

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

L'APPORT D'UN PROGRAMME BASÉ SUR LA THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET
D'ENGAGEMENT AUPRÈS D'ADOLESCENTS SUIVIS EN PÉDOPSYCHIATRIE :
EXPLORATION DES EFFETS PERÇUS ET DES PROCESSUS DE CHANGEMENT

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
ANAÏS RIERA

JANVIER 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

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

Direction de recherche :

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

Alain Dubois, Ph. D. codirecteur de recherche
Université Laval

Jury d'évaluation :

Alain Dubois, Ph. D. codirecteur de recherche
Université Laval

Karine Poitras, Ph. D. évaluatrice interne
Université du Québec à Trois-Rivières

Diane Marcotte, Ph. D. évaluatrice externe
Université du Québec à Montréal

Sommaire

Les troubles dépressifs et anxieux, qui présentent de haut taux de comorbidité, sont les troubles de santé mentale qui touchent le plus les adolescents. Sans prise en charge, ces problématiques peuvent perdurer dans le temps et entraîner diverses complications à l'âge adulte. Les méthodes traditionnelles ou de première ligne pour le traitement des troubles de santé mentale peuvent s'avérer infructueuses. Devant ce constat et face à la croissance des demandes de consultation en pédopsychiatrie, il est essentiel de développer et d'évaluer des options thérapeutiques nouvelles et adaptées aux adolescents, telles que la Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), qui s'avère une approche prometteuse. Dans la littérature actuelle, il n'existe que très peu d'études s'intéressant aux effets et aux processus de changement d'une intervention ACT auprès d'adolescents présentant diverses problématiques. En s'appuyant sur un devis de recherche qualitatif, la présente étude s'inscrit dans une logique exploratoire et vise à approfondir notre compréhension des effets et des processus de changement de l'intervention de groupe basée sur la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) auprès des adolescents âgés de 14 à 17 ans consultant en pédopsychiatrie. Des entretiens semi-dirigés d'environ 30 minutes ont été réalisés auprès de trois cohortes (N = 11), puis analysées à l'aide de la méthode d'analyse thématique de Paillé et Mucchielli (2016). Les résultats font émerger cinq principales rubriques, soit 1) les effets perçus par les participants; 2) les processus psychologiques de changement; 3) les processus liés à l'expérience de groupe; 4) les éléments se trouvant à l'extérieur de l'intervention; et 5) les défis ou obstacles liés à l'intervention. En somme, les participants ont perçu plusieurs effets positifs au terme de l'intervention

malgré la présence de défis et d'obstacles au cours de leur participation. En plus de l'appropriation des processus de l'ACT par les participants, les résultats mettent en lumière l'importance du contexte relationnel comme agent de changement, la modalité de groupe s'avérant ainsi particulièrement pertinente pour les adolescents étant donné les particularités de cette période développementale.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des figures	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Contexte théorique	6
La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)	6
La pertinence de l'ACT en contexte de pédopsychiatrie	11
État actuel des connaissances sur l'ACT	13
Recherches empiriques traitant de l'impact de l'ACT auprès des adolescents	14
Les études sur les processus de changements au sein d'une intervention ACT	18
Les études sur les processus de changements au sein de l'ACT auprès des adolescents	20
La recherche qualitative et l'ACT	22
La recherche qualitative et l'ACT auprès de la clientèle des adolescents	24
Principales limites des études qualitatives recensées et apport de la présente étude	28
Objectifs de l'étude	30
Méthode	31
Participants	32
Intervention	32
Perspective de l'étude	33

Procédure de prise de contact des participants.....	34
Démarche de collecte de données	35
Procédé d'analyse des données	37
Résultats	41
1.Les effets perçus par les participants	45
2.Processus psychologiques de changement.....	50
3.Processus reliés à l'expérience de groupe.....	62
4.Éléments se trouvant à l'extérieur de l'intervention	67
5.Défis et obstacles reliés à l'intervention	70
Discussion.....	74
Les effets perçus par les participants	75
Les processus psychologiques de changement	77
Les processus reliés à l'expérience de groupe	84
Les éléments se trouvant à l'extérieur de l'intervention	88
Les défis et obstacles reliés à l'intervention	89
Limites de l'étude.....	91
Conclusion	96
Références	99
Appendice A. Schéma d'entretien.....	115
Appendice B. Résumé du contenu de chaque séance du programme d'intervention	118
Appendice C. Arbre thématique complet sur le contenu des entretiens	120

Liste des figures

Figure

- 1 Les effets, les processus de changements et les difficultés perçus par les participants au regard de leur expérience d'un programme d'intervention basé sur la thérapie d'acceptation et d'engagement 42
- 2 Arbre thématique résumant l'analyse sur les principaux résultats au regard de l'expérience des participants d'un programme d'intervention basé sur la thérapie d'acceptation et d'engagement 44

Remerciements

J'aimerais exprimer ma reconnaissance envers quelques personnes ayant contribué à la réalisation de ce projet.

Je suis sincèrement reconnaissante envers mon directeur d'essai doctoral, Monsieur Frédérick Dionne, Ph.D., professeur agrégé au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), pour sa disponibilité et son encadrement dans la réalisation de ce projet d'envergure. Son implication active et ses commentaires autant constructifs que positifs ont certainement contribué à bonifier et à mener à terme la rédaction de cet essai.

Je désire également remercier mon co-directeur Alain Dubois, Ph.D., professeur agrégé au Département des fondements et pratiques en éducation, pour sa disponibilité et ses judicieux conseils. Nos échanges m'ont inspiré et guidé tout au long de ce projet doctoral.

Un merci spécial à toutes les personnes ayant contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce projet de recherche, telles que Pascale St-Amand et Isabelle Rose, les cliniciennes ayant animé l'intervention, ainsi que les assistantes de recherche ayant participé à la transcription des entretiens.

De plus, je souhaite remercier la communauté Thèsez-vous dont les retraites et activités auxquelles j'ai pris part m'ont aidée à garder la motivation et la persévérance dans la rédaction de mon essai, entre autres par la rencontre d'autres étudiants se trouvant dans le même bateau que moi.

Par ailleurs, j'aimerais exprimer ma reconnaissance envers Elisabeth Doyon, étudiante au doctorat en informatique cognitive et auxiliaire de recherche à l'UQAM, pour son soutien dans l'analyse qualitative de mon corpus de données. Je me sens également très choyée d'avoir pu participer à un petit groupe informel de soutien par les pairs aux méthodes de recherche qualitatives initié par Catherine Lavoie-Cloutier, une étudiante au doctorat en psychologie à l'Université Laval. Nos discussions et nos échanges ont certainement contribué à nourrir ma motivation dans ma démarche d'analyse des entrevues ainsi qu'à m'inspirer pour la rédaction de mon essai.

En terminant, je remercie infiniment mes proches pour leur soutien tout au long de mon doctorat.

Introduction

L'adolescence se définit comme une période transitoire entre l'enfance et l'âge adulte (Coslin, 2017). Au milieu du 20^e siècle, selon une définition formelle des Nations Unies, l'adolescence se situerait entre 10 et 19 ans (Sawyer et al., 2018). Toutefois, sur la base d'arguments sociaux et médicaux, cette catégorie d'âge fait l'objet de débats, étant appelé à s'étendre jusqu'à l'âge de 24 ans. En effet, les dernières avancées scientifiques ont permis de mettre en lumière le fait que la maturation du cerveau se poursuit jusqu'à environ 25 ans.

Pour Claes (1983), l'adolescence se caractérise par quatre grandes tâches développementales, soit 1) la puberté où il y a construction de l'image corporelle et engagement dans l'intimité sexuelle; 2) le développement cognitif où les capacités d'abstraction et autres capacités cognitives évoluent; 3) la vie sociale où l'adolescent est amené à désinvestir sa famille pour s'engager dans un groupe de pairs auquel il s'identifie; 4) l'identité où l'adolescent se questionne sur comment se situer et se structurer en lien avec ses relations avec autrui, ses valeurs, ses croyances, ses plans de vie et de carrière. Selon Erikson (1972), la quête identitaire et le développement des relations sociales sont les principaux enjeux de cette phase de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Étant donné les nombreux changements qui la caractérisent, l'adolescence est une période charnière du développement qui est particulièrement stressante (Richard et

Marcotte, 2013). Ainsi, malheureusement, elle est également une période propice pour le développement de troubles de santé mentale.

Selon Costello et al. (2011), les troubles anxieux et dépressifs apparaissent tôt dans l'enfance ou de l'adolescence, avec un âge médian de 11 ans pour les troubles anxieux. Ces chiffres sont similaires au Québec. Le Plan d'Action en santé mentale 2015-2020 du Québec révèlent que 50 % des troubles mentaux apparaissent avant l'âge de 14 ans et 75 %, avant l'âge de 22 ans (MSSS, 2016). Aux États-unis, Aux États-unis, moins d'un enfant ou adolescents sur six ont accès à des services de santé mentale substantiel alors que 15 à 20 % d'entre eux présentent un trouble de santé mentale (Kennedy et al., 2009). D'après une enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire réalisée à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, les prévalences des diagnostics de trouble anxieux, de dépression et de trouble alimentaire observées en 2016-2017 sont plus élevées comparativement à celles de 2010-2011 (Traoré et al., 2018). Cette même enquête révèle qu'en 2016-2017, un médecin ou un spécialiste de la santé aurait confirmé un trouble anxieux chez approximativement 17 % des élèves du secondaire, une dépression chez 6 % et un trouble alimentaire chez 2,2 %.

Alors que les troubles anxieux sont parmi les diagnostics psychiatriques les plus fréquents chez les enfants et les adolescents (Essau et Gabbidon, 2013), ils présentent de haut taux de comorbidité (Ehrenreich-May et Chu, 2013). En effet, l'estimation de la co-occurrence de ces troubles varie entre 10 et 75 % chez les jeunes, avec une estimation de

75 % pour les populations cliniques (Cummings et al., 2014). Si les problématiques d'anxiété et de dépression survenant à l'adolescence ne sont pas traitées, elles peuvent perdurer dans le temps, et entraîner diverses complications à l'âge adulte, telles que l'abus de substances (Essau et al., 2014). En effet, ces deux types de troubles ont tendance à se maintenir ou à s'aggraver au cours de la vie, leur prévalence augmentant durant l'adolescence jusqu'au début de l'âge adulte (Marcotte, 2014). La dépression entraîne généralement des conséquences plus négatives en comparaison avec les troubles anxieux, pouvant affecter davantage le fonctionnement. La présence de symptômes dépressifs à l'adolescence est associée à un risque accru de poser un acte suicidaire et de vivre des difficultés scolaires et interpersonnelles (Gagné et al., 2011). Les troubles anxieux ne sont toutefois pas sans séquelles et peuvent affecter le fonctionnement scolaire et interpersonnel, notamment par des conflits avec les pairs plus fréquents et un risque plus élevé d'absentéisme et de décrochage (Witterborg et al., 2009). Ces chiffres sont inquiétants et font de la santé mentale chez les jeunes une priorité de santé publique (OMS, 2014).

Face à la croissance des demandes de consultation en pédopsychiatrie (Podlipski et al., 2014) et devant la hausse des prévalences des diagnostics de santé mentale chez les adolescents (Traoré et al. 2018) ainsi que leurs impacts importants dans le développement (Essau et al., 2014), il importe de développer et d'évaluer des options thérapeutiques innovantes et adaptées aux adolescents ayant un rapport coût bénéfice intéressant, telles que la Thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy*,

ACT) en format de groupe, une psychothérapie fondée par Hayes et al. (1999, 2012) appartenant à la grande famille des thérapies cognitivo-comportementales. Par l'entremise d'un devis qualitatif, l'objectif principal de cet essai est de mieux comprendre les effets et les processus de changement perçus par les participants, soit les adolescents suivis en pédopsychiatrie, d'un programme d'intervention basé sur l'ACT intitulé *Deviens maître de ta vie* offert au Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA).

Contexte théorique

Cette première section a pour visée, dans un premier lieu, de survoler les principaux fondements théoriques de l'ACT ainsi que sa pertinence pour la clientèle des adolescents en contexte de pédopsychiatrie. En deuxième lieu, l'état actuel des connaissances sur l'ACT sera abordé en présentant les recherches empiriques à devis quantitatifs puis qualitatifs traitant de l'ACT auprès des adultes ainsi que des adolescents. En dernier lieu, les principales limites des études recensées avec un devis qualitatif seront traitées en plus l'apport de la présente étude et de ses objectifs.

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

L'ACT est une psychothérapie basée sur la théorie des cadres relationnels (Barnes-Holmes et al., 2001). Il s'agit d'un programme de recherche qui vise à mieux comprendre les processus langagiers et cognitifs chez l'humain et qui se situe dans le prolongement des principes de conditionnement répondant et surtout opérant. L'ACT prend également ses racines dans le courant philosophique du contextualisme fonctionnel (Hayes et al., 1988), une vision du monde inspirée de Pepper (1942) essentiellement pragmatique du fonctionnement humain : elle s'intéresse au rôle de l'environnement dans le développement et maintien des comportements problématiques. Dans cette perspective, l'analyse du comportement est ainsi réalisée selon sa fonction, c'est-à-dire l'effet produit par le comportement ou la pensée dans un contexte particulier (Hayes et al., 2011).

La particularité de l'ACT est qu'au lieu d'amener les patients à diminuer en priorité leurs ressentis difficiles (soit l'intensité et la fréquence de leurs symptômes tel que visé par la TCC traditionnelle), ils sont invités à les accepter et à agir en cohérence avec leurs valeurs personnelles et objectifs de vie, en dépit de ces obstacles intérieurs (Hayes et al., 2012). Ainsi, une réduction des symptômes n'est pas la visée principale de ce type de psychothérapie bien que souvent un effet collatéral; il s'agit plutôt de la relation que la personne entretient avec ses expériences internes vécues comme désagréables et difficiles qui est ciblée.

L'ACT est notamment utilisée dans le cadre de la psychothérapie individuelle et des interventions de groupe (p. ex., Bohlmeijer et al., 2011). De plus en plus d'études empiriques soutiennent son efficacité comme modèle thérapeutique auprès de nombreux problèmes de santé mentale et physique (voir p. ex. la revue des méta-analyses de Gloster et al., 2020). Elle a été développée comme une approche transdiagnostique, c'est-à-dire qu'elle ne s'adresse pas à un diagnostic spécifiquement, pouvant être utilisée pour l'intervention de divers problématiques et troubles psychologiques (Neveu et Dionne, 2010). Ainsi, elle cible des processus psychologiques communs dans le maintien et l'apparition de différents troubles psychologiques, tels que le manque de flexibilité psychologique, plutôt que de cibler directement les symptômes (Monestès, 2016; Villatte et al., 2016). En effet, globalement, l'ACT vise à accroître la flexibilité psychologique, qui se définit comme la capacité de demeurer attentif au moment présent et de s'engager ou de modifier ses actions afin de les aligner avec les valeurs personnelles (telles que les

études et les amis) en dépit des obstacles intérieurs rencontrés, tels que les pensées et les émotions difficiles (Hayes et al., 2012). En effet, le développement de la flexibilité psychologique se fait à travers ces six processus d'intervention – médiateurs de changement – fondamentaux et inter-reliés (Hayes et al., 2012).

Tableau 1

*Les six processus permettant le développement de la flexibilité psychologique
(Dionne et al., 2013; Hayes et al., 2012)*

Les trois axes	Les six processus thérapeutiques associés à la flexibilité psychologique	Leur définition
Ouvert	L'acceptation	Habilité qui correspond à accueillir son expérience interne telle qu'elle est, malgré le malaise qu'elle génère (p. ex., l'anxiété, la fatigue, les pensées négatives et d'autres émotions moins plaisantes);
	La défusion cognitive	Habilité permettant de se détacher de ses pensées et de les considérer comme des conceptions de l'esprit et du langage qui ne constituent pas nécessairement des expériences véritables ou des vérités absolues;
Centré	Le contact avec le moment présent	Habilité qui consiste à (1) reconnaître que l'on est absorbé par ses pensées, généralement reliées au futur (correspondant ainsi souvent à des inquiétudes) ou au passé (telles que les ruminations au sujet de l'anxiété); (2) ramener son attention sur le moment présent (p.ex., sur la réalisation d'une tâche ou d'une activité);
	Le soi comme contexte	Habilité qui permet de prendre une distance, de se « dé-identifier » de ses pensées, émotions et sensations afin d'expérimenter un soi distinct de ces événements psychologiques et immuables;
Engagé	Les valeurs	Habilité à clarifier les valeurs importantes pour soi, qui correspond à une source de renforcement positif, intrinsèque et durable pour l'individu (relations familiales, amicales, professionnelles);
	Les actions engagées	Capacité à s'engager dans des actions qui sont liées aux valeurs personnelles ou à changer le cours de ses actions de manière flexible, en dépit des ressentis intérieurs difficiles (pensées, sensations ou émotions).

Bien que tous les processus soient inter-reliés, les relations entre les processus ont été conceptualisées sous trois axes thérapeutiques, soit ouvert (acceptation et défusion), centré (contact au moment présent et soi comme contexte) et engagé (valeurs et action engagée). En effet, il est possible de faire davantage de rapprochements avec trois paires de processus. Le premier axe vise une attitude d'ouverture à l'expérience par l'acceptation des événements internes désagréables ou douloureux ainsi que la défusion des pensées qui leur sont reliées (Ngô et Dionne, 2018). Le deuxième axe implique la présence à l'expérience, soit le contact avec le moment présent et le changement de perspective face à ses événements psychologiques par le processus du soi contexte. Le troisième axe a pour but d'amener la personne à identifier et clarifier ses valeurs, ainsi qu'à s'engager dans des actions qui lui sont importantes, alignées à ses valeurs (Monestès et Villatte, 2011). Ces axes favorisent une réponse plus flexible aux expériences internes désagréables ou négatives, tout en permettant de vivre en cohérence avec ses valeurs, et ainsi, d'accroître sa qualité de vie (Hayes et al., 2012).

La pertinence de l'ACT en contexte de pédopsychiatrie

La thérapie cognitive et comportementale (TCC) traditionnelle vise à modifier les comportements, les croyances ou cognitions dans le but de réduire les symptômes (anxieux ou dépressifs par exemple). La restructuration cognitive est la principale stratégie cognitive utilisée pour favoriser la modification du contenu des pensées irrationnelles (Beck, 1970, 1976). Au sein de l'approche cognitive comportementale, il existe également des stratégies comportementales, telles que les méthodes de renforcement et de punition

ainsi que d'activation comportementale et d'exposition (Hayes, 2004). Déjà au début des années 2000, on notait que la TCC était une forme de thérapie bien mieux appuyée sur le plan empirique (Hofmann et Smits, 2008). De plus, des études suggéraient qu'un jeune sur quatre ne répond pas à la TCC traditionnelle (Blondon et al., 2007; Bluett et al., 2014). Ainsi, l'intervention de groupe basée sur la Thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes et al., 2012) s'avère une alternative prometteuse dans l'intervention auprès des adolescents notamment du fait de son approche transdiagnostique considérant la forte comorbidité entre les troubles de santé mentale durant l'adolescence.

Les interventions basées sur l'ACT semblent être particulièrement adaptées à la clientèle adolescente, non seulement par son contenu que par sa forme. Premièrement, en promouvant les responsabilités personnelles, les choix ainsi que les valeurs comme levier thérapeutique, l'ACT peut rejoindre les adolescents qui recherchent et ont besoin d'une plus grande autonomie (Greco et al., 2008). En outre, l'adolescence est une période durant laquelle les repères et les modèles peuvent se multiplier, sans compter les nombreuses transformations physiques et cognitives par lesquels les adolescents passent. En plein questionnement sur les rapports au corps, à soi et avec autrui, il peut donc devenir important pour l'adolescent de pouvoir se raccrocher à des repères internes tels que ses valeurs pour guider ses actions, l'identification et le recours aux valeurs étant justement un levier thérapeutique de l'ACT. Deuxièmement, la modalité de groupe apparaît être un format optimal pour les adolescents étant donné leur mouvement de distanciation vis-à-vis des figures parentales parallèlement à l'investissement plus grand vers leurs pairs

(Claes, 1983) auxquels ils accordent une importance croissante (Poulin, 2014). Troisièmement, l'ACT est pertinent pour les adolescents en ce sens qu'elle cible l'évitement expérientiel, processus au cœur de nombreuses psychopathologies et souvent présent chez les adolescents (Turrell et Bell, 2016). L'évitement expérientiel correspond à la tendance à éviter de connecter avec diverses expériences internes (telles que ses pensées, émotions ou sensations physiques difficiles) ou lorsque celles-ci surviennent, de tenter de les contrôler (p. ex., par la réduction de leur fréquence, durée ou intensité) ou d'en modifier le contenu (p. ex., par la distraction) (Hayes et al., 2012). Étant donné que la maturation cognitive et cérébrale est encore en développement chez les adolescents, l'activité au niveau des lobes frontales est plus faible, ce qui fait en sorte que les adolescents ont tendance à présenter des difficultés de régulation émotionnelle et à opter pour l'évitement comme stratégie pour gérer des situations problématiques (Turrell et Bell, 2016; Jensen et Nutt, 2015). Dernièrement, viser une amélioration de la flexibilité est tout à fait pertinent pour la clientèle adolescente en pédopsychiatrie qui présente souvent des difficultés sévères et complexes (telles que des épisodes dépressifs récurrents) lorsqu'elles participent aux interventions plus traditionnelles offertes par les services de première ligne (Dionne et al., 2017).

État actuel des connaissances sur l'ACT

Une majorité des études sur l'ACT porte actuellement auprès des adultes. Les résultats de ces études suggèrent que l'ACT est efficace autant pour des problématiques sur le plan de la santé physique, telles que les acouphènes (Hesser et al., 2009) que de la santé

mentale, telles que la dépression, l'anxiété et le stress (voir p. ex., Xu et al., 2020). Il existe actuellement près de 450 études aléatoires dans le domaine. Une revue des méta-analyses évaluant l'efficacité de l'ACT réalisée par (Gloster et al., 2020) auprès (N = 12 477; 20 méta-analyses; 133 études) indique que l'ACT est efficace pour de nombreuses problématiques allant de diagnostics de troubles de santé mentale à des conditions de santé telles que la douleur chronique. De manière générale, les résultats appuient la supériorité de l'ACT comparativement aux groupes contrôles inactifs (p. ex., les placebos ou les listes d'attentes), aux traitements usuels (nommés « TAU ») et à la plupart des conditions actives d'interventions excepté la thérapie cognitive comportementale. De plus, plusieurs méta-analyses présentes dans la recension démontrent que l'ACT est associée à des tailles d'effets contrôlés allant de petites à moyennes pour des diverses problématiques (telles que la douleur chronique, la dépression, l'anxiété et l'abus de substance). Enfin, de multiples méta-analyses appuient également l'efficacité de l'ACT auprès de diverses problématiques et conditions, avec de petite taille d'effet Gloster et al. (2020).

Recherches empiriques traitant de l'impact de l'ACT auprès des adolescents

Bien que les appuis empiriques auprès des adultes soient nombreux, ceux-ci se font moins abondants auprès des adolescents. L'ACT démontre des résultats encourageants chez les adolescents auprès de diverses problématiques telles que la douleur chronique (Martin et al., 2016), le diabète (Hadlandsmyth et al., 2013), la fibrose kystique (Casier et al., 2011), le stress (Xu et al., 2020), les troubles anxieux (Azadeh et al., 2016), la dépression (Livheim et al., 2015; Petts et al., 2017), l'obésité (Tronieri et al., 2019), les

troubles de comportements alimentaires (Heffner et al., 2002), le stress post-traumatique (Woidneck et al., 2014), le trouble obsessionnel-compulsif (Armstrong et al., 2013), la trichotillomanie (Twohig et al., 2021), les problèmes de comportement (Murrell et al., 2015) et les problèmes sexuels à risque (Metzler et al., 2000). Bien qu'il y ait un nombre de plus en plus grand d'études expérimentales, il est rare que ces études comprennent un groupe actif, c'est-à-dire un autre type d'intervention clinique, à l'exception de quelques études (p.ex., Hancock et al., 2016; Swain, Hancock, Hainsworth et Bowman, 2015). En effet, les groupes contrôles se composent souvent de listes d'attentes (p. ex., Azadeh et al., 2016; Twohig et al., 2021) ou de TAU (p. ex., Livheim et al., 2015). De plus, plusieurs études se composent encore de petits échantillons (p. ex., Martin et al., 2016; Woidneck et al., 2014) ou constituent des études pilotes (p. ex., Tronieri et al., 2019). Ainsi, ces limites méthodologiques font en sorte qu'il est difficile d'affirmer que l'ACT est plus efficace que d'autres traitements psychologiques (p. ex., la TCC) tel qu'énoncé par la revue systématique de Harris et Samuel (2020) et la méta-analyse de Fang et Ding (2020) se penchant sur des études portant sur l'ACT auprès des enfants et des adolescents.

Concernant les populations non cliniques, les résultats évaluant l'efficacité d'une intervention ACT ne sont pas cohérents selon les études. En effet, les résultats sont encourageants pour plusieurs études (p. ex., Lappalainen et al., 2021; Livheim et al., 2014; Takahashi et al., 2020) ou non significatifs pour quelques études (Burckhardt et al., 2017; Van der Gucht et al., 2017). Dans le cadre de cet essai, une attention plus particulière sera

accordée aux populations cliniques étant donné l'objet de recherche sur lequel ce dernier porte.

Une revue systématique de Harris et Samuel (2020; N = 10 études; 1 319 participants) a été réalisée auprès des études portant sur l'utilisation de l'ACT à des fins de prévention ou d'intervention pour des difficultés reliées à la santé mentale vécues par les enfants ou les adolescents. Parmi ces études recensées à partir de 2015, l'âge moyen des participants variait entre 10.33 et 21 ans, et toutes les études à l'exception de trois portaient sur des échantillons cliniques, soit des problématiques d'anxiété, de dépression, d'anorexie, de trichotillomanie ou de trouble obsessionnel compulsif. De manière générale, une diminution des symptômes liés à la santé mentale (tels que l'anxiété et la dépression), ainsi qu'une augmentation de la flexibilité psychologique (mesurés principalement via les processus d'acceptation et de défusion cognitive) sont observés dans la plupart des études (p. ex., Hancock et al., 2016; Lee et al., 2020; Petts et al., 2017). Toutefois, les résultats obtenus dans les deux études (Hancock et al., 2016; Swain, Hancock, Hainsworth et Bowman, 2015) utilisant des groupes contrôle actifs (soit une intervention TCC) ne démontrent pas de différence significative entre ces derniers groupes et les groupes participant à une intervention ACT.

Une méta-analyse récente a été réalisée la même année par Fang et Ding (2020; N = 14 études, 1 189 participants) dans le but principalement d'explorer l'efficacité de l'ACT auprès des enfants et des adolescents et de comparer l'efficacité de l'ACT avec d'autres

thérapies. Les études recensées incluaient uniquement les devis contrôlés aléatoires utilisant une intervention ACT. Les résultats de cette méta-analyse suggèrent que l'ACT réduit de manière significative, comparativement à une liste d'attente contrôlée ou à des traitements standards (tels que de la médication, une psychoéducation, une forme de psychothérapie ou de counselling), la dépression, l'anxiété, des problèmes comportementaux et d'autres problèmes de santé mentale auprès des enfants et des adolescents. La taille d'effet de l'ACT comparé à la liste d'attente est élevée, alors que que la taille d'effet de l'ACT comparé aux traitements standards est moyenne. En lien avec ces mêmes variables, aucune différence significative d'efficacité entre l'ACT et la TCC traditionnelle est relevée. Par ailleurs, la méta-analyse révèle pour les mesures secondaires de facteurs mentaux positifs, tels que la qualité de vie et le bien-être, aucune différence significative n'existe entre l'ACT, les traitements standards ou la TCC traditionnelle. Néanmoins, une différence significative entre l'ACT et la liste d'attente contrôlée (taille d'effet élevée) est notée, ce qui n'écarte pas toutefois la possibilité d'un effet placebo, tel qu'expliqué par les chercheurs.

Somme toute, de manière globale, les études citées précédemment suggèrent qu'auprès des adolescents, l'ACT est une intervention plus efficace qu'une liste d'attente contrôlée ou d'un traitement standard pour la réduction de problèmes comportementaux et de symptômes reliés à la dépression et à l'anxiété, à l'exception de la TCC traditionnelle.

Les études sur les processus de changements au sein d'une intervention ACT

En plus de pouvoir déterminer si une intervention est efficace par le biais d'essais aléatoire avec groupe contrôle, un enjeu majeur en psychothérapie actuellement est de mieux comprendre les processus de changement associés aux interventions, c'est-à-dire par le biais de quels processus le changement s'opère (Harris et Samuel, 2020; Hodgetts et Wright, 2007; Swain, Hancock, Hainsworth et Bowman, 2015). De cette façon, il serait possible d'adapter les interventions de manière à mieux cibler les ingrédients nécessaires aux changements et aux bénéfiques, ceci afin de pouvoir optimiser l'efficacité thérapeutique et, par conséquent, parvenir à mieux aider les adolescents vivant de la détresse.

Ainsi, en plus des essais aléatoires pour examiner les effets (couramment nommés *outcomes measures* dans la littérature scientifique) de l'ACT, des études se sont également intéressées aux processus de l'ACT afin d'étudier davantage le lien entre ces derniers et les résultats sur les mesures des effets. C'est ainsi que les études médiationnelles ont été réalisées, notamment pour vérifier que les processus thérapeutiques de l'ACT (tels que présentés au Tableau 1) expliquent les résultats des effets cliniques, tels que la réduction de la symptomatologie anxieuse et dépressive, et mieux comprendre par quel(s) processus le changement opère (Swain, Hancock, Hainsworth et Bowman, 2015).

Stockton et al. (2020) ont réalisé une revue systématique des études médiationnelles (N = 12 études), dont les tailles des échantillons variaient entre 27 et 222 participants,

ayant comme visée d'identifier les mécanismes de changement sous-jacents à l'ACT. Les résultats issues de cette revue sont généralement cohérents avec le modèle de flexibilité psychologique de l'ACT. Ils suggèrent fortement le fait que l'acceptation est un mécanisme propre à l'ACT et représente une composante théorique également unique à ce type de psychothérapie. Quant aux processus de défusion cognitive et d'action engagée, les résultats ne démontrent pas de façon cohérente d'effet médiatif modéré par le type de traitement, mais suggèrent tout de même que ces processus constituent des mécanismes de changement fondamentaux de l'ACT bien qu'ils ne soient pas uniques à ce type d'intervention. Toutefois, des limites sur le plan méthodologique, telles qu'un nombre trop restreint de processus examinés, sont encore observées dans les études et soulevées par les auteurs de l'article. Ainsi, des études futures sont nécessaires pour palier ces limites.

Somme toute, alors que le processus de soi comme contexte est peu investigué comme médiateur potentiel (Stockton et al., 2019), il demeure que le niveau de flexibilité psychologique est le mécanisme de changement thérapeutique le plus mesuré. Or, plusieurs critiques sont adressées aux instruments de mesures des processus disponibles. Premièrement, le fait qu'ils soient seulement auto-rapportés est une limite non négligeable (Swain, Hancock, Hainsworth et Bowman, 2015). Deuxièmement, des résultats incohérents dans les études sont relevés sur plusieurs processus, questionnant notamment la fidélité de leurs instruments (Juvin et al., 2021). D'autres limites sont adressés par Hayes et al. (2006), dont le fait que les différents processus de l'ACT sont inter-reliés et

se chevauchent, ce qui rend difficile de distinguer les processus thérapeutiques. Ainsi, déterminer quel processus est ciblé plus précisément par la mesure et la part de cette dernière qui peut être attribuée à d'autres processus est un défi. Il demeure également à clarifier comment une mesure spécifique contribue à la visée générale de l'ACT, soit le développement de la flexibilité psychologique.

Les études sur les processus de changements au sein de l'ACT auprès des adolescents. Alors que plusieurs études médiationnelles ont été réalisées auprès de la population adulte recevant une intervention ACT, peu d'études auprès des adolescents se sont intéressées aux processus de changement qui sous-tendent l'ACT. Néanmoins, les résultats d'une revue systématique des études (N = 21 études, 707 participants) réalisée par Swain, Hancock, Dixon, et Bowman (2015) sur l'utilisation de l'ACT auprès des enfants et des adolescents âgés entre 6 et 18 ans démontrent une amélioration sur les symptômes, les mesures de qualité de vie et/ou de flexibilité psychologique, ce qui soutient le fait que les processus de l'ACT opèrent de manière semblable autant auprès des enfants et des adolescents que des adultes. Le même constat avait été relevé par une précédente revue des études à ce jour de Coyne et al. (2011). Les chercheurs expliquent qu'il existe présentement peu de données sur les changements obtenus sur les principaux processus de l'ACT, et celles disponibles sont contradictoires (Swain, Hancock, Dixon, et Bowman, 2015). Il demeure que l'évitement expérientiel et la fusion cognitive sont les processus les plus étudiés.

Parmi les quelques études s'intéressant aux processus de l'ACT mis en branle au sein d'interventions de type ACT auprès de la clientèle des adolescents, des résultats intéressants ont été trouvés dans une récente étude aléatoire de Lappalainen et al. (2021; N = 243) ayant pour objectif d'examiner les effets d'une intervention virtuelle basée sur l'ACT sur les symptômes dépressifs, la satisfaction de vie et la flexibilité psychologique auprès d'un échantillon d'adolescents recrutés dans des écoles secondaires dont la moitié présentait des difficultés d'apprentissage et l'autre, aucune difficulté évaluée. En effet, les résultats aux instruments de mesure suggèrent que les adolescents présentant un niveau plus bas de flexibilité psychologique (mesurée par la fusion cognitive et l'évitement expérientiel des pensées et émotions désagréables) rapportent davantage de symptômes dépressifs et un niveau plus bas de satisfaction de vie, ce qui va dans le même sens de d'autres études mettant en évidence le fait que le manque de flexibilité psychologique est relié à des symptômes dépressifs. Pour ce qui est des quelques autres études s'intéressant aux processus de l'ACT au sein des populations adolescentes, la plupart porte sur les problématiques de douleur chronique (p. ex., Wicksell et al., 2011), et non sur les troubles de santé mentale (ex., anxiété, dépression), l'objet de recherche du présent essai. De plus, bien que les études médiationnelles permettent de mettre en lumière de potentiels processus de changement, elles comportent des limites non négligeables (voir Stockton et al., 2019), d'où l'appel à investiguer davantage la perception des clients sur ce qui fonctionne pour eux dans une thérapie (Hodgetts et Wright, 2007). Pour ce faire, les méthodes qualitatives apparaissent la voie privilégiée permettant une compréhension approfondie de l'expérience individuelle et complexe des clients (Kazdin, 2008).

La recherche qualitative et l'ACT

Les méthodes qualitatives ont gagné en popularité dans l'étude de diverses approches thérapeutiques au cours des dernières années. Cependant, les études sur les interventions basées sur l'ACT et optant pour un devis qualitatif demeurent rares. Une recension des études qualitatives auprès des adultes et des adolescents a été réalisée avec les mots clés suivants : *Acceptance and Commitment Therapy, ACT, qualitative stud**, *qualitative, qualitative research or qualitative methods* via les moteurs de recherche suivants : EBSCO, Pubmed et Google. Les références à l'intérieur de certains de ces articles ont également été parcourues ainsi que sur le site de l'*Association for Contextual Behavioral Science*. Seuls les articles en anglais et en français ont été inclus. Les articles à devis mixtes ont été exclus. Autour de vingt études qualitatives ont été recensées au niveau de la clientèle des adultes. De ce nombre, près de la moitié des études comprennent une intervention basée sur l'ACT combinée à un autre type d'intervention tel que l'entretien motivationnel (Yıldız et Aylaz, 2020), des programmes d'exercices (Casey et al., 2017), une intervention basée sur l'auto-compassion (Köhle et al., 2017) ou sur la psychoéducation de la parentalité (Casselmann et Pemberton, 2015).

De plus, bien que la plupart des interventions soient données en présentiel, certaines utilisent une modalité à distance et d'auto-soins (*self-help*) (p. ex., Köhle et al., 2017). Quant à la collecte de données, elles varient entre des focus groupes (Gismervik et al., 2019; Rise et al., 2015) ou des entretiens individuels. Les études qualitatives touchent également une grande variété de problématiques (telles que le bégaiement, l'acouphène

ou reliées au système musculosquelettique) et de troubles de santé mentale (tels que la schizophrénie, la psychose, le syndrome de stress post traumatique) bien que portant de manière prépondérante sur les problématiques de douleur chronique (p. ex., Casey et al., 2017; Mathias et al., 2014; Thompson et al., 2018). D'ailleurs, une de ces études, soit celle de Mathias et al. (2014), visait à explorer de manière qualitative l'expérience des participants à un programme de gestion de la douleur basé sur l'acceptation (incluant une combinaison d'éléments provenant de la TCC, de la pleine conscience et de l'ACT) et identifier les éléments clé du programme aidant au changement. L'analyse des entrevues semi-structurées réalisées auprès des participants (N = 6) à l'aide de la méthode d'analyse interprétative phénoménologique de Smith et Osborn (2003) révèle cinq thèmes : 1) « je ne suis pas seule, les autres comprennent ma douleur »; 2) la liberté face à la douleur qui prend le dessus; 3) un nouveau soi vivant avec la douleur; 4) les parties du programme que les participants ont trouvé qui facilitaient le changement, et 5) l'exercice est possible. Relativement au premier thème, tous les participants rapportent avoir bénéficié du soutien social des autres participants, se sentant validés, compris et écoutés par ceux-ci. Ils ont exprimé ne plus se sentir seuls ainsi qu'un sentiment de libération de prendre conscience que d'autres personnes vivaient les mêmes difficultés et pouvaient comprendre ce que cela représente de vivre de la douleur chronique. En ce qui concerne le quatrième thème, les participants mentionnent que les changements perçus, telles qu'une confiance accrue, constitue un résultat direct de la participation au programme. L'apprentissage de stratégies telles que la respiration et la méditation a été perçu comme facilitant le changement en leur permettant d'accroître leur sens de contrôle et de gestion de la douleur. De plus, le

concept de « catastrophisation » (*catastrophizing*) provenant de la TCC a été parlant pour les participants, dont son utilisation était également reliée à la défusion cognitive, une participante décrivant réduire son focus sur le contenu de ses pensées et réaliser que son esprit allait continuellement produire des pensées qui ne sont pas nécessairement le reflet de la réalité.

Bien qu'intéressantes, ces études ont une grande variabilité sur le plan méthodologique, autant sur le plan de la collecte des données, que de l'intervention utilisée, ce qui limite la comparaison entre ces études. Lorsque plusieurs interventions sont combinées (Casey et al., 2017; Köhle et al., 2017; Yıldız et Aylaz, 2020;), il s'avère difficile de pouvoir distinguer l'apport spécifique de l'ACT dans les résultats découlant de ces études. De plus, la nature hétérogène des groupes et des modalités d'intervention fait en sorte qu'il est difficile d'en dégager des processus de changement plus saillants, c'est-à-dire, les principaux processus par lesquels les changements opèrent.

La recherche qualitative et l'ACT auprès de la clientèle des adolescents

Dans la littérature actuelle et auprès de la clientèle adolescente, il n'existe que très peu d'études qui utilisent un devis qualitatif portant sur l'utilisation de l'ACT pour des problématiques de santé mentale. Nous n'avons recensé que quatre études à l'aide de la procédure énoncée plus haut.

Premièrement, une étude de Aydin et Aydin (2020) a été réalisée auprès de six adolescents vivant de l'anxiété de performance. Ceux-ci ont pris part à des entrevues avant et après l'intervention ACT, dont l'analyse de contenu révèle quatre principaux thèmes ou catégories : 1) la perception de l'examen; 2) les habiletés de contact au moment présent et de la pleine conscience; 3) des stratégies de défusion cognitive; et 4) l'acceptation et l'évitement expérientiel. Ainsi, les participants auraient changé leur perception de leur examen afin qu'elle soit plus cohérente avec leurs valeurs. De plus, lors des entrevues après l'intervention, le discours des participants reflète davantage de signes de pleine conscience et de contact au moment présent. Par ailleurs, la plupart des participants rapportent dans les entrevues avant l'intervention des stratégies inefficaces de gestion de leur anxiété et des pensées négatives (tels que vouloir les supprimer ou surcontrôler). Au terme de l'intervention, la majorité des participants réalisent avoir accru la conscience de leurs événements internes non désirés, mentionnant ne plus vouloir se battre contre eux. Pour terminer, les chercheurs relèvent qu'en général, les participants utilisent un langage traduisant plus de flexibilité psychologique au terme de l'intervention.

Deuxièmement, une étude de Kanstrup et al. (2019) explore les effets ainsi que les processus d'un traitement basé sur l'ACT pour la douleur chronique dont quatre adolescents et quatre parents ont participé. À la suite de l'analyse interprétative phénoménologique des entrevues selon la méthode de Smith et al. (2009), trois thèmes comprenant deux sous-thèmes ont été dégagés : 1) « Le système d'alarme », qui représente comment la compréhension de la douleur et de son sens a changé à travers le

processus de traitement et l'intégration d'une approche davantage psychologique que biomédicale; 2) « Changements et difficultés », qui révèle des divergences et convergences dans l'expérience des participants à l'égard des exercices, l'importance du travail basé sur les valeurs et le besoin d'adaptation individuelle des exercices; et 3) « un langage commun », qui correspond à l'interaction avec les autres et de nouvelles façons de communiquer en lien avec l'expérience de la douleur. Ce dernier thème apparaît comme un élément clé émergent de l'expérience des participants de l'étude, où le format groupe semble avoir apporté des bénéfices supplémentaires au traitement, et ce, autant pour les parents que pour les adolescents.

Troisièmement, une étude a été réalisée auprès de douze adolescents ayant un syndrome de fatigue chronique (Clery et al., 2021), ainsi que les onze parents des adolescents et les sept professionnels de la santé (des psychologues, physiothérapeutes ou ergothérapeutes). Les entrevues avaient pour but d'explorer entre autres l'acceptabilité d'une implantation éventuelle de l'ACT et les points de vue sur les traitements actuels. Les participants rapportent différentes raisons pour lesquelles l'ACT pourrait être efficace : son pragmatisme, son approche compatissante, le fait que les besoins physiques et psychologiques soient adressés ainsi que la normalisation des difficultés qu'elle permet. Ils nomment également que l'accent sur les valeurs prônées par l'approche ACT est motivant et donne une direction. Quelques adolescents ont également mentionné préférer l'ACT que la TCC étant donné son approche qui favorise davantage l'acceptation des pensées plutôt que leur modification.

Enfin, une étude a fait l'objet d'une thèse doctorale utilisant un devis mixte et a été menée auprès de dix adolescents présentant des diagnostics d'anxiété généralisée et/ou de dépression (Uppal Dhariwal, 2017). Ceux-ci ont été interrogés après leur participation à l'intervention ACT ainsi que trois mois plus tard. L'analyse interprétative phénoménologique des entrevues selon la méthode de Smith et al. (2009) révèle quatre grands thèmes, soit l'utilité du traitement, les changements attribués à l'ACT, des facteurs autres que l'ACT, des obstacles à l'utilisation du traitement, et le traitement dans le contexte d'un groupe. Tous les participants ont rapporté que l'ACT leur a permis d'agir davantage de manière cohérente avec leurs valeurs. L'ensemble des participants ont également mentionné que l'intervention à laquelle ils ont pris part était utile pour mieux comprendre ses expériences internes et développer la conscience ainsi que l'impact de l'évitement expérientiel. D'autres facteurs autres que l'ACT, tels que la médication, d'autres thérapies individuelles ou le support de personnes dans son entourage, ont également été relevés par les participants comme promoteurs des changements positifs qu'ils ont vécus.

En somme, ces quatre études ont pour point commun d'évaluer soit l'effet présent ou potentiel d'une intervention de groupe basée sur l'ACT auprès d'adolescents. Deux d'entre elles (Uppal Dhariwal, 2017; Kanstrup et al., 2019) s'attardent également aux processus de traitement perçus par les participants.

Principales limites des études qualitatives recensées et apport de la présente étude

Bien qu'utiles, ces études présentent des limites importantes sur le plan méthodologique ou ne portent pas sur notre thème d'intérêt (Uppal Dhariwal, 2017; Kanstrup et al., 2019). Pour l'étude de (Aydin et Aydin, 2020), en plus d'un échantillon limité (6 adolescents), il y a peu d'information sur la méthode d'analyse utilisée. Quant à celle de (Clery et al., 2021), l'intervention ACT n'est pas administrée aux participants de l'étude, il s'agit plutôt de l'opinion des adolescents, parents et professionnels qui est explorée pour offrir éventuellement ce type d'approche dans le cadre d'un devis aléatoire. Concernant cette dernière étude, le fait que l'expérience est intellectualisée et distante limite également l'efficacité de l'apprentissage comparativement à l'apprentissage expérientiel (Yalom et Leszcz, 2020) auquel des participants auraient été exposés s'ils avaient réellement participé à l'ACT, qui est fondamentalement une approche expérientielle et où la participation active est requise (Greco et Hayes, 2008).

Malgré des résultats préliminaires encourageants, d'autres études auprès des adolescents sont nécessaires pour palier à ces limites et approfondir notre compréhension des effets et des processus de changement d'une intervention basée sur l'ACT. Nous savons qu'une intervention basée sur l'ACT peut être efficace, mais nous en savons très peu sur *comment* l'intervention fonctionne. Plusieurs chercheurs soulignent la pertinence d'élucider quelles composantes de l'ACT sont reliées aux changements thérapeutiques (Harris et Samuel, 2020; Kanstrup et al., 2016; Livheim et al., 2015; Swain, Hancock, Hainsworth et Bowman, 2015). Or, saisir les effets ainsi que les processus de changement

de l'intervention tel que verbalisé par les adolescents eux-mêmes pourrait s'avérer particulièrement intéressant afin de mieux identifier les ingrédients actifs du programme. Les questionnaires auto rapportés demeurent les instruments de collecte de données les plus utilisés au sein des études actuelles portant sur l'ACT auprès des adolescents et pourtant, ils n'offrent qu'un portrait limité de la question (Swain, Hancock, Hainsworth et Bowman, 2015).

Dans la littérature actuelle et auprès de la clientèle adolescente, à notre connaissance, aucune étude à ce jour ne porte sur une intervention ACT administrée auprès d'adolescents présentant des diagnostics de santé mentale hétérogènes, alors que les adolescents consultant en pédopsychiatrie présentent souvent une comorbidité de diagnostics ou de problématiques de santé mentale. Morley et al. (2013) soulignent qu'il est nécessaire d'explorer de nouveaux devis de recherche, en plus des essais aléatoires, dans l'étude de l'efficacité d'une intervention et des processus de changement qui la sous-tendent. La méthode qualitative s'avère ainsi indiquée dans ce contexte-ci où nous souhaitons aller au-delà des effets du programme et comprendre davantage les processus sous-jacents (O'Reilly et Parker, 2014). En outre, tel qu'expliqué dans une étude menée par Björling (2017) sur l'expérience du stress auprès d'adolescentes, le stress et d'autres émotions liées demeurent une expérience subjective, propre à chacun et difficile à quantifier. Ainsi, recueillir le témoignage des adolescents prend tout son sens dans le cadre de la présente étude. En effet, opter pour une approche qualitative favorise la prise en compte de l'expérience unique et complexe des participants afin de dresser un portrait plus nuancé

de leur réalité et de leurs perceptions; ceci dans le but ultime d'investiguer davantage les processus de changement qui sont en jeu au sein de ce programme d'intervention. En visant l'identification des processus de changement de cette intervention, un des plus grands défis de la recherche future (McCracken et Vowles, 2014), la présente étude apporterait un éclairage nouveau sur la compréhension des effets et des changements perçus par les participants de l'ACT. En ayant une compréhension approfondie de ces processus de changement, les cliniciens seraient plus à même de savoir quelles méthodes préconisées dans leurs interventions et sur quelles cibles intervenir. Ainsi, il serait possible d'optimiser les interventions en plus d'affiner les modèles théoriques. Enfin, cette étude pourrait contribuer à faire valoir davantage la pertinence de l'ACT auprès des adolescents en pédopsychiatrie, une alternative efficiente et efficace aux interventions individuelles qui sont plus coûteuses en termes de ressources.

Objectifs de l'étude

Cette étude vise à mieux comprendre les effets ainsi que les processus de changement perçus de l'intervention de groupe *Deviens maître de ta vie* basée sur l'ACT auprès de la clientèle des adolescents suivis en pédopsychiatrie. Elle s'inscrit dans une logique exploratoire et s'appuie sur un devis de recherche qualitatif. Deux sous-objectifs en découlent : 1) Approfondir notre compréhension des effets perçus par les participants du programme; 2) Comprendre la perception du participant des processus par lesquels le changement s'est opéré (c.-à-d., comment l'adolescent parvient à mieux composer avec ses émotions et pensées difficiles?).

Méthode

Cette seconde section aborde les différents éléments reliés à la méthodologie de l'étude, soit les informations relatives aux participants, à l'intervention, à la procédure, au devis, à la collecte de données, au déroulement de l'étude ainsi qu'au plan d'analyse utilisé.

Participants

L'échantillon est composé d'adolescents ($N = 11$), soit un garçon et dix filles, âgés entre 14 ans et 17 ans ($M = 16$; $ÉT = 0,90$). Il s'agit d'adolescents référés au programme *Deviens maître de ta vie* par les pédopsychiatres du Centre de services ambulatoires en pédopsychiatrie de l'Hôtel-Dieu de Lévis ayant divers problématiques et diagnostics principaux, parfois combinés, répartis comme suit : 27% de l'échantillon présentaient un épisode dépressif majeur (en rémission ou en cours); 27% un trouble anxieux (non spécifié ou mixte); 18% des symptômes anxieux-dépressifs; 18% un trouble d'adaptation; et 18%, un TDAH, combinés de problématiques et diagnostics secondaires tels que des enjeux relationnels et d'attachement. Ce nombre correspond à trois cohortes de participants qui ont reçu l'intervention de groupe entre l'automne 2018 et l'automne 2019. L'ensemble du programme est mené au CISSS de Chaudière-Appalaches. Tous les participants à l'étude ont suivi les six ateliers du programme.

Les critères d'inclusion à l'étude étaient les suivants :

1. Être âgé de 14 à 17 ans au moment de démarrer l'intervention;
2. Présenter une problématique de santé mentale qui engendre une souffrance ou qui a un impact sur la qualité de vie;
3. Être un candidat adéquat à la modalité de groupe (facultés cognitives suffisantes, habiletés sociales minimales).

Les critères d'exclusion déterminés par l'équipe clinique du programme d'intervention étaient les suivants :

1. Vivre une situation de crise aiguë;
2. Avoir des problèmes importants de consommation;
3. Avoir des symptômes actifs de psychose;
4. Présenter un état de stress post-traumatique.

Intervention

L'intervention de groupe était d'une durée de six rencontres à raison de 90 minutes par semaine. Elle était composée de quatre à cinq participants et animée par deux psychologues cliniciennes qui étaient les mêmes pour les trois cohortes. Les ateliers sont inspirés du guide pour les adolescents *Deviens maître de ta vie* de Bailey et al. (2012) adapté par Dionne, Rose et St-Amand (2014) basé sur les principes de l'ACT. L'objectif de l'intervention est de favoriser une meilleure adaptation à son environnement en permettant l'observation de soi, la clarification de ses valeurs et la mise en place d'actions engagées en direction de celles-ci. Elle vise l'apprentissage et développement de quatre habiletés du « guerrier conscient » (concept développé dans le livre *Deviens maître de ta vie*), soit 1) respirer, 2) observer, 3) être à l'écoute de ses valeurs, et 4) agir. L'intervention comporte des exercices expérientiels (tel que la pratique à la méditation en pleine conscience), des métaphores, des enseignements de notions d'éducation psychologique,

des partages en groupe et des exercices à réaliser entre les séances. L'Appendice A présente de manière plus détaillée le contenu abordé par séance.

Une demande de participation au programme d'intervention de groupe a été effectuée par le pédopsychiatre à la suite de son évaluation auprès du jeune. Deux semaines avant le début de l'intervention en groupe, une rencontre avec l'adolescent a ensuite été réalisée par l'une des cliniciennes du groupe, et ce, dans l'objectif de s'assurer que ce dernier répond aux critères d'inclusion (précédemment) et d'expliquer les modalités de l'intervention (l'approche utilisée, les objectifs de l'intervention, l'horaire).

Perspective de l'étude

En considérant la complexité du phénomène étudié, la nature exploratoire de l'étude et l'importance de la subjectivité dans la thématique explorée, l'utilisation d'une méthodologie qualitative a été choisie. Celle-ci permet en effet de recueillir une quantité importante d'informations tout en préservant la complexité de l'objet d'étude et en respectant la subjectivité des participants. Connaître le point de vue des participants et s'intéresser à leur expérience subjective à l'égard du programme d'intervention *Deviens maître de ta vie* offre la possibilité de mieux comprendre les changements qu'ils perçoivent dans leur façon d'accepter et de composer avec leurs émotions et leur vécu difficile. Ce faisant, il apparaît possible de mettre en lumière des processus de changements, tels que vécus par les participants, qui pourrait correspondre aux processus propres à l'ACT.

Procédure de recrutement des participants

L'approbation éthique de l'étude a été obtenue par le Comité d'éthique de la recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches (Projet # 2019-559) et le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (numéro : CER-18-248-08-10.03). Au quatrième atelier des trois groupes de thérapie ayant eu lieu entre l'automne 2018 et l'automne 2019, la doctorante et chercheuse principale, Anaïs Riera, a présenté l'étude aux adolescents, son objectif et son déroulement. Elle en a profité pour répondre à leurs questions en lien avec l'étude. Elle leur a remis une feuille d'information avec le résumé de l'étude et des informations de contact. Ainsi, ils ont pu la rapporter à leur domicile afin d'avoir un temps de réflexion et de contacter la doctorante et chercheuse s'ils avaient d'autres questionnements. Au cinquième atelier, les cliniciennes ont remis aux adolescents une enveloppe contenant un questionnaire où deux cases (oui/non) figureraient en-dessous de l'énoncé suivant : « Je désire prendre part au projet de recherche de la doctorante et participer à un entretien d'environ quarante cinq minutes avant ma rencontre bilan avec les cliniciennes ». Ils ont pu encercler la case qu'ils désiraient, inscrire leur nom à l'endroit prévu (dans le cas où ils encerclent « oui ») et remettre l'enveloppe scellée aux cliniciennes à la fin de l'atelier. L'enveloppe était préaffranchie et envoyée à l'Université du Québec à Trois-Rivières au chercheur, Frédérick Dionne, qui dirige un programme de recherche plus vaste dans lequel la présente étude s'inscrit. Celui-ci a par la suite communiqué aux cliniciennes les noms des adolescents ayant accepté de prendre part à l'étude. Au sixième atelier, les cliniciennes se

sont chargées de la prise de rendez-vous pour l'entretien de recherche suivi de l'entrevue bilan avec les adolescents ayant accepté de participer à l'étude.

Démarche de collecte de données

Des entrevues semi-dirigées d'une durée moyenne de 33 minutes ont été réalisées une à deux semaines après le dernier atelier de l'intervention auprès des participants qui se sont portés volontaires pour l'étude. Elles ont été menées par Anaïs Riera, la doctorante et chercheuse principale, qui n'était aucunement impliquée dans l'administration de l'intervention et donc aveugle du niveau de participation des adolescents et de la problématique principale. Elles ont eu lieu dans un local du CISSS de Chaudière-Appalaches et ont été enregistrées à l'aide d'un enregistreur audio. Avant de commencer l'entretien, l'adolescent a été invité à lire et signer le formulaire de consentement et de participation qui était ensuite contresigné par la chercheuse. Ce dernier a pu conserver une copie du formulaire de consentement et de participation qui contient des ressources à contacter au besoin. Enfin, une compensation financière de quinze dollars sous forme d'argent comptant a été remise au participant au moment de l'entretien.

L'entrevue de type semi-directif (Tracy, 2019) s'est avérée un choix pertinent, se distinguant des méthodes de collecte de données quantitatives par questionnaire où les réponses sont contraintes par la nécessité de choisir parmi des options de réponses (Blanchet et Gotman, 2007). L'entrevue semi-directive permet d'orienter en partie le discours des participants autour de différents thèmes définis au préalable et vient

approfondir le sujet de recherche tout en permettant une analyse plus poussée qu'avec une entrevue structurée (Patton, 2002).

Un schéma d'entretien a été élaboré par la doctorante et chercheuse principale, le chercheur principal du plus vaste projet de recherche (Frédéric Dionne) et le co-chercheur (Alain Dubois) impliqué dans l'étude. Il a été ensuite validé auprès des cliniciennes animant le programme d'intervention. Il se retrouve dans l'Appendice A. L'objectif de ces entrevues était d'explorer l'expérience des participants tels qu'ils la verbalisent et la mettent en mots. Pour ce faire, les questions à poser durant l'entrevue étaient clairement définies et ont été formulées de manière à soutenir l'expression la plus complète du point de vue des participants, sans suggérer de direction quelconque. Elles couvraient les thèmes suivants :

- le vécu des adolescents à l'égard des ateliers de groupe;
- la description de comment cela se passe pour eux depuis leur participation du côté de leurs pensées et de leurs émotions difficiles, de l'anxiété ou du stress, de l'humeur;
- l'influence des ateliers sur leur façon de se comporter et sur leur fonctionnement au quotidien;
- leurs perceptions des ateliers;
- ce qu'ils retiennent des ateliers;
- ce qui leur a plu et déplu des ateliers;
- les expériences désagréables ou moments difficiles suscités par les ateliers.

Au début de l'entretien, les participants ont été informés qu'il n'y avait aucune bonne ou mauvaise réponse, que l'enregistrement demeure confidentielle et anonyme, et que seuls les chercheurs principaux de l'étude y auraient accès. Les questions de relance les

plus susceptibles d'être posées étaient incluses dans le schéma, mais la chercheuse demeurait libre de poser de telles questions à n'importe quel moment de l'entrevue. La chercheuse avait également la possibilité de poser des questions qui ne se retrouvaient pas dans le schéma, mais qui lui semblaient tout de même pertinentes pour approfondir certains éléments rapportés des participants selon les thèmes de la recherche.

Par la suite, la transcription des entrevues a été réalisée par deux assistantes de recherche, étudiantes au baccalauréat en psychologie, qui ont signé un contrat de confidentialité. Une vérification de la fidélité de la transcription par réécoute des enregistrements et lecture des verbatim en parallèle a été effectuée par la chercheuse ayant mené les entrevues.

Procédé d'analyse des données

La méthode d'analyse retenue pour la présente étude est l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli (2016) étant donné que la nature de l'objectif de recherche est davantage descriptif qu'interprétatif. Il s'agit d'une méthode connue et déjà expérimentée par la doctorante et chercheuse de l'étude. L'analyse thématique consiste à synthétiser le contenu des discours des participants au moyen de termes descriptifs qui résument l'essentiel du propos appelés thèmes en ayant le moins possible recours à des concepts théoriques. Ces thèmes sont ensuite regroupés, comparés et reformulés au besoin. L'objectif final est la construction d'un arbre thématique, soit une schématisation du corpus de données constituée des différents thèmes et de leurs relations. Étant donné que le corpus de départ

est volumineux (Paillé et Mucchielli, 2016), un logiciel spécialisé d'analyse, soit N'Vivo 12 Pro, a été utilisé.

Pour la construction de l'arbre thématique, la démarche employée fût celle de la thématization en continu (Paillé et Mucchielli, 2016). Autrement dit, la codification des données et la construction de l'arbre thématique ont été réalisés de manière simultanée. Les verbatim de tous les entretiens ont d'abord été lus une première fois de façon à obtenir une vision d'ensemble des données disponibles. Durant cette étape, la réduction phénoménologique était requise. Comme le suggèrent Paillé et Mucchielli (2016), la compréhension théorique de l'objet d'étude a été mise entre parenthèses le plus possible, de façon à se concentrer sur le contenu des propos des participants. Chaque verbatim a ensuite été codifié séparément. Cette thématization s'est déroulée en plusieurs étapes.

Dans un premier temps, le verbatim était analysé « en vase clos », l'objectif étant ici de synthétiser les propos des participants sous forme de thèmes avec le moins d'inférences possible de façon à réduire le risque de simplification abusive des données. L'ensemble du verbatim était analysé en même temps.

Dans un second temps, les thèmes issus de la thématization initiale étaient regroupés dans une grille de codification. Cette grille a été construite de façon progressive. Ainsi, chaque fois qu'un verbatim était codifié, les thèmes identifiés étaient comparés à ceux déjà présents dans la grille. Les nouveaux thèmes étaient alors ajoutés à la grille alors que

ceux qui correspondaient à des thèmes existants étaient reformulés de façon à assurer la cohérence de la démarche.

Dans un troisième temps, parallèlement à la thématization des verbatim, la grille de codification a été restructurée de façon périodique pour en augmenter la clarté. Les thèmes ont notamment été regroupés en rubriques et sous-rubriques qui reflétaient les questions posées en entrevues ou correspondaient aux principaux aspects de la thématique de recherche, soit les effets et les processus de changements perçus par les participants. Ainsi, une approche de prime abord inductive a été utilisée, pour laisser ensuite place à une approche déductive, le cadre théorique relatif à l'ACT et aux processus de changement thérapeutiques ayant permis de former des regroupements des thèmes. De plus, tels qu'observés dans la littérature, certaines données ont été classées selon qu'il s'agissait d'un effet ou d'un processus. Il s'agit d'une convention pour laquelle nous avons opté afin de catégoriser l'expérience des participants. Contrairement aux thèmes, les rubriques n'ont pas toujours été mentionnées explicitement par les participants et leur présence dans le relevé vise à organiser les thèmes. Celles-ci sont en gras dans l'arbre thématique qui se retrouve dans le Tableau 1 ci-dessous. Certains thèmes ont également été reformulés afin de mieux refléter les données auxquelles ils étaient associés.

Dans un troisième et dernier temps, une relecture des entretiens en parallèle avec la grille de codification a été réalisée afin de s'assurer que la dénomination et le regroupement des thèmes en rubriques demeurent le plus fidèle possible au contenu des

entretiens. Comme le soulignent Paillé et Mucchielli (2016), la précision des thèmes a été vérifiée avant que ceux-ci ne prennent une place définitive dans la grille de codification.

Comme stratégies de rigueur pour l'analyse des résultats conformément aux recommandations de Santiago-Delefosse (2004), un processus de supervision et de validation de la thématisation réalisée par la doctorante a été effectué avec les co-chercheurs de l'étude ainsi que par les deux cliniciennes animant le programme d'intervention.

Résultats

L'analyse thématique des entretiens a permis de dégager cinq principales rubriques :

- 1) Les effets perçus par les participants;
- 2) Les processus psychologiques de changement;
- 3) Les processus liés à l'expérience de groupe;
- 4) Les éléments se trouvant à l'extérieur de l'intervention;
- et 5) Les défis ou obstacles liés à l'intervention.

Celles-ci sont schématisées sous forme de roue, dans la Figure 1 ci-dessous, dont la forme circulaire représente la mise en mouvement et l'interrelation des différentes rubriques. Cinq rubriques gravitent autour de la roue :

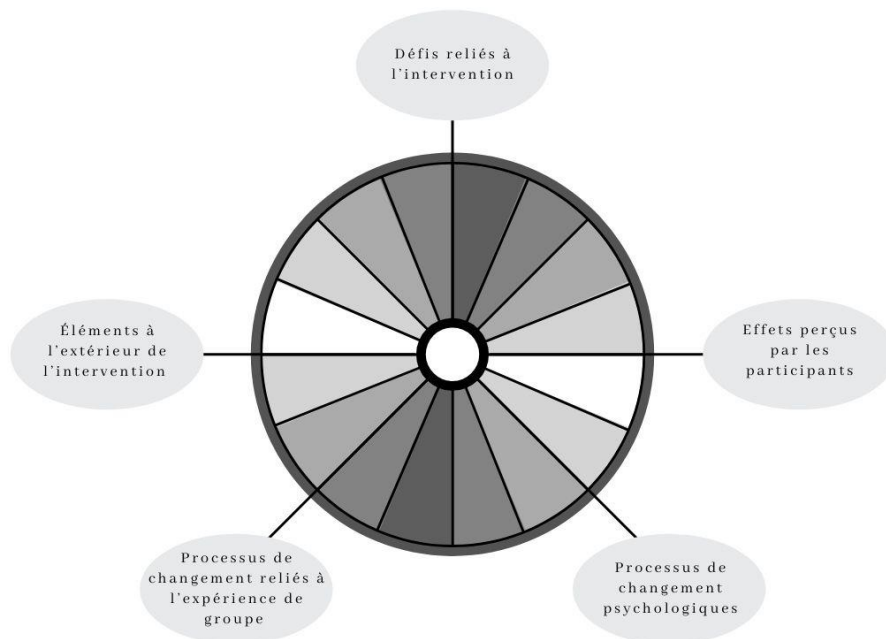


Figure 1. Les effets, les processus de changements et les difficultés perçus par les participants au regard de leur expérience d'un programme d'intervention basé sur la thérapie d'acceptation et d'engagement.

La prochaine section détaille chacun de ces aspects avec des extraits d'entrevue pour les illustrer. Pour faciliter la compréhension du lecteur de l'analyse des résultats, un relevé de thème linéaire, aussi appelé un arbre thématique, est présenté dans le Tableau 2 sous une version synthétique et dans l'Appendice B sous une version complète. Il illustre de manière synthétique les principaux résultats obtenus à la suite de l'analyse thématique. Chaque rubrique est divisée en sous-rubrique, et la plupart du temps, les sous-rubriques se séparent en thèmes. Par souci de confidentialité, les participants ont été anonymisés et numérotés d'un à onze. La lettre « I » dans les verbatims réfère à l'intervieweuse.

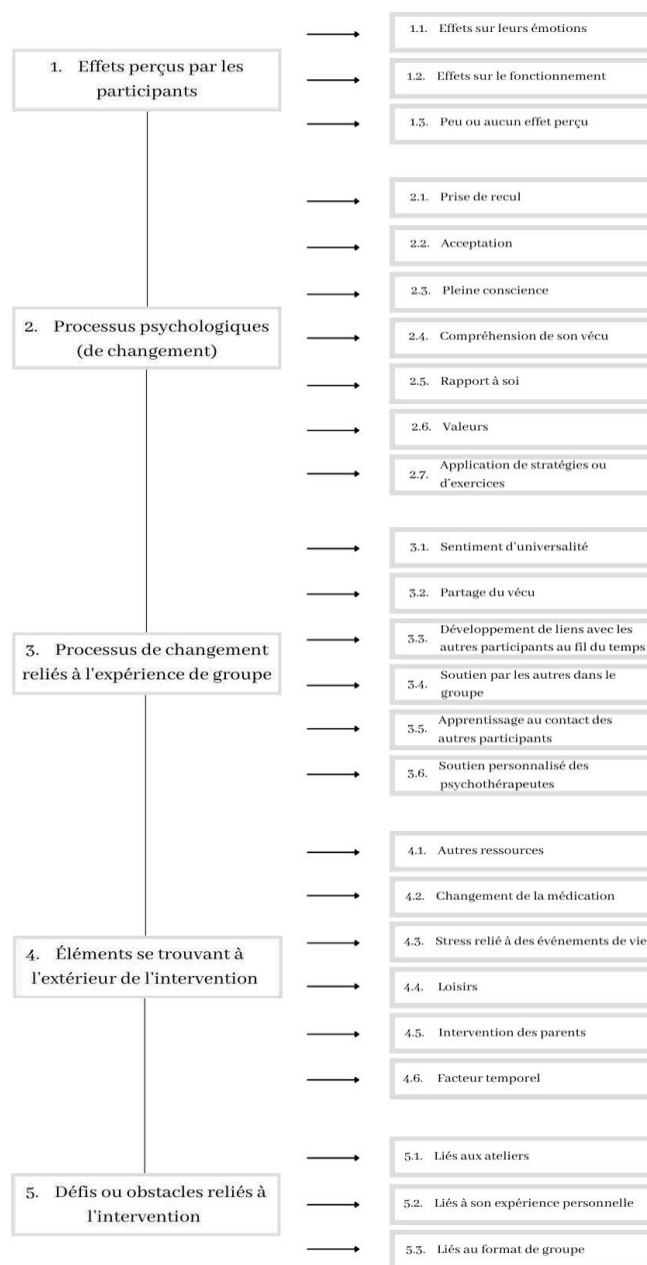


Figure 2. Arbre thématique résumant l'analyse sur les principaux résultats au regard de l'expérience des participants d'un programme d'intervention basé sur la thérapie d'acceptation et d'engagement.

1. Les effets perçus par les participants

Les participants ont rapporté plusieurs effets qu'ils ont perçus à la suite de leur participation à l'intervention sur le plan de leurs émotions ainsi que sur leurs comportements et fonctionnement au quotidien.

1.1. Effets sur les émotions

La majorité des participants rapportent être en mesure de mieux gérer leurs émotions d'une manière ou d'une autre :

I : [...] les ateliers visaient à mieux composer avec tes pensées et tes émotions difficiles, comment ça se passe pour toi de ce côté-là depuis ta participation au groupe?

I : Ben c'est sûr que ça m'a aidé à gérer mes émotions pis [...]

/ II : Ça m'a juste apporté du bien genre on dirait que, av-avant la thérapie, j'tais comme une p'tite fleur toute fermée là, qui savait pas gérer mes émotions là pis là, aujourd'hui, depuis la thérapie, genre on dirait que je suis toute ouverte pis, en gérant mes émotions, ça fait du bien parce que je sais comment gérer ma tristesse, je sais ne pas exploser genre pas essayer mettons de faire une tentative de suicide aussitôt que ça va mal[...].

1.2.1. Effets sur l'anxiété

Plusieurs participants apportent une diminution de l'anxiété et de la fréquence et/ou de la sévérité de leurs crises de panique : « 6 : [...] quand je fais mes crises de panique, j'ai beaucoup plus de facilité à me calmer, y durent moins longtemps ». Néanmoins, l'adolescent mentionne que son niveau d'anxiété a augmenté depuis sa participation à l'intervention, changement qu'il relie à l'arrêt de la médication et à un événement de vie qu'il qualifie de stressant (études).

1.2.2. Effets sur l'humeur

Au terme de l'intervention, quelques participants rapportent se sentir plus « heureux », « joyeux » ou être moins « bougon ». Certains attribuent cette amélioration de l'humeur au fait de se sentir moins fatigué, moins seul ou moins anxieux :

I : [...] *Est-ce que tu penses que ça a eu un impact sur ton humeur les ateliers?*
 9 : *Euh... Ben c'est sûr qu'être moins anxieuse, ça, ça m'aide là. J'étais moins fatiguée surtout là parce que ça me fatiguait beaucoup les crises de panique. Je sens qu'être moins fatiguée pis toute ça m'aide, ça me rend... plus joyeuse c'est sûr là. [...]*
 / 11 : *Ouain ben j'me sentais heureuse quand je sortais d'ici là. On dirait que là, ici, c'est là que j'enlevais comme mon masque, comme de heureuse pis en-dessous j'tais, j'tais triste là. Mais, vers la fin, on dirait que j'en avais pu à mettre comme. J'étais tout le temps heureuse parce que, en venant ici, je voyais que j'étais pas toute seule pis ça m'aidait beaucoup à me sentir comme entourée de gens comme moi pis supportée. Fac là je sortais d'ici, j'étais toute heureuse pour ma journée là.*

De plus, il se dégage du discours d'un participant l'impression que l'intervention l'aurait aidé à ne plus avoir des pensées suicidaires.

1.2. Effets sur le plan du fonctionnement

Au terme de l'intervention, plusieurs participants ont noté des effets sur le plan de leur fonctionnement au quotidien ou de leur façon de se comporter.

1.2.1. Plus d'engagements dans des actions importantes pour soi

Parmi les participants ayant noté un changement sur leur fonctionnement ou leur façon de se comporter, quelques participants expriment faire plus d'actions « pour eux » ou en direction de ce qui est important pour eux, tels que leurs amis ou le fait d'être autonome :

1 : [...] Mettons pour l'anxiété sociale, ben je veux être plus calme, mais tsé l'anxiété sociale c'est tout le contraire, donc j'essaye de foncer pis de me rappeler que ma valeur c'est être sociable, pis parler à des gens, pis en être capable sans être trop stressée pour rien, donc comme ça, je fonce plus...

6 : Ben c'est sûr que je prends plus de temps avec, mettons, mes amis, pour, je sais pas comment le dire, me sentir bien, parce que c'est pas mal eux autres qui me font le plus de bien, donc je prends plus de temps avec eux, parce que ma famille, en ce moment genre, on est pas mal tous séparés, ma sœur est au CÉGEP, mon autre qui est à l'école pis on est pas à la même école. Donc c'est sûr que je prends plus de temps avec eux pour aller mieux.

1.2.2. Moins d'impulsivité

Quelques participants expriment être moins impulsifs qu'avant. Il est également possible de relever à travers le discours de certains participants des exemples dans leurs comportements au quotidien où ils font preuve de moins d'impulsivité.

1 : Pis du côté de ton humeur, comment ça se passe pour toi depuis ta participation au groupe?

7 : Ben j'ai toujours été quelqu'un de très jovial, ça pas changé à ce niveau-là, mais mon impulsivité a clairement diminué. Je suis vraiment moins impulsive à l'école avec les profs, mes amis.

1.2.3. Moins de comportements associés à sa problématique

Quelques participants communiquent l'idée de moins faire de comportements nuisibles contribuant à leur problématique ou bien l'intention de moins en faire.

1 : Depuis ta participation aux ateliers, est-ce que tu vois une différence dans ton fonctionnement au quotidien?

1 : Ben je me sens comme plus fonceuse, je vais plus de l'avant qu'avant. Faire des projets ou dans l'école; maintenant ça me dérange pas de parler devant des gens. Pis c'est comme si je voulais vraiment m'améliorer sur ce que j'ai de la misère.

1 : C'est quoi que t'as de la misère?

1 : Ben, mettons l'anxiété sociale. Mais j'ai un autre — j'ai de la dépendance affective, j'essaie de, ben avec les adultes genre, j'essaie de moins aller les voir, leur parler, on dirait que je veux réussir, pis pas genre retomber dans qu'est-ce que j'étais avant, genre pas bien, pis dans le cercle vicieux.

1.2.4. Plus grande communication avec l'entourage

Il se dégage du discours de plusieurs participants la perception de faire davantage preuve de communication avec leur entourage. Une participante rapporte être plus « capable » de s'exprimer auprès de sa famille; une autre, être désormais plus portée à se confier et à parler de ses problèmes à ses amis. Par ailleurs, quelques participants font référence à des situations où ils communiquent davantage avec leur entourage.

I : Puis les ateliers, ça visait à mieux composer avec tes pensées pis tes émotions difficiles, comment ça se passe maintenant de ce côté-là?

4 : Ça a changé un peu... Mais y'avait des activités que je connaissais déjà, mais que je mettais pas nécessairement en place dans ma vie. Mais j'ai eu moins de difficulté à exprimer mes émotions, mais pas nécessairement avec ma meilleure amie, ça, c'est encore difficile. Mais avec ma famille, ça va mieux, pis je suis plus capable de m'exprimer avec eux.

1.2.5. Moins d'importance au jugement des autres

Ce thème a émergé dans le discours de quelques participants qui expriment moins se préoccuper du jugement des autres (en pensant moins au fait que les autres les jugent ou les regardent par exemple) et « avoir moins peur des regards des autres », tel que rapporté par l'un d'eux. La plupart des jeunes réfèrent à des expériences dans leur vie quotidienne et dans le groupe, alors que d'autres ont insisté davantage sur l'un ou l'autre milieu :

I : Ben, moi, je fais comme de l'anxiété sociale donc dans le fond j'ai comme vu..., ben, il y avait une autre fille qui parlait pas tant, donc je me suis dit, je suis comme pas toute seule, mais tsé elle vit pas nécessairement ça, mais moi je me donnais comme de la pression pour parler tandis que l'autre fille a avait l'air ben correct pis a parlait pas tant, mais moi je me mettais – je sais que j'ai ce problème-là, donc je me mettais plus de pression, donc dans le groupe j'essayais de plus parler. J'ai vu que les gens, ben, ils me jugeaient pas tant pis ils m'écoutaient, donc ça m'a fait réaliser que dans la vie, je pourrais faire la même chose que dans le groupe, parler pis... au pire, juste pas penser qu'ils me jugent pis c'est ça là.

Pour ce participant, il semble que le groupe a été une opportunité d'expérimentation, de laquelle il a pu faire certains apprentissages dont il a l'intention d'appliquer dans sa vie quotidienne.

1.3. Peu ou aucun effet perçu

Bien que la majorité des participants mentionnent des effets bénéfiques sur leurs émotions, trois participants rapportent aucun effet ou bien des effets modestes sur leurs pensées et émotions tel que l'illustre cet extrait :

I : En prenant en considération tout ce qu'on vient de parler ensemble, est-ce que tu dirais que les ateliers t'ont aidé à faire face à tes émotions ou tes pensées plus difficiles?

6 : Je sais pas. Je pourrais pas dire non, parce que c'est sûr que, tsé, l'atelier m'a apporté quelque chose, mais je peux pas dire oui, parce que j'ai pas vu une grande différence entre avant pis après.

I : Okay. Pis tu penses que c'est à cause de quoi que tu as pas vu une grande différence?

6 : Ben tsé, mes émotions, c'est pas ce que j'ai de plus difficile à travailler, c'est plus mon estime, pis on a pas beaucoup parlé de ça, pis tsé je connais mes valeurs, mes émotions je les connais aussi, je suis capable de les accepter, donc oui ça m'a aidé, mais pas plus que ça.

Du côté de leur anxiété ou de leur stress, deux participants mentionnent peu ou aucun changement. Constat à souligner, un participant rapporte que son niveau de stress ou d'anxiété est le même, mais qu'il parvient davantage à mieux le gérer :

I : Puis, une autre question en lien avec celle-là, du côté de l'anxiété ou du stress, comment ça se passe pour toi depuis ta participation au groupe?

2 : Ben c'est sûr que c'est aussi stressant, je pense que j'ai tous les agents du stress qui me stressent encore, mais je pense que je suis capable de vivre mieux avec, de pouvoir me calmer plus facilement avec les respirations, réfléchir plus à comment je me sens, pas dire « je panique, je me sens comme si je vais mourir », je suis capable de plus mettre des mots sur comment je me sens, pis qu'est-ce que je pense, voir les pensées que j'ai.

Un autre explique qu'il était parvenu à « combattre l'anxiété » avant de débiter l'intervention. D'autre part, plusieurs participants ont mentionné avoir perçu peu ou aucun changement sur leur humeur. Parmi ses participants, un d'entre eux mentionne dans un premier temps aucun effet sur l'humeur, puis mentionne « être plus positif » lorsqu'en présence des autres. Un autre nuance ses propos en expliquant que, bien qu'il n'ait pas vu de différences sur le plan de l'humeur, « *dans les moments difficiles, ça [l'] aidait de voir, de parler aux autres dans le groupe pis aussi de faire les activités* ». Un dernier explique que cela allait déjà mieux du côté de son humeur avant de débiter la thérapie. Sur le plan de leur fonctionnement au quotidien, quelques participants mentionnent également peu ou pas de différences. À titre d'exemple, voici un extrait illustrant des effets modestes qu'un participant note :

I : Depuis ta participation aux ateliers, est-ce que tu vois une différence dans ton fonctionnement au quotidien?

6 : Pas vraiment, non. À part tsé les respirations avant, surtout à mes compétitions, quand je suis stressée que je vois que ça fait une différence, mais sinon dans mon quotidien, pas vraiment.

2. Processus psychologiques de changement

Les adolescents ont relevé plusieurs éléments qui les ont aidés à mieux composer avec leurs émotions et pensées difficiles. Certains de ceux-ci apparaissent expliquer les changements et les effets qu'ils ont perçus.

2.1. Prise du recul

La notion de « prendre du recul » a été citée par la majorité des participants. Quelques participants rapportent prendre désormais un « temps », soit avant de poser une action ou bien dans des moments de stress :

1 : Pis avant, je prenais comme pas le temps, tsé ça se fait vite quand t'es stressé, tu veux pas réfléchir pis t'es comme pu là. Mais là je suis capable de prendre le temps, pis identifier que je suis stressée pis prendre des respirations pour me calmer.

Quelques jeunes mentionnent parvenir à ne pas écouter leurs pensées difficiles ou négatives, à ne pas prendre leurs pensées comme la réalité, aidant certains à poursuivre leurs activités ou à persévérer :

2 : Hum, ben oui, c'est sûr, comme j'ai dit tantôt, je suis capable de mieux..., je fais mes affaires, même si j'ai des pensées négatives, ça change mes habitudes de rien faire vu que je me sens fatiguée, vu que je me trouve poche. (I : Relance) Ça m'aide à pouvoir persévérer, comme qu'on a dit, de pas écouter les premières pensées qui me viennent en tête.

Chez certaines personnes, la couleur cognitive, sur le plan des pensées, est plus évidente. En effet, l'idée de réfléchir, de se poser des questions avant d'agir est évoquée et, certains l'associent à une diminution de l'impulsivité :

2 : Ben ça m'a appris un peu à réfléchir avant de dire ce que je pense, genre parce qu'avant, j'étais comme impulsive, je disais tout ce que je pensais, la première réplique qui me venait en tête, mais là, je pense que je suis capable de prendre un peu de recul sur ce que je pense pis mijoter avant de dire aux autres.

Plusieurs participants relèvent être plus en mesure de prendre du recul face à des situations ou problèmes. En effet, chez un des participants, « les trucs de toujours penser

qu'une pensée, c'est juste une pensée » l'a aidé à prendre du recul face à des situations, à ne pas « *réagir excessivement* » et à ne pas se « *laisser emporter par l'émotion* ».

Apprendre et se rappeler le caractère passager de « *toute chose* » semble également avoir aidé certains participants à prendre du recul par rapport à leur vécu et à vivre plus facilement certaines émotions :

I : « Ben mettons quand j'étais souvent, tsé quand tu es à terre, quand ça va pas, ben je me rappelais que j'étais comme pas toute seule, pis c'était comme que ça va passer, tu vas pas être tout le temps de même, c'est ça que les psychologues disaient un peu [...] »

Certains participants expriment que la participation à l'intervention les ont aidés à voir une situation différemment de comment ils la voient, par exemple de façon plus positive ou en ayant moins de distorsions cognitives, notamment en ayant la perspective des autres participants ou par l'entremise de certains exercices expérientiels reliés aux processus de « *défusion cognitive* » et de « *contact au moment présent* » de l'ACT.

9 : [...] À part de ça, ça m'aide à voir que y'a des exercices qu'on a faits où est-ce qu'on prenait du recul pis qu'on voyait que la pensée c'était juste une pensée. C'était pas euh. Tsé, on pouvait apprendre à l'ignorer pis ça m'a vraiment appris à, à voir mieux certaines choses.

11 : Ben mettons, y'ont du stress, mais toi aussi t'es stressé par rapport à quelque chose dans ta vie fac ensemble mettons. Y'a une fille. Ok, c'est un p'tit peu dark là, mais y'a une fille pis moi, on a déjà été à l'hôpital hospitalisées pour une tentative de suicide pis là, ben après genre on faisait juste comme en rire. Là on blaguait, on était genre : « Ah! J'aurais dû faire ça! », « Ah, non! T'aurais dû faire ça! » Pis tsé, on... Tsé genre c'est quelqu'un avec qui tu peux rire de ça parce qu'il sera pas malaisé à cause qu'il l'a vécu avec toi pis comme, vu qu'on a traversé ça ensemble, ben on peut juste en rire genre. Ça fait du bien, de juste rire maintenant de ça pis pas être comme « (sur un ton triste, déprimé) Ahhh... Ah, non, j'ai vécu ça nanana. ». Non, maintenant, tu, tu le vois du côté positif avec une autre personne.

2.2. Acceptation

La notion d'acceptation émerge des propos de plusieurs participants et apparaît être celle qui représente le mieux leur expérience qu'ils racontent. Certains parviennent à nommer, soit à la suite des questions de l'interviewer ou soit de manière spontanée, des situations dans leur vie quotidienne où ils font preuve d'acceptation de leurs pensées, tel que l'illustre cet extrait :

2 : Ben on a appris que, des fois, ignorer nos pensées ne nous fait pas plus avancer, pareil pour les combattre, on met plus notre énergie à les ignorer, à les combattre, que dans ce qu'on veut faire, donc on est mieux de les accepter, dire qu'elles sont là, pis mettre notre énergie à faire ce que les pensées négatives nous empêchaient de faire. [...] Faire mes devoirs, je vais prendre encore cet exemple-là, étudier, si je passe mon temps à place d'étudier à dire « non, non je vais [pas] être capable » ou « oui, je vais être capable » même si les pensées me disent t'es trop fatiguée, tu seras pas capable, tu vas être poche, si je passe mon temps, j'étudie pas, si je passe mon temps à les ignorer, j'étudie pas non plus, parce que dès que je me mets à étudier ils reviennent, ben je vais pas étudier en fait, je vais essayer de les ignorer, donc ça marche pas, mais si je dis « oui je suis fatiguée » ou « oui ça se peut que ça marche pas pis je vais me trouver poche après », là je vais étudier pareil, là je vais étudier.

Quelques participants font référence à la métaphore de lâcher la corde ce qui est près de la description du processus d'acceptation tel que défini par l'ACT. Ainsi, pour quelques participants, l'expérience de l'acceptation est décrite comme une forme de « laisser aller » ou de « lâcher prise ».

Par ailleurs, au terme de l'intervention, une plus grande acceptation des émotions semble être présente chez quelques participants :

4 : [...] De voir que j'étais pas la seule, premièrement, pis aussi savoir que, que c'était normal de vivre des émotions bonnes pis mauvaises, même si on le sait déjà

intérieurement, des fois, c'est plus difficile d'accepter que ces émotions-là qui viennent, donc à place de les repousser, on les a plus laissées venir [...].

D'autre part, pour deux participants, l'acceptation que l'intervention les a amenés à développer se situerait à l'égard d'eux-mêmes ou de leurs vécus. Un participant mentionne que l'acceptation plus grande qu'il ressent depuis sa participation à l'intervention serait à l'égard de lui-même et de son passé :

I : Qu'est-ce que ça t'a apporté, selon toi, de confronter, dans le fond, cet inconfort-là, de te dévoiler ou de dévoiler ton passé aux autres?

I1 : Ça m'a apporté du bien. Ça m'a apporté de l'acceptation pis de l'amour envers moi-même là. C'est, y'a rien eu de négatif de ce que ça m'a apporté pour vrai. Ça m'a juste faite réaliser que ok, c'est du passé. Oui j'dois vivre avec ça, mais j'dois pas comme... arrêter de vivre avec ça. Je sais pas si tu comprends là?

I : Arrêter de vivre à cause de ça?

I1 : Ouain ça. Je dois continuer ma vie pis j'dois apprendre à gérer moi-même mes émotions face à ça pis j'dois prendre le contrôle sur ma tête.

Ce même participant associe également l'acceptation de soi au fait de se prioriser et d'être plus respectueux envers lui-même :

I : Ok. Pis c'est quoi dans la thérapie mettons qui t'a aidée à, à pouvoir faire ça?

I1 : Ben m'accepter. Ben genre... Ben c'est ça, y'ont appris, y m'ont appris que je devais absolument me respecter moi-même. Comme, ils l'ont pas dit mots pour mots, mais moi je comprenais ça. Tsé, ça, ça m'a apporté ça genre ça m'a apporté le fait de me sentir moi-même pis devoir me respecter mes envies, mes goûts, mes émotions, avant ceux des autres. De me faire passer en premier. Pis ça m'a aidée.

Enfin, un participant explique être parvenu à « accepter », c'est-à-dire à reconnaître davantage son problème, ce qu'il identifie comme un facteur nécessaire au changement.

2.3. Pleine conscience

Il ressort du discours de quelques participants une plus grande conscience de soi et des expériences internes (émotions, pensées, sensations) au terme de l'intervention. Quelques participants semblent exprimer une plus grande capacité d'observation de soi, notamment en mentionnant qu'ils sont désormais capables de mieux « voir ce qui se passe en-dedans » d'eux, de « s'apercevoir des signes » menant à des crises d'anxiété, de davantage « se sentir soi-même » ou même, d'être plus conscients de ses pensées ou comportements, tel que le témoigne l'extrait suivant :

I : Si t'as une chose que tu retiens des ateliers que t'as reçu, ça serait quoi?

10: La conscience pis l'acceptation de ce que t'as pris en conscience.

[...]

I : Qu'est-ce que tu veux dire par la conscience?

10: Ben hum... Exemple euh, t'as des pensées négatives ben un moment donné de comme arrêter pis de faire : « Oh, ok! J'ai ces pensées-là euh, c'est pas bon pour moi là, là euh. » Tsé, de prendre conscience de ce que t'es en train de penser, de faire ou de comme pas correct là ou de correct.

Quelques participants expriment pouvoir également mieux identifier les comportements qui sont mauvais pour eux ou quand ils ne sont pas dans la bonne voie.

De plus, plusieurs participants évoquent l'idée que la pleine conscience et/ou des exercices de respiration tels qu'enseignés dans l'intervention leur permet de « se recentrer » ou « revenir sur le moment présent », de « se ramener » ou de se « concentrer » sur sa respiration ou sur soi-même :

2 : Ben les activités en pleine conscience, les respirations, c'est sûr que ça m'a aidé à revenir sur le moment présent donc à moins, tsé, je restais plus sur le petit moment d'anxiété que, quand tu pars en anxiété pis là « ah, mais oui ça va faire ça, ça va faire ça », pis là ça monte, ça monte, ça monte, pis tu viens avec une

grosse boule quand ça commence avec un petit problème, pis tsé si je commence tout de suite à faire les méthodes de respiration ben je vais rester juste avec le petit problème, tout ce qui est pas là encore... Comme moins pire...

Quelques participants relient ainsi la pratique de la Pleine conscience et/ou des exercices de respiration à la diminution de leur anxiété ou de leurs crises de panique.

En outre, plusieurs participants décrivent leur expérience de pratique de la Pleine conscience comme étant agréable et ayant un effet calmant :

2 : Ben moi ça m'aide à me sentir mieux à mettons quand je marche en pleine conscience, que je regarde partout, je me sens mieux, je me sens plus calme, donc ça me permet ça, je sais pas si ça fait ça à tout le monde, quand je fais quelque chose en pleine conscience, ça me permet d'aller mieux, de me recentrer sur le présent, donc... c'est ça.

2.4. Compréhension de son vécu

À plusieurs reprises, les participants font référence à des prises de conscience dans leur discours. L'idée d'avoir « réalisé » et pris « conscience de certaines choses » est énoncée parfois sans précision. Quelques participants expriment tout de même avoir pris davantage conscience de leur « problème », contribuant à une meilleure compréhension de ce dernier :

8 : [...]/le groupe là m'a fait, comme, c'est ça, réaliser pis comprendre que c'était ça mon problème pis pourquoi c'était ça mon problème [...]

/ 2 : [...] on dirait que plus que, mettons les exercices sur comment on faisait, plus que je voyais que oui, c'est vrai je faisais ça, que j'étais peut-être pas parfaite de la façon que je réagissais, que j'avais mes émotions...

I : Peux-tu me donner un exemple?

2 : À mettons, on avait un exercice avec des méthodes de, comment on abordait nos problèmes, nos pensées pis tout, pis il fallait encercler ceux qu'on faisait, pis j'en avais encerclé quand même beaucoup, pis ça m'a comme fait réagir que c'est vrai que c'est pas la meilleure façon de gérer ses émotions, pis ici ils vont me

montrer comment arrêter de- tsé faire les méthodes pour pas penser, de les ignorer, ça m'a fait montrer que oui j'avais des affaires à régler, sur moi pis pas juste sur les autres.

I : OK, comme quoi?

2 : Ben gérer mes émotions, arrêter d'ignorer les problèmes, leur faire face...

Il ressort également du discours des participants que l'intervention leur a permis d'approfondir la compréhension de leur vécu, plus spécifiquement de leurs émotions, de leurs pensées ou de leurs « problèmes » :

I : Puis, les ateliers visaient à mieux composer avec tes pensées et tes émotions difficiles, comment ça se passe pour toi de ce côté-là depuis ta participation au groupe?

1 : Ben c'est sûr que ça m'a aidé à gérer mes émotions pis... à les comprendre et à vraiment mettre un mot sur l'émotion que je vivais.

/ I : Okay. Puis, les ateliers, ça visait à mieux composer avec tes pensées et tes émotions difficiles, comment ça se passe pour toi de ce côté-là depuis ta participation au groupe?

8 : Ben il va me rester beaucoup de travail à faire là-dessus c'est sûr, mais ce qui m'a aidé dans le fond dans le groupe, c'est que j'ai compris, j'ai eu des trucs, pis c'est ça, j'ai compris dans le fond mes problèmes pis tout ça. Ben là, il me reste comme vraiment à mettre ces trucs-là, comme en avance le plus possible, parce que tsé ça se change pas du jour au lendemain, c'est quand même dur...

Lorsque les participants sont interrogés sur ce qu'ils retirent de leur participation à l'intervention, certains évoquent l'idée de comprendre désormais que c'est normal de vivre certaines émotions, autant bonnes que mauvaises, et d'avoir certains comportements. À titre d'exemple, pour un participant, « prendre du recul » et « apprendre qu'une pensée, ce n'est qu'une pensée » lui a permis de mieux comprendre certains de ses « agissements » en les normalisant (participant 9).

2.5. Rapport à soi

La participation au programme d'intervention semble avoir occasionné des changements dans le rapport que plusieurs participants ont avec eux-mêmes. Quelques participants mentionnent avoir le sentiment d'une plus grande maîtrise de leurs émotions, plus spécifiquement de leur anxiété :

I : Pis comment ça t'a aidée du côté de l'anxiété?

I1 : Ben... Ça, ça, ça m'a aidée à la contrôler là genre euh j'ai pu comme euh... euh... la calmer tsé quand, quand je commence à sentir que j'suis vraiment anxieuse, ben là j'fais de la pleine conscience pis j'me relaxe.

Par ailleurs, quelques participants rapportent avoir pris conscience d'un sentiment de maîtrise de soi ou de ce qui se passe dans leur vie à la suite de l'intervention, tel que le témoigne cet extrait :

9 : Je sens que j'ai... Depuis que j'ai les trucs de l'atelier euh, la pleine conscience euh, tsé comprendre qu'une pensée c'est juste une pensée, de comprendre que je suis vraiment euh, dans le fond, c'est moi qui décide, c'est moi qui euh, qui fais ce que je veux dans ma vie. Si je veux mettre du positif, euh c'est à moi à agir. Euh, ça m'a vraiment euh, tsé ça, ça changé ma perception des choses pis ça m'a aidé à... C'est ça, à comprendre que j'étais maître de ce qui se passait dans ma vie là.

Dans le même ordre d'idée, un participant évoque l'idée d'un pouvoir sur soi qu'il a même si les événements extérieurs lui échappent.

D'autre part, quelques participants expriment que, depuis leur participation au groupe, ils ont davantage de confiance, d'amour de soi ou sont plus conscients de leur valeur personnelle. Un participant explique qu'il commence à « reprendre confiance » en lui dû au fait d'avoir désormais des relations sociales plus solides et d'être davantage en mesure

de prendre une distance avec ses pensées. Enfin, pour un participant, l'expérience du groupe lui a permis de prendre conscience davantage de sa valeur personnelle, tel qu'illustré dans l'extrait suivant :

I : Qu'est-ce qui t'a le plus aidée, selon toi?

10 : Hum... (Silence) Euh ben je dirais que, dans le groupe, ça m'a comme prouvé que j'avais un peu de valeur euh ouain. Que j'avais tsé ce que, ce que je disais ça avait de l'allure pis que tsé de voir que les autres justement tsé y'étaient contents de me voir tsé euh... C'est sûr que ça m'a un peu valorisée d'être, d'avoir fait cette thérapie dans le sens euh tsé j'me, c'est ça, maintenant je sais que tsé, j'ai un peu de valeur pis euh les autres m'écoutaient tsé attentivement fac ce que je dis, c'est tsé, c'est bien fac faut que quand c'est le temps mettons de, de voir faire quelque chose ben faut que je, tsé faut que je fonce parce que, dans le groupe justement, ben ça m'a comme prouvé que c'tait correct pis que c'tait même bien que j'le fasse là. Fac c'est juste ça, ça... Sur le moment, ça m'a procuré un peu comme de bien-être dans le sens que j'me suis sentie valorisée un p'tit peu là pis que « Ok, c'est vrai, j'vaux quelque chose ». Mais euh, ouain, c'est ça.

2.6. Valeurs

Quelques participants évoquent l'idée des valeurs, mentionnant que l'intervention leur a permis d'identifier leurs valeurs, de se la rappeler et/ou de faire des choix qui vont les porter vers cette dernière. L'extrait suivant en témoigne de façon explicite:

I : [...] est-ce que tu es capable de me dire un peu plus qu'est-ce que ça t'a apporté les ateliers par rapport à cette difficulté-là, de parler devant du monde?

I : Ben je vois vraiment ma valeur qui est être sociable. [...] En partant de ça, je sais que c'est comme mon but, donc je veux vraiment l'être, sociable, donc je veux vraiment y arriver, donc j'essaye tout pour y arriver.

I : [...] est-ce que tu trouves que ça été un plus, les ateliers, pour ça, pour cette difficulté-là, ou pas vraiment?

I : Je pense que oui, parce qu'avant j'identifiais pas tant que ça la valeur, mais là, je l'ai vraiment vue. Tsé, ils disent qu'il faut vraiment y aller avec nos valeurs, ça, ça m'a comme fait genre : « Ouin, il faut vraiment que tu y ailles de l'avant, pour ce que tu veux être. ».

/ 2 : [...] C'est sûr qu'il y a encore de la pratique à faire, c'est pas six rencontres qui vont faire un miracle, mais j'ai les trucs en tête pis j'essaye le plus souvent de les faire.

I : Pis c'est quoi les trucs en tête?

2 : Ben les phrases à dire, de remarquer nos pensées, les choix, se souvenir de la valeur qui nous menait, le choix qui va nous porter à notre valeur.

2.7. Application de trucs concrets ou d'exercices

La majorité des participants ressortent avec des moyens pratiques provenant soit des autres ou de l'intervention en lien généralement avec la Pleine conscience, la respiration ou la gestion des émotions et des pensées. Ces moyens font parfois référence à des méthodes de Défusion cognitive telles que promues par l'ACT enseignée dans l'intervention :

I : Est-ce qu'il y a un de ces trucs-là qui t'a le plus marqué, le plus aidé?

2 : Les phrases pour reconnaître les pensées, mettons « je remarque que j'ai la pensée de... », ça, ça aide vraiment à avoir du recul sur la pensée, donc je suis capable de mieux voir les choix que j'ai après, sans me dire que la pensée est totalement vraie.

/ I : Si t'as une chose que tu retiens des ateliers que tu as reçus, ce serait quoi?

8 : Surtout les trucs. Les trucs que j'ai comme appris. Comme de passer par-dessus certaines situations qui sont pas bonnes pour moi, comme plus m'affirmer, tous les trucs justement vis-à-vis la peur de l'abandon, comme prendre un recul ou essayer d'agir différemment en me disant « est-ce que je veux être ces pensées? ». Pis ouin vis-à-vis ce que je me dis des fois, ben, que c'est juste des pensées dans le fond.

Dans ce dernier extrait, il est possible de comprendre que la défusion cognitive permet au participant de ne pas laisser ses pensées prendre le dessus sur ses actions.

En outre, la majorité des participants mentionnent avoir intégré la pratique de la Pleine conscience ou bien des exercices de respiration dans leur vie depuis qu'ils ont participé à l'intervention, qui a permis d'outiller certains à gérer leur stress :

9 : Euh... bah c'est sûr que dans la vie de tous les jours, j'ai commencé à vraiment plus appliquer la, la pleine conscience au moins une fois par jour. J'y pense pas tout le temps, mais j'essaye pis euh je vois que ça fait une différence.

/ I : Pis comment ça t'a aidé par rapport aux respirations, tu disais?

6 : Ben des fois j'en faisais pas beaucoup, j'en faisais pas. Pis maintenant, quand, mettons je suis stressée avant des compétitions, je pense vraiment à faire mes respirations, pis je sais comment faire.

D'autre fois, c'est la simple impression d'avoir appris à faire des choses qu'ils peuvent utiliser concrètement par la suite. En effet, à quelques reprises, l'idée de « trucs » acquis est énoncée sans être précisée : « [...] *pis des trucs pour gérer notre stress pis gérer notre tristesse [...]* » (11). Ainsi, les participants ne font pas juste relever et reconnaître les grands principes spécifiques de l'ACT, tels que la Pleine conscience, ils retiennent des manières de faire qu'ils ont été amenés à intégrer dans leur quotidien notamment grâce aux exercices demandés :

4 : [...] Ça [les exercices de Pleine conscience] je les connaissais déjà, j'avais déjà essayé, pis ça m'avait fait du bien, mais y'avait des fois... comme pendant quelques semaines après qu'on aille appris cet exercice-là, ils nous disaient de le faire pis voir, pour qu'on revienne là-dessus après pour savoir comment ça s'était passé. Donc ça te forçait un peu à le faire, donc ça faisait que je le mettais plus en place une fois ou deux par semaine.

Quelques-uns mentionnent avoir trouvé aidant certains exercices auxquels ils ont été amenés à participer :

4 : [...] C'est l'activité qui m'a le plus aidé, parce que, avec ça, c'est plus facile de savoir comment gérer le problème, parce qu'on a déjà mis une façon de le régler, ça peut être différent pour chaque problème, mais ça reste que la plupart du temps, tu peux la réutiliser pis ça aide.

Néanmoins, quelques participants ont vécu certaines difficultés avec les exercices ou l'application dans leur vie quotidienne, point sur lequel nous reviendrons plus tard.

Dans le discours de quelques participants énonçant des choses qu'ils retiennent de l'ACT, certains éléments sont différents de comment ils sont enseignés dans l'intervention. Par exemple, des mécanismes de contrôle ou d'évitement semblent être encore en branle chez quelques participants : « 4 : *Comme pas la méditation, je me rappelle pas comment ça s'appelle, mais comme se poser, respirer, pis oublier tout qu'est-ce qu'on pense [...]* ». On retrouve également des stratégies de gestion autres, soit des techniques d'autorégulation telles qu'un discours interne faisant office de réassurance :

1 : Ben mettons pour un examen, je me disais que j'allais couler, mais ça, c'était comme une pensée difficile, tsé que mon examen s'en venait pis que j'allais couler, pis finalement j'ai comme pensé à ici, je me suis comme dit « tu as étudié, tu as fait ce qu'il fallait faire pour réussir, y'a pas de raison de te dire que tu vas couler », pis il faut pas que je me parle négatif, il faudrait que je me dise plutôt « tu as fait ce qu'il fallait, pis le reste... ».

3. Processus reliés à l'expérience de groupe

La thématique du format groupe a émergé à maintes reprises dans le discours des participants et apparaît comme un élément central de l'intervention qu'ils ont apprécié et qui a été bénéfique pour la plupart d'entre eux.

3.1. Sentiment d'universalité

Par ailleurs, presque tous les participants ont rapporté que l'expérience du groupe leur a permis de se sentir moins seul, sentiment qu'ils perçoivent comme ayant un effet bénéfique pour eux :

11 : Ça fait du BIEN de voir que t'es pas toute seule pis là, tu te sens moins seule pis là, ça l'aide au fait que tu te sens plus bien pis là, tu te sens supportée de vraies

personnes qui sentent les mêmes choses que toi pis, eux, y se sentent supportés de toi. T'es là avec eux pis tsé, tu le vis avec eux là. Ça fait du bien.

Quelques-uns expriment réaliser une similitude entre leurs problèmes et ceux des autres, dont certains relient au fait de se sentir moins seul :

5 : [...] Mais je me rends compte aussi que même si on est tous différents, nos problèmes se ressemblent beaucoup.

/ 10 : Ce que je trouvais aussi cool dans le groupe, c'est euh... Plus qu'on parlait chacun, plus qu'on trouvait que euh, on avait des trucs semblables chacun. Tsé, chaque individu, on avait quelque chose de commun pis euh tsé même j'me suis affiliée avec quelqu'un tsé rapidement parce qu'on comme, on a comme connecté dans le sens qu'elle aussi c'était un peu ça tsé qu'a vivait pis dans nos réponses, quand on disait à voix haute, ben c'est comme, on avait écrit la même chose sans se consulter fac c'est ça qui était bien aussi de comme savoir : « Ok ben dans le fond j'ai pas, j'suis pas seule à avoir ce problème-là tsé. »

/ 1 : [...] Est-ce que... Y'aurait autre chose que t'aimerais ajouter sur ta participation aux ateliers de groupe?

F6 : Pas vraiment... À part que, être avec d'autres gens, je trouve ça plus, pas captivant, mais être en groupe ça va mieux que faire une rencontre toute seule.

I : Ça va mieux...? Dans quel sens?

F6 : Mettons, comme j'ai dit tantôt, tu peux entendre le point de vue de plusieurs gens, ça me fait aussi comprendre que je suis pas la seule mettons qui fait des crises de panique, parce que j'ai pas mal entendu que, pas mal tous les gens dans le groupe en faisaient, donc je me sens moins seule à vivre des affaires comme ça.

En outre, un participant exprime que c'est en s'ouvrant aux autres qu'il remarque qu'on est plus semblable que différent et que le fait de se sentir moins seul a eu un effet positif sur son humeur:

I : Ben, c'est sûr qu'elle [l'humeur] a comme changé, je suis plus heureuse, parce que justement je vois que je suis comme pas toute seule qui vit des choses difficiles. En étant cinq-six, pas mal le même âge, on peut en quelque sorte se comprendre dans qu'est-ce qu'on vit, parce que pas mal en vivait de l'anxiété, c'est pas mal commun comme problème. (Hm-Hm). Donc j'étais comme plus — ben je pensais comme plus que j'étais normale. Tsé avant j'étais comme toute seule à vivre ça, alors que quand on partage ce qu'on vit pis ce qu'on a comme problème, ben on se sent moins tout seul.

3.2. Partage du vécu

Quelques participants rapportent que le partage de leur vécu a été bénéfique, entre autres parce qu'ils se sont sentis réellement compris par les autres participants:

I : Puis, qu'est-ce qui t'a plu dans les ateliers?

2 : Avoir d'autre monde, pour comprendre que des fois on est pas tout seul à vivre, ben je sais que je suis pas tout seul parce que, [...] pis là dans le groupe, quand je parlais de mes affaires, ben je me sentais comme si je me faisais comprendre par tout le monde, pas juste par moi et la psychologue que c'est son travail de comprendre.

/ I : Puis si tu avais à parler à un de tes amis des ateliers que tu as reçus, comment en parlerais-tu?

1 : Positif. Je dirais que ça aide vraiment à moins se sentir seul, à partager ce qu'on vit, ça fait du bien parce que c'est comme tous du monde de notre âge, pas comme si tu parlais à un adulte, pis tu te sens comme moins compris, mais avec eux je trouve qu'on se sent vraiment compris, pis ils peuvent vivre les mêmes choses pis on le sait pas, ça paraît pas dans notre face.

Par ailleurs, quelques participants expriment un sentiment de libération découlant de leur partage et ouverture aux autres :

I : Ok. Qu'est-ce que ça t'a apporté de finalement confronter ta crainte de, dans le fond du groupe?

9 : Bah vraiment de réaliser que j'tais surtout euh que j'étais pas toute seule là-dedans là. Que y'avait plein de monde qui vivait plein de choses dans le monde-là. Pis que finalement, être dans un groupe pis de parler de ce qui va pas euh c'était pas euh, c'était pas mauvais, c'était pas négatif, que ça m'aide.

I : Hum hum. En quoi, comment ça t'aide?

9 : Euh, ben c'est libérateur. Moi juste écrire sur une feuille mettons « Ah! Je vis telle, telle affaire. », on dirait que ça, ça sort pas assez le gros morceau-là. Tandis qu'en parler en groupe ben ça, ça l'aide parce que ça, ça me libère de l'intérieur pis ça, ça fait que les autres autour pouvaient me donner des trucs aussi.

Enfin, une participante communique également un sentiment d'encouragement qui semble être né du partage de son vécu avec un pair ayant une histoire similaire :

3 : Ben je parle, mettons de comment, de ce qu'on a vécu, moi j'ai été anorexique pendant un bout, pis pendant un bout boulimique, pis une autre fille aussi a été

anorexique, on a été capable de se comprendre un peu de ce qu'on a vécu, donc c'est ça aussi on remarque que la vie est encore bonne pis on peut encore continuer parce qu'on est rendu là, pi on est en train de juste d'aller dans le meilleur, donc c'est comme un plus d'encouragement.

3.3. Développement de liens avec les autres participants

Quelques participants mentionnent aussi l'idée de mieux connaître les autres participants ou d'avoir connectés avec un autre jeune au fil de l'intervention, ce qui semble avoir permis de rendre certains d'entre eux « plus à l'aise de parler » :

I : Mais des fois c'est comme plus présent, comme, mettons devant un exposé, je sais que je vais me faire juger, donc j'ai pas envie de le faire, mais quand je parle devant les gens ici, mettons que je connais un peu à cause du fil des rencontres, je me sens comme plus à l'aise de parler. [...] Mais tsé, comme la première rencontre, je parlais pas trop, parce que je connaissais pas vraiment les gens, j'avais peur de ce qu'ils allaient penser de moi.

/ 10 : Ce que je trouvais aussi cool dans le groupe, c'est euh... Plus qu'on parlait chacun, plus qu'on trouvait que euh, on avait des trucs semblables chacun. Tsé, chaque individu, on avait quelque chose de commun pis euh tsé même j'me suis affiliée avec quelqu'un tsé rapidement parce qu'on comme, on a comme connecté dans le sens qu'elle aussi s'était un peu ça tsé qu'a vivait pis dans nos réponses, quand on disait à voix haute, ben c'est comme, on avait écrit la même chose sans se consulter fac c'est ça qui était bien aussi de comme savoir : « Ok ben dans le fond j'ai pas, j'suis pas seule à avoir ce problème-là tsé. »

3.4. Apprentissage au contact des autres participants

De plus, plusieurs participants expriment avoir trouvé aidant d'être en contact avec les points de vue des autres participants ainsi que leurs manières de voir des situations :

I : Pis si tu avais à parler des ateliers que tu as reçus à un de tes amis, comment en parlerais-tu?

5 : Ben un peu de bien pis un peu de mal. Ben pas de mal, mais un peu que c'est bizarre. Genre du bien parce que oui on est une gang pis genre, veut veut pas on est tous en dépression, pis ça nous rapproche on pourrait dire... Ouin.

I : Pis comment ça vous rapproche?

5 : On a tous des problèmes dont on pouvait s'aider pis... C'est ça.

I : Pis comment, pour toi par exemple, ça t'a aidé l'expérience de groupe?

5 : Ben ça m'a aidé parce que je voyais comment le monde voyait les situations similaires aux miennes, mais qu'ils voyaient d'une autre façon.

Quelques participants ont même exprimé faire preuve de davantage d'ouverture de soi à l'intérieur du groupe au fil de l'intervention. Ces participants mentionnent avoir généralisé cet apprentissage d'ouverture de soi dans leur vie également, notamment avec leurs amis.

11 : Ça m'a faite montrer comment m'ouvrir plus pis ne pas être gênée avec les autres. Ça m'a apportée à m'ouvrir. Oui. Euh, dans le fond, aussi à mes amis genre. J'étais moins renfermée sur moi-même. Tsé genre je voulais jamais comme leur dire que : « Aujourd'hui, je vais mal pis ça me tente pas vraiment de faire ci, de faire ça. » Comme je voulais jamais, tsé j'tais tout le temps la fille qui voulait pas que les gens voient que j'tais pas de bonne humeur pis que tsé j'me sentais pas bien, mais là, maintenant, je suis capable de leur dire [...].

3.5. Soutien par les autres dans le groupe

Des signes d'altruisme et de soutien mutuel, notamment par le fait de se sentir en confiance dans le groupe et non jugés par les autres entre les membres du groupe sont relevés par les participants. À titre d'exemple, une participante apparaît se sentir validée dans sa peine dû au climat d'acceptation se dégageant dans le groupe : « 9 : Tsé, y prenaient pas ça moins au sérieux parce que moi j'avais l'impression de vivre de quoi de moins grave qu'eux autres là ». Ce même participant explique que les autres jeunes essayaient de l'aider, lui demandaient « comment ça allait ». De plus, le partage de trucs provenant des autres participants est relevé comme un élément aidant et apprécié.

5 : Une personne genre vivait des problèmes avec ses amis, pis genre c'est un peu comme moi, donc elle, elle voyait une situation différente de la mienne, ben que moi je verrais, pis genre, ils donnaient des trucs, pis les deux, ça concordait un peu.

/9 : [...] ça fait que les autres autour pouvaient me donner des trucs aussi. Des façons qu'eux autres, mettons ils feraient ça de telle, telle manière. Pis euh je pourrais, tsé des trucs à essayer là.

3.6. Soutien personnalisé des psychothérapeutes

Plusieurs participants décrivent leur expérience des ateliers comme étant « agréable ». Certains évoquent le soutien personnalisé des psychothérapeutes du groupe comme un élément qu'ils ont apprécié et qui a contribué à l'établissement d'un lien de confiance :

I : Dans les ateliers, qu'est-ce qui t'a plu?

8 : Surtout que les animatrices, ben y'avait beaucoup de temps pour chacun, pis on pouvait comme vraiment parler de nos problèmes pis recevoir l'aide, parce qu'y'avaient du temps, comme, pour nous expliquer, pis tout ça. Donc ça, c'était le fun.

I : Du temps, tu veux dire, durant que vous vous rencontrez avec la rencontre de groupe ou après?

8 : Durant. Comme mettons qu'on faisait un exercice, ben ils prenaient le temps avec chaque personne de voir tsé comment t'as vu ça, qu'est-ce que ça t'a fait, mettons les respirations, qu'est-ce que tu pensais, qu'est-ce que ça t'a fait, est-ce que t'as réussi à te calmer de ça pis tout ça. Pis ça, ils le faisaient avec chaque personne, donc tsé ça donnait comme un peu la place à tout le monde, ça donnait comme, ça instaurait plus un lien de confiance pis des trucs de même.

4. Éléments se trouvant à l'extérieur de l'intervention

Il est possible de noter dans le discours des participants plusieurs éléments qui se trouvent à l'extérieur de l'intervention qui ont teinté leur expérience de l'intervention et dont certains semblent avoir contribué aux effets et changements perçus par les adolescents au cours de leur participation à celle-ci.

4.1. Autres ressources

Quelques participants déclarent consulter d'autres ressources (des livres de psychologie ou des suivis) à l'extérieur de l'intervention parallèlement à cette dernière. Un participant confie d'ailleurs qu'il est difficile de départager les effets provenant des différentes ressources :

I : Puis du côté de ton humeur, comment ça se passe pour toi depuis ta participation au groupe?

9 : Euh... Ça va bien, mais c'est un peu dur à... Je sais pas nécessairement si c'est à cause du groupe parce qu'en plein milieu des, des rencontres, moi, j'ai été à l'hôpital pis ça, ça m'a aidé beaucoup. Fac tsé, je sais pas si c'est par rapport au groupe (rires). C'est ça qui est... ouain. C'est mêlant.

4.2. Changement de médication

Quelques participants mentionnent avoir arrêté ou modifié leur médication au cours de leur participation à l'intervention et associent en partie cela aux changements qu'ils observent du côté de l'anxiété et du stress :

I : Sinon, je me demandais, du côté de l'anxiété ou du stress, comment ça se passe pour toi depuis ta participation au groupe ?

I : Ben c'est sûr que j'ai comme changé de médication en même temps, c'est comme dur d'identifier ça. C'est sûr que je suis plus en mesure d'identifier lorsque je suis stressée pis me calmer, pis j'ai comme plein de trucs là.

4.3. Stress relié à des événements de vie

Un participant mentionne des événements stressants (les études et des tests de santé physique) ayant eu lieu parallèlement à l'intervention, qu'ils relient à l'augmentation de son anxiété durant celle-ci.

10 : Fac tsé, l'anxiété mettons j'sens qu'a l'a augmenté depuis le groupe.

I : Ok. Est-ce que tu relierais ça au fait d'avoir participé au groupe que ça a augmenté?

10 : Non, du tout.

I : Ok. Donc, tu relieras ça à quoi?

10 : Euh ben euh, l'arrêt des médicaments pour l'anxiété, puis euh... ben les études. C'est sûr que là j'passe des tests pour la santé euh santé physique. Fac c'est sûr que j'ai beaucoup de stress-là qui accumule tsé juste ça que comme est plus élevé là.

4.4. Loisirs

Plusieurs participants font référence à des loisirs qui leur permettent de s'évader et de se changer les idées, notamment lorsqu'ils se sentent moins bien ou déprimés, tel que l'explique ce participant : *[...] comme moi je fais du ballet, pis c'est la fin de semaine, donc ça, ça m'aide à continuer de me détacher un peu de qu'est-ce qui se passe dans ma vie des fois [...].*

Une autre participante explique au cours de l'échange que l'intervention l'a aidé à composer avec sa dépression en l'encourageant à investir plus de temps sur ses loisirs et elle-même :

11 : [...] ça m'a aidée à gérer euh mon anxiété en faisant d'la pleine conscience pis ma dépression en, en me trouvant un loisir qui me change les idées pis qui me fait en sorte que je suis vraiment heureuse.

4.5. Intervention des parents

Quelques participants mentionnent que leurs parents les ont aidés d'une quelconque manière dans leur problématique, tel que l'illustre cet extrait :

8 : Aussi, mon père y m'aide beaucoup là-dedans, pis il me le disait que ça, c'était pas (rire) normal vraiment, pis que je pourrais jamais être heureux dans une relation si je prenais pas le temps avant, tsé comme sortir avec n'importe qui, c'est pas toujours la meilleure solution.

4.6. Facteur temporel

Quelques participants rapportent une amélioration constatée avant de prendre part à l'intervention de groupe :

8 : Ben le stress ça, ça c'est pas, ben, c'est encore là, c'est sûr, mais l'anxiété j'avais réussi à le combattre avant, avant le groupe. Ça veut dire que, oui je suis stressée des fois, mais j'ai comme pu de crises d'anxiété où est-ce que je vire comme presque fou là.

De plus, un travail personnel depuis quelques années sur sa problématique est évoqué par un participant qui explique que sa difficulté de parler devant les autres restera toujours présente, bien qu'elle le soit moins qu'auparavant :

*I : Puis sont-elles encore présentes actuellement? En fait ce que je veux dire par là, ces difficultés-là quand tu dois parler devant des personnes.
I : Ben c'est sûr, ça va tout le temps un peu rester là, mais c'est moins présent qu'avant, mais ça fait quand même longtemps que je travaille là-dessus, ça fait environ 2-3 ans.*

5. Défis et obstacles reliés à l'intervention

Pour terminer, les participants rapportent plusieurs aspects défis et obstacles soit à leur expérience personnelle, au format de groupe ou bien aux exercices, qui semblent avoir influencés comment ils ont vécu l'intervention.

5.1. Liés aux ateliers

Plusieurs participants relèvent des défis relativement à l'application des exercices dans leur vie quotidienne, qu'ils relient au manque de temps, à un oubli ou à des difficultés avec les exercices de respiration :

3 : Ben, des fois ils nous demandaient de faire des genres de devoirs, mais je les faisais pas.

I : Ok, qu'est-ce qui fait que tu ne les faisais pas?

3 : Je les oubliais.

Quelques participants rapportent des critiques concernant les exercices ou trucs donnés par les psychothérapeutes. Certains expliquent trouver que quelques ateliers ou exercices ne les rejoignaient pas, et/ou expriment avoir de la difficulté à comprendre comment cela pouvait les aider.

6 : Quand on faisait des mises en situation. C'est sûr, ils nous parlaient d'un petit gars qui avait intimidé une autre personne, ben intimidé, genre écœuré, pis j'avais de la misère à me mettre dans la peau du personnage, ou juste dans l'histoire, parce que des fois, les situations sont un peu, pas minimes, mais comparées à des fois ce que je vis au quotidien, je trouve que le petit garçon qui a mis de l'eau dans les cheveux de la fille, c'est un petit peu, je sais pas comment le dire, mais un peu moins réaliste de ce qu'on vit dans le quotidien, je savais pas comment cette situation pouvait m'aider à régler la mienne.

5.2. Liés à son expérience personnelle

La majorité des participants relèvent avoir trouvé difficile certains exercices ou contenus abordés lors des ateliers parce que ceux-ci les ont exposés à des souvenirs douloureux et amener à repenser à leurs difficultés et à leurs souffrances :

6 : Ben, à chaque fois que je finissais mon groupe, j'étais pas mal, pas hm... Ben c'est sûr, des fois je finissais en pleurant, parce que ça me touchait ce qu'on avait parlé, donc c'est sûr quand je revenais des groupes, j'étais pas super bien, parce que ça touche des cordes sensibles, mais...

Certains rapportent des difficultés à rester concentrés par moments dans les ateliers, souvent en raison du fait que leur esprit s'égarait. Deux participants expliquent que lorsque

leur semaine s'était moins bien passée, ils étaient moins attentifs durant l'atelier, étant préoccupés par ce qui se passait dans leur vie.

Par ailleurs, il est possible de relever dans le discours de quelques participants des attentes initiales négatives à propos de l'intervention, ne croyant pas que celle-ci pouvait régler leurs problèmes. Certains participants ont exprimé une ambivalence quant à leur participation. En effet, un adolescent relève qu'il n'a peut-être pas assez participé; le manque d'espoir et de confiance aux autres semblent avoir été des obstacles à sa participation.

Enfin, quelques participants mentionnent avoir de la difficulté à mettre en action les acquis de l'intervention :

I : Pis c'est quel bout, quel chemin, dans le fond, ça t'a fait faire? Est-ce que t'es capable de mettre des mots là-dessus?

8 : Ben de l'accepter. Pis de le comprendre surtout. Ben là il me reste à le mettre en action, mettre les trucs que j'ai eus en action, pis tout ça là, mais tsé le groupe là m'a fait, comme, c'est ça, réaliser pis comprendre que c'était ça mon problème pis pourquoi c'était ça mon problème [...].

Un autre participant demeure critique en expliquant que l'intervention l'a davantage aidé sur le plan « intellectuel » et qu'il lui reste à mettre en pratique les apprentissages théoriques qu'il a acquis.

5.3. Liés au format de groupe

Certains participants rapportent avoir vécu de l'anxiété en raison du format de groupe de l'intervention. Un participant relève d'ailleurs que les thérapies de groupe ne lui

conviennent pas, en précisant que les thérapies individuelles seraient plus adaptées pour lui :

5 : Non, non. C'est une expérience, pis je sais que les thérapies de groupe, pour moi, ça marche pas. Genre y'en a que oui ça marche, ça les débloque, mais pour moi —

I : J'ai pas compris ça les débloque?

5 : Ben ça les débloque, dans le sens que ça les aide, mais moi c'est plus des thérapies toutes seules qui m'aide.

Dans le même ordre d'idée, quelques participants mentionnent avoir de la difficulté à faire confiance aux autres membres du groupe, ce qui semble avoir nuit à leur participation et à leur dévoilement de soi dans le groupe. Enfin, un participant rapporte des difficultés dans la relation aux psychothérapeutes du groupe.

En somme, les participants ont relevé plusieurs défis et difficultés relativement aux ateliers, à leur expérience personnelle et au format de groupe, qui semblent avoir eu un impact sur comment ils ont vécu les ateliers.

Discussion

L'objectif de cette recherche était d'approfondir notre compréhension des effets et des processus de changement de l'intervention de groupe *Deviens maître de ta vie* basée sur l'ACT, une approche prometteuse s'inscrivant dans la famille des thérapies cognitives comportementales de troisième vague. Cette intervention a été offerte à des adolescents âgés de 14 à 17 ans suivis en pédopsychiatrie. Deux sous-objectifs étaient visés : 1) Accroître notre compréhension des effets perçus de l'intervention par les adolescents; 2) Comprendre la perception du participant du ou des changements vécus (c.-à-d., comment l'adolescent parvient à mieux composer avec ses émotions et pensées difficiles?). Des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de onze adolescents ayant participé à l'intervention de groupe basée sur l'ACT. Au terme de l'analyse thématique qualitative des verbatim en lien avec les objectifs de l'étude, cinq principales rubriques ont émergé et mettent en lumière, selon la perception des participants : 1) les effets au terme de l'intervention; 2) les processus psychologiques de changement reliés à l'intervention; 3) les processus reliés à l'expérience de groupe; 4) les éléments se trouvant à l'extérieur de l'intervention ayant contribué aux effets perçus, ainsi que 5) les défis et obstacles reliés à l'intervention. Considérant l'étendue des résultats, la discussion sera centrée seulement sur les grandes rubriques et les principaux résultats de l'étude, en établissant des liens avec la théorie ainsi que les recherches existantes dans le domaine. Il sera ensuite question des limites de cette étude.

Les effets perçus par les participants

Dans la présente étude, la majorité des participants ont noté une meilleure capacité de régulation émotionnelle au terme de l'intervention, tel qu'également relevé dans l'étude de Uppal Dhariwal (2017), ainsi qu'une amélioration sur des symptômes d'anxiété et sur l'humeur. Cette amélioration sur la symptomatologie anxieuse corrobore avec des études à devis qualitatif portant sur l'ACT réalisée auprès des adolescents (Aydin et Aydin, 2020; Uppal Dhariwal, 2017). La diminution des symptômes anxieux est également retrouvée dans maintes études à devis quantitatif portant sur cette même population (p. ex., Hancock et al., 2016; Kemani et al., 2018; Smith et al., 2020).

Par ailleurs, de manière générale, plusieurs participants ont noté des effets sur le plan de leur fonctionnement au quotidien ou de leur façon de se comporter, tels que plus d'engagement dans des actions importantes pour eux. Ce constat ce qui va dans le même sens que quelques études à devis qualitatifs (p. ex., Uppal Dhariwal, 2017), mixtes (p. ex., Ly et al., 2012) et quantitatives (p. ex., Takahashi et al., 2020) qui rapportent des effets similaires en ce qui a trait les actions orientées vers les valeurs au terme d'une intervention ACT. Sous cette même sous-rubrique des effets sur le fonctionnement, des effets non répertoriés dans la littérature auprès des adolescents ont émergé, soit une diminution de l'impulsivité et de l'importance accordée au jugement des autres.

En outre, l'intervention a également engendré des améliorations sur le plan de la communication avec l'entourage. Cet effet a aussi été soulevé dans plusieurs études telles

que l'étude qualitative de Casey et al. (2017) et de Thompson-Janes et al. (2016). Dans la première étude, trente six participants à une intervention de gestion de la douleur multidisciplinaire combinant l'ACT et des exercices supervisés ont participé à des focus groupe dont un des grands thèmes émergés sont des changements sur le plan de la communication. Quant à l'étude de Thompson-Janes et al. (2016), elle a été réalisée auprès de onze parents ayant des enfant aux prises avec des difficultés d'apprentissage et des problèmes de comportements. Ces parents ont pris part à un groupe d'intervention basé sur les principes de la théorie comportementale et de l'ACT et ont été interrogés au moyen d'un focus groupe. L'analyse thématique révèle plusieurs thèmes, dont les effets positifs de la participation au groupe. En effet, certains parents ont décrit des changements bénéfiques dans la relation avec leur enfant, qu'ils attribuent au fait d'avoir appris à mieux communiquer et comprendre les comportements de leur enfant à travers le programme. Ainsi, l'effet de l'amélioration de la communication avec l'entourage qui a émergé du discours des participants de notre étude est cohérent avec d'autres études qualitatives qui ont toutefois été réalisées auprès de problématique et de clientèle différentes.

Enfin, notons que plusieurs participants expriment ne pas voir de grandes différences lorsqu'ils sont interrogés directement sur les changements notés dans plusieurs aspects de leur vie. Certains ont même rapporté des effets négatifs. Néanmoins, au fur et à mesure de l'entrevue, la plupart finissent néanmoins à rapporter quelques effets « positifs ». En effet, à la question directe, leur première réponse ne correspond pas toujours à leur vécu et manquer de nuances si l'on tient compte de l'ensemble de l'échange avec le participant.

Leur réponse qui se développe dans le lien et dans le temps au cours de l'entrevue semble être plus fiable et plus nuancée. Autrement dit, par un effort volontaire, peu ou pas de changement perçu est rapporté par les participants. En contrepartie, les adolescents en évoquaient au fil de l'échange, parfois de manière spontanée. Notons que les questionnaires auto-rapportés suscitent surtout l'acte de mémoire dite volontaire. C'est ici que la recherche qualitative est particulièrement intéressante du fait de sa capacité à mobiliser et à stimuler la faculté de la mémoire d'évocation (entre autres par association libre). En mettant en route la mémoire d'évocation, tel qu'expliqué par (Legault, 2009, p.38) :

[...] le participant se retrouve dans un « quasi revivre » du moment évoqué, proche de l'éprouvé corporel. Et c'est dans cette posture « réflexive » qu'il décrira au chercheur de quoi est fait ce vécu, par exemple, sur le plan de sensations, des émotions, des pensées, des actions et de tout autres catégories ou sous catégories utiles à la description de leur vécu.

Cet état qui habite le participant est un élément primordial déterminant la qualité de la recherche. En effet, il constitue une donnée fondamentale, sur lequel toutes les étapes ultérieures de la recherche reposent.

Les processus psychologiques de changement

Dans la présente étude, la majorité des participants rapportent plusieurs éléments qui les ont aidés à mieux composer avec leurs émotions et pensées difficiles ainsi qu'à réaliser des changements sur le plan de leur fonctionnement quotidien. Ces éléments sont regroupés sous la rubrique « processus psychologiques de changement », qui comprend les processus rapportés dans le discours des adolescents par lesquels les effets et les

changements qu'ils ont perçus semblent opérer. La plupart des participants ont fait référence à cette rubrique par le biais de sept sous-rubriques distinctes : 1) la prise de recul; 2) l'acceptation; 3) la pleine conscience; 4) la compréhension de son vécu; 5) le rapport à soi; 6) les valeurs; et 7) l'application de stratégies ou d'exercices. Parmi ces processus, tous excepté *Compréhension de son vécu* et *Rapport à soi* s'apparentent aux processus tels que conceptualisés par l'ACT, soit l'acceptation, la défusion cognitive, le soi contexte, le contact au moment présent, les valeurs et l'action engagée.

Pour ce qui est de la sous-rubrique *Prise de recul*, celle-ci émerge dans les propos de la majorité des participants et se rapproche du processus de défusion cognitive de l'ACT, qui a également été relevé comme facilitant le changement dans d'autres études (p. ex. : Mathias et al., 2014). Toutefois, il est intéressant de constater que la prise de recul prend différente forme dans la vie des adolescents et ne touche pas uniquement un changement dans la relation avec ses pensées, tel qu'est conceptualisé le processus de défusion cognitive par Hayes et al., (2006). En effet, au terme de l'intervention, les participants ont mentionné prendre plus de temps, réfléchir davantage et se poser plus de questions avant d'agir.

Pour ce qui est de la sous-rubrique *Pleine conscience*, les participants ont rapporté une plus grande conscience de soi et de leur expériences internes au terme de l'intervention, vécu qui fait appel à l'axe thérapeutique « centré » (composés des processus de soi contexte et de contact au moment présent).

Le concept de pleine conscience est d'ailleurs souvent utilisé de façon interchangeable avec le processus de Contact au moment présent. De plus, rappelons que les processus de l'ACT sont conceptualisés comme se chevauchant (Hayes et al., 2006). Ce résultat est cohérent avec plusieurs études qualitatives (p. ex., Williams et al., 2014) ainsi que quantitatives (p. ex., Uppal Dhariwal, 2017) où une conscience de soi accrue est également notée suite à la participation à une intervention basée sur l'ACT, bien que d'autres études (p. ex., Swain, Hancock, Hainsworth, et Bowman, 2015) ne constatent pas de changements significatifs sur le processus de pleine conscience/soi comme contexte. Ainsi, l'intervention ACT semble favoriser le développement des capacités métacognitives et d'introspection des adolescents qui y ont participé. Par ailleurs, les participants mentionnent aussi que la pratique de la pleine conscience ou d'exercices reliées (telles que de respiration) les aide à s'ancrer dans le moment présent, contribuant pour certains à les calmer et à diminuer leur anxiété. Ceci est cohérent avec la littérature s'intéressant aux processus de changement mis en œuvre lors de la pratique de la pleine conscience. En effet, Brewer et al. (2010) mettent en lumière comme processus de changement sous-jacent à la pleine conscience : l'amélioration de la conscience cognitive et la gestion de soi, ce qui aiderait à diminuer les comportements de rumination et d'évitement et à accroître la tolérance aux expériences internes vécues comme déplaisantes.

Concernant la sous-rubrique de la *Compréhension de son vécu*, l'apprentissage par les participants de certaines notions d'éducation psychologique enseignées dans le groupe,

tels que l'aspect passager de toutes choses, semble être sous-jacent à une meilleure compréhension de leur vécu. Chez quelques participants de notre étude, une meilleure compréhension de leur vécu semble également reliée à une plus grande conscience de celui-ci et habileté à mettre des mots sur ce qu'ils vivent et ressentent, reliant ce processus à celui de la pleine conscience dans notre étude tel qu'issu de l'analyse thématique. Ainsi, certains changements semblent opérés par des apprentissages et des prises de conscience tel qu'observé dans l'étude de Rise et al. (2015) réalisée auprès d'adultes recevant des indemnités de maladie dû à des troubles de santé mentale ou musculosquelettique. Ces derniers mentionnaient avoir traversé un long processus de prise de conscience après le programme (Rise et al., 2015).

En lien avec la sous-rubrique *Rapport à soi*, plusieurs participants ont rapporté le sentiment d'avoir une plus grande valeur personnelle, résultat qui concorde avec l'étude de Burckhardt et al. (2017), dont le questionnaire d'évaluation du programme de prévention universelle basé sur l'ACT révèle que les trois quarts des adolescents d'une école secondaire se sentent plus confiants dans leur vie grâce aux ateliers, et ce, malgré le fait que seulement les deux tiers aient rapporté avoir trouvé les ateliers utiles. Les chercheurs soulignent ainsi le fait que cet écart dans le nombre de participants ayant trouvé les ateliers utiles et ceux rapportant une plus grande confiance en soi peut refléter la tendance des adolescents de laisser apparaître quelque chose comme moins important qu'il ne l'est réellement, les amenant ainsi à sous-estimer les changements positifs. Cette réflexion est intéressante et fait écho avec le fait que quelques participants de notre étude

communiquent au départ de l'entretien une impression générale que l'intervention a eu peu d'effets concrets tout en soulignant au fil de l'échange des incidences dans leur vie.

De manière similaire à notre étude, des changements positifs du « soi », tels qu'une confiance et estime de soi accrue, ont émergé des témoignages des six adultes de l'étude de Mathias et al. (2014) ayant pris part à un programme de gestion de la douleur basée sur l'acceptation. Relativement à la même sous-rubrique, plusieurs participants témoignent sentir un plus grand sentiment de maîtrise sur leur vie ou sur soi, ce qui correspond aux résultats de l'étude de Large et al. (2020). En effet, dans cette dernière étude, les participants étant capables d'intégrer des habiletés issues de l'intervention ACT qu'ils ont reçu rapportaient un plus grand sentiment de contrôle et l'impression d'accorder plus de temps aux choses qu'ils valorisent malgré l'impact de l'accident cérébro-vasculaire. Cependant, cette étude a été réalisée auprès d'une population adulte et présentant des symptômes résiduels comorbides (p. ex., anxiété et dépression) plutôt que strictement des problématiques de santé mentale, s'éloignant ainsi de notre champ d'intérêt. Cette notion de sentiment d'un plus grand contrôle est aussi un résultat observé dans l'étude de Uppal Dhariwal (2017) et de Mathias et al. (2014). Dans cette dernière étude toutefois, les participants décrivent un contrôle relié à leur douleur, leur donnant le sentiment d'être plus en mesure de pouvoir la gérer, notamment par le changement de leurs croyances à propos de la douleur et également via des stratégies de respirations et de méditation. Somme toute, les changements observés par les adolescents de la présente étude en lien avec leur rapport à soi demeurent un élément relativement nouveau et peu exploré bien

que des études auprès de populations et problématiques différentes aient observé des résultats similaires.

Dans un autre ordre d'idée, il est observé dans l'analyse du discours des participants que quelques processus thérapeutiques semblent reliés aux effets et aux changements perçus par les participants. À titre d'illustration, de manière similaire aux résultats de Bacon et al. (2014), quelques participants ont expliqué toujours vivre de l'anxiété, ou d'autres expériences internes désagréables, mais être davantage en mesure de composer avec ces expériences difficiles, notamment par différents processus tels que la prise de recul, l'ancrage dans le moment présent ou l'acceptation de son vécu. Ainsi, changer la relation avec leurs expériences internes, qui correspond à l'une des visées centrales de l'ACT, pourraient expliquer la réduction de l'intensité ainsi que l'impact de leurs émotions et pensées difficiles rapportés par les participants. Ce résultat est donc un appui empirique additionnel à l'idée qu'un effet collatéral de la participation à l'ACT est la diminution de la symptomatologie et/ou de la détresse émotionnelle, même s'il ne s'agit pas du but premier de cette approche (Hayes et Lilis, 2012).

En somme, de manière générale bien que quelques différences avec le contenu enseigné dans l'ACT puissent être relevés, le discours des participants reflète une internalisation de plusieurs processus de l'ACT, tels que la défusion cognitive, la pleine conscience et l'acceptation, au terme de l'intervention, ce que les résultats de l'étude de Aydin et Aydin (2020) et l'étude quantitative de Makki et al. (2018) suggèrent. En effet,

tel qu'expliqué dans la section Résultats, certaines personnes vont attribuer à l'ACT des processus qui ne sont habituellement pas ciblés dans une intervention ACT. Par exemple, certains participants décrivent les exercices de pleine conscience comme un moyen pour oublier ses pensées, devenant ainsi un mécanisme d'évitement expérientiel et allant à l'encontre de l'approche ACT. La présence de mécanismes de contrôle ou suppression de la pensée est également notée dans le discours des participants, ce qui demeure normal. En effet, les stratégies thérapeutiques de l'ACT nécessitent un entraînement pour être maîtrisée (Hayes et al., 2012). De plus, étant donné les bénéfices à court terme des mécanismes de contrôle, il demeure difficile de les enrayer complètement. Ainsi, nous remarquons des écarts entre comment les participants utilisent les processus de l'ACT dans sa vie, les comprennent et les utilisent comparativement à la définition conceptuelle de ces processus. La personnalisation du contenu de l'intervention notable dans leur propos semble toutefois témoigner davantage d'une appropriation du contenu que d'une déformation de celui-ci. Leur façon de parler de certaines notions qu'ils ont apprises est inévitablement colorée par leur façon d'être et leur subjectivité. Par exemple, pour quelques participants, la notion de l'acceptation semble provenir non du contenu enseigné dans l'intervention, mais plutôt du sens courant de l'acceptation ou tel qu'ils se la représentent et l'appliquent dans leur vie.

Ainsi, les résultats suggèrent que les participants ont amélioré leur flexibilité psychologique, considérant le fait que les processus de l'ACT sont interreliées et se soutiennent mutuellement pour favoriser la flexibilité psychologique (Hayes et al., 2006).

Ce résultat est cohérent avec ce qui est exposé dans la revue systématique de Harris et Samuel (2020) et celle de Swain, Hancock, Dixon, et Bowman (2015), où les chercheurs concluent que les résultats de la majorité des études quantitatives sur l'utilisation de l'ACT auprès des adolescents suggèrent une amélioration sur le plan de la flexibilité psychologique.

Les processus reliés à l'expérience de groupe

Bien qu'aucune question du guide d'entretien n'adresse directement la modalité d'intervention, les processus de groupe sont une rubrique émergente centrale de l'analyse thématique. Ce qui ressort le plus dans le discours des participants de notre étude ressemble à ce que Yalom et Leszcz (2005, 2020) nomment comme l'universalité (*universality*), qui correspond au sentiment « d'être dans le même bateau ». En effet, les participants de notre intervention ont communiqué un soulagement de réaliser qu'ils ne sont pas tous seuls à vivre des difficultés et que d'autres partagent également des enjeux et expériences de vie similaires. Il s'agit d'un résultat se retrouvant également dans maintes études réalisées auprès d'interventions de groupe basées sur l'ACT (p. ex., Butler et al., 2016; Mathias et al., 2014) ou auprès de d'autres interventions de groupe (p. ex., Borek et al., 2019). En outre, d'autres processus de groupes relevés dans notre étude font également écho à plusieurs facteurs thérapeutiques qui se retrouve dans le modèle à onze facteurs thérapeutiques à l'œuvre dans une psychothérapie de groupe élaborés par Yalom et Leszcz (2005), tels que l'émergence de l'espoir (*instillation of hope*, p. 106, traduction libre, Yalom et Leszcz, 2020), l'universalité, l'altruisme, la libération (*catharsis*), la

cohésion et l'apprentissage interpersonnel qui peuvent être observés dans le discours des participants de la présente étude. En effet, la sous-rubrique *Apprentissage au contact des autres* participants s'apparente au processus de groupe appelé par Yalom et Leszcz (2020) « Résultat de l'apprentissage interpersonnel » (*Interpersonal learning output*) qu'il décrit comme le fait que les membres d'un groupe tentent de nouveaux comportements à l'intérieur de celui-ci, apprennent à mieux exprimer leurs pensées et leurs sentiments, s'exercent à résoudre des avis divergents ou conflits et acquièrent des compétences relationnelles pour mieux s'entendre avec les autres. Ces apprentissages sont parfois généralisés et appliqués dans leur environnement extérieur, ce que nous avons d'ailleurs observé avec quelques participants de la présente étude et résultat qui se retrouve également dans d'autres études portant sur des thérapies de groupe auprès d'adolescents (p. ex., Pingitore et Ferszt, 2017).

Par ailleurs, nous remarquons que les différents éléments relevés par les participants référant au groupe sont intimement interdépendants et n'ont pas des limites claires, tel qu'expliqué par Yalom et Leszcz (2020) décrivant le fait que les différents processus finissent par interagir les uns avec les autres, à la manière que les participants interagissent entre eux. Pour plusieurs participants, le fait de mieux connaître les autres au fil de l'intervention les rendant plus à l'aise tel que rapporté par certains d'entre eux (codé sous la rubrique *développement des liens*) a sans doute encouragé le partage de leur vécu, qui en retour a pu favoriser l'émergence d'un sentiment d'universalité, les participants réalisant des similitudes avec leurs pairs à force de mieux les connaître. Ainsi, le contexte

relationnel semble avoir optimisé certains processus thérapeutiques chez les participants, pour qui le regard et le soutien des autres a pu être valorisant chez certains et leur permettre d'accepter davantage leur vécu ou de reconnaître que leurs difficultés étaient aussi valables que les autres, peu importe leurs natures, tels qu'expliqués précédemment dans la section Résultats.

Constat intéressant, non seulement les processus de groupe apparaissent interreliés, mais ils semblent également exercer une influence sur les processus psychologiques de changement, tels que l'illustre cet extrait :

4 : [...] De voir que j'étais pas la seule, premièrement, pis aussi savoir que, que c'était normal de vivre des émotions bonnes pis mauvaises, même si on le sait déjà intérieurement, des fois, c'est plus difficile d'accepter que ces émotions-là qui viennent [...].

En plus des notions d'éducation psychologique sur les émotions, le sentiment d'universalité que la participant exprime apparaît favoriser son acceptation envers ses émotions, qui correspond à un processus ciblé par l'ACT. Cela suggère que le contexte relationnel rend d'autant plus efficace certaines lignes de fond de l'ACT, soit l'acceptation, mettant en lumière l'importance de réunir le contact humain aux techniques, ce qui va dans le même sens que la littérature portant sur les facteurs optimisant l'efficacité thérapeutique (Drapeau, 2010; Lecomte et al., 2004; Wampold et Imel, 2015).

De plus, notons que les participants qui font référence dans leur propos davantage de processus reliés au contexte relationnel relèvent également davantage d'effets positifs au

terme de l'intervention comparativement aux participants dont les propos dépeignent de façon moins positive le contexte relationnel. Ceci est cohérent avec quelques études suggérant l'association entre des résultats positifs et les facteurs thérapeutiques de groupe (Dierick et Lietaer, 2008; MacNair-Semands et al., 2010; Shechtman et Mor, 2010). Il s'avère tout de même nécessaire de continuer à explorer la relation entre les résultats thérapeutiques et les facteurs de groupe tel que le souligne Delucia et al. (2013).

Par ailleurs, la relation positive qui semble se dessiner entre la présence d'effets encourageants et des signes de bonne alliance avec les psychothérapeutes appuie les écrits s'intéressant aux facteurs communs des psychothérapies. En effet, maints chercheurs se sont penchées sur les dimensions d'une psychothérapie contribuant à des résultats thérapeutiques positifs (p. ex., Wampold, 2015; Wampold et Imel, 2015; Norcross et Lambert, 2011, 2018). Il est estimé qu'un tiers de la variance du succès thérapeutique est attribuable aux facteurs communs, alors que 15 % est attribuable aux méthodes et à l'approche du psychothérapeute (Lambert et Barley, 2002; Norcross et Lambert, 2011, 2018). Ces facteurs communs représentent souvent la qualité de l'alliance thérapeutique et les variables liées au psychothérapeute, telles que l'empathie, qui ont été reconnus comme des facteurs primordiaux à l'efficacité thérapeutique, indépendamment de l'approche thérapeutique (Croft et Watson, 2019; Drisko, 2013). Ainsi, les résultats de la présente étude convergent avec la littérature sur les facteurs communs mettant en lumière l'importance du contexte relationnel comme agent de changement.

Les éléments se trouvant à l'extérieur de l'intervention

Les participants ont mentionné que des éléments extérieurs à l'intervention ont contribué à certains effets ou changements perçus tout comme dans l'étude de Uppal Dhariwal (2017). Ces autres éléments comprenaient par exemple des loisirs (tels que la danse, la lecture, le yoga), d'autres ressources (tels que des livres en psychologie ou un suivi psychologique à l'extérieur), la médication et des interventions des parents. Certains de ces éléments semblent être des stratégies autres que celles promues directement par l'ACT que les adolescents utilisent pour mieux composer avec leurs pensées et émotions difficiles, tel que l'engagement dans des loisirs. Relativement à cette sous-rubrique, une question s'impose : il est possible que les loisirs soient un élément qui aient été encouragés par les cliniciennes animant le programme, en lien avec le processus d'action engagée de l'ACT, et fassent ainsi partie d'un élément pouvant aussi être à l'intérieur de l'intervention plutôt que strictement à l'extérieur, ce qui témoigne à nouveau de l'interrelation entre les rubriques et sous-rubriques.

Par ailleurs, certains éléments se trouvant à l'extérieur de l'intervention peuvent avoir contribué aux effets et changements perçus par les adolescents, quelques-uns mentionnant avoir suivi une psychothérapie individuellement, avoir reçu le soutien de leurs parents ou bien vivre des événements de vie stressant parallèlement à leur participation au programme. Cette interaction entre les différentes rubriques est cohérente avec le fait qu'un phénomène n'existe pas de façon isolée et dans un vase clos, ce qui s'observe dans la présente étude par le fait que les différents effets vécus et éléments promoteurs de

changement perçus par les participants ne sont pas isolés les uns des autres. De plus, la contribution des parents dans le processus thérapeutique de quelques adolescents appuie la littérature sur le développement des adolescents mettant en lumière l'importance encore présente des figures de soins malgré les besoins d'émancipation des adolescents (Cloutier, 1996).

Les défis et obstacles reliés à l'intervention

Quelques participants ont rapporté des défis et difficultés liés soit aux ateliers, à leur expérience personnelle ou bien au format de groupe. Tout d'abord, quelques participants ont exprimé que la modalité de groupe a été de prime abord source d'anxiété, bien que celui-ci a été nommé par la majorité des participants comme une expérience bénéfique. Ces résultats vont dans le même sens que l'étude de Uppal Dhariwal (2017) et de la littérature sur les thérapies de groupe (Yalom et Lescz, 2020). Par ailleurs, certains participants ont adressé des critiques concernant quelques exercices, ne comprenant pas leurs principes et comment ceux-ci pouvaient s'appliquer à leur problématique. Ces résultats sont similaires aux études de Uppal Dhariwal (2017), Kanstrup et al. (2019) et Bacon et al. (2014) où les participants rapportent des difficultés dans la compréhension et l'application des exercices et des concepts de la thérapie. Concernant les difficultés relatives à l'application des exercices, telles que la pratique de la pleine conscience, dans leur quotidien, il s'agit d'un résultat peu surprenant étant donné que l'intégration de la pratique méditative à la maison s'avère souvent difficile pour les participants d'interventions basées sur la pleine conscience (voir p. ex., Malpass et al., 2012).

Il serait d'ailleurs possible d'expliquer la présence d'effets modestes par le manque de pratique, qui aurait pu influencer négativement l'intensité des effets perçus. En effet, les résultats obtenus dans cette recherche nous poussent à croire que la rubrique *défis ou obstacles reliés à l'intervention* influencent la rubrique concernant les effets perçus par les participants. De manière générale, les participants de l'étude ayant vécu davantage d'obstacles sont ceux qui ont également rapporté des effets moins significatifs. Plus précisément, ceux ayant rapporté des difficultés dans la relation aux psychothérapeutes, des attentes thérapeutiques initiales négatives et des signes de manque de participation à suivre l'intervention, ce qui renvoient à des facteurs influant sur l'efficacité thérapeutique selon les études empiriques (Castonguay, 2010), rapportaient moins d'effets positifs sur le plan de leurs pensées, émotions et fonctionnement. Ces résultats appuient ainsi la littérature sur l'efficacité thérapeutique où il est reconnu que 40 % du changement thérapeutique est attribuable à des éléments extra thérapeutiques, tels que les caractéristiques du client (p. ex., son implication dans la thérapie, etc.) et 15 % aux attentes ainsi qu'aux croyances du client sur l'efficacité de la thérapie (Norcross et Lambert, 2011, 2018). Par ailleurs, pour ces adolescents ayant des caractéristiques assombrissant le pronostic, telles que des difficultés dans la relation aux psychothérapeutes ou des attentes thérapeutiques initiales négatives, il est intéressant de noter que les processus de changement de groupe émergent tout de même invariablement de leur discours, ceux-ci exprimant avoir bénéficié de la perspective des jeunes de leur âge. Ainsi, ce qui se partage entre les membres du groupe lors de l'intervention de groupe, soit l'interaction interpersonnelle, semble avoir autant d'importance que l'effet de l'intervention. Ces

résultats invitent à porter davantage attention à cet ingrédient d'une psychothérapie, soit le format de groupe, dans de futures recherches sur l'efficacité des interventions de groupe. Ils mettent également en lumière l'importance de tenir en compte les difficultés ainsi que les expériences désagréables des participants, pouvant être ultimement reliés à l'attrition ou être un obstacle au succès thérapeutique, tel que le souligne Kanstrup et al. (2019).

Limites de l'étude

Concernant la validité de nos résultats, elle est affectée par quelques limites dont de futures recherches pourraient palier. Pour ce qui est des limites sur le plan du devis qualitatif, bien qu'un consensus ait été obtenu entre les différents chercheurs impliqués dans le projet pour la dénomination des rubriques et des thèmes, il n'y a pas eu de retour aux participants pour valider ce qui a émergé des analyses tel que le recommande Santiago-Delefosse (2004). Il serait également possible d'améliorer la qualité de la collecte de donnée en réalisant des entrevues à plusieurs points de mesure afin d'évaluer comment les processus de changement évoluent à travers le temps et si les effets perdurent également. En outre, de multiples entrevues permettraient d'accroître notre compréhension de l'expérience de chaque participant en rendant possible certaines clarifications et approfondissement de leur propos. Dans le même ordre d'idée, il aurait été intéressant d'utiliser l'entretien d'explicitation de Vermersch (2019), une technique d'entretien permettant d'aller susciter davantage la mémoire d'évocation et d'aider à l'introspection pour décrire de manière détaillée son propre vécu. Enfin, un suivi à long

terme avec les participants, c'est-à-dire des entrevues de quelques mois après la participation à l'intervention, serait également une manière de mettre en lumière les facteurs de risque et de protection favorisant le maintien des bénéfices et des changements mis en place depuis la participation à une intervention basée sur l'ACT (p. ex., le soutien familial).

Par ailleurs, plusieurs variables confondantes (p. ex., un suivi psychologique la prise de médication en parallèle à la participation au programme ACT) n'ont pas été contrôlées ; il est ainsi difficile de dégager l'apport spécifique de l'ACT à l'égard des résultats obtenus. De plus, étant donné l'absence de groupe contrôle, il n'est pas possible d'établir de liens causaux entre les effets, les processus perçus et la participation à l'intervention. Comparer le format groupe au format individuel et avoir un groupe contrôle actif administrant un autre type d'intervention permettrait de pouvoir dégager avec plus de certitude la contribution de l'intervention ACT comparativement à d'autres types d'interventions de groupe ou individuelles. Pour finir, quelques limites peuvent être attribuées à des caractéristiques de notre échantillon, soit sa taille et le fait que nous avons seulement interrogé les participants qui se portaient volontaires pour prendre part à l'étude. En effet, il se peut que les participants ayant refusé de participer à l'étude possèdent des caractéristiques uniques et qui leur est propres, limitant ainsi la représentativité des résultats obtenus.

Dans un autre ordre d'idées, quelques limites concernant l'analyse des résultats et l'avancement scientifique dans le domaine de l'ACT sont également à souligner dans les lignes qui suivent.

Premièrement, notons que le processus de l'ACT du soi contexte n'émerge pas de façon explicite dans les propos des participants; il est toutefois impossible d'en conclure qu'il ne se retrouve pas dans l'expérience des participants. Il faut savoir qu'il s'agit d'un concept ciblé indirectement dans les ateliers via d'autres processus. Rappelons également que les processus de soi contexte et de contact au moment présent se chevauchent (Hayes et al., 2006). Le fait que peu d'enseignements basés sur l'éducation psychologique et d'exercices explicites portent précisément et directement sur ce processus pourraient expliquer le fait qu'il ne ressort pas spontanément du discours des participants. Il s'agit également d'un concept abstrait qui peut être difficile à saisir pour des adolescents, dont les capacités métacognitives sont en développement (Coslin, 2017). Concernant les résultats en lien avec le processus de soi comme contexte, ils corroborent avec les résultats de l'étude Uppal Dhariwal (2017) ainsi que de Bacon et al. (2014) où les participants ne rapportent pas le processus de soi comme contexte comme un processus thérapeutique de l'ACT utile, faisant plutôt référence au processus de contact au moment présent. Enfin, relevons que ce processus est peu étudié dans les études quantitatives, notamment en raison de limites sur le plan de la fidélité et de la validité des instruments psychométriques permettant de le mesurer (Swain, Hancock, Hainsworth et Bowman, 2015).

Deuxièmement, la frontière entre processus et effet semble être difficile à répertorier dans le discours des participants. Ce qui est plutôt observé sont des genres de raisonnements de type causal, où les participants identifient ce qu'ils font, ressentent ou perçoivent reliés à des effets, ce qui n'est toutefois pas toujours le cas. C'est en soit un processus de cause à effet, un processus filé où l'effet d'une partie devient une cause pour un autre effet plus tard. Il s'agit de raisonnements causaux provenant de la perception de participant et non de type scientifique. En effet, quelques processus et changements observables dans le cadre de l'entrevue tels que *la prise de recul* sont à la fois un effet et un objectif (processus de changement). À l'inverse, quelques effets ressemblent beaucoup aux processus de l'ACT : par exemple, l'effet perçu *plus d'actions importantes pour eux* est similaire au processus d'action engagée). De plus, certains effets sont reliés entre eux : par exemple, quelques participants attribuent leur amélioration de l'humeur au fait de se sentir moins fatigué ou moins anxieux. Ce constat fait écho aux résultats de l'étude Lindsay et al. (2008) s'intéressant aux effets des facteurs thérapeutiques de groupe sur les participants et la manière dont ceux-ci émergent à l'intérieur de la thérapie. En effet, les auteurs relèvent la présence d'effets intermédiaires, qu'ils décrivent comme ayant contribué au développement du groupe et à améliorer les situations personnelles des membres, et ce, de manière complexe, indirecte et non concrète. Ils concluent que les facteurs thérapeutiques opèrent de manière continue et interdépendante plutôt que de façon strictement linéaire, ce qui est cohérent avec comment Yalom et Leszcz (2020) conceptualisent les facteurs thérapeutiques de groupe et l'interrelation des rubriques observée dans la présente étude.

Dernièrement, dans le même ordre d'idée, l'analyse du discours des participants révèlent que la frontière entre chacun des processus de changement peut être ambiguë, ce qui est cohérent avec le fait que les processus de l'ACT sont présentés comme étant interreliés et se chevauchant (Hayes et al., 2013). D'autres auteurs (Swain, Hancock, Hainsworth et Bowman, 2015) nomment également que la relation précise entre les processus et les résultats est difficile à délimiter clairement. Cela invite à poursuivre de plus amples recherches dans ce domaine pour préciser encore davantage les processus en œuvre dans l'intervention ACT, autant reliés à l'approche spécifique que ceux reliés aux facteurs communs (aussi appelés non spécifiques), et leurs relations aux effets perçus. De cette façon, il serait possible d'adapter les interventions de manière à mieux cibler les ingrédients nécessaires aux changements et aux bénéfices afin de pouvoir en optimiser leur efficacité thérapeutique et, ainsi, parvenir à mieux aider les adolescents dans le besoin.

Conclusion

Au terme de cette étude, les objectifs de recherche, c'est-à-dire d'approfondir notre compréhension des effets et des processus contribuant aux changements perçus par les adolescents, ont été partiellement répondus. De manière générale, ils suggèrent des effets semblables à ceux observés dans la littérature existante, avec quelques effets non répertoriés, tels que davantage d'ouverture de soi aux autres. Relativement aux processus de changement, l'analyse du discours des participants reflètent également l'appropriation du contenu de l'ACT, soit de plusieurs processus thérapeutiques (tels que la défusion cognitive), leur compréhension et leur utilisation dans la vie quotidienne étant teintées par la subjectivité et la façon d'être des participants. Les résultats de cette étude démontrent également l'importance de réunir le contexte relationnel aux techniques, soit l'approche ACT.

En plus d'enrichir certains constats des études antérieures, peu nombreuses et principalement de nature quantitative, en y apportant des nuances, cette étude amène un éclairage nouveau sur l'expérience du groupe telle que vécu et verbalisée par les adolescents, qui constitue un facteur dont la contribution dans les changements thérapeutiques est encore peu étudiée dans la littérature scientifique sur l'ACT. En effet, notre étude fournit des pistes sur les processus de changements par lesquels les effets opèrent dans ce type d'intervention de groupe et ce qui est exprimé comme aidant et bénéfique du point de vue des adolescents. Il s'agit de résultats préliminaires auprès d'une

clientèle où il y a très peu d'études existantes, et obtenus à l'intérieur d'un type de devis peu utilisé jusqu'à maintenant au sein des études portant sur l'ACT.

Étant donné l'utilisation d'un devis qualitatif, cette étude permet d'appréhender de façon holistique l'expérience des adolescents en mettant en lumière l'apport complémentaire de la modalité d'intervention (l'approche ACT) et du format de groupe, ce dernier nécessitant à être investigué encore davantage comme facteur clé contribuant aux effets et changements thérapeutiques perçus par les participants. L'appel par plusieurs auteurs tels que Harris et Samuel (2020), Hodgetts et Wright (2007), Swain, Hancock, Hainsworth et Bowman (2015) pour étudier encore davantage les processus de changement se poursuit d'ailleurs au fil des années. En effet, il demeure que maintes recherches sont encore nécessaires afin de pouvoir mieux comprendre comment les interventions ACT fonctionnent, c'est-à-dire, comment les changements thérapeutiques et les effets prennent forme et s'expliquent. De cette façon, il serait possible d'adapter les interventions de manière à mieux cibler les ingrédients nécessaires aux changements et aux bénéfices afin de pouvoir optimiser l'efficacité thérapeutique et, par conséquent, parvenir à mieux aider les adolescents vivant de la détresse. Ceci dit, par ses résultats encourageants et prometteurs présentés dans le cadre de cet essai, le programme *Deviens maître de ta vie* auprès des adolescents s'avère une alternative prometteuse dans l'intervention de groupe auprès des adolescents consultant en pédopsychiatrie, d'où l'intérêt d'étendre son utilisation au sein d'autres établissements au Québec, voire même dans le monde.

Références

- Armstrong, A. B., Morrison, K. L. et Twohig, M. P. (2013). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy for adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27(2), 175-190. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.27.2.17>
- Aydin, Y. et Aydin, G. (2020). Acceptance and commitment therapy based psychoeducation group for test anxiety: A case study of senior high school students. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (50), 180-200. <https://doi.org/10.9779/pauefd.584565>
- Azadeh, S. M., Kazemi-Zahrani, H. et Besharat, M. A. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Interpersonal Problems and Psychological Flexibility in Female High School Students With Social Anxiety Disorder. *Global Journal of Health Science*, 8(3), 131. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n3p131>
- Bacon, T., Farhall, J. et Fossey, E. (2014). The active therapeutic processes of acceptance and commitment therapy for persistent symptoms of psychosis: Clients' perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(4), 402-420. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000209>
- Bailey, A., Ciarrochi, J. et Hayes, L. (2012). *Get out of your mind and into your life for teens: A guide to living an extraordinary life* (adapté par F. Dionne, I. Rose et P. St-Amand). New Harbinger Publications.
- Barnes-Holmes, Y., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. et Roche, B. (2001). Relational frame theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition. *Advances in child development and behavior*, 28, 101-138. [https://doi.org/10.1016/s0065-2407\(02\)80063-5](https://doi.org/10.1016/s0065-2407(02)80063-5)
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(2), 184-200. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(70\)80030-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(70)80030-2)
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY : International Universities Press.

- Bernal-Manrique, K. N., García-Martín, M. B. et Ruiz, F. J. (2020). Effect of acceptance and commitment therapy in improving interpersonal skills in adolescents: A randomized waitlist control trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 86-94. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.06.008>
- Blanchet, A., et Gotman, A. (2007). *Série « L'enquête et ses méthodes »: L'entretien* (2e éd.). Paris: Armand Colin.
- Blondon, M., Périssé, D., Unni, S. K. E., Wilson, A., Mazet, P. et Cohen, D. (2007). L'accueil d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: évolution sur 20 ans dans un site hospitalo-universitaire. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(1), 23-30.
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E. et Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 612-624. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008>
- Björling, E. A. (2017). Anger without agency: exploring the experiences of stress in adolescent girls, *The Qualitative Report*, 22(10), 2583–2599. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2017.2941>
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A. J. J. et Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(1), 62-67.
- Borek, A. J., Abraham, C., Greaves, C. J., Tarrant, M., Garner, N. et Pascale, M. (2019). 'We're all in the same boat': A qualitative study on how groups work in a diabetes prevention and management programme. *British Journal of Health Psychology*, 24(4), 787–805. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12379>
- Brewer, J. A., Bowen, S., Smith, J. T., Marlatt, G. A. et Potenza, M. N. (2010). Mindfulness-based treatments for co-occurring depression and substance use disorders: what can we learn from the brain?. *Addiction*, 105(10), 1698-1706.
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J., Hadzi-Pavlovic, D. et Shand, F. (2017). Acceptance and commitment therapy universal prevention program for adolescents: A feasibility study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0164-5>

- Butler, L., Johns, L. C., Byrne, M., Joseph, C., O'Donoghue, E., Jolley, S., Morris, E. M. J., et Oliver, J. E. (2016). Running acceptance and commitment therapy groups for psychosis in community settings. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.12.001>
- Casey, M.-B., Lowry, D., Hearty, C., Neary, R. et Doody, C. (2017). Patient experiences of a combined exercise and acceptance and commitment therapy group based programme for chronic pain. a qualitative study. *Musculoskeletal Science and Practice*, 28(2017), e7. <https://doi.org/10.1016/j.math.2016.10.022>
- Casier, A., Goubert, L., Theunis, M., Huse, D., De Baets, F., Matthys, D. et Crombez, G. (2011). Acceptance and well-being in adolescents and young adults with cystic fibrosis: A prospective study. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(4), 476–487. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsq111>
- Casselmann, R. B. et Pemberton, J. R. (2015). ACT-Based Parenting Group for Veterans With PTSD: Development and Preliminary Outcomes. *American Journal of Family Therapy*, 43(1), 57–66. <https://doi.org/10.1080/01926187.2014.939003>
- Castonguay, L. (2010). La recherche au service des cliniciens. *Cahier recherche et pratique*, 1(1), 5-6.
- Claes, M. (1983). L'expérience adolescente. Bruxelles : Pierre Mardaga. https://books.google.ca/books/about/L_exp%C3%A9rience_adolescente.html?id=FpUiAQAAMAAJ&redir_esc=y
- Clery, P., Starbuck, J., Laffan, A., Parslow, R., Linney, C., Leveret, J. et Crawley, E. (2021). Is it time to ACT? A qualitative study of the acceptability and feasibility of Acceptance and Commitment Therapy for adolescents with chronic fatigue syndrome. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.04.20.21255804>
- Cloutier, R. (1996). *Psychologie de l'adolescence* (2. éd.) Montréal: Gaëtan Marin.
- Coslin, P. G. (2017). *Psychologie de l'adolescent* (5e éd.). Armand Colin.
- Costello, E. J., Copeland, W. et Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years : What changes when children become adolescents , and when adolescents become adults ? 10, 1015–1025. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x>
- Coyne, L. W., McHugh, L. et Martinez, E. R. (2011). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Advances and Applications with Children, Adolescents, and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 379–399. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.010>

- Croft, R. L., et Watson, J. (2019). Student clinicians ' and clients ' perceptions of the therapeutic alliance and outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 61(August 2018), 105709. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2019.105709>
- Corbière, M. et Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Fans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec, Canada. Presse de l'Université du Québec.
- Cummings, C. M., Caporino, N. E. et Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140(3), 816–845. <https://doi.org/10.1037/a0034733>
- DeLucia-Waack, J. L., Kalodner, C. R. et Riva, M. (Dir.). (2013). *Handbook of group counseling and psychotherapy*. Sage Publications.
- Dhariwal, T. U. (2017). *An exploratory mixed-methods evaluation of acceptance and commitment therapy for outpatient group treatment of adolescents* (Doctoral dissertation, University of Toronto (Canada)).
- Dierick, P. et Lietaer, G. (2008). *Client Perception of Therapeutic Factors in Group Psychotherapy and Growth Groups : An Empirically-Based*. 58(2), 203–230. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2008.58.2.203>
- Dionne, F., et Blais, T. N. M. (2014). *Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale*. 38, 111–130. <https://doi.org/10.7202/1023992ar>
- Dionne, F., Lafond, M., et Rose, I. (2017). *Érika prend ses pensées pour des vérités*. Dans J.L. Monestès (dir.), *ACT : la thérapie d'acceptation et d'engagement en pratique*. Paris : Elsevier-Masson.
- Dionne, F., Ngô, T.-L. et Blais, M.-C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 111–130. <https://doi.org/10.7202/1023992ar>
- Drapeau, M. (2010). Interpréter les données probantes et leur donner tout leur sens. *Cahiers Recherche et Pratique*, 1(1), 3-4. <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/10+outils+pour+%25C3%25A9valuer+l%2527efficacit%25C3%25A9+des+interventions+en+psychoth%25C3%25A9rapie/41f6de0d-f187-487f-87d6-e17384f1181b>

- Drisko, J. (2013). *Smith College Studies in Social Work The Common Factors Model : Its Place in Clinical Practice and Research The Common Factors Model : Its Place in Clinical Practice and Research. January 2015, 37–41.* <https://doi.org/10.1080/00377317.2013.833435>
- Ehrenreich-May, J. et Chu, B. C. (2013). *Transdiagnostic treatments for children and adolescents: Principles and practice.* Guilford publications.
- Essau, C. A. et Gabbidon, J. (2013). Epidemiology, comorbidity and mental health services utilization. *The Wiley-Blackwell handbook of the treatment of childhood and adolescent anxiety*, 23-42.
- Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Olaya, B., et Seeley, J. R. (2014). Anxiety disorders in adolescents and psychosocial outcomes at age 30. *Journal of Affective Disorders*, 163, 125–132. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.033>
- Erikson, E. H. (1972). *Adolescence et crise : La quête de l'identité.* Paris: Flammarion.
- Fang, S. et Ding, D. (2020). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for children. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 225–234. <https://doi.org/10.1016/J.JCBS.2020.01.007>
- Gagné, M. É., Marcotte, D. et Fortin, L. (2011). L'impact de la dépression et de l'expérience scolaire sur le décrochage scolaire des adolescents. *Canadian Journal of Education*, 34(2), 77–92. <https://journals.sfu.ca/cje/index.php/cje-rce/article/view/907>
- Gismervik, S., Fimland, M. S., Fors, E. A., Johnsen, R. et Rise, M. B. (2019). The acceptance and commitment therapy model in occupational rehabilitation of musculoskeletal and common mental disorders: a qualitative focus group study. *Disability and Rehabilitation*, 41(26), 3181–3191. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1490824>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P. et Karekla, M. (2020). Journal of Contextual Behavioral Science The empirical status of acceptance and commitment therapy : A review of *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18(March), 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Greco, L. A., Barnett, E. R., Blomquist, K. K., et Gevers, A. (2008). Acceptance, body image, and health in adolescence. Dans L. A. Greco et S. C. Hayes (dir.), *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's guide* (pp. 187–214). New Harbinger Publications.

- Greco, L. A. et Hayes, S. C. (2008). *Acceptance et mindfulness treatments for children et adolescents: A practitioner's guide*. New Harbinger Publications.
- Hadlandsmyth, K., White, K. S., Nesin, A. E. et Greco, L. A. (2013). Proposing an Acceptance and Commitment Therapy intervention to promote improved diabetes management in adolescents: A treatment conceptualization. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(4), 12–15. <https://doi.org/10.1037/h0100960>
- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S. et Munro, K. (2016). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior Therapy for Children with Anxiety: Outcomes of a Randomized Controlled Trial. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 47(2), 296–311. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1110822>
- Harris, E. et Samuel, V. (2020). *and Young People*. November, 279–305. <https://doi.org/10.1891/JCPSY-D-20-00001>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., et Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses: A Study in Evidence. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 50(1), 97. <https://doi.org/10.1901/jeab.1988.50-97>
- Hayes, S. C. et Lillis, J. (2012). *Acceptance and commitment therapy (Theories of psychotherapy series)*. American Psychological Association
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L. et Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180–198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. et Lillis, J. (2006). *Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes*. 44, 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. et Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. et Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M. et Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- Heffner, M., Sperry, J. et Eifert, G. H. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 232-236. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80053-0](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80053-0)
- Hesser, H., Westin, V., Hayes, S. C. et Andersson, G. (2009). Clients' in-session acceptance and cognitive defusion behaviors in acceptance-based treatment of tinnitus distress. *Behaviour Research and Therapy*, 47(6), 523-528. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.02.002>
- Hodgetts, A. et Wright, J. (2007). Researching clients' experiences: A review of qualitative studies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14(3), 157-163. <https://doi.org/10.1002/cpp.527>
- Hofmann, S. G. et 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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.003>
- Jensen, F. E. et Nutt, A. E. (2015). *The teenage brain: a neuroscientist's survival guide to raising adolescents and young adults (First)*. Harper, Harper Collins Publishers
- Juin, J., Sadeg, S., Julien-Sweerts, S. et Zebdi, R. (2021). A Systematic Review: Acceptance and Commitment Therapy for the Parents of Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 0123456789. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04923-y>
- Kanstrup, M., Jordan, A. et Kemani, M. K. (2019). Adolescent and Parent Experiences of Acceptance and Commitment Therapy for Pediatric Chronic Pain: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Children*, 6(9), 101. <https://doi.org/10.3390/children6090101>
- Kanstrup, M., Wicksell, R., Kemani, M., Wiwe Lipsker, C., Lekander, M. et Holmström, L. (2016). A clinical pilot study of individual and group treatment for adolescents with chronic pain and their parents: Effects of acceptance and commitment therapy on functioning. *Children*, 3(4), 30. <https://doi.org/10.3390/children3040030>

- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-Based Treatment and Practice: New Opportunities to Bridge Clinical Research and Practice, Enhance the Knowledge Base, and Improve Patient Care. *American Psychologist*, 63(3), 146–159. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146>
- Kemani, M. K., Kanstrup, M., Jordan, A., Caes, L., & Gauntlett-Gilbert, J. (2018). Evaluation of an intensive interdisciplinary pain treatment based on acceptance and commitment therapy for adolescents with chronic pain and their parents: A nonrandomized clinical trial. *Journal of pediatric psychology*, 43(9), 981-994. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy031>
- Kennedy, A., Cloutier, P., Glennie, J. E. et Gray, C. (2009). *Establishing Best Practice in Pediatric Emergency Mental Health*. 25(6), 380–386.
- Köhle, N., Drossaert, C. H. C., Jaran, J., Schreurs, K. M. G., Leeuw, I. M. V. et Bohlmeijer, E. T. (2017). User-experiences with a web-based self-help intervention for partners of cancer patients based on acceptance and commitment therapy and self-compassion: a qualitative study. *BMC Public Health*, 17(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4121-2>
- Köhle, N., Drossaert, C. H. C., Schreurs, K. M. G., Hagedoorn, M., Leeuw, I. M. V., et Bohlmeijer, E. T. (2015). *A web-based self-help intervention for partners of cancer patients based on Acceptance and Commitment Therapy : a protocol of a randomized controlled trial*. 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1656-y>
- Lambert , M. J. et Barley , D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. Dans J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 17 – 32). Oxford University Press.
- Lappalainen, R., Lappalainen, P., Puolakanaho, A., Hirvonen, R., Eklund, K., Ahonen, T., Muotka, J., et Kiuru, N. (2021). The Youth Compass -the effectiveness of an online acceptance and commitment therapy program to promote adolescent mental health: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20(September 2020), 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.01.007>
- Large, R., Samuel, V., Morris, R., Large, R., Samuel, V., A, R. M., Large, R., Samuel, V., et Morris, R. (2020). *A changed reality : Experience of an acceptance and commitment therapy (ACT) group after stroke A changed reality : Experience of an acceptance and commitment therapy (ACT) group after stroke*. <https://doi.org/10.1080/09602011.2019.1589531>

- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue Québécoise de Psychologie*, 25(3), 73–102. <https://www.erickbeaulieu.co/articles/versionRQPfinale.pdf>
- Lee, E. B., Homan, K. J., Morrison, K. L., Ong, C. W., Levin, M. E. et Twohig, M. P. (2020). Acceptance and Commitment Therapy for Trichotillomania: A Randomized Controlled Trial of Adults and Adolescents. *Behavior Modification*, 44(1), 70–91. <https://doi.org/10.1177/0145445518794366>
- Legault, M. (2009). Les symbolisations non verbales en recherche qualitative Une méthodologie de l'indicible. *Analyse de pratiques*, 90. https://www.grex2.com/assets/files/expliciter/Les_symbolisations_non_verbales_en_recherche_qualitative_Une_methodologie_de_l_indicible_Expliciter_80_p_34-41.pdf
- Lindsay, J., Roy, V., Montminy, L., Turcotte, D. et Genest-Dufault, S. (2008). The emergence and the effects of therapeutic factors in groups. *Social Work with Groups*, 31(3–4), 255–271. <https://doi.org/10.1080/01609510801981029>
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeltdt, A., Rowse, J., Turner, S., Hayes, S. C., et Tengström, A. (2014). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Mental Health: Swedish and Australian Pilot Outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1016–1030. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9912-9>
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeltdt, A., Rowse, J., Turner, S., Hayes, S. C. et Tengström, A. (2015). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Mental Health: Swedish and Australian Pilot Outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1016–1030. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9912-9>
- Ly, K. H., Dahl, J. A., Carlbring, P. et Andersson, G. (2012). Development and initial evaluation of a smartphone application based on acceptance and commitment therapy. *SpringerPlus*, 1(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/2193-1801-1-11>
- Makki, M., Hill, J. F., Bounds, D. T., Mccammon, S., Mc, M., Delaney, K. R. et Delaney, K. R. (2018). Implementation of an ACT Curriculum on an Adolescent Inpatient Psychiatric Unit: A Quality Improvement Project. *Journal of Child and Family Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1132-2>

- Malpass, A., Carel, H., Ridd, M., Shaw, A., Kessler, D., Sharp, D., Bowden, M. et Wallond, J. (2012). Transforming the perceptual situation : A meta-ethnography of qualitative work reporting patients' experiences of mindfulness-based approaches, *Mindfulness*, 3(1), 60–75. <http://doi.org/10.1007/s12671-011-00812>
- Marcotte, D. 2014. Chapitre 11. Les problèmes internalisés : la dépression et l'anxiété à l'adolescence. Dans Claes, M., et Lannegrand-Willems, L. (dir.), *La psychologie de l'adolescence*. Presses de l'Université de Montréal. 10.4000/books.pum.5193
- Martin, S., Wolters, P. L., Toledo-Tamula, M. A., Schmitt, S. N., Baldwin, A., Starosta, A., Gillespie, A. et Widemann, B. (2016). Acceptance and commitment therapy in youth with neurofibromatosis type 1 (NF1) and chronic pain and their parents: A pilot study of feasibility and preliminary efficacy. *American Journal of Medical Genetics, Part A*, 170(6), 1462–1470. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.37623>
- Mathias, B., Parry-Jones, B. et Huws, J. C. (2014). Individual experiences of an acceptance-based pain management programme: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology and Health*, 29(3), 279–296. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.845667>
- McCracken, L. M. et Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *American Psychologist*, 69(2), 178-187. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035623>
- Metzler, C. W., Biglan, a., Noell, J., Ary, D. V. et Ochs, L. (2000). A randomized controlled trial of a behavioral intervention to reduce high-risk sexual behavior among adolescents in STD clinics. *Behavior Therapy*, 31, 27–54. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80003-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80003-9)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). La santé mentale et l'adaptation sociale des jeunes du secondaire, Québec, 24 p. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-202-01W.pdf>
- Monestès, J. L. (2016). Chapitre 4. La flexibilité psychologique: un méta-processus responsable des difficultés psychologiques. *L'approche transdiagnostique en psychopathologie—Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques*, 85-99. <https://www.cairn.info/l-approche-transdiagnostique-en-psychopathologie--9782100750283-page-85.htm>
- Monestès, J.-L. et Vilatte, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

- Morley, S., Williams, A. et Eccleston, C. (2013). Examining the evidence about psychological treatments for chronic pain: time for a paradigm shift?. *Pain*, 154(10), 1929-1931.
<https://dolor.org.co/biblioteca/articulos/Tttos%20psicologicos%20dolor%20cronico.pdf>
- Murrell, A. R., Steinberg, D. S., Connally, M. L., Hulsey, T., et Hogan, E. (2015). Acting Out to ACTing On: A Preliminary Investigation in Youth with ADHD and Co-morbid Disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 24(7), 2174–2181.
<https://doi.org/10.1007/s10826-014-0020-7>
- Neveu, C., et Dionne, F. (2010). La thérapie d'acceptation et d'engagement. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 63-83.
- Ngô, T. L. et Dionne, F. (2018). La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT): une approche combinant la pleine conscience et l'action. A. Devault et G. Pérodeau (éd.). *Pleine conscience et relation d'aide. Théories et pratiques*. Laval, Québec: Presses de l'Université Laval. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1g2480c.10>
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. Dans J.C. Norcross (éd.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 3-16). Oxford University Press.
- Norcross, J. C. et Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy* (Chicago, Ill.), 48(1), 4–8. <https://doi.org/10.1037/a0022180>
- Norcross, J. C. et Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000193>
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). La santé pour les adolescents du monde : une deuxième chance pour la deuxième décennie : sommaire.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/141452>
- O'reilly, M. et Parker, N. (2013). 'Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qualitative research*, 13(2), 190-197. <https://doi.org/10.1177/1468794112446106>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 4e éd.. Paris: Armand Colin.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

- Petts, R. A., Duenas, J. A. et Gaynor, S. T. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for adolescent depression: Application with a diverse and predominantly socioeconomically disadvantaged sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 134–144. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.006>
- Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses: A study in evidence*. Berkeley, CA: University of California Press.
[https://books.google.ca/books?hl=en&lr=&etid=YawwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=Pepper,+S.+C.+\(1942\).+etots=UykKknV9uEetsig=RZ_OTtFo9UycgbEQ4qCg73PCJG8&redir_esc=y#v=onepage&q&tf=false](https://books.google.ca/books?hl=en&lr=&etid=YawwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=Pepper,+S.+C.+(1942).+etots=UykKknV9uEetsig=RZ_OTtFo9UycgbEQ4qCg73PCJG8&redir_esc=y#v=onepage&q&tf=false)
- Pingitore, F. et Ferszt, G. G. (2017). The “ Voice ” and Perspectives of Adolescents Participating in a Short-Term Psychotherapy Group. *International Journal of Group Psychotherapy*, 67(3), 360–382. <https://doi.org/10.1080/00207284.2016.1260460>
- Podlipski, M. A., Peuch, A. C., Belloncle, V., Rigal, S., Grall-Lerosay, M., Castanet, M., Mallet, E., Marguet, C. et Gérardin, P. (2014). Accueil en urgence des adolescents pour motif pédopsychiatrique. *Archives de Pédiatrie*, 21(1), 7-12. [10.1016/j.arcped.2013.10.007](https://doi.org/10.1016/j.arcped.2013.10.007)
- Poulin, F. (2014). Chapitre 7. Les relations entre pairs à l’adolescence. Dans Claes, M., et Lannegrand-Willems, L. (Dir.), *La psychologie de l’adolescence*. Presses de l’Université de Montréal. [10.4000/books.pum.5182](https://doi.org/10.4000/books.pum.5182)
- MacNair-Semands, R. R., Ogrodniczuk, J. S. et Joyce, A. S. (2010). Structure and initial validation of a short form of the Therapeutic Factors Inventory. *International journal of group psychotherapy*, 60(2), 245-281. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2010.60.2.245>
- Richard, R. et Marcotte, D. (2013). La relation temporelle entre l’anxiété et la dépression dans le contexte de la transition primaire-secondaire. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 257-275. <https://doi.org/10.7202/1023999ar>
- Rise, M. B., Gismervik, S., Johnsen, R. et Fimland, M. S. (2015). Sick-listed persons’ experiences with taking part in an in-patient occupational rehabilitation program based on Acceptance and Commitment Therapy: A qualitative focus group interview study. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1190-8>
- Santiago-Delefosse, M. (2004). Évaluer la qualité des publications: Quelles spécificités pour la recherche qualitative ?. *Pratiques psychologiques*, 10(3), 243-254. doi: [10.1016/j.prps.2004.07.010](https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.07.010)

- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D. et Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child et Adolescent Health*, 2(3), 223-228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- Shechtman, Z. et Mor, M. (2010). Groups for children and adolescents with trauma-related symptoms: Outcomes and processes. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60(2), 221–244. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2010.60.2.221>
- Smith, J., Flowers, P. et Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. SAGE.
- Smith, K. J., Oxman, L. N. et Hayes, L. (2020). ACT for adolescents: Impact of a pilot group intervention on psychological wellbeing. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 30(2), 248-254. <https://doi.org/10.1017/jgc.2019.33>
- Stockton, D., Kellett, S., Berrios, R., Sirois, F., Wilkinson, N. et Miles, G. (2020). Identifying the underlying mechanisms of change during acceptance and commitment therapy (ACT): A systematic review of contemporary mediation studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(3), 332–362. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000553>
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A. et Bowman, J. (2015). A systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 73–85. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.02.001>
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., et Bowman, J. (2015). Mechanisms of change: Exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 56–67. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.09.001>
- Takahashi, F., Ishizu, K., Matsubara, K., Ohtsuki, T. et Shimoda, Y. (2020). Acceptance and commitment therapy as a school-based group intervention for adolescents: An open-label trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16(March), 71–79. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.03.001>
- Thompson-Janes, E., Brice, S., Mcelroy, R., Abbott, J. et Ball, J. (2016). Learning from the experts: A thematic analysis of parent’s experiences of attending a therapeutic group for parents of children with learning disabilities and challenging behaviour. *British Journal of Learning Disabilities*, 44(2), 95–102. <https://doi.org/10.1111/bld.12115>

- Thompson, M., Vowles, K. E., Sowden, G., Ashworth, J. et Levell, J. (2018). A qualitative analysis of patient-identified adaptive behaviour changes following interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain. *European Journal of Pain*, 22(5), 989–1001. <https://doi.org/10.1002/ejp.1184>
- Tracy, S. J. (2019). *Qualitative research methods: Collecting evidence, crafting analysis, communicating impact*. John Wiley et Sons.
- Traoré, I., Julien, D., Camirand, H., Street, M-C. et Flores, J. (2018). Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Résultats de la deuxième édition. L'adaptation sociale et la santé mentale des jeunes, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, Tome 2, 189 p. www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/adaptation-sociale/sante-jeunes-secondaire-2016-2017-t2.pdf
- Tronieri, J. S., Wadden, T. A., Leonard, S. M. et Berkowitz, R. I. (2019). A pilot study of acceptance-based behavioural weight loss for adolescents with obesity. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(6), 686–696. <https://doi.org/10.1017/S1352465819000262>
- Turrell, S. L., et Bell, M. (2016). *ACT for adolescents: Treating teens and adolescents in individual and group therapy*. New Harbinger Publications.
- Twohig, M. P., Petersen, J. M., Fruge, J., Ong, C. W., Barney, J. L., Krafft, J., Lee, E. B. et Levin, M. E. (2021). A Pilot Randomized Controlled Trial of Online-Delivered ACT-Enhanced Behavior Therapy for Trichotillomania in Adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.01.004>
- Van der Gucht, K., Griffith, J. W., Hellemans, R., Bockstaele, M., Pascal-Claes, F. et Raes, F. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Adolescents: Outcomes of a Large-Sample, School-Based, Cluster-Randomized Controlled Trial. *Mindfulness*, 8(2), 408–416. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0612-y>
- Vermersch, P. (2019). *L'entretien d'explicitation*. ESF Sciences humaines.
- Villatte, J. L., Vilardaga, R., Villatte, M., Plumb Vilardaga, J. C., Atkins, D. C. et Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 77. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.001>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>

- Wampold, B. E. et Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Wicksell, R. K., Olsson, G. L. et Hayes, S. C. (2011). Mediators of change in Acceptance and Commitment Therapy for pediatric chronic pain. *Pain*, 152(12), 2792–2801. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.09.003>
- Williams, J., Vaughan, F., Huws, J. et Hastings, R. (2014). Brain injury spousal caregivers' experiences of an acceptance and commitment therapy (ACT) group. *Social Care and Neurodisability*, 5(1), 29–40. <https://doi.org/10.1108/SCN-02-2013-0005>
- Witteborg, K. M., Lowe, P. A. et Lee, S. W. (2009). Examination of the relationship among different dimensions of trait anxiety, demographic variables, and self-reported school adjustment in elementary and secondary school students. *Journal of Applied School Psychology*, 25(1), 28–46. [10.1080/15377900802484141](https://doi.org/10.1080/15377900802484141)
- Woidneck, M. R., Morrison, K. L. et Twohig, M. P. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress Among Adolescents. *Behavior Modification*, 38(4), 451–476. <https://doi.org/10.1177/0145445513510527>
- Xu, H., O'Brien, W. H. et Chen, Y. (2020). Chinese international student stress and coping: A pilot study of acceptance and commitment therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15(December 2019), 135–141. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.12.010>
- Yalom I. D. et Leszcz M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5e éd.). New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. et Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy*. Hachette UK.
- Yıldız, E. et Aylaz, R. (2020). How Counseling Based on Acceptance and Commitment Therapy and Supported With Motivational Interviewing Affects the Perceptions of Treatment Motivation in Patients Diagnosed With Schizophrenia: A Qualitative Study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. <https://doi.org/10.1177/1078390320945380>

Appendice A
Schéma d'entretien

Avant de faire l'entrevue, j'ai des petites informations à te demander :

*Ne pas poser les questions en italiques.

1. Prénom et nom :
2. *Pseudonyme* :
3. Date de naissance :
4. Âge :
5. Combien d'ateliers *Deviens maître de ta vie* as-tu participé?
6. *Durée de l'entrevue* :
7. _____

1. **Parle-moi de comment les ateliers de groupe *Deviens maître de ta vie* se sont passés pour toi.**
2. **Les ateliers visaient à mieux composer avec tes pensées et tes émotions difficiles, comment cela se passe-t-il pour toi de ce côté-là depuis ta participation au groupe?**
 - Du côté de l'anxiété ou du stress, comment cela se passe-t-il pour toi depuis ta participation au groupe?
 - Du côté de ton humeur, comment cela se passe-t-il pour toi depuis ta participation au groupe?
3. **Est-ce que ta participation aux ateliers a changé quelque chose dans ta façon de te comporter?**
 - *Peux-tu m'en dire plus?*
4. **Depuis ta participation aux ateliers, est-ce que tu vois une différence dans ton fonctionnement au quotidien?**
 - *Peux-tu m'en dire plus?*
5. **Si tu avais à parler des ateliers que tu as reçus à un de tes amis, comment en parlerais-tu?**
 - *Peux-tu m'en dire plus?*

6. **Si tu as une chose que tu retiens des ateliers que tu as reçus, ce serait quoi?**
7. **Qu'est-ce qui t'as plu?**
8. **Qu'est-ce qui t'as déplu?**
9. **J'imagine que les ateliers ont suscité des expériences désagréables ou des moments plus difficiles pour toi. Peux-tu m'en parler?**
 - i. Quand est-ce que tu as ressenti ces expériences moins plaisantes?
 - ii. Sont-elles encore présentes actuellement?
 - iii. Qu'est-ce que cela [qui sera personnalisé lors de l'entrevue] t'a apporté (de confronter ta crainte de parler devant du monde, par exemple)?
10. **En prenant en considération tout ce qu'on vient de parler ensemble, est-ce que les ateliers *Deviens maître de ta vie* t'ont aidé à faire face à tes émotions et tes pensées difficiles selon toi?**
 - Si oui, comment?
 - Qu'est-ce qui t'a le plus aidé selon toi?
11. **Est-ce qu'il y a quoi que ce soit que tu aimerais ajouter sur ta participation aux ateliers de groupe?**
12. **Comment l'entrevue s'est passée pour toi?**

Appendice B

Résumé du contenu de chaque séance du programme d'intervention

Nombre de la séance	Titre de la séance	Contenu abordé
1	Devenir un guerrier conscient pour mieux faire face à la vie	Les habiletés à développer (respirer, observer, être à l'écoute de ses valeurs et agirs) sont présentées. Les participants sont initiés à la pratique de la pleine conscience et des techniques d'ancrage dans le moment présent. Ils sont également invités à choisir un objectif personnel.
2	La lutte contre les émotions	Il est abordé les monstres intérieurs, ce contre quoi nous nous battons. Les stratégies que nous utilisons souvent pour lutter contre eux sont explorées ainsi que les manières alternatives pour y faire face.
3	L'acceptation comme alternative à la lutte	L'alternative à la lutte, soit l'acceptation, est abordée. La mise en action est favorisée.
4	Savoir ce qui a de la valeur pour soi	Les participants sont invités à réfléchir à ce qui compte vraiment pour eux, ce qui est important dans leur vie, c'est-à-dire leurs valeurs, afin de mieux savoir où diriger leurs actions.
5	Ne pas croire tout ce que l'esprit raconte	Cette séance est consacrée à l'observation de l'esprit et des histoires qu'il nous raconte, soit les pensées, ainsi que son impact sur nos comportements. Le lien entre les émotions, les pensées et les comportements est expliqué.
6	Développer le regard du sage	Les participants sont invités à prendre du recul face aux jugements de l'esprit par des exercices de défusion cognitive. Également, une partie de la séance est consacrée au développement de la compassion envers soi-même.

Appendice C

Arbre thématique complet sur le contenu des entretiens

1. Effets perçus par les participants

1.1. Effets sur leurs émotions

1.1.1. Meilleure gestion des émotions

1.1.2. Effets sur l'anxiété et le stress

1.1.2.1. Diminution de la fréquence ou sévérité des crises de panique

1.1.2.2. Augmentation de l'anxiété

1.1.3. Effets sur l'humeur

1.1.3.1. Meilleure humeur ou se sent plus heureux

1.1.3.2. Diminution des pensées suicidaires

1.2. Effets sur le fonctionnement

1.2.1. Plus d'engagement dans des actions importantes pour soi

1.2.2. Moins de comportements associés à sa problématique

1.2.3. Moins d'impulsivité

1.2.4. Plus grande communication avec l'entourage

1.2.5. Moins d'importance au jugement des autres

1.2.6. Plus d'ouverture de soi aux autres

1.3. Peu ou aucun effet perçu

2. Processus psychologiques (de changement)

2.1. Prise du recul

2.1.1. Prendre un temps

2.1.2. Prendre une distance face aux pensées

2.1.3. Se poser des questions

2.1.4. Prendre de la distance face aux situations ou problèmes

2.1.5. Percevoir la situation autrement

2.1.6. Savoir que tout est passager

2.2. Acceptation

2.2.1. Accepter ses pensées

2.2.2. Accepter ses émotions

2.2.3. Accepter soi et son vécu

2.2.4. Accepter son problème

2.3. Pleine conscience

2.3.1. S'observer

2.3.2. Identifier ses expériences internes, ses comportements ou des situations pouvant être néfastes

2.3.3. Se ramener

2.3.4. Se calmer

2.4. Compréhension de son vécu

2.4.1. Prendre conscience

2.4.2. Comprendre son vécu

2.5. Rapport à soi

- 2.5.1. Sentir un contrôle sur ses émotions
- 2.5.2. Sentir une maîtrise sur soi ou sa vie
- 2.5.3. Sentir une plus grande valeur personnelle

2.6. Valeurs

- 2.6.1. Identifier ses valeurs
- 2.6.2. Faire des choix en fonction de ses valeurs

2.7. Application de stratégies ou d'exercices

- 2.7.1. Appliquer la pleine conscience ou des exercices de pleine conscience dans le quotidien
- 2.7.2. Appliquer d'autres stratégies pratiques

3. Processus reliés à l'expérience de groupe

- 3.1. Sentiment d'universalité
- 3.2. Partage du vécu
- 3.3. Développement de liens avec les autres participants au fil du temps
- 3.4. Soutien par les autres dans le groupe
- 3.5. Apprentissage au contact des autres participants
- 3.6. Soutien personnalisé des psychothérapeutes

4. Éléments se trouvant à l'extérieur de l'intervention

- 4.1. Autres ressources
- 4.2. Changement de la médication
- 4.3. Stress contextuel
- 4.4. Loisirs
- 4.5. Intervention des parents ou changement de la famille
- 4.6. Facteur temporel

5. Défis ou obstacles reliés à l'intervention**5.1. Liés aux ateliers**

- 5.1.1. Difficultés relatives à l'application des exercices à la maison
- 5.1.2. Critiques adressées aux exercices ou trucs donnés par les psychothérapeutes

5.2. Liés à son expérience personnelle

- 5.2.1. Réexposition à des souvenirs douloureux, ses souffrances ou ses difficultés
- 5.2.2. Difficulté à rester concentré par moments dans les ateliers
- 5.2.3. Attentes thérapeutiques initiales négatives
- 5.2.4. Manque de motivation

5.2.5. Difficulté à mettre en actions les acquis

5.3. Liés au format de groupe

5.3.1. Anxiété due au format de groupe

5.3.2. Constat que les thérapies de groupe ne lui conviennent pas

5.3.3. Difficulté à faire confiance

5.3.4. Difficulté dans la relation aux psychothérapeutes