Foucart, 2006). Les résultats obtenus sont présentés dans la section suivante.

Résultats

Ce chapitre présente les résultats des analyses par participant. Pour chaque participant, les résultats sont séparés en trois sections. La première section expose les résultats aux questionnaires pré et post-tests. La deuxième section regroupe les graphiques analysés visuellement représentant les moyennes hebdomadaires des mesures quotidiennes et les résultats des régressions linéaires. Tant dans la première que dans la deuxième section, les résultats sont séparés selon que l'on rapporte les résultats aux variables de symptômes ou aux variables de processus. Dans la troisième section, les réponses aux questionnaires maison d'adhérence et de satisfaction sont analysées afin de donner un sens aux résultats obtenus.

Participant 1 : Ève

Les résultats de la participante 1, Ève, sont présentés ci-dessous.

Mesures prétest et post-test

La participante n'a pas répondu aux questionnaires post-tests.

Mesures quotidiennes

Les analyses visuelles et les modèles de régressions linéaires simples tirés des réponses quotidiennes de la participante 1 sont exposés ci-dessous.

Analyse de visuels. Pour les mesures quotidiennes, la Figure 3 présente les visuels réalisés à partir des moyennes hebdomadaires des réponses d'Ève. La participante a répondu à 34,4 % des occasions où elle a été sollicitée. Il est possible de remarquer beaucoup de variabilité dans les résultats obtenus. En effet, les courbes ne se stabilisent pas au cours du programme. En ce qui concerne la variable détresse, elle augmente graduellement en début de programme puis augmente de façon rapide et prononcée à mi-traitement (semaine 5) pour enfin diminuer.

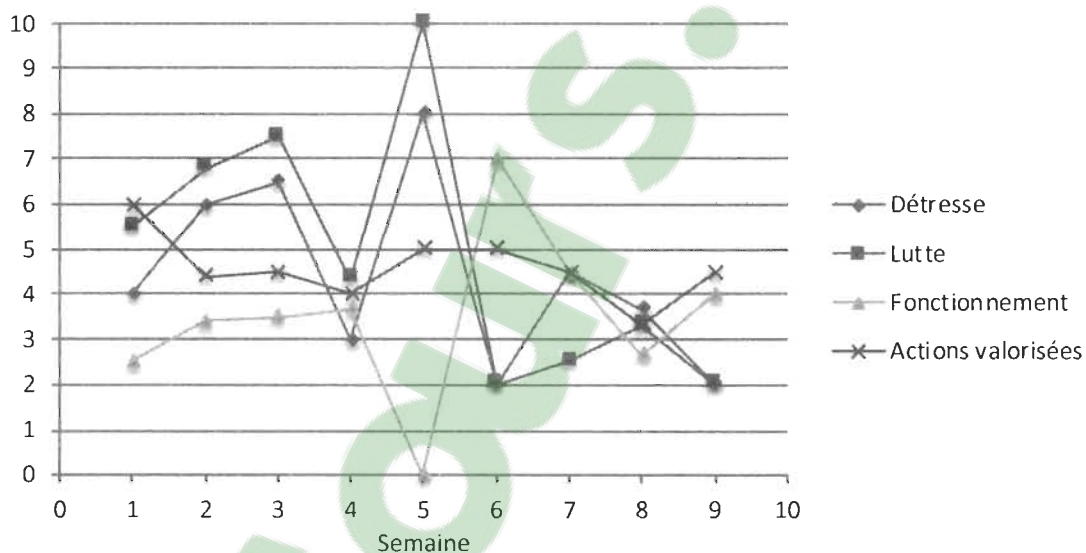


Figure 3. Participant 1 : moyennes hebdomadaires des réponses aux mesures quotidiennes.

Pour ce qui est des mesures de processus, le même patron décrit plus haut se dessine pour les comportements de lutte alors que le fonctionnement diminue de façon marquée à mi-traitement et demeure instable jusqu'à la fin du programme. Il est à noter que la semaine 5 du programme traduit pour la participante un moment où son fonctionnement est hautement altéré (0/10) alors que sa détresse et ses comportements de lutte sont très

présents (entre 8 et 10/10). En ce qui concerne les actions valorisées, la variation dans les réponses est plutôt faible, la pente n'étant pas franchement positive ou négative.

Modèles de régressions linéaires simples. Le Tableau 5 regroupe les résultats des modèles de régression réalisés pour tous les participants. Une seule des analyses effectuées pour les réponses aux mesures quotidiennes d'Ève s'est montrée significative. Un lien négatif significatif a été dégagé entre les comportements de lutte et l'avancement dans le programme ($\beta = -0,086$; $t = -3,30$; $p < 0,05$). Ainsi, plus la participante avance dans le programme, plus ses comportements de lutte diminuent. Plus précisément, 36,4 % de la variabilité dans les comportements de lutte est expliquée par l'avancement dans le programme. La droite de régression associée aux comportements de lutte pour Ève est présentée dans la Figure 4.

Tableau 5

*Modèles de régressions linéaires des réponses aux mesures quotidiennes
pour tous les participants*

Variables	Participant				
	1. Ève	2. Maude	3. Flore	4. Anne	
Variable de symptômes					
Détresse	Bêta	-0,048	-0,057***	-0,02	-0,009
	t	-1,66	-3,48	-1,30	-0,61
	R ²	0,127	0,192	0,031	0,008
Variables de processus					
Lutte	Bêta	-0,086*	-0,038*	-0,063***	0,004
	t	-3,30	-2,17	-3,69	0,38
	R ²	0,364	0,084	0,204	0,003
Fonctionnement	Bêta	0,009	0,044**	0,008	0,027*
	t	0,45	3,04	0,60	2,66
	R ²	0,011	0,154	0,007	0,134
Actions valorisées	Bêta	-0,019	0,017	-0,008	0,021*
	t	-0,96	0,95	-0,54	2,09
	R ²	0,046	0,018	0,005	0,087

Note. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

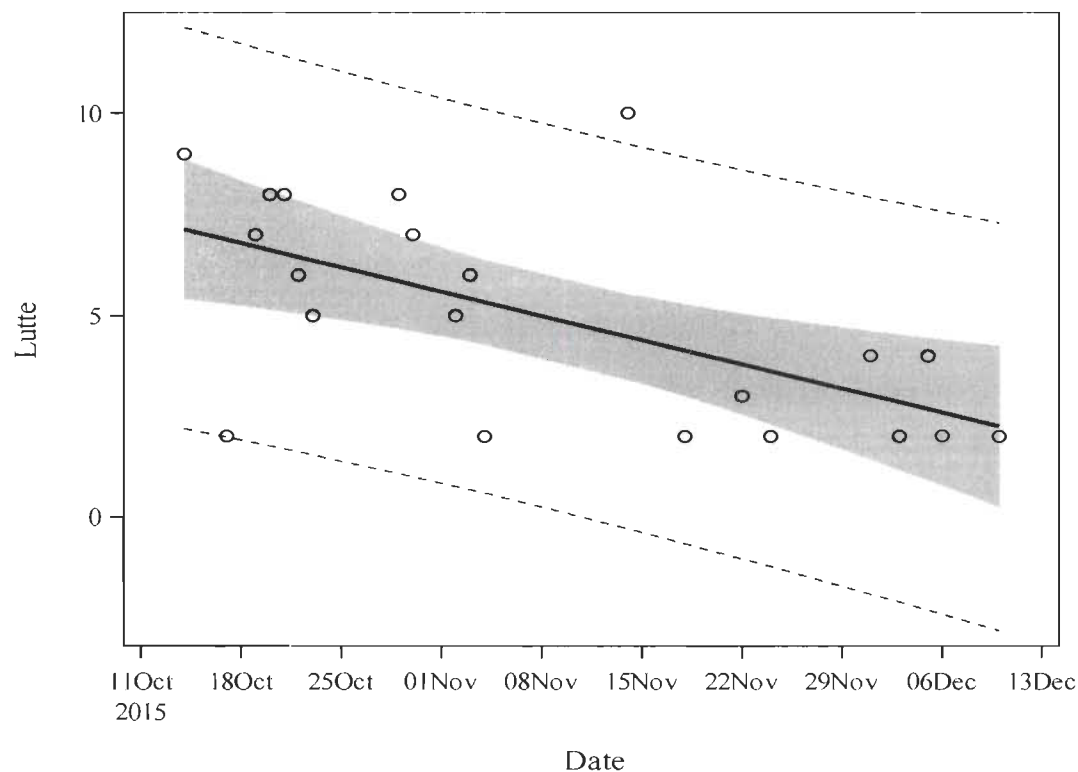


Figure 4. Participant 1 : droite de régression - lutte.

Autres données pertinentes

Au questionnaire maison d'adhérence et de satisfaction, la participante a dit avoir fait 100 % de la lecture recommandée et avoir mis en pratique 80 % des exercices proposés. Elle se dit fortement en accord avec l'énoncé « Globalement, je suis satisfaite du programme » et en accord avec l'énoncé « Ma participation à ce programme m'a permis d'améliorer ma qualité de vie ».

Participant 2 : Maude

Les résultats de la participante 2, Maude, sont présentés ci-dessous.

Mesures prétest et post-test

Le Tableau 6 regroupe les scores aux questionnaires prétests et post-tests de tous les participants. Pour cette participante, il est possible d'observer une diminution significative des symptômes anxieux et des inquiétudes (mesures de symptômes) selon les indices de changements valides (RCI; $p < 0,05$). Pour ce qui est des variables de processus, une diminution de l'évitement expérientiel et de la fusion cognitive est observée, tout comme une augmentation de la pleine conscience. Ces changements sont également significatifs selon les RCI ($p < 0,05$). Aucun changement significatif n'est remarqué pour les trois sous-échelles de la DASS (dépression, anxiété et stress). Il est à noter que Maude présentait au prétest un score très faible pour la dépression.

Tableau 6

Scores aux mesures pré et post-test pour tous les participants

Variable (questionnaire; échelle)	Prétest (participant; score)				Post-test (participant; score)			
	2. Maude	3. Flore	4. Anne	5. Maurice	2. Maude	3. Flore	4. Anne	5. Maurice
Variables de symptômes								
Dépression (DASS-D)	4	10	10	14	2	0*	6*	8*
Anxiété (DASS-A)	16	8	2	10	16	4	4	16*
Stress (DASS-S)	16	14	12	18	16	12	18*	24*
Symptômes anxieux (BAI)	32	15	6	26	13*	6	10	18
Inquiétudes (PWSQ)	72	50	42	59	38*	48	48	49
Variables de processus								
Évitement expérientiel (AAQ-II)	40	29	23	34	21*	18*	X	31
Fusion cognitive (CFQ)	37	33	23	37	31*	18*	X	31*
Pleine conscience (MPQ)	27	17	24	11	30*	29*	X	15*

* Changement valide du pré au post-test, Indice de changement valide $> 1,96$, $p < 0,05$ (Reliable Change Index, RCI)

Mesures quotidiennes

Les analyses visuelles et les modèles de régressions linéaires simples tirés des réponses quotidiennes de la participante 2 sont exposés ci-dessous.

Analyse de visuels. La Figure 5 présente les visuels associés aux moyennes hebdomadaires des réponses de Maude. La participante a répondu à 85,3 % des occasions où elle a été sollicitée. En ce qui concerne la mesure de symptômes, soit la détresse, elle diminue rapidement en début de programme et conserve une pente descendante jusqu'à la fin malgré la présence de quelques pics, ceux-ci demeurant en deçà de 5/10.

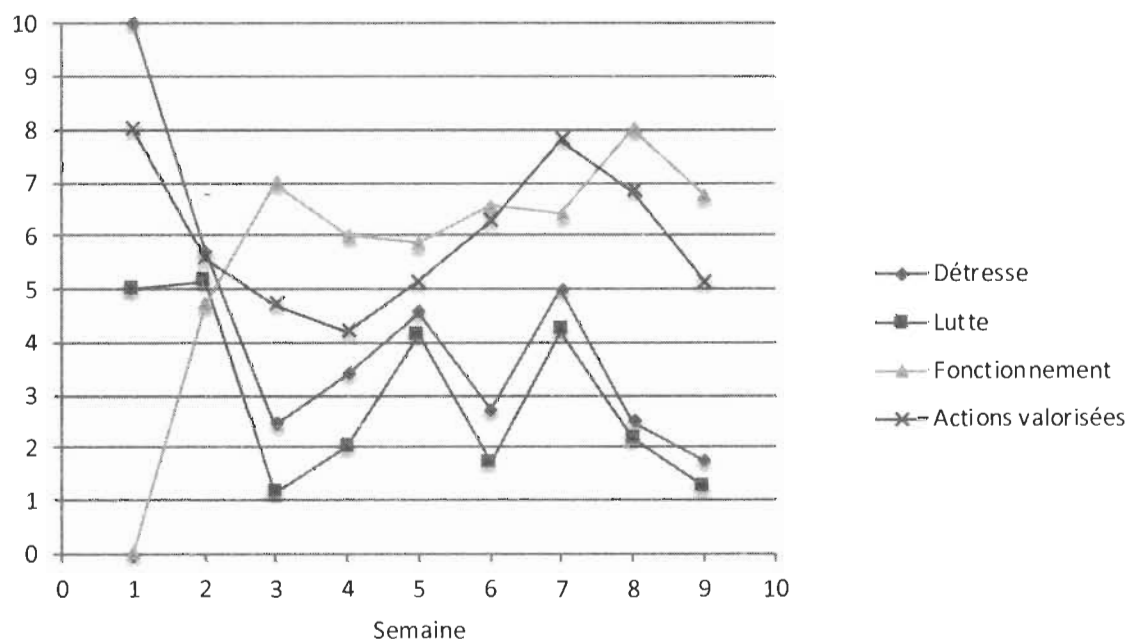


Figure 5. Participant 2 : moyennes hebdomadaires des réponses aux mesures quotidiennes.

Pour ce qui est des mesures de processus, le même patron se dessine pour les comportements de lutte. On observe une importante diminution entre le début et la fin du

programme avec quelques pics pendant le traitement. Pour sa part, le fonctionnement de Maude augmente de façon prononcée en début de programme et se maintient jusqu'à la fin. Seules les actions valorisées ne décrivent pas un patron clair et stable.

Modèles de régressions linéaires simples. Tel qu'inscrit dans le Tableau 5, trois des régressions linéaires simples effectuées pour les réponses aux mesures quotidiennes de Maude se sont montrées significatives. Les droites de régression leur étant associées sont présentées dans les Figures 6 à 8. D'abord, en ce qui concerne la variable de symptômes, un lien négatif significatif a été dégagé entre la détresse et l'avancement dans le programme ($\beta = -0,057$; $t = -3,48$; $p < 0,001$). Ainsi, plus la participante évolue dans le programme, plus sa détresse diminue. Plus spécifiquement, 19,2 % de la variabilité dans la détresse est expliquée par l'avancement dans le programme.

Ensuite, pour ce qui est des variables de processus, un lien négatif significatif a été trouvé entre les comportements de lutte et l'avancement dans le programme ($\beta = -0,038$; $t = -2,17$; $p < 0,05$). De ce fait, plus la participante avance dans le programme, plus ses comportements de lutte diminuent. Il est démontré que 8,4 % de la variabilité dans les comportements de lutte est expliquée par l'avancement dans le programme. Finalement, un lien positif significatif a été dégagé entre le fonctionnement et l'avancement dans le programme ($\beta = 0,044$; $t = 3,04$; $p < 0,01$). Ainsi, plus la participante avance dans le programme, plus son fonctionnement s'améliore. Plus particulièrement, 15,4 % de la variabilité dans le fonctionnement est expliquée par l'avancement dans le programme. Le

modèle de régression linéaire simple effectué pour la variable actions valorisées ne s'est pas avéré significatif.

Autres données pertinentes

Au questionnaire maison d'adhérence et de satisfaction, Maude a dit avoir réalisé 100 % de la lecture recommandée et avoir mis en pratique 85 % des exercices proposés. Elle se dit en accord avec l'énoncé « Globalement, je suis satisfaite du programme » et en accord avec l'énoncé « Ma participation à ce programme m'a permis d'améliorer ma qualité de vie ».

Participant 3 : Flore

Les résultats de la participante 3, Flore, sont présentés ci-dessous.

Mesures prétest et post-test

Les changements significatifs entre les mesures prétests et post-tests de Flore se retrouvent dans le Tableau 6. Concernant les variables de symptômes, tous les scores de Flore ont démontré une tendance vers le bas suite à l'intervention. Par contre, seule la diminution de la sous-échelle dépression à la DASS est significative selon les indices de changements valides (RCI; $p < 0,05$). Pour ce qui est des variables de processus, une diminution de l'évitement expérientiel et de la fusion cognitive est observée, tout comme une augmentation de la pleine conscience. Ces changements sont également significatifs selon les RCI ($p < 0,05$).

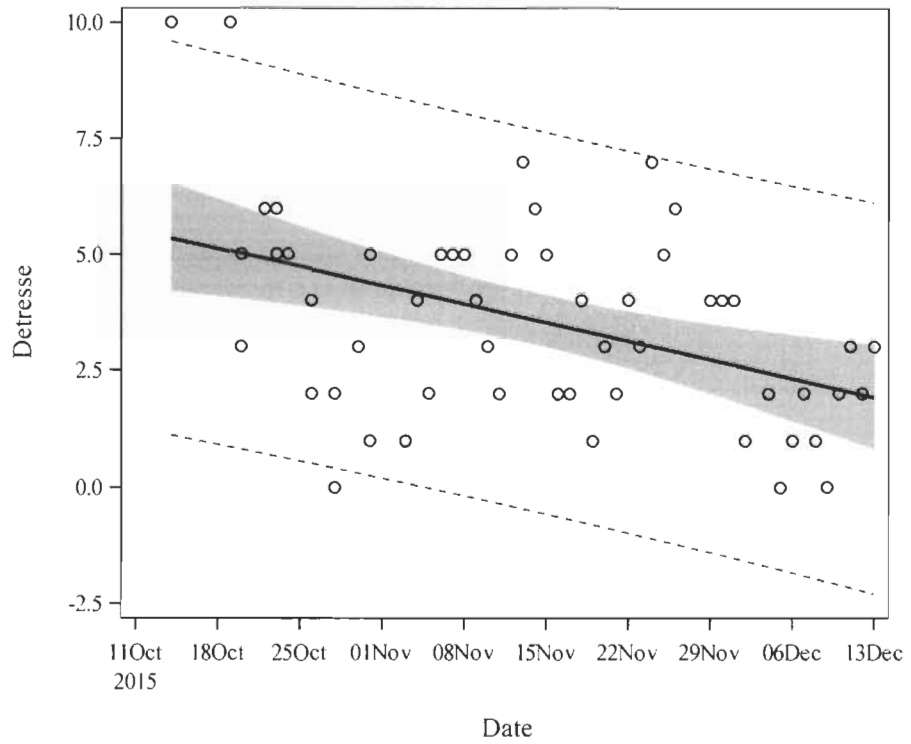


Figure 6. Participant 2 : droite de régression – détresse.

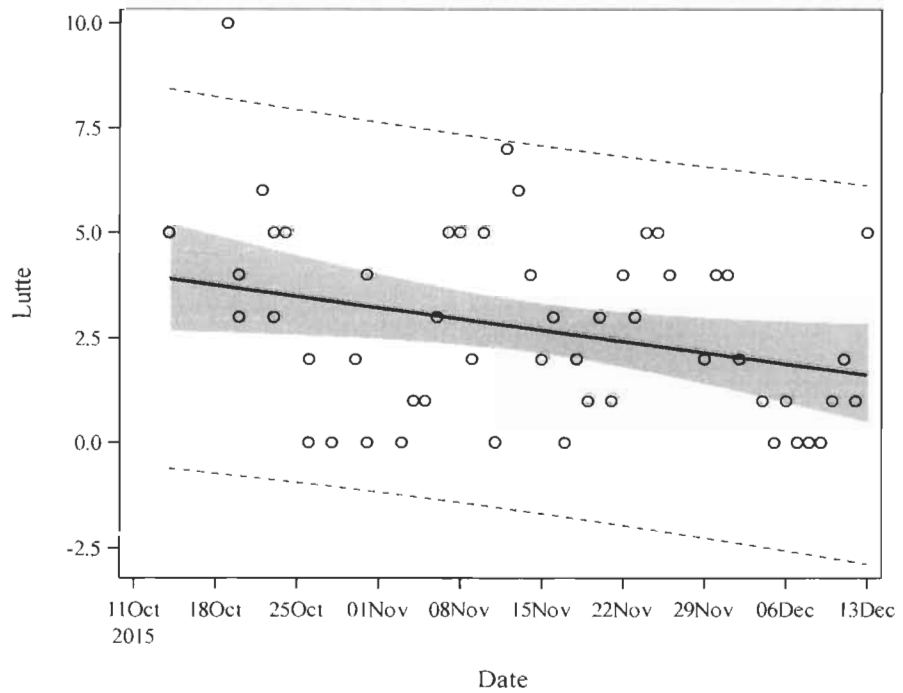


Figure 7. Participant 2 : droite de régression – lutte.

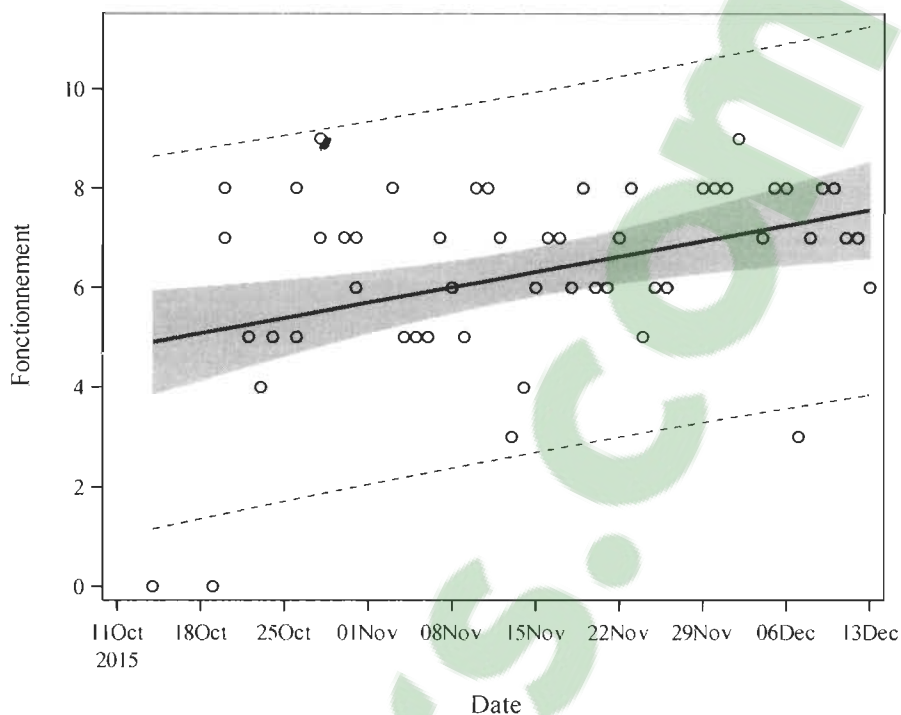


Figure 8. Participant 2 : droite de régression – fonctionnement.

Mesures quotidiennes

Les analyses visuelles et les modèles de régressions linéaires simples tirés des réponses quotidiennes de la participante 3 sont exposés ci-dessous.

Analyse de visuels. Pour les mesures quotidiennes, la Figure 9 présente les visuels associés aux moyennes hebdomadaires des réponses de Flore. La participation a répondu à 90,2 % des occasions où elle a été sollicitée. En ce qui concerne la mesure de symptômes, la détresse se situait à un niveau très bas avant le début de l'intervention. La droite demeure à ce niveau tout au long du programme en suivant une légère pente vers le bas. Concernant les mesures de processus, un patron similaire est remarqué pour les comportements de lutte, ceux-ci étant peu élevés en début de programme et suivant une

légère pente vers le bas au cours du programme. De leur côté, les variables fonctionnement et actions valorisées sont, à l'inverse, déjà très élevées dans le graphique au début du programme et y demeurent tout au long de l'intervention.

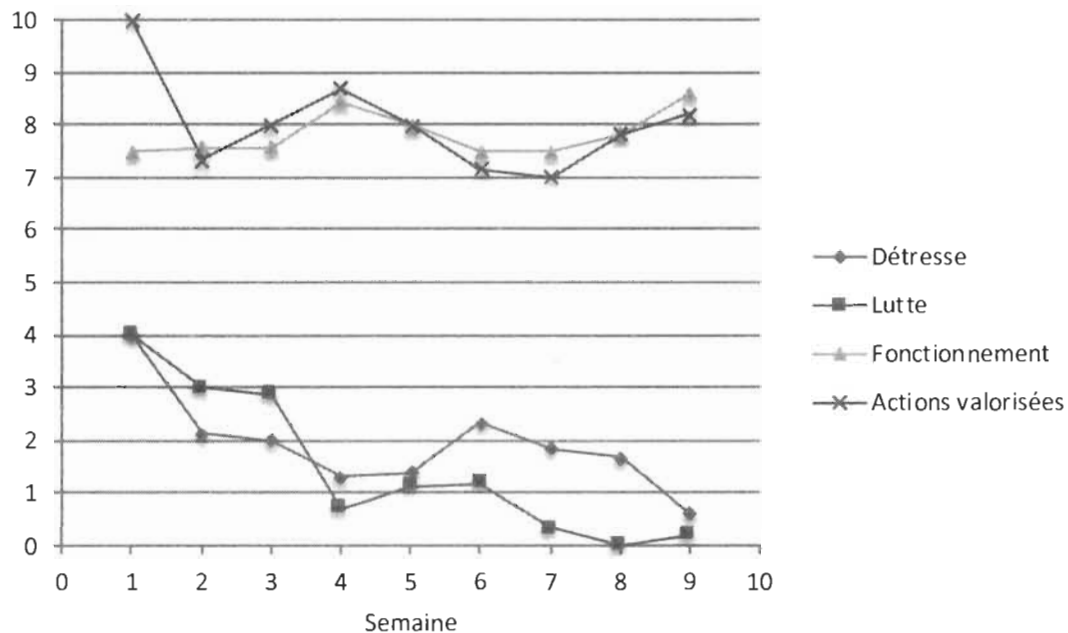


Figure 9. Participant 3 : moyennes hebdomadaires des réponses aux mesures quotidiennes.

Modèles de régressions linéaires simples. Tel que noté dans le Tableau 5, une seule des analyses effectuées pour les réponses aux mesures quotidiennes de Flore s'est montrée significative. Un lien négatif significatif a été dégagé entre les comportements de lutte et l'avancement dans le programme ($\beta = -0,063$; $t = -3,69$; $p < 0,001$). Ainsi, plus la participante avance dans le programme, plus ses comportements de lutte diminuent. Plus particulièrement, 20,4 % de la variabilité dans les comportements de lutte est expliquée par l'avancement dans le programme. La droite de régression associée aux comportements de lutte pour Flore est présentée dans la Figure 10.

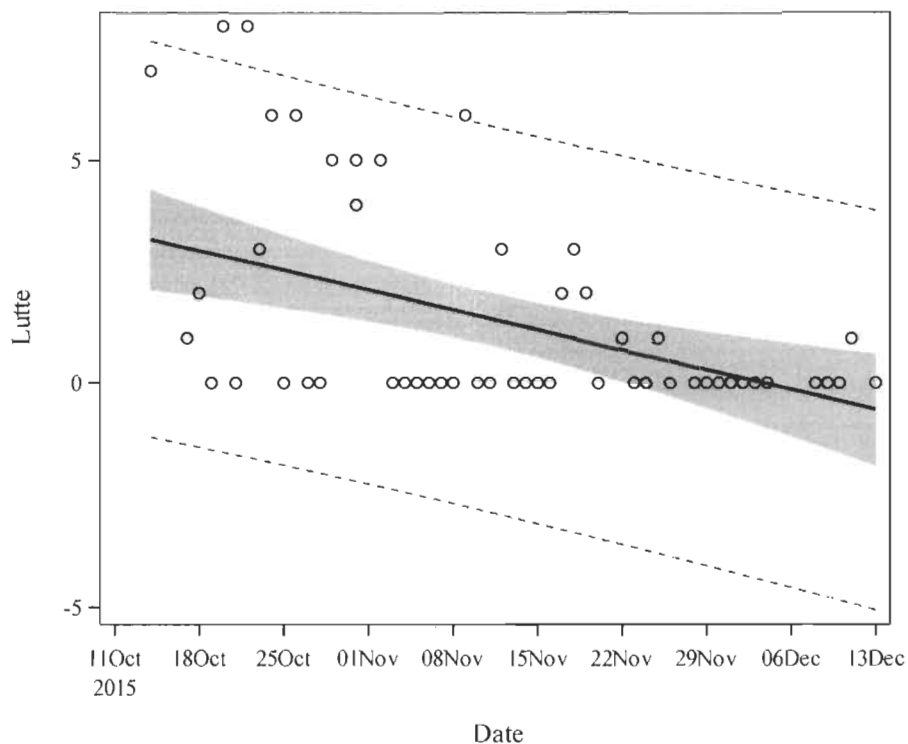


Figure 10. Participant 3 : droite de régression – lutte.

Autres données pertinentes

Au questionnaire maison d'adhérence et de satisfaction, Flore a dit avoir fait 100 % de la lecture recommandée et avoir mis en pratique 85 % des exercices proposés. Elle se dit fortement en accord avec l'énoncé « Globalement, je suis satisfaite du programme » et fortement en accord avec l'énoncé « Ma participation à ce programme m'a permis d'améliorer ma qualité de vie ».

Participant 4 : Anne

Les résultats de la participante 4, Anne, sont présentés ci-dessous.

Mesures prétest et post-test

Les changements significatifs entre les mesures prétests et post-tests d'Anne se retrouvent dans le Tableau 6. Concernant les variables de symptômes, les scores pour les inquiétudes, les symptômes anxieux et la dépression selon la DASS ont diminué au post-test. Par contre, seule la diminution de la dépression à la DASS est significative selon les indices de changements valides (RCI; $p < 0,05$). Il est également possible de noter une augmentation du stress à la DASS, ce changement étant significatif selon les RCI ($p < 0,05$). Pour ce qui est des variables de processus, Anne n'a pas répondu aux questionnaires post-tests.

Mesures quotidiennes

Les analyses visuelles et les modèles de régressions linéaires simples tirés des réponses quotidiennes de la participante 4 sont exposés ci-dessous.

Analyse de visuels. Pour les mesures quotidiennes, la Figure 11 présente les visuels associés aux moyennes hebdomadaires des réponses d'Anne. La participante a répondu à 78,7 % des occasions où elle a été sollicitée. Tant pour la mesure de symptômes que pour les mesures de processus, les droites demeurent assez stables tout au long du programme, se maintenant à un niveau moyen (entre 3 et 6). Seules les variables de processus fonctionnement et actions valorisées augmentent légèrement.

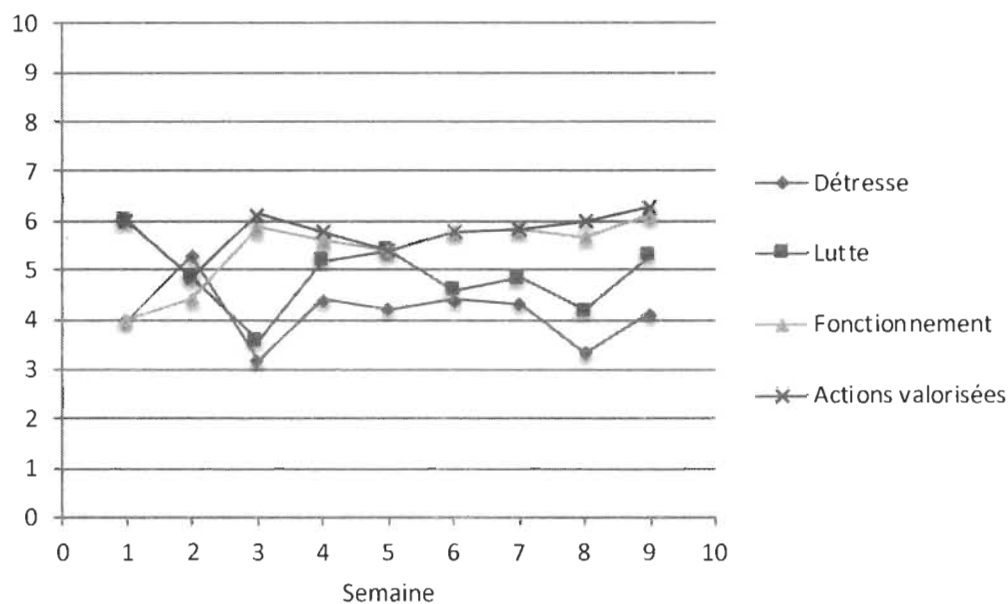


Figure 11. Participant 4 : moyennes hebdomadaires des réponses aux mesures quotidiennes.

Modèles de régressions linéaires simples. Tel que noté dans le Tableau 5, deux des analyses effectuées avec les mesures de processus pour les réponses aux mesures quotidiennes d'Anne se sont montrées significatives, soit le fonctionnement et les actions valorisées. Les deux droites de régression leur étant associées sont présentées dans les Figures 12 et 13. D'abord, un lien positif significatif a été trouvé entre le fonctionnement et l'avancement dans le programme ($\beta = 0,027$; $t = 2,66$; $p < 0,05$). De ce fait, plus la participante avance dans le programme, plus son fonctionnement augmente. Plus spécifiquement, 13,4 % de la variabilité dans le fonctionnement est expliquée par l'avancement dans le programme.

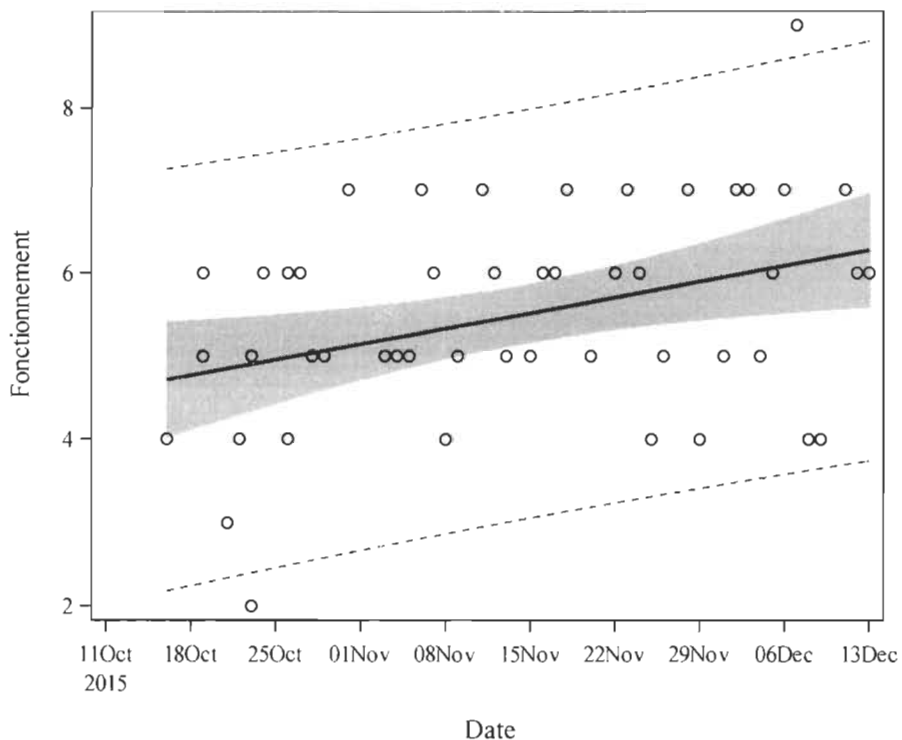


Figure 12. Participant 4 : droite de régression – fonctionnement.

Ensuite, un lien positif significatif a été trouvé entre les actions valorisées et l'avancement dans le programme ($\beta = 0,021$; $t = 2,09$; $p < 0,05$). Ainsi, plus la participante avance dans le programme, plus ses actions valorisées augmentent. Plus particulièrement, 8,7 % de la variabilité dans les actions valorisées est expliquée par l'avancement dans le programme.

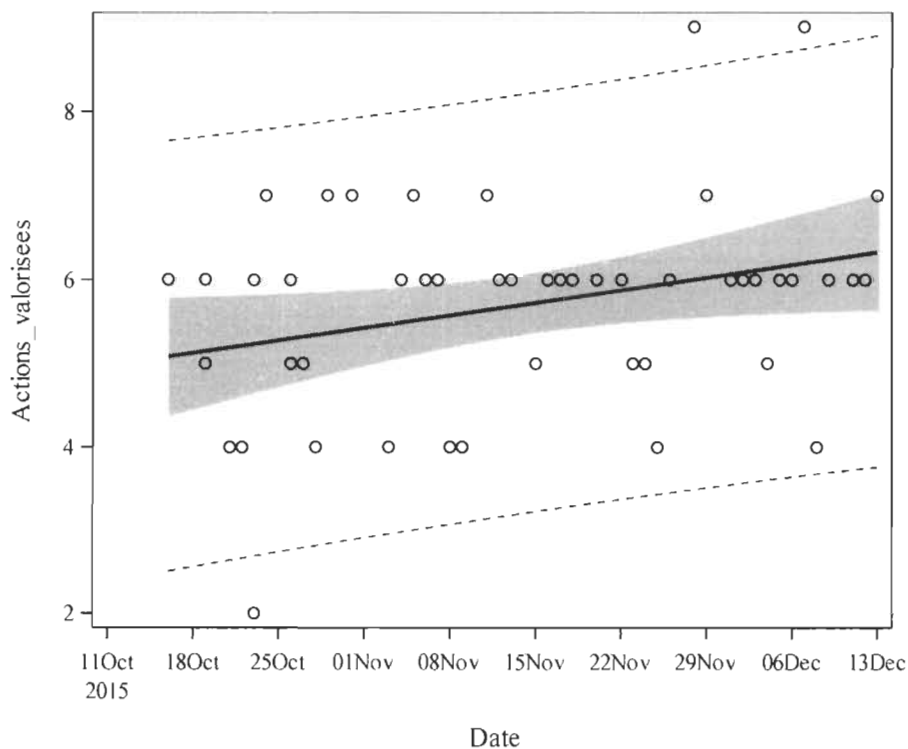


Figure 13. Participant 4: droite de régression – actions valorisées.

Autres données pertinentes

Au questionnaire maison d'adhérence et de satisfaction, madame rapporte avoir fait 70 % de la lecture recommandée et avoir mis en pratique 55 % des exercices proposés. Elle se dit en accord avec l'énoncé « Globalement, je suis satisfaite du programme » et en accord avec l'énoncé « Ma participation à ce programme m'a permis d'améliorer ma qualité de vie ».

Participant 5 : Maurice

Les résultats du participant 5, Maurice, sont présentés ci-dessous.

Mesures prétest et post-test

Les changements significatifs entre les mesures prétests et post-tests de Maurice se retrouvent dans le Tableau 6. Concernant les variables de symptômes, les scores pour les inquiétudes, les symptômes anxieux et la sous-échelle dépression du DASS ont diminué au post-test. Or, seule la diminution de la dépression à la DASS est significative selon les indices de changements valides (RCI; $p < 0,05$). Il est également possible de noter une augmentation de l'anxiété et du stress à la DASS, ces changements étant significatifs selon les RCI ($p < 0,05$). Pour ce qui est des variables de processus, une diminution de l'évitement expérientiel et de la fusion cognitive se dégage. Seule la diminution de la fusion cognitive est significative selon les RCI ($p < 0,05$). Il aussi possible de remarquer une augmentation de la pleine conscience, ce changement étant également significatif selon les RCI ($p < 0,05$).

Mesures quotidiennes

Maurice a répondu aux mesures quotidiennes seulement à partir de la quatrième semaine du programme.

Autres données pertinentes

Au questionnaire maison d'adhérence et de satisfaction, monsieur dit avoir fait 90 % de la lecture recommandée et avoir mis en pratique 70 % des exercices proposés. Il se dit en accord avec l'énoncé « Globalement, je suis satisfaite du programme » et neutre face à l'énoncé « Ma participation à ce programme m'a permis d'améliorer ma qualité de vie ».

Synthèse des résultats

Cette section réalise une synthèse des résultats obtenus pour les variables de symptômes et pour les variables de processus.

Variables de symptômes

En somme, trois des quatre participants (#3 Flore, #4 Anne et #5 Maurice) ayant répondu aux questionnaires post-tests de symptômes ont vu une diminution significative de leur score à la variable dépression entre le début et la fin de l'intervention. Ces trois participants présentaient au prétest un score léger à modéré pour cette échelle alors que la quatrième participante (#2 Maude) présentait au prétest un score normal pour cette échelle. Inversement, deux participants (#4 Anne et #5 Maurice) ont vu une augmentation significative de leur score entre le pré et le post sur les sous-échelles d'anxiété et/ou stress selon la DASS. Par ailleurs, une seule participante (#2 Maude) a démontré une diminution significative de ses scores pour les symptômes anxieux et les inquiétudes. Cette même participante a également vu sa détresse, mesurée quotidiennement, diminuer significativement au fil du programme. Les autres participants ayant répondu aux mesures quotidiennes (#1 Ève, #3 Flore et #4 Anne) ne présentent pas cette amélioration.

Variables de processus

Trois participants (#2 Maude, #3 Flore et #5 Maurice) ayant répondu aux questionnaires post-tests de processus ont vu une diminution significative de leur fusion cognitive ainsi qu'une amélioration significative de leur niveau de pleine conscience.

Deux d'entre eux (#2 Maude et #3 Flore) ont également présenté une diminution significative de leur évitement expérientiel. Trois participants sur quatre (#1 Ève, #2 Maude et #3 Flore) ont aussi rapporté une diminution significative de leurs comportements de lutte au fil du programme. De plus, deux d'entre eux (#2 Maude et #4 Anne) ont présenté une augmentation significative de leur fonctionnement quotidien au fil du programme. Finalement, une participante (#4 Anne) a démontré une augmentation significative de son engagement quotidien dans des actions valorisées.

En somme, il est possible de remarquer les effets mixtes du programme sur les symptômes des participants. Son efficacité serait plus notable pour les symptômes dépressifs que pour les symptômes anxieux. En effet, pour certains participants, les symptômes anxieux ont augmenté, diminué ou n'ont pas changé significativement. Par ailleurs, le programme a permis d'augmenter la flexibilité psychologique chez la majorité des participants. Il est à noter que pour chaque participant, les effets positifs remarqués varient d'un processus à l'autre (évitement expérientiel, fusion cognitive, pleine conscience, fonctionnement et actions valorisées).

Clicours.com

Discussion

Cette étude avait pour objectif d'évaluer les effets d'un programme de bibliothérapie basé sur l'ACT dans le traitement de l'anxiété. Pour ce faire, elle cherchait à répondre à deux questions de recherche : (1) Quels sont les effets du programme sur les symptômes? et (2) Quels sont les effets du programme sur la variable centrale de l'ACT, c'est-à-dire la flexibilité psychologique? Un protocole à cas uniques avec mesures répétées et mesures pré et post-test a été réalisé auprès de 5 participants souffrant d'anxiété. À la lumière des résultats obtenus, les effets du programme sur les symptômes semblent limités. La participation au programme est cependant associée à une amélioration de la flexibilité psychologique des participants. Dans cette section, les résultats sont interprétés. Les limites et les pistes de recherche futures sont ensuite présentées.

Les effets du programme sur les symptômes

Les effets du programme sur les symptômes des participants semblent limités. En effet, le programme n'est pas associé à une diminution des symptômes anxieux chez les participants. Une seule participante, Maude (#2), démontre une amélioration tant pour sa détresse mesurée quotidiennement que pour ses inquiétudes et ses symptômes anxieux. À l'inverse, deux participants (#4 Anne et #5 Maurice) ont présenté une augmentation de leurs symptômes anxieux sur certaines échelles. Les deux autres participants n'ont pas présenté de changement significatif concernant leurs symptômes anxieux à la suite du programme. Inversement, tous les participants qui présentaient des symptômes dépressifs

légers à modérés (entre 10 et 20 à la sous-échelle dépression de la DASS) ont vu une diminution significative de leurs symptômes (retour à un niveau normal). Différents éléments sont à prendre en considération dans la compréhension de ces résultats.

D'abord, les résultats obtenus concernant les symptômes anxieux pour la présente étude ne sont pas cohérents avec la littérature sur l'efficacité de la bibliothérapie. Par exemple, la revue de littérature effectuée par Mains et Scogin (2003) souligne une efficacité quasi équivalente des traitements autoadministrés pour l'anxiété et la dépression. En ce qui concerne spécifiquement la bibliothérapie ACT, l'étude de Jeffcoat et Hayes (2012), réalisée auprès de 236 professionnels en milieu scolaire, et celle de Muto et al. (2011), menée auprès de 70 étudiants internationaux japonais, ont toutes deux démontré des effets de prévention et d'amélioration tant pour la dépression que pour l'anxiété avec de grandes tailles d'effet. L'étude récente de Ritzert et al. (2016) réalisée auprès de 503 participants souffrant d'anxiété a également révélé une amélioration significative des symptômes anxieux, des inquiétudes et de la sensibilité à l'anxiété. Notons que sur le plan théorique, l'approche ACT ne vise pas un changement direct des émotions ou des pensées désagréables dans leur forme ou fréquence, mais bien une modification de la relation à ces symptômes, c'est-à-dire un changement dans la façon de les percevoir (Hayes, Strosahl et al., 2012). Bien qu'il fût souhaité voir dans la présente étude un effet sur le plan des symptômes, il n'est donc pas surprenant que leurs mesures de fréquence ou de forme ne se soient pas améliorées. L'amélioration des processus en lien avec la flexibilité psychologique démontre le changement souhaité dans la relation

aux symptômes anxieux. Or, les résultats trouvés demeurent différents de ceux des autres études portant sur la bibliothérapie ACT, qui établissent pour leur part une diminution des symptômes anxieux, malgré qu'il ne s'agisse pas d'un objectif direct de la thérapie.

La disparité entre l'efficacité du présent programme sur les symptômes anxieux et la littérature pourrait être expliquée par le choix du protocole de recherche ainsi que le nombre de participants. En effet, les trois études présentées ci-haut étaient des essais aléatoires et contrôlés avec de grands échantillons (Jeffcoat & Hayes, 2012; Muto et al., 2011; Ritzert et al., 2016). Le protocole à cas uniques incluant peu de participants utilisé pour cette étude pourrait avoir limité l'observation de tendances quant à l'effet du programme sur les symptômes anxieux. L'absence de groupe contrôle associée au devis choisi pourrait également avoir nui à ces observations. Par ailleurs, la présente étude n'a pas pu inclure de mesures de suivi puisqu'aucun participant n'a répondu aux questionnaires, lorsque sollicité trois mois après la fin du programme. Ces mesures auraient possiblement permis de mieux évaluer les effets du programme sur les symptômes anxieux. En effet, la littérature démontre que l'efficacité de la bibliothérapie est souvent mieux observée lors des mesures de suivi qu'immédiatement après le traitement (Coull & Morris, 2011). Les études de Jeffcoat et Hayes (2012) et de Muto et al. (2011) ont d'ailleurs toutes deux identifié des améliorations significatives plus grandes aux mesures de suivi qu'aux mesures immédiatement après l'intervention. Malgré que le protocole de recherche diffère dans la présente étude, les mesures de suivi auraient donc possiblement permis de mieux comprendre les effets de l'intervention.

Dans un autre ordre d'idée, les résultats obtenus sont possiblement attribuables au manuel de bibliothérapie choisi pour le programme, ce dernier n'étant pas conçu spécifiquement pour le traitement des troubles anxieux. En effet, bien que l'ACT se veuille transdiagnostique, les techniques d'exposition de TCC classique démontrées efficaces dans le traitement spécifique des troubles anxieux ne sont pas rejetées par l'approche. Au contraire, selon le guide de traitement ACT pour les troubles anxieux écrit par Eifert et Forsyth (2005a), les techniques d'exposition de la TCC classique permettent au client de prendre conscience de l'absence de fonction adaptative à leur évitement. Il est donc recommandé de les intégrer à un traitement ACT développé spécifiquement pour les troubles anxieux. Il s'agit d'ailleurs d'une différence importante entre la présente étude et celle de Ritzert et ses collaborateurs (2016), ces derniers ayant utilisé un manuel spécialisé dans le traitement de l'anxiété (*Mindfulness and acceptance work-book for Anxiety*; Forsyth & Eifert, 2007). Le livre *Le piège du bonheur* (Harris, 2009) utilisé comme manuel de traitement dans la présente étude n'inclut pas de techniques d'exposition spécifiques à l'anxiété au-delà de l'observation de l'expérience dans le moment présent et de la mise en action reliée aux valeurs. Le fait qu'une seule participante ait présenté une diminution de ses symptômes anxieux pourrait donc être expliqué par le manuel de traitement utilisé. Effectivement, il serait possible que cet ouvrage incitant plutôt à l'activation qu'à l'exposition soit plus efficace pour les symptômes dépressifs. Ceci expliquerait l'amélioration des symptômes dépressifs chez tous les participants présentant initialement des symptômes légers à modérés et les résultats mitigés concernant les symptômes anxieux. Somme toute, les disparités entre les résultats de la présente étude et

celle de Ritzert et al. (2016) soulèvent la possibilité que le traitement des troubles anxieux nécessite l'utilisation de techniques spécifiques à ces diagnostics.

Par ailleurs, il est à noter que le livre de bibliothérapie utilisé au sein du programme ne se prétend pas un manuel d'autotraitement complet. Le contact limité (un courriel par semaine) entre la thérapeute et les participants pourrait ainsi avoir eu un impact sur la compréhension et l'appropriation des concepts, la motivation et l'engagement des participants. Malgré la disponibilité de la thérapeute pour répondre aux questions ponctuelles, aucun participant n'a demandé d'aide particulière. Tel que mentionné précédemment, il n'existe pas de consensus dans la littérature quant à une plus grande efficacité d'un contact plus fréquent avec le thérapeute lors d'un programme de bibliothérapie. En ce qui concerne les troubles anxieux mixtes (symptomatologie présentée par la plupart des participants), aucun effet associé au type de support offert n'est observé (Newman et al., 2011). Or, un contact plus soutenu aurait possiblement permis à la thérapeute de surveiller les avancements des participants et d'offrir une aide supplémentaire au besoin. Il est à noter que la bibliothérapie est rarement utilisée seule, mais très fréquemment prescrite par des psychologues dans le cours ou à la fin d'une thérapie (Watkins & Clum, 2007). De cette façon, les thérapeutes peuvent réajuster des problèmes potentiels de compréhension face à des concepts plus abstraits, ce qui était impossible au sein de la présente étude. Le manuel utilisé se serait ainsi potentiellement montré plus efficace pour la diminution des symptômes anxieux comme adjuvant à un processus thérapeutique en face à face.

Par ailleurs, certains éléments concernant les modalités de traitement et les caractéristiques individuelles des participants doivent être pris en compte. D'abord, lors de l'appel de mi-traitement, la plupart des participants se sont plaints d'un rythme de lecture trop rapide. Ainsi, il se pourrait que le rythme de lecture imposé ait empêché l'intégration complète des concepts présentés dans le livre, intégration qui aurait pu mener à des changements plus francs sur le plan des symptômes anxieux. Ensuite, pour certains participants, il est possible que l'entraînement à l'ouverture aux émotions puisse avoir contribué à augmenter temporairement la symptomatologie, ce qui se refléterait dans les résultats obtenus. Par exemple, le participant 5 (Maurice) a affirmé lors de l'appel de mi-traitement se sentir déstabilisé par la connexion à des difficultés enfouies depuis longtemps, voyant la résurgence de certains thèmes cliniques qu'il aurait tenté d'oublier. Monsieur a alors nommé se sentir plus anxieux qu'à l'habitude, ce qui pourrait avoir contribué à l'augmentation de ses scores aux échelles de stress et d'anxiété.

Finalement, Maude (#2), présentant au prétest des symptômes anxieux et des inquiétudes d'intensité modérée à sévère, a démontré, contrairement aux autres participants, une diminution significative de ses symptômes anxieux. Le programme aurait donc été plus efficace en présence d'une symptomatologie plus sévère. Ce constat est cependant contradictoire avec la littérature sur l'efficacité de la bibliothérapie. En effet, certains chercheurs constatent une meilleure efficacité pour une symptomatologie légère à modérée (Coull & Morris, 2011). Il demeure que le traitement proposé pour cette étude a eu peu d'effets chez les participants dont la sévérité des symptômes était légère et le

fonctionnement quasi optimal. Le petit échantillon utilisé ne permet cependant pas de conclure à une variation des effets du programme selon la sévérité du trouble.

Les effets du programme sur la flexibilité psychologique

Le programme engendrerait une amélioration de la flexibilité psychologique pour la majorité des participants. Quelques disparités quant aux processus de changement démontrant un plus grand progrès sont cependant remarquées. De façon générale, un meilleur contact avec l'instant présent (pleine conscience), une diminution de la fusion cognitive ainsi qu'une diminution de l'évitement expérientiel ont été observés. Tous les participants présentant au début du programme un niveau élevé de comportements de lutte en réponse à leurs pensées et émotions désagréables ont vu une diminution significative de ceux-ci au fil du traitement. Ce constat permet ainsi d'établir qu'un changement quant à la façon de percevoir et de s'adapter aux événements privés (pensées et émotions) déplaisants s'est opéré. Pour certains participants, ce changement s'est également exprimé dans le fonctionnement et l'engagement quotidien vers des actions valorisées.

Ces résultats sont cohérents avec les constats tirés des trois autres études portant sur la bibliothérapie ACT exposées plus tôt. En effet, chacune d'entre elles rapporte une amélioration de la flexibilité psychologique, notamment sur les mesures d'évitement expérientiel et de pleine conscience (Jeffcoat & Hayes, 2012; Muto et al., 2011, Ritzert et al., 2016). Cependant, l'étude récente de Ritzert et al. (2016) note une amélioration de la flexibilité psychologique plus significative entre le post-test et le suivi. À nouveau,

l'absence de mesure de suivi dans cette étude limite les comparaisons possibles avec la littérature disponible, notamment concernant la variabilité selon le participant de l'amélioration de certains processus de changement spécifiques.

Par ailleurs, il est démontré qu'un manque de flexibilité psychologique est associé à plus de symptômes de psychopathologie et une moins bonne qualité de vie (Hayes et al., 2006). Lors de l'évaluation subjective du programme, la majorité des participants se sont dit « En accord » ou « Totalemment en accord » avec le fait que le programme a permis une amélioration de leur qualité de vie. Ce constat, malgré qu'il s'agisse d'une mesure limitée de la qualité de vie, est donc cohérent avec la littérature : l'augmentation de la flexibilité psychologique des participants pourrait avoir mené à une amélioration subjective de leur qualité de vie. Évidemment, puisque ces mesures demeurent autorapportées et subjectives, des éléments de désirabilité sociale pourraient avoir influencé les résultats obtenus. Il pourrait de ce fait être intéressant de développer une entrevue semi-structurée permettant de mesurer la flexibilité psychologique et la qualité de vie par l'entremise d'un évaluateur externe.

En somme, l'amélioration de la flexibilité psychologique observée à la suite du programme de bibliothérapie ACT laisse croire que les principes de l'ACT peuvent être suffisamment appris et expérimentés par la lecture afin qu'ils puissent créer un changement d'attitude chez un individu en réponse à ses événements privés désagréables. Ce constat permet de soutenir la pertinence de la bibliothérapie selon une approche ACT,

notamment dans le but d'assouplir des modes de fonctionnement comportemental rigides étant souvent à la source de la psychopathologie. Puisque l'amélioration de la flexibilité psychologique est considérée comme un facteur de protection contre les problèmes de santé mentale (Biglan, Hayes, & Pistorello, 2008), ces résultats sont importants. Ils appuient effectivement la bibliothérapie ACT comme une modalité d'intervention prometteuse pour le traitement ou la prévention de difficultés associées à l'anxiété.

Une question demeure tout de même quant à l'impact limité de cette meilleure flexibilité psychologique sur les symptômes anxieux des participants. Comment expliquer que l'amélioration d'un processus large comme la flexibilité psychologique n'ait pas permis une amélioration de difficultés concrètes telles que les symptômes anxieux? D'abord, tel qu'expliqué plus haut, l'importance des techniques d'exposition dans la diminution des symptômes anxieux est bien établie. Selon l'approche ACT, la mise en action vers les valeurs implique de s'exposer aux événements privés désagréables associés à ce qui est important pour nous (voir la matrice ACT; Polk, Schoendorff, Webster, & Olaz, 2016). Selon la construction du manuel de traitement utilisé, les notions entourant l'action engagée sont présentées dans les derniers chapitres. Il s'agit donc des derniers éléments lus par les participants et ainsi peu mis en pratique avant les mesures post-tests. Ainsi, bien que les notions d'ouverture et d'acceptation soient présentées en début de traitement, il serait possible que l'introduction tardive dans le programme de l'action engagée ait limité l'exposition aux événements internes désagréables normalement évités

par les participants, réduisant ainsi les effets mesurés du programme sur les symptômes anxieux.

Par ailleurs, il est à noter que les participants ont mentionné avoir fait entre 70 % et 100 % de la lecture, mais avoir mis en pratique entre 55 et 85 % des exercices proposés. Cette adhérence au traitement est similaire à celle documentée dans l'étude de Ritzert et al. (2016) où les participants auraient lu en moyenne 66,5 % du livre et plus d'un tiers en aurait lu au moins 90 %. Les chercheurs ont cependant mesuré la mise en pratique en termes d'heures par semaine, ce qui rend impossible une comparaison avec la présente étude. Il demeure tout de même possible d'avancer qu'une mise en pratique parfois limitée pourrait avoir nui aux apprentissages expérientiels, et donc aux améliorations sur le plan des symptômes, alors que la lecture plus extensive du manuel aurait permis la compréhension des concepts associés à la flexibilité psychologique. Cette meilleure compréhension se serait ensuite traduite dans les prises de mesures.

En résumé, les constats tirés de cette étude soutiennent l'efficacité de la bibliothérapie ACT dans l'amélioration des processus de changement reliés à la flexibilité psychologique. Toutefois, l'appui empirique quant à l'amélioration des symptômes anxieux demeure insuffisant. Il est possible de penser que le contexte de l'étude n'a pas offert le temps nécessaire aux participants pour que cette amélioration de leur flexibilité psychologique puisse se traduire au sein de leur symptomatologie anxieuse, l'intégration des concepts étant peut-être insuffisante. D'autres facteurs en lien avec la méthodologie

de l'étude ont pu influencer les résultats trouvés, notamment l'absence d'exercices d'exposition spécifiques à l'anxiété. À la lumière de la discussion présentée, les limites à la présente étude seront abordées dans la prochaine section, puis seront suivies de pistes de recherche futures.

Limites de l'étude

Des limites existent quant à la généralisation des résultats trouvés. Certaines de ces limites sont associées au devis de recherche utilisé (protocole à cas uniques). La première est l'absence de l'atteinte d'un niveau de base aux mesures quotidiennes pour tous les participants avant le début de l'intervention. Ce critère, difficile à rencontrer dans une étude clinique, empêche d'exclure entièrement le passage du temps comme explication aux changements observés visuellement pour les mesures quotidiennes. Il devient, de ce fait, difficile d'attribuer au programme en lui-même les effets mesurés. Par exemple, la diminution ou l'augmentation des scores aux variables mesurées quotidiennement pourraient être dues à des tendances déjà présentes avant l'introduction de l'intervention. De plus, le protocole choisi se montre a priori limité quant au contrôle expérimental sur les menaces à la validité interne de l'étude comme le passage du temps, la régression vers la moyenne et les événements majeurs pouvant expliquer les changements observés (Rizvi & Nock, 2008). Il aurait d'ailleurs été intéressant d'utiliser un protocole à cas uniques avec niveaux de base multiples pour tenter de pallier à ces limites (par ex. : la moitié des participants entament le programme quand l'autre moitié l'a terminé). Toutefois, l'utilisation de modèles de régression linéaire permet tout de même l'observation de

certains changements significatifs non attribuables au passage du temps. Par contre, le petit échantillon ($N = 5$) sur lequel les analyses pré et post-tests ont été effectuées en diminue la représentativité et rend les analyses statistiques plus faibles. La grande quantité de mesures prises, particulièrement les mesures quotidiennes, visaient à pallier ce manque. Il n'en demeure pas moins qu'il est impossible d'affirmer que les tendances identifiées ici se reproduiraient au sein de la population générale. Par ailleurs, les participants n'ont pas reçu d'enseignement complet permettant de bien saisir le sens des questions quotidiennes. Il a également été impossible de vérifier qu'ils complétaient adéquatement les auto-enregistrements. Ces deux limites peuvent avoir influencé la validité des réponses données à ces mesures. Notons également qu'il y a de grandes disparités dans l'âge des participants et l'échantillon ne comprend qu'un seul homme, ce qui peut également avoir eu une influence sur les résultats. De plus, le protocole choisi ne permettait pas l'utilisation d'une variable de comparaison comme une liste d'attente ou un autre traitement. Il est donc seulement possible de tirer des conclusions probables, sans pouvoir affirmer de relations de cause à effet assurées. L'utilisation unique de questionnaires autorapportés et l'absence d'accord interjuge pour l'entrevue diagnostique représentent également des limites notables à cette étude. Finalement, l'utilisation de mesures d'anxiété non clinique aurait permis d'éviter les effets plancher qui ont potentiellement été rencontrés avec les questionnaires choisis.

La méthodologie complexe et la charge de travail demandée aux participants ont mené à quelques limites, ayant possiblement diminué leur motivation ou adhérence.

D'abord, certains participants n'ont pas répondu aux mesures post-tests ou aux mesures quotidiennes. Ces données manquantes ont limité les observations possibles et les conclusions quant aux effets du programme. Certains participants ont également été inconstants dans leur taux de réponse aux questions quotidiennes alors que certains ont fourni un taux de réponse plus faible que d'autres participants. Ces éléments limitent la validité des analyses statistiques réalisées. Ensuite, lors de l'envoi des mesures de suivi trois mois après la fin du programme, aucun participant n'a répondu au questionnaire. Tel que mentionné plus tôt, l'obtention de ces données au suivi aurait permis de mieux comprendre les effets du programme tant sur les symptômes que sur la flexibilité psychologique. Finalement, il est impossible de connaître la réelle proportion de la lecture réalisée et mise en pratique autrement que par une mesure subjective autorapportée. Des jeux-questionnaires permettant de mesurer objectivement l'adhérence au traitement et l'intégration des acquis auraient pu s'avérer pertinents à cet effet.

En résumé, les limites méthodologiques de cette étude empêchent la généralisation des résultats à la population générale. Cependant, tel qu'exposé plus haut, les résultats obtenus apportent tout de même des questions intéressantes quant à l'efficacité de la bibliothérapie ACT dans le traitement de l'anxiété. Ils représentent également un appui empirique à l'utilisation de la bibliothérapie ACT dans le but d'améliorer la flexibilité psychologique.

Pistes de recherche future

Concernant le présent programme de bibliothérapie, les disparités entre les résultats trouvés et la littérature rendent essentielle la réalisation d'études supplémentaires afin d'en établir clairement l'efficacité. Pour ce faire, il serait tout indiqué de réaliser un essai aléatoire et contrôlé avec un grand échantillon en utilisant le même programme pour vérifier si les résultats concernant les symptômes anxieux sont de nouveau identifiables. Si tel est le cas, des études visant à évaluer les différents mécanismes de changement impliqués dans le programme seraient pertinentes afin d'en comprendre les effets.

Par ailleurs, tel qu'exposé précédemment, une augmentation de la quantité de traitements de l'anxiété basés sur des données probantes, au-delà de ceux impliquant un thérapeute, est nécessaire pour satisfaire la grande demande de services qui dépasse largement les ressources actuelles (Kazdin & Blase, 2011). Le manuel de traitement utilisé ici, tout comme les traitements autoadministrés ACT en général, permet de faciliter l'accès aux services tout en offrant un intéressant rapport coût-efficacité. Récemment, Rosen et Lilienfeld (2016) ont critiqué la disponibilité sur le marché et la vente de plusieurs livres d'approche ACT sans fondements empiriques. Considérant que l'ACT s'est démontrée efficace dans des essais aléatoires et contrôlés, un questionnement est ici à soulever concernant l'ampleur de l'appui empirique nécessaire afin d'établir l'efficacité d'une approche. Il faut tout de même accorder aux auteurs que de façon générale, malgré la grande disponibilité des livres de bibliothérapie, très peu sont basés sur des données probantes et encore moins ont été évalués empiriquement (Malouff & Rooke, 2007;

Redding, Herbert, Forman, & Gaudiano, 2008). Il pourrait notamment être pertinent de comparer la bibliothérapie ACT à une thérapie en face à face pour établir son efficacité.

Assurément, devant la possibilité d'offrir la bibliothérapie comme option de traitement à des individus souffrants, il importe de poursuivre les études sur le matériel disponible sur le marché. Leur efficacité doit être appuyée par des études afin de protéger le grand public dans l'achat de livres de bibliothérapie qui pourraient s'avérer inutiles, voire même nuisibles. Finalement, la montée des technologies modifie tranquillement les potentialités de l'utilisation des traitements autoadministrés. Il suffit par exemple d'imaginer l'étendue des possibilités créée par des applications cellulaires permettant de combiner offre de traitement et prise de mesures. En somme, considérant l'aspect prometteur des traitements autoadministrés dans la multiplication des options de traitements et l'augmentation de la qualité des services offerts, ce domaine de recherche mérite une attention soutenue.

Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'évaluer les effets d'un programme de bibliothérapie basé sur l'ACT auprès de personnes souffrant d'anxiété. Ce sujet d'étude est important, considérant la forte prévalence des troubles anxieux et l'insuffisance des services offerts. Le matériel de bibliothérapie, offrant un rapport coût-efficacité avantageux, doit être testé empiriquement pour appuyer son efficacité. L'étude visait précisément à répondre aux deux questions de recherche suivantes : (1) Quels sont les effets du programme sur les symptômes des participants? (2) Quels sont les effets du programme sur la flexibilité psychologique des participants (évitement expérientiel, fusion cognitive, pleine conscience, comportements de lutte dirigés vers les symptômes anxieux, fonctionnement quotidien et engagement dans des actions valorisées)?

Les constats tirés soutiennent l'efficacité de la bibliothérapie ACT dans l'amélioration des processus de changement reliés à la flexibilité psychologique, variable directement associée à la qualité de vie et à la santé mentale (Hayes, Strosahl et al., 2012). Toutefois, l'appui empirique quant à l'amélioration des symptômes anxieux demeure insuffisant. Une amélioration des symptômes dépressifs a cependant été remarquée.

Des interprétations de ces résultats ont été proposées dans la discussion, notamment concernant le protocole de recherche utilisé, le rythme de lecture imposé et l'inadéquation du manuel de traitement choisi. Malgré que les limites méthodologiques de cette étude

empêchent la généralisation des résultats à la population générale, les résultats obtenus posent tout de même des questions intéressantes quant à l'efficacité de la bibliothérapie ACT dans le traitement de l'anxiété. Ils représentent également un appui empirique à l'utilisation de la bibliothérapie ACT dans le but d'améliorer la flexibilité psychologique. De plus, étant donné le faible coût de l'intervention administrée, l'effet mesuré au sein de cette étude révèle que la bibliothérapie ACT offre un rapport coût-bénéfice avantageux. Il importe cependant de reconnaître les défis associés à l'implantation d'un tel programme, notamment l'adhérence au traitement, le maintien de la motivation et l'ampleur du travail que ce type d'intervention exige du participant.

En somme, cet essai représente un jalon dans l'établissement de l'efficacité de la bibliothérapie ACT. Il soulève du même coup plusieurs questions quant à l'utilisation de la bibliothérapie comme traitement seul. Assurément, devant la possibilité de promouvoir l'utilisation des traitements autoadministrés ACT auprès d'individus souffrants, il importe de mener plus d'études sur le matériel (livres, applications cellulaires et programmes informatiques) disponible sur le marché.

Références

- A-Tjak, J. G. L., Davis, M., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. G. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*, 30-36.
- American Psychiatric Association. (APA, 1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd., rév.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (APA, 2013). *DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, DC: Authors.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, *61*, 271-285.
- Apodaca, T. R., & Miller, W. R. (2003). A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *Journal of Clinical Psychology*, *59*(3), 289-304.
- Arch, J. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Eifert, G. H., & Craske, M. G. (2012). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(7-8), 469-478.
- Avdagic, E., Morrissey, S. A., & Boschen, M. J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behaviour therapy for generalised anxiety disorder. *Behaviour Change*, *31*(2), 110-130.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2^e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, *35*(2), 205-230.
- Baxter, A., Scott, K., Vos, T., & Whiteford, H. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, *43*(5), 897-910. doi: 10.1017/S003329171200147

- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York, NY: Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893-897.
- Berger, T., Caspar, F., Richardson, R., Kneubühler, B., Sutter, D., & Andersson, G. (2011). Internet-based treatment of social phobia: A randomized controlled trial comparing unguided with two types of guided self-help. *Behaviour Research and Therapy, 49*(3), 158-169.
- Biglan, A., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention Science, 9*, 139-152.
- Block, J. A. (2002). *Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety* (Thèse de doctorat inédite). University at Albany, Albany, WA.
- Block, J. A., & Wulfer, E. (2000). Acceptance or change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *The Behavior Analyst Today, 1*(2), 3-10.
- Bohlmeijer, E. T., & Hulsbergen, M. (2008). *Voluit leven. Mindfulness of de kunst van het aanvaarden, nu als praktisch hulpboek* [Living to the Full. Mindfulness or the Art of Acceptance, now as a Practical Help Book]. Amsterdam: Boom.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676-688.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 585-599.
- Brown, T. A., DiNardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 17-31.
- Cairney, J., & Streiner, D. L. (2010). *Mental disorder in Canada: An epidemiological perspective*. Toronto, Canada: University of Toronto Press.

- Cavanagh, K., Strauss, C., Forder, L., & Jones, F. (2014). Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help?: A systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clinical Psychology Review, 34*(2), 118-129.
- Chaloult, L., & Ngo, T. L. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale : théorie et pratique*. Boucherville, Canada : Gaëtan Morin.
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Stein, M. B. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38*(12), 728-734.
- Codd, R. T., Twohig, M. P., Crosby, J. M., & Enno, A. (2011). Treatment of three anxiety disorder cases with Acceptance and Commitment Therapy in a private practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 25*(3), 203-217.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^e éd.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Côté, G., & Fortier-Chicoine, J. (2010). La bibliothérapie ou ces livres pour guérir. *Lectures, 167*, Dossier spécial Santé, 33-38.
- Coull, G., & Morris, P. G. (2011). The clinical effectiveness of CBT-based guided self-help interventions for anxiety and depressive disorders: A systematic review. *Psychological Medicine, 41*(11), 2239-2252.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2005). Quality of life and anxiety disorders: A population study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193*, 196-202.
- Craske, M. G., Niles, A. N., Burklund, L. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Vilardaga, J. C. P., Arch, J. J., ... Lieberman, M. D. (2014). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: Outcomes and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(6), 1034-1048.
- Craske, M. G., & Stein, M. B. (2016). Anxiety. *The Lancet, 388*(10063), 3048-3059. Repéré à <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673616303816>
- Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 28*(2), 139-147.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine, 40*(12), 1943-1957.

- Dahl, J. C., & Lundgren, T. L. (2006). *Living beyond your pain: Using Acceptance and Commitment Therapy to ease chronic pain*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Dalrymple, K. L. (2006). *Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study* (Thèse de doctorat inédite). Université Drexel, Philadelphie, PA.
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder - A pilot study. *Behavior Modification, 31*(5), 543-568.
- Day, V., McGrath, P. J., & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university students with anxiety, depression and stress: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy, 51*(7), 344-351.
- Dick, C. L., Bland, R. C., & Newman, S. C. (1994). Panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89*(376), 45-53.
- Dionne, F., Gagnon, J., Balbinotti, M., Morais Peixoto, E., Martel, M.-E., Gillanders, D., & Monestès, J.-L. (2016) « Buying into thoughts »: French validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Canadian Journal of Behavioural Science, 48*(4). [En ligne]. doi: 10.1037/cbs0000053
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2010). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. Dans K. S. Dobson (Éd.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 3-39). New York, NY: Guilford Press.
- Dobson, K. S., & Khatri, N. (2000). Cognitive therapy: Looking backward, looking forward. *Journal of Clinical Psychology, 56*(7), 907-923.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. (2005a). *Acceptance & Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. (2005b). Dail ACT Ratings. Dans *Acceptance & Commitment Therapy for Anxiety Disorders: A Practitioner's Treatment Guide to Using Mindfulness, Acceptance, and Values-Based Behavior Change Strategies* (p. 129). Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Erisman, S. M., & Roemer, L. (2011). A preliminary investigation of the process of mindfulness. *Mindfulness, 3*, 30-43.

- Farrand, P., & Woodford, J. (2013). Impact of support on the effectiveness of written cognitive behavioural self-help: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 182-195.
- Febbraro, G. A. R. (2005). An investigation into the effectiveness of bibliotherapy and minimal contact interventions in the treatment of panic attacks. *Journal of Clinical Psychology*, 61(6), 763-779.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Pieterse, M. E., & Schreurs, K. M. G. (2012). Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 485-495.
- Foucart, T. (2006). Colinéarité et régression linéaire. *Mathématiques et sciences humaines. Mathematics and Social Sciences*, 173, 5-25.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799.
- Forsyth, J. P., & Eifert, G. H. (2007). *The mindfulness and acceptance workbook for anxiety*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck : propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale*, 20(1), 47-55.
- French, K., Golijani-Moghaddam, N., & Schröder, T. (2017). What is the evidence for the efficacy of self-help acceptance and commitment therapy? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 360-374. doi: 10.1016/j.jcbs.2017.08.002
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... Ferenbach, C. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101.
- Gloster, A. T., Sonntag, R., Hoyer, J., Meyer, A. H., Heinze, S., Ströhle, A., ... Wittchen, H. U. (2015). Treating treatment-resistant patients with panic disorder and agoraphobia using psychotherapy: A randomized controlled switching trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(2), 100-109.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2001). Evaluation of worry: Validation of a French translation of the Penn State Worry Questionnaire. *Encéphale*, 27, 475-484.

- Gould, R. A., & Clum, G. A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review, 13*(2), 169-186.
- Gregory, R. J., Schwer Canning, S., Lee, T. W., & Wise, J. C. (2004). Cognitive bibliotherapy for depression: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*(3), 275.
- Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy – do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders, 190*, 551-565.
- Harris, R. (2009). *Le piège du bonheur*. Montréal, Canada : Éditions de l'Homme.
- Haslam, N. (2003). Categorical versus dimensional models of mental disorder: The taxometric evidence. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37*(6), 696-704.
- Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L. G., & Havik, O. E. (2012). Self-help treatment of anxiety disorders: A meta-analysis and meta-regression of effects and potential moderators. *Clinical Psychology Review, 32*(5), 425-445.
- Hayes, S. A., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2010). Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 48*(3), 238-245.
- Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. Dans S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Éds), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 13-32). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York, NY: Plenum Press..
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science, 1*(1), 1-16.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Éds, 2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York, NY: Guilford Press.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1-25.
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2 éd.). New York, NY: 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.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The 21-item version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS – 21): Normative data and psychometric evaluation in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology, 44*, 227-239.
- Hirai, M., & Clum, G. A. (2006). A meta-analytic study of self-help interventions for anxiety problems. *Behavior Therapy, 37*(2), 99-111.
- Hofer, P. D., Waadt, M., Aschwanden, R., Milidou, M., Acker, J., Meyer, A. H., ... Gloster, A. T. (2017). Self-help for stress and burnout without therapist contact: An online randomised controlled trial. *Work & Stress, 1*-20. doi: 10.1080/02678373.2017.1402389
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry, 69*(4), 621-632.
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive - behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*(2), 138-155.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(2), 351-355.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991) Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.

- Jeffcoat, T., & Hayes, S. C. (2012). A randomized trial of ACT bibliotherapy on the mental health of K-12 teachers and staff. *Behaviour Research and Therapy*, *50*, 571-579.
- Johnston, M., Foster, H., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention for chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, *26*, 393-402.
- Karekla, M. (2004). *A comparison between acceptance-enhanced pain control treatment and pain control treatment for panic disorder* (Thèse de doctorat inédite). The University at Albany, Albany, WA.
- Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology* (4^e éd.). Boston : Allyn et Bacon.
- Kazdin, A. E., & Blase, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, *6*(1), 21-37.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593-602.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative relationships*. New York, NY: Plenum.
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*(3), 276-289.
- Landy, L. N., Schneider, R. L., & Arch, J. J. (2015). Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: A concise review. *Current Opinion in Psychology*, *2*, 70-74.
- Larivey, M. (2002). *La puissance des émotions : comment distinguer les vraies des fausses*. Montréal, Canada : Éditions de l'Homme.
- Linehan, M. M. (1993). *Skill training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Loerinc, A. G., Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Bluett, E. J., & Craske, M. G. (2015). Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clinical Psychology Review*, *42*, 72-82.

- Lopez, F. J. C. (2000). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in panic disorder with agoraphobia: A case study. *Psychology in Spain, 4*, 120-128.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2^e éd.). Sydney: Psychology Foundation.
- Luoma, J. B., Hayes, L. A., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy skills-training manual for therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications Inc.
- Mains, J. A., & Scogin, F. R. (2003). The effectiveness of self-administered treatments: A practice-friendly review of the research. *Journal of Clinical Psychology, 59*(2), 237-246.
- Malouff, J. M., & Rooke, S. E. (2007). Empirically supported self-help books. *Behavior Therapist, 30*(6), 129-131.
- Marrs, R. (1995). A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology, 23*(6), 843-870.
- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 157*, 669-682.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*(6), 487-495.
- Monestès, J. L., Villatte, M., & Jaillardon, C. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement : ACT*. Paris : Elsevier Masson.
- Monestès, J.-L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. W. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *Revue européenne de psychologie appliquée/European Review of Applied Psychology, 59*(4), 301-308.
- Murray, G. W. (2011). *A critical introduction to DSM*. New York, NY: Nova Science Publishers, Inc.
- Muto, T., Hayes, S. C., & Jeffcoat, T. (2011). The effectiveness of acceptance and commitment therapy bibliotherapy for enhancing the psychological health of Japanese college students living abroad. *Behavior Therapy, 42*(2), 323-335.
- Neveu, C., & Dionne, F. (2010). La thérapie d'acceptation et d'engagement. *Revue québécoise de psychologie, 31*(3), 63-83.

- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review, 40*, 91-110.
- Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S. J., & Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review, 31*(1), 89-103.
- Nordgreen, T., Havik, O. E., Öst, L. G., Furmark, T., Carlbring, P., & Andersson, G. (2012). Outcome predictors in guided and unguided self-help for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 50*(1), 13-21.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Deacon, B. J. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Psychiatric Clinics of North America, 33*(3), 557-577.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 27*, 572-581.
- Orsillo, S. M., Roemer, L., & Barlow, D. H. (2003). Integrating acceptance and mindfulness into existing cognitive-behavioral treatment for GAD: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*(3), 222-230.
- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill, J. W. (2006). A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 6*(3), 397-416.
- Öst, L. G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 61*, 105-121.
- Otte, C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: Current state of the evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 13*(4), 413-421.
- Perreault, M., Lafortune, D., Laverdure, A., Chartier-Otis, M., Bélanger, C., Marchand, A., ... & Milton, D. (2013). Obstacles de l'accès au traitement rapportés par des personnes aux prises avec un trouble anxieux. *The Canadian Journal of Psychiatry, 58*(5), 300-305.
- Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. O. (2016). *The essential guide to the ACT Matrix: A step-by-step approach to using the ACT Matrix model in clinical practice*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

- Rachman, S. (2004). *Anxiety*. Hove: Psychology Press.
- Redding, R. E., Herbert, J. D., Forman, E. M., & Gaudiano, B. A. (2008). Popular self-help books for anxiety, depression, and trauma: How scientifically grounded and useful are they?. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*(5), 537-545.
- Ritzert, T. R., Forsyth, J. P., Sheppard, S. C., Boswell, J. F., Berghoff, C. R., & Eifert, G. H. (2016). Evaluating the effectiveness of ACT for anxiety disorders in a self-help context: Outcomes from a randomized wait-list controlled trial. *Behavior Therapy, 47*(4), 444-459.
- Rizvi, S. L., & Nock, M. K. (2008). Single-case experimental designs for the evaluation of treatments for self-injurious and suicidal behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*(5), 498-510.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 38*(1), 72-85.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a random controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 1083-1089.
- Rosen, G. M., & Lilienfeld, S. O. (2016). On the failure of psychology to advance self-help: Acceptance and commitment therapy (ACT) as a case example. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 46*(2), 71-77.
- Rouillon, F. (2008, February). Épidémiologie des troubles psychiatriques. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 166, No. 1, pp. 63-70). Elsevier Masson.
- Sachs, D. A. (2005). *Integrated acceptance with imaginal exposure to core schema: Process and outcome in generalized anxiety disorder* (Thèse de doctorat inédite). University de la Californie du Sud, Los Angeles, CA.
- Sareen, J., Chartier, M., Kjernisted, K. D., & Stein, M. B. (2001). Comorbidity of phobic disorders with alcoholism in a Canadian community sample. *The Canadian Journal of Psychiatry, 46*(8), 733-740.
- Scogin, F., Welsh, D., Hanson, A., Stump, J., & Coates, A. (2005). Evidence-based psychotherapies for depression in older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*(3), 222-237.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York, NY: Guilford Press.

- Smith, N. M., Floyd, M. R., Scogin, F., & Jamison, C. S. (1997). Three-year follow-up of bibliotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(2), 324-327.
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry, 51*(2), 100-113.
- Stein, D. J., Scott, K. M., de Jonge, P., & Kessler, R. C. (2017). Epidemiology of anxiety disorders: From surveys to nosology and back. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 19*(2), 127-136.
- Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry, 157*(10), 1606-1613.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 965-978.
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., & McKay, D. (2012). Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 26*, 583-589.
- Thorsell, J., Finnes, A., Dahl, J., Lundgren, T., Gybrant, M., Gordh, T., & Buhrman, M. (2011). A comparative study of 2 manual-based self-help interventions, acceptance and commitment therapy and applied relaxation, for persons with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain, 27*(8), 716-723.
- van Lankveld, J. J. D. M. (1998). Bibliotherapy in the treatment of sexual dysfunctions: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(4), 702-708.
- Villatte, M., & Monestès, J. L. (2010). La théorie des cadres relationnels : La place du langage dans la thérapie d'acceptation et d'engagement. *Revue québécoise de psychologie, 31*(3), 85-104.
- Villatte, M., Villatte, J. -L., & Hayes, S. C. (2015). *Mastering the clinical conversation: Language as intervention*. New York, NY: Guilford Publications.
- Waadt, M., & Acker, J. (2013). *Burnout: mit Akzeptanz und Achtsamkeit den Teufelskreis durchbrechen*. Bern, Allemagne : Hans Huber.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., ... Haro, J. M. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and

substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370(9590), 841-850.

Watkins, P. L., & Clum, G. A. (Éds, 2007). *Handbook of self-help therapies*. New York, NY: Taylor & Francis.

- Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M., & Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: A meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders, 175*, 152-167.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Ayers, C. R., Stoddard, J. A., Ruberg, J., Sorrell, J. T., ... Patterson, T. L. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy, 42*(1), 127-134.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Arch, J. J., Rosenfield, D., & Craske, M. G. (2012). Moderators and non-specific predictors of treatment outcome for anxiety disorders: A comparison of Cognitive Behavioral Therapy to Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(5), 786-799.
- Yadegari, L., Hashemiyani, K., & Abolmaali, K. (2014). Effect of acceptance and commitment therapy on young people with social anxiety. *International Journal of Scientific Research in Knowledge, 2*(8), 395-403.
- Yuen, E. K., Herbert, J. D., Forman, E. M., Goetter, E. M., Juarascio, A. S., Rabin, S. J., & Bouchard, S. (2010). *Using Skype videoconferencing and Second Life virtual environments to deliver acceptance-based behavior therapy for social anxiety disorder*. The 44th annual convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, San Francisco, CA.
- Zettle, R. (2007). *ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance & commitment therapy in treating depression*. Oakland, CA: New Harbinger.

Appendice A
Formulaire de consentement

UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Savoir. Surprendre.

LETTRE D'INFORMATION

Mieux vivre avec son anxiété à l'aide de la bibliothérapie

Étude menée par **Catherine Ethier**, étudiante au doctorat
Sous la supervision de Frédérick Dionne, Ph.D., professeur, chercheur
et Frédéric Langlois, Ph.D., professeur, chercheur
Département de psychologie, UQTR

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les effets d'un traitement de bibliothérapie fondé sur la thérapie d'acceptation et d'engagement, serait grandement appréciée.

Objectifs

L'objectif de ce projet de recherche est d'évaluer les effets de la lecture du livre de bibliothérapie fondé sur la thérapie d'acceptation et d'engagement, *Le piège du bonheur*, écrit par Russ Harris, dans la gestion de l'anxiété.

Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Prenez donc le temps de la lire attentivement et n'hésitez pas à poser toute question que vous jugerez utile.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste principalement à faire la lecture du livre *Le piège du bonheur* (Harris, 2008, *Éditions de l'homme*) sur une période de six semaines, avec un support minimal par un thérapeute, et d'effectuer quelques exercices à la maison chaque semaine. La thérapie d'acceptation et d'engagement consiste à favoriser d'une part l'acceptation des ressentis difficiles reliés à l'anxiété et d'autre part, l'engagement dans des actions concrètes en relation avec les objectifs et valeurs personnelles.

Votre participation implique de vous présenter pour une entrevue d'évaluation préalable (environ une heure) et de remplir les questionnaires en ligne sur différents facteurs liés à l'anxiété (environ 30 minutes). Les questionnaires sur les facteurs liés à l'anxiété seront de nouveau remplis après l'intervention de 6 semaines et lors d'une relance de trois mois.

Lors de six semaines de participation à l'intervention, vous serez également invités à remplir trois brefs questionnaires par semaine par voie électronique. Ces questionnaires permettront prendre environ 10 minutes à compléter. De plus, vous serez invités à répondre quatre questions que vous recevrez par message texte tous les jours portant sur votre niveau d'anxiété et d'activité (environ 1 minute).

Ainsi, tel qu'expliqué dans le tableau ci-dessous, votre participation implique environ 1h30 de lecture par semaine et environ 10 minutes pour répondre aux questionnaires. De plus, 1 minute par jour devra être consacrée aux réponses aux 4 questions quotidiennes.

Quand	Quoi	Temps/sem.
Semaine 1 12 octobre	Entrevue et questionnaires, 2h Questionnaires hebdomadaires, 10 min Questions quotidiennes, 1 min/jour	2h20
Semaine 2 19 octobre	Questionnaires hebdomadaires, 10 min Questions quotidiennes, 1 min/jour	15 min
Semaine 3 26 octobre	Lecture : introduction, chap. 1-2, 1h30 Questionnaires hebdomadaires, 10 min Questions quotidiennes, 1 min/jour	1h45
Semaine 4 2 novembre	Lecture : chap. 3 à 9 inclusivement, 1h30 Questionnaires hebdomadaires, 10 min Questions quotidiennes, 1 min/jour	1h45
Semaine 5 9 novembre	Lecture : chap. 10 à 16 inclusivement, 1h30 Questionnaires hebdomadaires, 10 min Questions quotidiennes, 1 min/jour	1h45
Semaine 6 16 novembre	Lecture : chap. 17 à 23 inclusivement, 1h30 Questionnaires hebdomadaires, 10 min Questions quotidiennes, 1 min/jour	1h45
Semaine 7 23 novembre	Lecture : chap. 24 à 28 inclusivement, 1h30 Questionnaires hebdomadaires, 10 min Questions quotidiennes, 1 min/jour	1h45

Quand	Quoi	Temps/sem.
Semaine 8 30 novembre	Lecture : chap. 29 à 33 inclusivement, 1h30 Questionnaires hebdomadaires, 10 min Questions quotidiennes, 1 min/jour	1h45
Semaine 9 7 décembre	Entrevue et questionnaires, 2h Questionnaires hebdomadaires, 10 min Questions quotidiennes, 1 min/jour	2h15
Relance	Questionnaires, 30 min	30 min

Vos renseignements et vos réponses aux questionnaires resteront strictement confidentiels.

Risques, inconvénients, inconforts

Il est possible que certaines personnes éprouvent quelques inconforts quant à la longueur des questionnaires, la lecture du livre ou à la prise de conscience de certains aspects de leur situation personnelle. Si c'est votre cas, n'hésitez pas à en parler à un membre de l'équipe de recherche.

Le fait de suivre une bibliothérapie avec un contact minimal avec un thérapeute peut engendrer divers inconforts et émotions désagréables. Pour diminuer ce risque, l'équipe de recherche sera disponible par courriel pour répondre à vos questions ou inquiétudes. De plus, à tout moment, vous pouvez demander que les membres de l'équipe de recherche vous téléphonent afin de vous apporter du soutien. Noter que les superviseurs de l'étude sont des psychologues expérimentés membres de l'Ordre des psychologues du Québec. Voici également trois références qui sont à votre disposition si vous ressentez le besoin de parler à un psychologue ou à un intervenant en relation d'aide au cours de l'étude :

Ordre des psychologues du Québec.
Téléphone 1-800-363-2644
Site Internet : www.ordrepsy.qc.ca.

Tel-aide Québec
Ligne d'écoute téléphonique
1 877 700-2433

Centre de prévention suicide
1-866-APPELLE

Finalement, le temps consacré au projet demeure un inconvénient.

Bénéfices

Votre participation à cette étude vous offrirait des outils pour favoriser une meilleure gestion de votre anxiété et des symptômes associés. Les méthodes proposées par le livre sont éprouvées scientifiquement dans la gestion de l'anxiété. Généralement, suite à ce genre d'intervention, on pourrait observer une diminution des symptômes anxieux, dépressifs et une amélioration de la qualité de vie. Vous contribueriez également à l'avancement des connaissances scientifiques dans le traitement de l'anxiété.

L'équipe de recherche s'engage à payer les frais de stationnement lors de vos déplacements au laboratoire pour l'entrevue diagnostique. De plus, vous recevriez gratuitement le livre *Le piège du bonheur de Russ Harris (Éditions de l'homme)*

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par un code numérique. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'essai doctoral et d'articles, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans un classeur dans le bureau du superviseur de l'étude à l'UQTR. Les seules personnes qui y auront accès seront les membres de l'équipe de recherche. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites dans cinq ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Le fait de participer ou non n'affectera en rien l'accessibilité aux services du service aux étudiants (SAE) auxquels vous avez droit. Si vous vous retirez en cours d'étude, les données accumulées ne seront pas utilisées.

Remerciement

Votre collaboration est précieuse. Nous l'apprécions et vous en remercions.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Frédérick Dionne, Ph.D., professeur adjoint à l'Université du Québec à Trois-Rivières
1-800-365-0922 poste 3520
frederick.dionne@uqtr.ca

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-15- 213-07.28 a été émis le 26 mai 2015.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

UQTR


 Université du Québec
à Trois-Rivières

Savoir. Surprendre.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Catherine Ethier, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet évaluation de l'efficacité du livre de bibliothérapie fondé sur la thérapie d'acceptation et d'engagement "le piège du bonheur" dans le traitement des troubles anxieux. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

Participant :	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Appendice B
Appel de mi-traitement

Appel mi-traitement

(Chronométrer)

- 1. Introduction
- 2. Comment se passe le programme pour vous jusqu'à présent?
 - o Si vous avez pris du retard, ne vous en faites pas, peut-être pourrez-vous les rattraper dans les prochaines semaines.
- 3. Avez-vous des questions particulières sur le contenu du livre ou avez-vous besoin de précision?
- 4. Y a-t-il des exercices qui vous aident plus que d'autres?
- 5. Certains aspects vous paraissent-ils plus difficiles?
- 6. Comment c'est pour vous de recevoir les courriels et messages texte?
- Dans les dernières semaines du programme vous continuerez de développer votre flexibilité psychologique en utilisant le moment présent, la défusion et l'acceptation tout en vous mettant graduellement dans l'action. Je vous encourage à maintenir votre engagement dans les différents exercices proposés. N'hésitez pas à m'écrire si surviennent des difficultés ou des questions particulières.