

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

VALIDATION FRANCOPHONE DU QUESTIONNAIRE MULTIDIMENSIONNEL  
D'ÉVITEMENT EXPÉRIENTIEL – VERSION 30 ITEMS

ESSAI DE 3<sup>e</sup> CYCLE PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU  
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
LÉO LECOURS PELLETIER

NOVEMBRE 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai 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. Université du Québec à Trois-Rivières	directeur de recherche
---	------------------------

**Jury d'évaluation :**

---

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

---

Simon Rigoulot, Ph.D. Université du Québec à Trois-Rivières	évaluateur interne
--	--------------------

---

Sébastien Simard, Ph.D. Université du Québec à Chicoutimi	évaluateur externe
--	--------------------

## Sommaire

Cet essai doctoral porte sur la validation psychométrique en langue française du Questionnaire multidimensionnel d'évitement expérientiel – version 30 items (MEAQ-30). Cet instrument de mesure autorapporté évalue l'évitement expérientiel (ÉE), soit la tendance à éviter des expériences internes désagréables telles que des pensées, des émotions ou des sensations physiques. L'ÉE jouerait un rôle clé dans le développement et le maintien des troubles mentaux, et ses liens avec la psychopathologie sont bien établis. Le MEAQ-30 se distingue par ses bonnes qualités psychométriques, son court temps de passation et ses six sous-échelles : *Évitement comportemental*, *Aversion à la détresse*, *Procrastination*, *Distraction/Suppression*, *Répression/Déni* et *Endurance de la détresse*. Dans cette étude, la validité et la fidélité du MEAQ-30 ont été vérifiées auprès d'un échantillon clinique canadien français (N = 333) en utilisant un devis de recherche transversal et rétrospectif. Sa validité de construit a été examinée, incluant sa structure factorielle et sa validité convergente, ainsi que sa validité concourante, sa validité incrémentielle et sa cohérence interne, qui permet d'estimer la fidélité des scores. Les résultats de l'étude soutiennent l'utilisation du MEAQ-30 en langue française et sont généralement comparables à ceux de la version originale anglaise. Un item de la sous-échelle *Distraction/Suppression* a dû être retiré des analyses en raison de son manque de précision, mais celui-ci n'est pas nécessaire pour interpréter adéquatement le test. Cette adaptation du MEAQ-30 devrait permettre de mieux comprendre le rôle de l'ÉE en psychopathologie et aider à cibler les interventions psychologiques reliées.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux .....	vii
Remerciements .....	viii
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	5
Processus psychologiques en santé mentale .....	6
Approche médicale .....	7
Thérapie basée sur les processus .....	7
Fondements de l'évitement expérientiel .....	9
Définition .....	9
Thérapie d'acceptation et d'engagement et assises théoriques .....	10
Autres perspectives cliniques .....	12
Évitement expérientiel et troubles mentaux .....	13
Études en laboratoire .....	14
Méta-analyses et revue systématique .....	15
Revue narratives .....	16
Opérationnalisation et mesure de l'évitement expérientiel .....	17
Questionnaire d'acceptation et d'action .....	18
Questionnaire multidimensionnel d'évitement expérientiel .....	20
MEAQ et troubles mentaux .....	23
MEAQ et troubles intériorisés .....	23

MEAQ et troubles extériorisés.....	25
Versions brèves du MEAQ .....	27
Questionnaire bref d'évitement expérientiel – version 15 items .....	27
Questionnaire multidimensionnel d'évitement expérientiel – version 30 items	28
Limites dans la littérature et apports de cette étude .....	30
Objectifs .....	32
Méthode.....	33
Participants.....	34
Instruments de mesure .....	34
Questionnaire de fusion avec les pensées .....	40
Index de sensibilité à l'anxiété.....	40
Inventaire sur l'intolérance à l'incertitude, partie A .....	41
Inventaire des obsessions et des compulsions – révisé.....	42
Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété .....	42
Inventaire de phobie sociale.....	43
Inventaire de dépression de Beck – II.....	43
Mesure d'impact – 45.2 .....	43
Échelle de qualité de vie .....	44
Déroulement.....	44
Analyse des données .....	45
Statistiques descriptives .....	46
Validité de construit.....	46

Structure factorielle.....	46
Validité convergente.....	47
Validité concourante .....	48
Validité incrémentielle.....	49
Cohérence interne .....	50
Résultats .....	51
Statistiques descriptives .....	52
Validité de construit.....	52
Structure factorielle.....	52
Validité convergente .....	56
Validité concourante .....	58
Validité incrémentielle .....	58
Cohérence interne .....	62
Discussion .....	63
Apports à la littérature.....	69
Forces et limites de l'étude .....	71
Conclusion .....	75
Références .....	82

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Caractéristiques démographiques de l'échantillon.....	35
2	Statistiques descriptives des items du MEAQ-30 .....	37
3	Statistiques descriptives et cohérence interne des instruments de mesure .....	53
4	Indices d'ajustement basés sur khi-carré ajusté indiquant l'adéquation de la structure factorielle du MEAQ-30.....	55
5	Coefficients de corrélation de Pearson indiquant la validité convergente du MEAQ-30 et ses sous-échelles.....	57
6	Coefficients de corrélation de Pearson indiquant la validité concourante du MEAQ-30 et ses sous-échelles.....	59
7	Analyses de régression hiérarchique multiple indiquant la validité incrémentielle du MEAQ-30 sur le critère d'impact sur le fonctionnement (OQ 45.2) .....	61



## **Remerciements**

La réalisation de ce projet de recherche est le fruit de l'implication et du soutien de nombreuses personnes. D'abord, je désire exprimer ma reconnaissance envers Frédérick Dionne, Ph.D., qui a dirigé ce projet de recherche avec assiduité et soin. Merci pour ses conseils et son engagement. Je veux ensuite souligner la générosité de Josée Rhéaume, Ph.D., et Valérie Tremblay, D.Psy., qui nous ont permis d'accéder à des données cliniques d'une qualité exceptionnelle. Je souhaite également exprimer ma gratitude envers Joël Gagnon, Ph.D., pour sa collaboration et son expertise dans le domaine des statistiques. Enfin, merci à ma conjointe, ma famille et mes amis pour leur soutien émotionnel et leurs encouragements.

## **Introduction**

En psychopathologie clinique, les méthodes d'évaluation et d'intervention sont traditionnellement organisées en fonction du trouble mental, c'est-à-dire que les cliniciens s'appuient sur des classifications diagnostiques pour orienter leur travail (Hayes et al., 2020). Selon cette vision médicale, le rôle du psychologue ou du psychothérapeute est d'établir un diagnostic, comme un trouble anxieux ou de l'humeur, puis d'administrer un traitement conçu pour s'en rétablir. Cependant, comme une grande proportion des personnes qui consultent en psychiatrie présente plus d'un trouble mental (comorbidité), le modèle par diagnostic peut avoir comme inconvénient d'encourager la multiplication des protocoles d'intervention au détriment de l'efficacité clinique (Barlow et al., 2004; Monestès & Baeyens, 2016). Or, un modèle complémentaire récent suggère d'organiser les méthodes d'évaluation et d'intervention en se basant sur des processus psychologiques validés empiriquement (p. ex., les biais cognitifs). Ces processus, aussi appelés processus de changement, sont des mécanismes modifiables en intervention menant prévisiblement aux changements thérapeutiques visés (Hofmann et al., 2021). Par exemple, améliorer l'autocompassion peut aider à résoudre des difficultés émotionnelles, cognitives ou comportementales en ciblant comme processus les pensées autocritiques négatives (Wakelin et al., 2022). Selon cette perspective, les processus communs entre les troubles comptent davantage que leurs différences (Mansell et al., 2009). Le modèle basé sur les processus devrait permettre de traiter la comorbidité avec plus d'efficacité, car un processus psychologique peut contribuer au maintien de plusieurs troubles mentaux.

L'évitement expérientiel (ÉE) est un processus psychologique suscitant un intérêt considérable dans la littérature en raison de son rôle central en psychopathologie. L'ÉE consiste à éviter des expériences internes pénibles, comme des sensations somatiques, des émotions ou des pensées (Hayes et al., 1996). Il est notamment associé aux troubles anxieux, à la dépression, au trouble de stress post-traumatique, ainsi qu'aux troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés (Akbari et al., 2022). À ce jour, l'instrument de mesure de l'ÉE le plus courant et disponible en français est le Questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II; Bond et al., 2011; Monestès et al., 2009). Toutefois, le AAQ-II a fait l'objet de critiques récentes à propos de sa validité de construit (Wolgast, 2014), de sa validité divergente (Rocheffort et al., 2018; Tyndall et al., 2019), de sa sensibilité (Hooper et al., 2010) et de sa validité prédictive (Borgogna et al., 2020). Une autre limite du AAQ-II est qu'il n'opérationnalise pas l'ÉE en sous-dimensions. Pour y remédier, Gámez et ses collègues ont développé le Questionnaire multidimensionnel d'évitement expérientiel (MEAQ; 2011). Le MEAQ se démarque par la pertinence du contenu théorique que couvrent ses six sous-échelles, la rigueur de son processus de validation et ses qualités psychométriques. Comme le MEAQ comporte 62 items, une version courte de 30 items qui conserve ses sous-échelles a été élaborée pour réduire son temps de passation (MEAQ-30; Sahdra et al., 2016). Cependant, le MEAQ-30 n'a pas été validé en français. L'objectif de cet essai est de valider une version francophone du MEAQ-30 auprès d'un échantillon clinique canadien français.

Dans la prochaine section, le *Contexte théorique* présentera le cadre conceptuel de la présente étude, en justifiant sa pertinence et en établissant des liens avec les travaux antérieurs. À la suite du *Contexte théorique*, la *Méthode* décrira les étapes qui ont mené à la validation francophone du MEAQ-30. La section *Résultats* présentera les données obtenues lors des analyses. Ces dernières seront interprétées en fonction des objectifs de recherche et de la théorie sous-jacente dans la *Discussion*, puis les apports de l'étude à la littérature, ainsi que ses forces et ses limites seront examinées. En définitive, la *Conclusion* permettra de dégager les principaux constats et d'expliquer leur pertinence tant en recherche qu'en clinique.

## **Contexte théorique**

Cette section présente les notions théoriques qui permettent de situer la présente étude dans son domaine de recherche et de justifier sa pertinence. Le *Contexte théorique* se divise en huit sous-sections. Premièrement, les processus psychologiques en santé mentale seront introduits et définis pour situer l'évitement expérientiel (ÉE) dans une perspective transdiagnostique. Deuxièmement, l'ÉE sera à son tour défini, puis ses assises théoriques et cliniques seront clarifiées. Troisièmement, les liens entre l'ÉE et les troubles mentaux seront exposés. Quatrièmement, un survol de l'opérationnalisation psychométrique du construit permettra au lecteur de se familiariser avec les instruments de mesure de l'ÉE. Cinquièmement, les études primaires appuyant la relation entre les troubles mentaux et le Questionnaire multidimensionnel d'évitement expérientiel (MEAQ) seront parcourues. Sixièmement, les versions courtes du MEAQ seront présentées. Septièmement, les limites dans la littérature et l'apport de l'étude seront discutés. Huitièmement, les objectifs de l'étude seront mis de l'avant.

### **Processus psychologiques en santé mentale**

La Thérapie basée sur les processus tente de répondre aux limites du modèle médical en ciblant des processus psychologiques validés empiriquement. Ces approches seront décrites brièvement pour mieux comprendre l'intérêt scientifique pour l'ÉE.

## **Approche médicale**

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022) et la Classification internationale des maladies (CIM-11; Organisation mondiale de la santé, 2019) sont à ce jour les systèmes diagnostiques les plus utilisés en santé mentale. Depuis le DSM-III (APA, 1980), ces systèmes sont fondés sur la description de syndromes, c'est-à-dire des ensembles de symptômes cognitifs, affectifs et comportementaux. Ce point de départ, ancré dans le modèle médical, devait mener à la compréhension des troubles de santé mentale comme des entités distinctes, c'est-à-dire des pathologies reposant sur des étiologies spécifiques. Cependant, le comité de planification du DSM-5 a conclu que cette hypothèse ne concordait pas avec les données des décennies précédentes (Kupfer et al., 2002). En effet, aucun marqueur étudié en laboratoire ne permettait d'identifier avec spécificité un syndrome du DSM, alors que le taux de comorbidité dans les études épidémiologiques et cliniques était trop élevé pour croire à une étiologie propre par trouble. Qui plus est, le comité de planification du DSM-5 a pu constater un degré élevé d'instabilité diagnostique à court terme pour de nombreux syndromes, c'est-à-dire qu'une proportion importante de participants ne présentait plus un diagnostic considéré persistant peu de temps après l'évaluation initiale.

## **Thérapie basée sur les processus**

Récemment, une vision complémentaire basée sur les processus psychologiques s'est développée dans le but d'améliorer la validité, la fidélité et l'utilité clinique du diagnostic en santé mentale (Hayes et al., 2020). Ce nouveau modèle, appelé Thérapie basée sur les



processus (PBT; Hofmann & Hayes, 2018), propose d'identifier des processus psychologiques probants, spécifiques à la personne, qui contribuent au maintien d'une ou de plusieurs difficultés en santé mentale (Ong et al., 2020). La recherche en PBT tente de comprendre la relation fonctionnelle entre les processus et les problématiques cliniques, puis de trouver des méthodes thérapeutiques capables d'agir sur cette relation pour améliorer le bien-être de la personne. Selon Hofmann et ses collègues (2021), les processus en PBT sont des mécanismes de changement validés empiriquement qui peuvent être modifiés en intervention pour atteindre de manière prévisible des objectifs cliniques. Bien que ces processus puissent être issus de différentes approches psychothérapeutiques, leurs relations doivent être clairement spécifiées au sein d'un modèle scientifique. Hofmann et ses collègues ajoutent que les processus peuvent être dynamiques (p. ex., en s'intégrant dans une boucle de rétroaction) et agir sur différents niveaux hiérarchiques (p. ex., en prédominant sur d'autres processus).

Dans une revue systématique qui porte sur les liens de médiation répliqués dans les essais cliniques randomisés en santé mentale, incluant 204 études, Hayes et ses collègues (2022) rapportent que le processus ayant le plus souvent médié l'effet des interventions cliniques est la flexibilité psychologique (64 liens répliqués). La flexibilité psychologique, un construit où l'ÉE occupe une place centrale, correspond à la capacité à demeurer en contact avec le moment présent et à se comporter de manière cohérente avec ses valeurs, même en présence d'expériences internes pénibles (Hayes et al., 2006). Ce processus est central dans la Thérapie d'acceptation et d'engagement, une approche thérapeutique qui

sera présentée un peu plus loin. Théoriquement, la flexibilité psychologique implique différents processus comme l'ÉE, la fusion cognitive, la présence attentive (*mindfulness*) et l'activation basée sur les valeurs. Le rôle de l'ÉE mérite d'être examiné en détail, car ce construit est associé à de nombreux troubles mentaux (Akbari et al., 2022).

### **Fondements de l'évitement expérientiel**

Cette sous-section présente la définition de l'ÉE, ses assises théoriques et son historique clinique.

#### **Définition**

L'ÉE est défini comme la tendance à éviter le contact avec des sensations physiques, des émotions, des pensées ou des souvenirs pénibles, impliquant des efforts pour altérer la nature, la fréquence ou le contexte d'apparition de ces événements (Hayes et al., 1996). En clinique, l'ÉE peut se manifester par des comportements variés tels que la fuite, le retrait social, la consommation, la recherche de réassurance, qui remplissent une fonction similaire de contrôle par rapport aux expériences désagréables. L'ÉE est considéré comme un processus problématique lorsqu'il est appliqué de manière rigide, conduisant à un investissement excessif de ressources pour se préserver des expériences indésirées (Kashdan et al., 2006). L'ÉE peut alors perturber le fonctionnement quotidien, nuire à l'atteinte d'objectifs et limiter l'intégration des expériences internes à des fins adaptatives.

### **Thérapie d'acceptation et d'engagement et assises théoriques**

La Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT; Hayes et al., 1999, 2012a) a été la première thérapie cognitive et comportementale (TCC) à cibler explicitement l'ÉE. L'ACT est une approche transdiagnostique qui propose de changer la relation de contrôle excessif avec les expériences pénibles et de développer la capacité des individus à réorienter leurs comportements pour qu'ils soient davantage en accord avec leurs valeurs. L'acceptation des expériences est considérée en ACT comme un processus clé pour réduire l'ÉE. Cette approche préconise les interventions expérientielles qui aident les clients à constater pleinement l'impact de l'ÉE et de processus psychologiques agissant en périphérie. La fusion cognitive (c.-à-d., le degré d'emprise des pensées), l'attention inflexible (c.-à-d., la difficulté à accéder au moment présent) et la clarification des valeurs (c.-à-d., la découverte d'une direction de vie épanouissante) sont des exemples de processus qui, comme l'ÉE, s'inscrivent dans le modèle de la flexibilité (ou de l'inflexibilité) psychologique au cœur de l'ACT (Hayes et al., 2012c).

Sur le plan théorique, les comportements d'ÉE seraient acquis et maintenus en raison des principes behavioristes d'apprentissage (Hayes et al., 1996). Les stratégies employées pour mettre à distance les pensées et émotions résulteraient notamment des conséquences à court terme (c.-à-d., soulager un malaise dans l'immédiat), comme dans la théorie du conditionnement opérant (B. F. Skinner, 1938). Dans cette perspective, l'ÉE est compris comme un processus renforcé négativement (par le retrait d'une conséquence aversive), pouvant se généraliser s'il est renforcé dans un ensemble de situations.

Selon la Théorie des cadres relationnels (TCR; Hayes et al., 2001; Hayes et al., 2012b), l'ÉE prendrait également racine dans des fonctions du langage et de la cognition qui permettent aux événements de transférer, en partie, leurs propriétés aux mots utilisés pour les décrire, et vice versa (Blackledge & Hayes, 2001). De nombreuses études empiriques ont démontré que les mots peuvent effectivement évoquer des propriétés fonctionnelles des phénomènes qu'ils représentent (Dymond et al., 2010; O'Connor et al., 2017). Cela implique, à titre d'exemple, que l'usage du mot « citron » soit suffisant pour nous mettre l'eau à la bouche, sans que ce fruit soit présent dans l'environnement. La fonction du stimulus sur les glandes salivaires est donc transférée à sa représentation symbolique. Dans une figure de cas clinique, le rappel du prénom d'un proche décédé peut replonger un client dans l'état affectif ressenti durant son deuil. Cette implication mutuelle serait hors de contrôle immédiat, mais favoriserait la mise en place de stratégies d'évitement (p. ex., consommer pour oublier), conformément à la définition de l'ÉE.

L'ÉE dépendrait enfin de la fusion cognitive avec des instructions mentales qui incitent à l'évitement des expériences indésirées (Hayes et al., 2012a). La fusion cognitive correspond au degré d'emprise des pensées sur les comportements, les sensations physiques, les émotions et les pensées subséquentes (Blackledge, 2015). Plus une pensée est jugée crédible et considérée littéralement pour ce qu'elle représente, plus son influence psychologique serait prononcée. Bien que la fusion cognitive ait une fonction généralement adaptative (p. ex., « ne traverse jamais la rue sans regarder »), il est possible

de « fusionner » avec des pensées d'ÉE qui sont susceptibles de contribuer à la psychopathologie (p. ex., « je ne tolérerai pas de me sentir ainsi »).

### **Autres perspectives cliniques**

Pour traiter les problématiques en santé mentale, les TCC misent généralement sur le développement des compétences de régulation émotionnelle (Kring & Sloan, 2010). La régulation émotionnelle peut être conceptuellement liée à l'ÉE, puisqu'elle consiste à moduler les émotions que l'on ressent, le moment où elles surviennent et la manière dont elles sont vécues ou exprimées (Gross, 2014). Pour améliorer la régulation émotionnelle, les TCC favorisent habituellement des stratégies susceptibles de contrecarrer l'ÉE. Par exemple, le Protocole unifié transdiagnostique pour les troubles émotionnels (Barlow et al., 2017) propose de discuter d'emblée des attitudes négatives à l'égard des émotions pénibles. Plusieurs modules sont consacrés à des stratégies qui favorisent une plus grande ouverture face aux expériences, telles que la présence attentive ou l'exposition. Ces stratégies se retrouvent également dans une diversité de protocoles conçus pour des diagnostics particuliers. À titre illustratif, l'exposition peut être utilisée dans le traitement des phobies spécifiques (Choy et al., 2007), du trouble obsessionnel-compulsif (TOC; Hezel & Simpson, 2019) et du trouble de stress post-traumatique (TSPT; Foa, 2011). La présence attentive peut notamment servir au traitement du trouble dépressif caractérisé (Piet & Hougaard, 2011) et du trouble de personnalité limite (TPL; Panos et al., 2014).

Les traditions psychanalytiques et humanistes-existentielles adoptent également des notions proches de l'ÉE. En psychanalyse, les mécanismes de défenses permettent de refouler les instincts sexuels et agressifs, ainsi que les affects associés (Freud, 1937). Des mécanismes inconscients, comme la répression et le déni, contribuent ainsi à garder à distance des expériences anxiogènes ou culpabilisantes. Dans la perspective humaniste, spécifiquement dans l'approche centrée sur la personne, lorsqu'un individu bénéficie d'un regard positif inconditionnel (c.-à-d., lorsqu'il perçoit que sa valeur personnelle ne dépend pas de conditions déterminées par autrui), il peut plus facilement s'ouvrir à des aspects pénibles de son expérience, ce qui l'aide par la suite à s'actualiser, c'est-à-dire développer son plein potentiel (Rogers, 1959). En Gestalt-thérapie, des interventions expérientielles sont utilisées pour rétablir le contact avec des ressentis habituellement écartés de la conscience (p. ex, en dirigeant l'attention vers des sensations corporelles négligées) (Perls et al., 1951). Dans les thérapies existentielles, on considère que la psychopathologie survient lorsque des processus sont mis en place pour se soustraire de l'inconfort que provoquent les grandes préoccupations existentielles (Yalom, 1980). Bref, puisque l'ÉE trouve écho dans autant d'approches cliniques, il est possible de le conceptualiser comme un processus transthéorique.

### **Évitement expérientiel et troubles mentaux**

Cette section présente une description des relations entre l'ÉE et la psychopathologie. D'abord, les principaux résultats des études en laboratoire seront exposés. Ensuite, les données des plus récentes méta-analyses et revues de la littérature y seront résumées.

## **Études en laboratoire**

Des travaux en laboratoire ont révélé des effets problématiques de la suppression des expériences. Les études sur la suppression cognitive, où les participants sont invités à ne pas penser à une pensée spécifique, montrent que cette stratégie peut paradoxalement maintenir les pensées évitées (Abramowitz et al., 2001). Par exemple, dans une étude classique (N = 47), on a demandé aux participants du groupe expérimental de supprimer des pensées sur des ours blancs lors du visionnement d'un diaporama (Wegner et al., 1991). Lorsque cette consigne a été retirée, ce type de pensées a augmenté lors du visionnement du même diaporama, ce qui n'était pas le cas du groupe contrôle. Des principes similaires s'appliquent à la suppression émotionnelle, qui consiste à inhiber les signes expressifs d'une émotion. Gross et Levenson (1997) ont démontré dans une étude classique (N = 90) que supprimer la tristesse n'apporte pas de soulagement par rapport à l'inconfort ressenti : la suppression d'une émotion, tout comme son expression, entraîne une augmentation momentanée de la détresse et de l'activation sympathique. Mais dans le cas de l'expression, ces phénomènes ne perdurent pas et cette stratégie mène à une meilleure santé psychologique et physique à long terme (Hughes et al., 1994; Smyth, 1998). Dernièrement, les données d'une méta-analyse de 66 études (N = 5 169) portant sur les processus de la flexibilité psychologique, incluant l'acceptation, la défusion cognitive et la présence attentive, indiquent que ces processus sont plus adaptatifs que les consignes favorisant l'ÉE, améliorant par exemple la persistance lors de tâches difficiles (Levin et al., 2012).

## Méta-analyses et revue systématique

Dans les dernières années, au moins trois méta-analyses ont étudié le rôle de l'ÉE en santé mentale. Pour les troubles anxiodépressifs, Akbari, Seydavi, Hosseini, Krafft et Levin (2022) ont synthétisé les résultats de 441 études ( $N = 135\,347$ ), l'équivalent de 899 tailles d'effet. Des liens modérés à élevés sont rapportés pour l'anxiété ( $r = 0,52$ ), les symptômes dépressifs ( $r = 0,56$ ), la dépression ( $r = 0,45$ ), les inquiétudes ( $r = 0,52$ ), l'anxiété généralisée ( $r = 0,59$ ), l'anxiété sociale ( $r = 0,46$ ), le trouble panique et l'agoraphobie ( $r = 0,34$ ), les phobies spécifiques ( $r = 0,43$ ), les troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés ( $r = 0,41$ ) et le TSPT ( $r = 0,49$ ). Angelakis et Pseftogianni (2021) ont pour leur part réalisé une méta-analyse spécifique aux troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés. Les tailles d'effet pour les 36 études incluses ( $N = 11\,859$ ) indiquent une relation modérée avec l'ÉE pour le TOC ( $d = 0,75$ ) et la trichotillomanie ( $d = 0,56$ ), puis un lien fort avec la thésaurisation pathologique ( $d = 0,93$ ) et l'obsession d'une dysmorphie corporelle ( $d = 1,55$ ). En complément, une méta-analyse d'Angelakis et Gooding (2021) sur l'automutilation et les conduites suicidaires rassemble les données de 19 études ( $N = 9900$ ). L'ÉE présente une faible taille d'effet avec l'automutilation ( $d = 0,38$ ) et une taille d'effet modérée avec les expériences de suicide ( $d = 0,60$ ) et l'idéation suicidaire ( $d = 0,71$ ).

Dans une revue systématique de la littérature, Chawla et Ostafin (2007) ont synthétisé les résultats de 28 études ( $N = 4\,426$ ) portant sur le rôle de l'ÉE en psychopathologie. Il en ressort globalement que les différences individuelles en matière d'ÉE sont associées à



la manière dont les personnes réagissent à la détresse, ce qui concorde avec sa définition. Notamment, les auteurs ont constaté que l'ÉE a servi de médiateur longitudinal entre la régulation émotionnelle et la détresse anxieuse, ce qui suggère que les stratégies de régulation ayant une fonction d'ÉE sont contre-productives. Le construit a aussi permis de mieux comprendre pourquoi les symptômes dépressifs, anxieux et somatiques varient chez les personnes traumatisées.

### **Revue narratives**

Plusieurs revues narratives de la littérature ont permis de rassembler des constats empiriques sur le rôle de l'ÉE en santé mentale. Ruiz (2010) rapporte que l'ÉE est associé à la détresse psychologique et à l'incapacité reliée à la douleur chronique. Son rôle de médiateur avec plusieurs variables en santé mentale a aussi été mis en évidence. En particulier, l'ÉE a médié la relation entre les croyances dysfonctionnelles et la trichotillomanie, entre les symptômes anxiodépressifs et la dermatillomanie, puis entre la sensibilité à l'anxiété et le TPL, ainsi que la dépression. Par ailleurs, des données suggèrent que l'ÉE entrave la réduction des symptômes dépressifs lors du traitement du TPL. Enfin, l'ÉE a expliqué de manière unique la variance des conduites agressives dans le TSPT. Boulanger, Hayes et Pistorello (2010) ajoutent que l'ÉE est lié à la toxicomanie. Sur le plan de la qualité de vie, l'ÉE est associé à des événements positifs moins fréquents, une diminution des affects positifs, de la satisfaction de la vie et du sens de la vie, ainsi qu'à un sentiment d'inauthenticité ou de déconnexion de soi. Levin et ses collègues (2014) constatent pour leur part que, comparativement à des participants sans diagnostic, l'ÉE a

prédit différents troubles dépressifs et anxieux après avoir contrôlé la détresse générale. Cela a aussi été vérifié pour les troubles alimentaires antécédents. Par ailleurs, l'ÉE a été associé à la comorbidité entre les troubles dépressifs, anxieux ou liés à une substance. À propos du TPL, Chapman, Dixon-Gordon et Walters (2011) soulèvent que la vulnérabilité émotionnelle qui caractérise ce syndrome serait aggravée par des stratégies d'ÉE contre-productives. Des données rapportées par Brereton et McGlinchey (2020) ont permis d'étayer l'implication de l'ÉE dans l'automutilation, entre autres chez les personnes souffrant d'un TPL. Les études examinées montrent que ces comportements seraient adoptés pour atténuer, éviter ou supprimer des pensées ou des émotions désagréables.

La majorité des relations entre l'ÉE et la psychopathologie ont été étudiées à l'aide de questionnaires autorapportés, en particulier la première et la deuxième version du Questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ et AAQ-II). Compte tenu du rôle important que jouent les instruments psychométriques dans cette littérature, il semble pertinent de passer en revue ceux dédiés à la mesure de l'ÉE.

### **Opérationnalisation et mesure de l'évitement expérientiel**

L'opérationnalisation de l'ÉE, qui consiste à identifier des indicateurs concrets et mesurables pour cette variable, a mené à l'élaboration d'instruments psychométriques de plus en plus précis. Dans cette sous-section, le Questionnaire d'acceptation et d'action et le Questionnaire multidimensionnel d'évitement expérientiel seront présentés.

### **Questionnaire d'acceptation et d'action**

Le Questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ) est le premier instrument psychométrique de l'ÉE (Hayes et al., 2004). Pour construire le AAQ, les chercheurs ont demandé à des thérapeutes ACT de générer des items découlant des principes de l'ÉE. Une solution unidimensionnelle à 9 items a été retenue à l'égard des 32 items initiaux. Dans l'ensemble, le processus de validation du AAQ a impliqué le recours à neuf échantillons (N = 2 415). Chawla et Ostafin (2007) ont cependant questionné la validité, la fidélité et l'opérationnalisation de ce questionnaire. Notamment, l'instrument de mesure distinguait mal l'ÉE de la détresse psychologique, ce qui pourrait biaiser son pouvoir de prédiction sur les troubles mentaux. De plus, les chercheurs ont soulevé que les items du AAQ puisaient dans un vaste répertoire de contenus, ce qui expliquerait pourquoi des données démontrent que sa cohérence interne est insatisfaisante. Ils ont donc recommandé d'opérationnaliser l'ÉE en tant que construit à multiples dimensions.

Bond et ses collègues (2011) ont plus tard procédé à une révision du AAQ. Le AAQ-II, composé de 7 items, avait pour cible plus globale la mesure de l'ÉE, de l'acceptation et de l'inflexibilité psychologique, en tant que construits conceptuellement liés (Hayes et al., 2012c). La construction du AAQ-II a été confiée à des experts qui ont élaboré 49 items. Des données ont permis de retirer plusieurs énoncés, puis deux facteurs sont ressortis d'une analyse factorielle exploratoire des 10 items restants. Après avoir examiné leurs qualités psychométriques auprès de six échantillons (N = 2 816), les chercheurs ont retiré les 3 items appartenant au second facteur. Ceux-ci, les seuls formulés

à la positive, ne contribuaient pas à la validité prédictive du questionnaire pour plusieurs critères en santé mentale. Ultimement, les résultats obtenus ont démontré que le AAQ-II offre de meilleures qualités psychométriques que le AAQ. Le AAQ-II a également été validé en français, mais cette version est composée de 10 items puisqu'elle inclut les items formulés à la positive de la version préliminaire anglaise (Monestès et al., 2009).

Des données obtenues ultérieurement montrent que le AAQ-II comportent cependant des limites quant à sa sensibilité, sa validité de construit et sa validité prédictive. Premièrement, dans une étude comparant la performance du AAQ-II à une procédure implicite, Hooper et ses collègues (2010) ont assigné des participants à deux conditions : la suppression cognitive ou l'acceptation par la présence attentive. À la suite d'un visionnement d'images inconfortables, la procédure implicite a permis d'observer une diminution de l'ÉE dans la condition d'acceptation, contrairement au AAQ-II. Deuxièmement, Wolgast (2014) a observé que les items du AAQ-II étaient plus fortement liés sur le plan factoriel à des items mesurant la détresse psychologique qu'à des items mesurant l'acceptation (ou la non-acceptation) des expériences, ce qui ne concorde pas avec la conception théorique de l'ÉE. Troisièmement, Borgogna et ses collègues (2020) se sont intéressés à l'invariance du AAQ-II en tant que prédicteur de symptômes anxiodépressifs auprès de groupes multiculturels étatsuniens. Il est apparu que le AAQ-II performait mieux auprès des sujets caucasiens, bien que la taille de cette différence soit faible. D'autres limites du AAQ-II, concernant sa validité divergente (Rochefort et al., 2018; Tyndall et al., 2019), seront présentées comparativement au Questionnaire

multidimensionnel d'évitement expérientiel et au Questionnaire bref d'évitement expérientiel. Essentiellement, il apparaît que les items du AAQ-II se mêlent facilement à des facteurs associés au névrosisme et à l'affectivité négative.

### **Questionnaire multidimensionnel d'évitement expérientiel**

Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero et Watson (2011) ont justement soutenu qu'un instrument conforme à la conception de l'ÉE gagnerait à distinguer ce construit du névrosisme et de l'affectivité négative. L'ÉE correspond à une relation d'évitement face aux expériences désagréables, plutôt qu'à une propension à la détresse émotionnelle et à l'instabilité affective. Cette réflexion a mené à la création du Questionnaire multidimensionnel d'évitement expérientiel (MEAQ; « Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire »; Gámez et al., 2011). À la différence du AAQ-II, le MEAQ a été construit à l'aide d'un processus itératif d'évaluation, d'élimination, de réécriture et d'ajout d'items afin d'optimiser sa validité et sa fidélité (Rochefort et al., 2018).

Lors de la construction du MEAQ (Gámez et al., 2011), 169 items ont été élaborés par six experts selon ces domaines d'intérêt : comportements, émotions, pensées, souvenirs, sensations somatiques et douleur. De plus, des items ont été conçus pour rendre compte de l'inacceptation des expériences négatives, de l'interférence avec les valeurs et/ou les buts, de mécanismes inconscients ayant une fonction d'ÉE, ainsi que d'attitudes ou de croyances connexes. Les chercheurs ont également choisi de mesurer l'ÉE en tant que trait, c'est-à-dire une tendance générale à l'évitement des expériences pénibles. Dans

une première étude, à partir des données de 312 étudiants, Gámez et ses collègues ont examiné la structure factorielle du MEAQ au moyen d'une analyse parallèle et d'analyses factorielles exploratoires. Une solution à huit facteurs a d'abord été retenue après avoir retiré des items présentant des saturations factorielles faibles ( $< 0,35$ ) et des saturations croisées problématiques. Ensuite, les items de deux facteurs ont été retirés car ces dimensions corrélaient trop peu avec les six autres ( $r_{\text{moyen}} = .11$ ). Ces sous-échelles présentaient également des saturations factorielles négatives lors d'une extraction contrainte à un seul facteur, ce qui suggère qu'elles ne mesuraient pas le même construit. Pour la seconde étude, 61 nouveaux items ont été créés dans le but de bonifier la performance psychométrique des six sous-échelles restantes. Les 124 items ont été testés auprès de deux échantillons, l'un composé de 314 étudiants et l'autre de 201 patients consultant en clinique externe. La solution à six facteurs s'est avérée conforme et interprétable comparativement à d'autres modèles testés. Les analyses subséquentes ont permis d'élaguer des items redondants ou moins performants pour aboutir aux 62 items du MEAQ. Cet instrument de mesure comporte six sous-échelles : *Évitement comportemental* (11 items), *Aversion à la détresse* (13 items), *Procrastination* (7 items), *Distraction/Suppression* (7 items), *Répression/Déni* (13 items) et *Endurance de la détresse* (11 items). Pour valider les résultats, une troisième étude a été menée auprès 363 étudiants, 265 patients en clinique externe et 215 individus de la communauté. Le MEAQ a été considérablement associé à divers instruments de mesure d'évitement et, comparativement au AAQ et au AAQ-II, ce questionnaire a démontré une meilleure validité divergente relative au névrosisme et à l'affectivité négative. Les sous-échelles du

MEAQ présentent également une cohérence interne satisfaisante. L'instrument de mesure a été associé à des indicateurs de psychopathologie et de qualité de vie, mais les liens entre le MEAQ et les troubles mentaux étaient légèrement supérieurs à ceux du AAQ-II après avoir contrôlé les effets du névrosisme. Les chercheurs ont aussi comparé les deux questionnaires sur le plan de la validité incrémentielle. Après avoir contrôlé la part du AAQ-II, le MEAQ a permis de bonifier l'explication de la variance pour des critères tels que la dépression, les phobies, le TOC et la raison de vivre.

La validité de construit du MEAQ a été comparée au AAQ-II auprès de nouveaux échantillons (Rochefort et al., 2018). Des analyses factorielles exploratoires ont démontré que les items du AAQ-II saturent sur les facteurs correspondant au névrosisme et à l'affectivité négative plutôt que ceux associés aux thérapies axées sur l'acceptation. À l'inverse, les items du MEAQ ont saturé les facteurs des thérapies axées sur l'acceptation ou se sont regroupés au sein des dimensions propres au MEAQ.

Le MEAQ a aussi été adapté et validé en persan ( $N = 340$ ), en coréen ( $N = 285$ ) et en thaï ( $N = 462$ ). Dans la version persane (Moradi et al., 2018), les indices obtenus appuient généralement la validité de construit et la cohérence interne de l'instrument. Toutefois, en coréen (Jung, 2018) et en thaï (Sumalrot et al., 2022), plusieurs items du MEAQ ont dû être retirés pour que la validité de construit soit considérée comme satisfaisante. Ces items présentaient des saturations factorielles faibles ou des saturations croisées problématiques, ce qui suggère que certains items du MEAQ peuvent être ambigus selon la langue

d'adaptation. Après avoir exclus ces items, le MEAQ coréen (50 items) et thaï (39 items) présentent des qualités psychométriques adéquates.

### **MEAQ et troubles mentaux**

Dans cette section, les données d'études primaires employant le MEAQ seront parcourues pour les troubles intériorisés, extériorisés et certains symptômes cliniques.

#### **MEAQ et troubles intériorisés**

Plusieurs études utilisant le MEAQ ou ses sous-échelles ont été réalisées dans le but de mieux comprendre les liens entre l'ÉE et la psychopathologie, dont les troubles intériorisés. D'abord, la sous-échelle *Aversion à la détresse* du MEAQ a été associée significativement à la dépression, à l'anxiété généralisée, au TSPT, à l'anxiété sociale, au trouble panique et au TOC (Naragon-Gainey & Watson, 2018). Une analyse de la variance a permis de corroborer le lien entre les troubles anxiodépressifs et le MEAQ, relativement à un groupe contrôle sain (Daros et al., 2018). À partir de cet échantillon anxiodépressif, le recours à l'ÉE a été associé à des taux plus élevés de comportements dommageables pour la santé. Dans une étude employant une version abrégée du MEAQ et un devis écologique, incluant quatre temps de mesure par jour durant une semaine, il a été démontré que l'humeur négative, les pensées négatives et le stress prédisposent à une augmentation de l'ÉE au prochain temps de mesure, et que l'ÉE prédit à son tour un accroissement ultérieur de l'humeur négative, des pensées négatives et du stress (Wenze et al., 2018). De plus, la relation entre le stress et l'ÉE était plus prononcée chez les personnes dépressives,



alors que le lien entre l'ÉE et les pensées négatives subséquentes était plus fort chez les participants ayant une anxiété plus élevée.

Spécifiquement aux troubles de l'humeur, Moroz et Dunkley (2015) ont démontré que les sous-échelles *Aversion à la détresse* et *Évitement comportemental* du MEAQ médiaient la relation entre le perfectionnisme autocritique et les symptômes dépressifs au-delà d'une faible estime de soi. Il a aussi été observé à l'aide d'une version brève du MEAQ, chez les personnes ayant souffert d'épisodes dépressifs récurrents, qu'un degré élevé d'autocompassion est associé à moins de symptômes dépressifs par le biais de moins d'ÉE, de rumination et de plus d'acceptation (Bakker et al., 2019).

Lors d'une étude sur le traitement transdiagnostique des troubles anxieux, Eustis et ses collègues (2020) ont observé qu'une diminution de l'ÉE précédait dans le temps et permettait de prédire les changements visés en matière d'anxiété, et non le contraire. Un degré moindre d'ÉE a aussi permis de prédire une meilleure qualité de vie chez les personnes présentant des symptômes paniques, après avoir pris en compte les comportements de sécurité (Kirk et al., 2019). L'ÉE a aussi été associé à l'usage de cannabis pour gérer les symptômes d'anxiété sociale (Buckner et al., 2014). Des analyses ont indiqué que la sous-échelle Évitement comportemental est la seule à être liée à la fois à l'anxiété sociale et aux motifs de consommation axés sur l'adaptation, après avoir contrôlé l'affectivité négative et la dysrégulation émotionnelle. Dans une autre étude, des interactions significatives ont révélé que le stress acculturatif est lié à plus de symptômes

suicidaires, d'anxiété sociale et de sensations physiques anxiogènes chez les étudiants issus de minorités qui présentent des scores élevés au MEAQ (Zvolensky et al., 2016).

Des données obtenues avec le MEAQ et une version brève de l'instrument ont également permises d'étayer les corrélations entre l'ÉE et les symptômes de TSPT (Bardeen & Fergus, 2016; Dvorak et al., 2013; Malaktaris & Lynn, 2018). Lorsque le TSPT est sévère, Dvorak et ses collègues (2013) ont observé que la sous-échelle Endurance de la détresse du MEAQ est inversement associée aux conséquences liées à l'alcool par le biais d'une consommation et de motifs d'usage moindres. Pour les personnes présentant une symptomatologie plus faible, la sous-échelle *Aversion à la détresse* a été positivement associée aux conséquences liées à l'alcool, par le biais d'une consommation et de motifs d'usage élevés. Dans une étude menée auprès de 226 étudiants (Lewis & Naugle, 2017), le AAQ-II et le MEAQ ont tous deux partiellement médié l'effet du trauma infantile sur les symptômes de TSPT et les conduites problématiques. Comparativement au AAQ-II, le MEAQ a médié complètement l'effet du trauma infantile sur les symptômes de TSPT chez les 78 étudiants dont le score indique qu'ils sont susceptibles d'avoir un diagnostic de TSPT.

### **MEAQ et troubles extériorisés**

D'autres travaux ont investigué le rôle de l'ÉE pour les troubles extériorisés et leurs symptômes. Den Ouden et ses collègues (2020) se sont intéressés à la compulsion en tant que phénotype transdiagnostique sous-jacent à une variété de comportements addictifs et

obsessionnels-compulsifs. Employant la modélisation par équation structurelle, l'effet de l'ÉE sur la compulsion a été entièrement médié par la détresse psychologique, qui à son tour avait un fort effet direct sur la compulsion. Dans une autre étude, le MEAQ a médié significativement la relation entre les émotions négatives et l'alimentation émotionnelle (Litwin et al., 2017). Il a également été constaté que les perturbations alimentaires peuvent prédire le risque de comportements suicidaires par le biais de la sous-échelle *Aversion à la détresse* du MEAQ (K. D. Skinner et al., 2017). La dimension *Répression/Déni* a quant à elle été associée de manière ordonnée à l'automutilation et au suicide (Nielsen et al., 2017). Plus précisément, les participants ayant des antécédents de conduites automutilatrices et suicidaires étaient significativement plus sujets à obtenir un score élevé que ceux du groupe pratiquant seulement l'automutilation. Ce dernier groupe endossait à son tour plus d'items de la sous-échelle *Répression/Déni* que le groupe contrôle. La sous-échelle *Procrastination* a aussi été liée à la gravité de l'automutilation (Bentley et al., 2015). Des analyses de régression supplémentaires ont indiqué que les dimensions *Procrastination* et *Répression/Déni* étaient associées aux fonctions de renforcement négatif et positif de ces pratiques et expliquaient la variance de manière incrémentielle après avoir contrôlé les symptômes de dépression et d'anxiété. Les sous-échelles *Répression/Déni* et *Aversion à la détresse* du MEAQ ont aussi expliqué une proportion significative de la variance de l'automutilation pour des raisons interpersonnelles après avoir contrôlé la dépression et l'anxiété. Complémentairement, la sous-échelle *Aversion à la détresse* du MEAQ a médié la relation de la honte sur la colère et les comportements impulsifs et autodestructeurs (Cassello-Robbins et al., 2019). Le modèle inverse, où la

colère prédit la honte et les comportements impulsifs et autodestructeurs par le biais de la sous-échelle *Aversion à la détresse*, a également été significatif. Spécifiquement au TPL, les personnes en souffrant ont obtenu un score significativement plus élevé au MEAQ qu'un groupe contrôle sain (Daros et al., 2018).

### **Versions brèves du MEAQ**

Bien que le MEAQ soit prometteur pour évaluer l'ÉE et mieux comprendre son rôle, sa longueur (62 items) peut être incommode, autant en recherche qu'en clinique. En effet, les longs questionnaires peuvent surcharger les individus en autoévaluation et avoir une incidence sur la qualité des données et contribuer au phénomène d'attrition (Cook et al., 2000). Deux versions courtes de l'instrument, l'une de 15 items et l'autre de 30 items, ont été élaborées pour répondre à cette lacune.

### **Questionnaire bref d'évitement expérientiel – version 15 items**

Les données des études de validation du MEAQ (Gámez et al., 2011) ont permis l'élaboration du Questionnaire bref d'évitement expérientiel (BEAQ; « Brief Experiential Avoidance Questionnaire »; Gámez et al., 2014), composé de 15 items. Bien que le BEAQ ait démontré des qualités psychométriques comparables à l'échelle globale du MEAQ original (62 items), ses sous-échelles n'ont pas pu être conservées. Une étude subséquente a permis d'évaluer la validité de construit du AAQ-II et du BEAQ de manière comparative (Tyndall et al., 2019). Les analyses factorielles confirmatoires effectuées indiquent que les items du AAQ-II présentent des corrélations trop élevées ( $> 0,70$ ) avec des instruments

mesurant la dépression, l'anxiété et la sensibilité aux sensations liées au stress. Le BEAQ présente quant à lui une validité divergente satisfaisante à cet égard.

Lors de travaux de validation transculturelle, certaines limites concernant la validité de construit du BEAQ sont apparues. D'abord, la structure unidimensionnelle du BEAQ n'a pas pu être reproduite dans l'adaptation en chinois simplifié (Cao et al., 2021). En ce qui concerne la version allemande (Schaeuffele et al., 2021), les chercheurs ont dû retirer un item sous-performant et employer un modèle bifactoriel pour arriver à une solution satisfaisante. L'adaptation japonaise de l'instrument a nécessité la suppression de 3 items pour soutenir la validité de construit du BEAQ après une analyse factorielle exploratoire (Sakaguchi et al., 2023). Cependant, les indices d'ajustement de l'analyse factorielle confirmatoire sont demeurés insatisfaisants. Dans une étude de validation espagnole (Vázquez-Morejón et al., 2019), les résultats sont meilleurs, à l'exception d'un item présentant une faible saturation factorielle. L'adaptation en chinois cantonais (Lo et al., 2023), qui a été élaborée à partir des 62 items du MEAQ avec une méthode similaire à celle de Gámez et ses collègues (2014), présentent des qualités psychométriques comparables à la version originale, quoique des items différents.

### **Questionnaire multidimensionnel d'évitement expérientiel – version 30 items**

Sahdra, Ciarrochi, Parker et Scrucca (2016) ont pour leur part mené une étude visant à raccourcir le MEAQ en demeurant fidèle à ses six dimensions. Pour ce faire, les chercheurs ont employé une procédure d'apprentissage itératif par algorithmes

génétiques, qui réduit de manière automatisée un ensemble de variables en un sous-ensemble plus restreint. Cette méthode permet de reproduire la variance des données d'origine de manière optimale. Ainsi, le MEAQ-30, qui comporte 5 items par sous-échelle et 30 items au total, a montré des qualités psychométriques essentiellement identiques au MEAQ original (62 items). L'étude de validation a été effectuée auprès d'un échantillon représentatif de la population étatsunienne, composé de 7 884 individus questionnés en ligne par une firme de sondage. Une analyse factorielle confirmatoire sur les six facteurs intercorrélés a permis de constater que la structure factorielle du MEAQ-30 présentait des indices d'ajustement légèrement supérieurs au MEAQ original. La performance des six sous-échelles était essentiellement équivalente sur les plans de la cohérence interne, de la validité convergente et divergente. Par exemple, la cohérence interne est demeurée satisfaisante pour les dimensions *Évitement comportemental* ( $\alpha = 0,78$ ), *Aversion à la détresse* ( $\alpha = 0,76$ ), *Procrastination* ( $\alpha = 0,78$ ), *Distraction/Suppression* ( $\alpha = 0,78$ ), *Répression/Déni* ( $\alpha = 0,79$ ) et *Endurance de la détresse* ( $\alpha = 0,80$ ). Les chercheurs ont également employé des modèles d'équations structurelles afin de comparer la validité prédictive des dimensions du MEAQ-30 et du MEAQ original pour l'alexithymie, l'inflexibilité psychologique, la détresse psychologique, l'épanouissement, la satisfaction de vie et les efforts personnels. Après avoir contrôlé pour l'effet des autres dimensions, chaque sous-échelle du MEAQ-30 a performé de manière équivalente à celles du MEAQ original pour chaque critère.

Une étude de validation transculturelle du MEAQ-30 en langue turque (Ekşi et al., 2018) a confirmé l'adéquation de sa structure à six facteurs intercorrélés auprès de 375 étudiants. Les sous-échelles ont présenté une cohérence interne équivalente à celles de la version anglaise. La validité convergente des dimensions du MEAQ-30 a également été vérifiée avec le AAQ-II auprès de 205 participants. Les résultats sont probants à l'exception de la sous-échelle *Endurance de la détresse*. Il existe également une adaptation polonaise du MEAQ-30 (Baran et al., 2019), validée auprès de deux échantillons de la population générale (N = 324, N = 459) et de deux échantillons étudiants (N = 158, N = 201). La structure factorielle de l'instrument a été reproduite. Sa cohérence interne et Sa stabilité test-retest sont également satisfaisantes. Enfin, la validité convergente et la validité concourante sont conformes à la version originale du MEAQ-30.

### **Limites dans la littérature et apports de cette étude**

En somme, le MEAQ a permis de clarifier le rôle de l'ÉE en tant que processus impliqué dans le développement et le maintien des troubles mentaux, notamment en raison de ses six dimensions ou sous-échelles. En clinique, le MEAQ évalue l'ÉE de façon personnalisée, ce qui facilite le choix des méthodes d'interventions. Par exemple, pour un client présentant un fort degré d'évitement comportemental, des stratégies d'exposition peuvent être considérées. Le MEAQ-30, une version courte de l'instrument, permet pour sa part de réduire le temps de passation du questionnaire tout en conservant les nuances de ses sous-échelles. Bien que ces travaux sur l'ÉE suscitent de l'intérêt dans la communauté scientifique, des limites subsistent actuellement. Premièrement, à notre

connaissance, aucune version du MEAQ n'a été validée en français. Valider le MEAQ-30 permettrait au clinicien et au chercheur en francophonie de bénéficier d'un questionnaire bref, valide et multidimensionnel sur l'ÉE. Deuxièmement, le questionnaire le plus couramment utilisé pour l'ÉE demeure le AAQ-II. Tel que mentionné, des limites ont été relevées par rapport à sa validité de construit (Rochefort et al., 2018; Tyndall et al., 2019; Wolgast, 2014), sa sensibilité (Hooper et al., 2010) et sa validité prédictive au sein de diverses cultures (Borgogna et al., 2020). Le MEAQ se montre prometteur sur le plan psychométrique et détient quelques avantages comparativement au AAQ-II, mais il est nécessaire de poursuivre les travaux de recherche afin de corroborer les résultats obtenus et d'apporter davantage de données par rapport à sa validité psychométrique. Troisièmement, puisque le MEAQ comporte 62 items, sa longueur peut être inconvenante pour la recherche et la clinique. Le BEAQ a l'avantage d'être plus bref, mais il ne permet pas d'utiliser les sous-échelles du MEAQ. De plus, les travaux transculturels sur sa validité de construit présentent des résultats contradictoires, notamment en raison de l'instabilité de sa structure factorielle (Cao et al., 2021; Lo et al., 2023; Sakaguchi et al., 2023; Schaeuffele et al., 2021; Vázquez-Morejón et al., 2019). Le MEAQ-30 présente pour sa part des qualités psychométriques comparables à la version originale du MEAQ et a l'avantage de conserver ses six sous-échelles (Sahdra et al., 2016). Toutefois, seulement deux études de validation transculturelle ont été réalisées sur le MEAQ-30, l'une en turc (Ekşi et al., 2018) et l'autre en polonais (Baran et al., 2019). Quatrièmement, bien que le MEAQ ait été validé auprès de populations cliniques (Gámez et al., 2011; Moradi et al., 2018) et non cliniques (Gámez et al., 2011; Jung, 2018; Moradi et al., 2018;



Sumalrot et al., 2022), à notre connaissance, aucune étude de validation sur le MEAQ-30 ne comportent de données obtenues auprès de personnes présentant des troubles mentaux. Pour remédier à ces limites, cet essai propose d'examiner une adaptation française du MEAQ-30 auprès d'un échantillon clinique. La présente étude pourrait également soutenir la pertinence de l'ÉE en tant que processus dont la portée est transculturelle.

### **Objectifs**

L'objectif de cette étude est de valider le MEAQ-30 en langue française auprès d'un échantillon clinique. Pour ce faire, la validité de construit sera mise à l'épreuve en examinant la structure factorielle et la validité convergente de l'instrument, puis la validité concourante et la validité incrémentielle seront également testées. La fidélité de l'instrument sera enfin évaluée en vérifiant la cohérence interne du MEAQ-30 et ses sous-échelles.

## **Méthode**

La *Méthode* comporte les sous-sections suivantes : *Participants*, *Instruments de mesure*, *Déroulement* et *Analyse des données*.

### **Participants**

La présente étude s'appuie sur des données cliniques secondaires de l'Unité de Thérapie Cognitive-Comportementale (UTCC) du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (site Hôtel-Dieu de Lévis). L'échantillon clinique est composé de 333 patients, âgés de 18 à 85 ans ( $M = 40,31$ ,  $ET = 14,52$ ), qui présentent une symptomatologie anxiodépressive. Les caractéristiques démographiques de l'échantillon, incluant le sexe, le statut civil, la scolarité et l'occupation, sont affichées au Tableau 1.

### **Instruments de mesure**

Cette sous-section présente les instruments de mesure employés pour examiner la validité psychométrique du MEAQ-30. Ces questionnaires présentent généralement de bonnes qualités psychométriques. Les items du MEAQ-30 proviennent d'une traduction européenne de la version longue du MEAQ (Monestès et al., 2012). Les données sur le MEAQ-30 sont extraites de passations cliniques de la version longue du questionnaire (62 items). Le contenu des items est affiché au Tableau 2. Les réponses au MEAQ-30 sont inscrites sur une échelle de Likert en 6 points, allant de 1 pour « tout à fait en désaccord » à 6 pour « tout à fait d'accord ».

Tableau 1  
*Caractéristiques démographiques de l'échantillon*

Caractéristique démographique	<i>n</i>	%
Sexe		
Féminin	217	65,2
Masculin	115	34,6
Réponse non disponible	1	0,3
Statut civil		
Marié(e)	69	20,7
Conjoint(e) de fait	115	34,5
Célibataire	114	34,2
Veuf(ve)	2	0,6
Séparé(e)	14	4,2
Divorcé(e)	18	5,4
Réponse non disponible	1	0,3
Scolarité		
Primaire	10	3,0
Secondaire	106	31,8
Collégial	85	25,5
Universitaire	118	35,4
Autre	14	4,2
Total	333	100,0

Tableau 1

*Caractéristiques démographiques des participants (suite)*

Caractéristique démographique	<i>n</i>	%
Occupation		
Emploi rémunéré à temps plein	91	27,3
Emploi rémunéré à temps partiel	39	11,7
Emploi saisonnier	2	0,6
Aux études	33	9,9
Retraité(e)	28	8,4
Recherche d'emploi	7	2,1
Invalidité	37	11,1
À la maison	25	7,5
Arrêt de travail	71	21,3
Total	333	100,0

Tableau 2  
*Statistiques descriptives des items du MEAQ-30*

Item ( <i>Évitement comportemental</i> )	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Asymétrie	Kurtosis
1. Je m'abstiens de faire quelque chose si je pense que ça va me mettre mal à l'aise.	4,73	1,30	-1,17	0,94
5. J'évite les activités qui présentent le moindre risque de me faire souffrir.	3,90	1,53	-0,45	-0,87
18. Dès que je me sens pris(e) au piège dans une situation, je fuis immédiatement.	3,68	1,55	-0,22	-1,03
24. Si je me trouve dans une situation légèrement inconfortable, j'essaie de partir immédiatement.	3,60	1,53	-0,20	-0,97
26. J'évite les situations dans lesquelles je pourrais me sentir nerveux(-se).	4,29	1,35	-0,66	-0,26
Item ( <i>Aversion à la détresse</i> )	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Asymétrie	Kurtosis
2. Si je pouvais supprimer tous mes souvenirs douloureux d'un coup de baguette magique, je le ferais.	4,66	1,72	-1,02	-0,36
4. Être heureux signifie ne jamais ressentir de douleur ou de déception.	2,56	1,68	0,71	-0,88
10. Un de mes objectifs principaux est de ne pas ressentir d'émotions douloureuses.	3,60	1,74	-0,11	-1,31
13. Je ferais n'importe quoi pour être moins stressé(e).	5,09	1,27	-1,53	1,69
23. Je suis prêt à beaucoup sacrifier pour ne pas me sentir mal.	4,24	1,46	-0,50	-0,76

*Note.* *M* = moyenne ; *ÉT* = écart-type.

Tableau 2

*Statistiques descriptives des items du MEAQ-30 (suite)*

Item ( <i>Procrastination</i> )	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Asymétrie	Kurtosis
3. J'ai tendance à remettre à plus tard les choses désagréables que je dois faire.	4,61	1,55	-1,03	0,03
8. Quand j'ai quelque chose d'important à faire, je me retrouve à faire plein d'autres choses à la place.	3,56	1,68	-0,11	-1,21
12. J'essaie de régler les problèmes dès qu'ils arrivent. <sup>a</sup>	2,68	1,44	0,58	-0,68
16. J'essaie de repousser aussi longtemps que possible les choses désagréables que j'ai à faire.	4,12	1,63	-0,55	-0,82
21. Je ne fais pas les choses tant que je n'y suis pas obligé(e).	3,21	1,67	0,07	-1,31
Item ( <i>Distraction/Suppression</i> )	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Asymétrie	Kurtosis
6. Quand j'ai des pensées négatives, j'essaie de me remplir la tête avec quelque chose d'autre.	4,36	1,46	-0,69	-0,48
9. Quand des souvenirs pénibles me reviennent, j'essaie de me concentrer sur autre chose.	4,16	1,50	-0,51	-0,77
11. Je fais beaucoup d'efforts pour éviter les émotions pénibles.	4,25	1,42	-0,65	-0,46
14. Quand des souvenirs désagréables me reviennent, j'essaie de les enlever de mon esprit.	4,32	1,48	-0,60	-0,57
19. Quand une pensée négative apparaît, j'essaie immédiatement de penser à autre chose.	4,05	1,48	-0,36	-0,85

Note. *M* = moyenne ; *ÉT* = écart-type.

<sup>a</sup>Item et score inversés.

Tableau 2

*Statistiques descriptives des items du MEAQ-30 (suite)*

Item ( <i>Répression/Déni</i> )	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Asymétrie	Kurtosis
15. Les autres me disent parfois que je réprime mes émotions.	2,80	1,80	0,44	-1,32
20. J'ai du mal à savoir ce que je ressens.	3,74	1,77	-0,26	-1,28
25. Quand il arrive que j'aie mal, il me faut beaucoup de temps pour m'en apercevoir.	2,45	1,54	0,74	-0,77
27. Je me sens déconnecté de mes émotions.	2,74	1,77	0,56	-1,10
29. On m'a déjà dit que je n'ai pas conscience de mes problèmes.	1,99	1,53	1,39	0,61
Item ( <i>Endurance de la détresse</i> )	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Asymétrie	Kurtosis
7. Même lorsque cela me met mal à l'aise, je n'interromps pas mes efforts pour avancer en direction des choses qui comptent pour moi.	4,08	1,44	-0,40	-0,74
17. Même lorsque cela m'est douloureux, je continue à faire ce que j'ai à faire.	4,00	1,38	-0,54	-0,48
22. Je ne laisse pas la douleur et le malaise m'empêcher d'obtenir ce que je veux.	3,61	1,42	0,01	-0,81
28. Je ne laisse pas mes pensées moroses m'empêcher de faire ce que je veux.	3,45	1,48	0,03	-0,94
30. Quand je travaille sur quelque chose d'important, je n'abandonne pas, même si je rencontre des difficultés.	4,60	1,43	-0,87	-0,22

*Note.* *M* = moyenne ; *ÉT* = écart-type.



### **Questionnaire de fusion avec les pensées**

Le Questionnaire de fusion avec les pensées (CFQ, adaptation française du « Cognitive Fusion Questionnaire »; Dionne et al., 2016; Gillanders et al., 2014) est un questionnaire autorapporté de 7 items mesurant la fusion cognitive. Ce processus correspond au degré de crédibilité et d'emprise des pensées sur la conscience et/ou sur les comportements. Lorsque le contenu des pensées est considéré comme particulièrement convaincant, la sensibilité à l'expérience directe relative à ce contenu est théoriquement diminuée. Un exemple d'item est : « J'ai tendance à être très pris par mes pensées. » Les réponses du CFQ sont marquées sur une échelle de Likert en 7 points, allant de 1 pour « jamais vrai » à 7 pour « toujours vrai ». Un score élevé indique un degré élevé de fusion cognitive. Dans la présente étude, la cohérence interne du CFQ est satisfaisante ( $\omega = 0,91$ ).

### **Index de sensibilité à l'anxiété**

L'Index de sensibilité à l'anxiété (ASI, adaptation française du « Anxiety Sensitivity Index »; Reiss et al., 1986; Stephenson et al., 1994; Verreault et al., 2007) est un questionnaire autorapporté de 16 items mesurant la sensibilité à l'anxiété. Ce construit renvoie aux croyances selon lesquelles les sensations physiques anxieuses sont à l'origine de diverses répercussions négatives. La sensibilité à l'anxiété devrait augmenter la vigilance et l'inquiétude concernant la possibilité de devenir anxieux et favoriser l'évitement des stimuli anxiogènes. La sensibilité à l'anxiété a été identifiée comme un facteur de risque pour le développement de troubles anxieux, en particulier le trouble panique (Olatunji & Wolitzky-Taylor, 2009). Un exemple d'item est : « Quand je me sens

nerveux(euse), je m'inquiète que je pourrais avoir une maladie mentale. » Les réponses de l'ASI sont marquées sur une échelle de Likert en 5 points, allant de 0 pour « pas du tout correspondant » à 4 pour « extrêmement correspondant ». Un score élevé indique un degré élevé de sensibilité à l'anxiété. Dans la présente étude, la cohérence interne de l'ASI est satisfaisante ( $\omega = 0,90$ ).

### **Inventaire sur l'intolérance à l'incertitude, partie A**

La partie A de l'Inventaire sur l'intolérance à l'incertitude (IUI, adapté en anglais sous le nom de « Intolerance of Uncertainty Inventory »; Carleton et al., 2010; Gosselin et al., 2008) est un questionnaire autorapporté de 15 items mesurant l'intolérance à l'incertitude dans son caractère général, plutôt que dans ses manifestations spécifiques (partie B). L'intolérance à l'incertitude est la tendance à considérer comme menaçante et inacceptable la possibilité qu'un événement négatif puisse se produire, indépendamment de sa probabilité d'occurrence. En santé mentale, l'intolérance à l'incertitude est associée aux symptômes de l'anxiété généralisée et du TOC. Un exemple d'item est : « Je trouve intolérable d'avoir à faire face à des situations imprévisibles. » Les réponses sont marquées sur une échelle de Likert en 5 points, allant de 1 pour « pas du tout correspondant » à 5 pour « tout à fait correspondant ». Un score élevé indique un degré élevé d'intolérance à l'incertitude. Dans la présente étude, la cohérence interne de la partie A de l'IUI est satisfaisante ( $\omega = 0,91$ ).

### **Inventaire des obsessions et des compulsions – révisé**

L’Inventaire des obsessions et des compulsions – révisé (OCI-R, adaptation française du « Obsessive-Compulsive Inventory-Revised »; Foa et al., 2002; Zermatten et al., 2006) est un questionnaire autorapporté de 18 items mesurant les symptômes du TOC. Un exemple d’item est : « Je vérifie les choses plus souvent que nécessaire. » Les réponses sont marquées sur une échelle de Likert en 5 points, allant de 0 pour « pas du tout » à 4 pour « extrêmement ». Un score élevé indique une symptomatologie élevée pour le TOC. Dans la présente étude, la cohérence interne de l’OCI-R est satisfaisante ( $\omega = 0,90$ ).

### **Questionnaire sur l’inquiétude et l’anxiété**

Le Questionnaire sur l’inquiétude et l’anxiété (WAQ, adapté en anglais sous le nom de « Worry and Anxiety Questionnaire »; Buhr & Dugas, 2002; Doucet, 2008; Dugas et al., 2001) est un questionnaire autorapporté de 11 items mesurant les symptômes du trouble anxieux généralisé. Un exemple d’item est : « Est-ce que vos inquiétudes vous semblent excessives ou exagérées ? » À l’exception du premier item, qui sonde les thèmes des inquiétudes, les réponses sont marquées sur une échelle de Likert en 9 points, allant de 0 pour « aucunement » à 8 pour « très sévèrement ». Un score élevé indique une symptomatologie élevée pour l’anxiété généralisée. Le score total du WAQ est obtenu après avoir divisé par deux le score de ses 7 derniers items, ce qui permet de pondérer la contribution des items à caractère somatique et ceux qui mesurent l’interférence avec le fonctionnement (Doucet, 2008). Dans la présente étude, la cohérence interne du WAQ est satisfaisante ( $\omega = 0,86$ ).

### **Inventaire de phobie sociale**

L’Inventaire de phobie sociale (SPIN, adaptation française du « Social Phobia Inventory »; Charette et al., 2003; Connor et al., 2000) est un questionnaire autorapporté de 17 items mesurant les symptômes de l’anxiété sociale. Un exemple d’item est : « J’évite de parler aux gens que je ne connais pas. » Les réponses sont marquées sur une échelle de Likert en 5 points, allant de 0 pour « pas du tout » à 4 pour « extrêmement ». Un score élevé indique une symptomatologie élevée pour l’anxiété sociale. Dans la présente étude, la cohérence interne du SPIN est satisfaisante ( $\omega = 0,92$ ).

### **Inventaire de dépression de Beck – II**

L’Inventaire de dépression de Beck – II (BDI-II, adaptation française du « Beck Depression Inventory-II »; Beck et al., 1998; Beck et al., 1996; Wang & Gorenstein, 2013) est un questionnaire autorapporté de 21 items mesurant les symptômes dépressifs. Un exemple d’item est : « Je suis constamment irritable. » Les réponses sont marquées sur une échelle de Likert en 4 points, graduée de 0 à 3 selon la sévérité de chaque énoncé. Un score élevé indique une symptomatologie élevée pour la dépression. Dans la présente étude, la cohérence interne du BDI-II est satisfaisante ( $\omega = 0,91$ ).

### **Mesure d’impact – 45.2**

La Mesure d’impact – 45.2 (OQ-45.2, adaptation française du « Outcome Questionnaire-45.2 »; Brosseau-Liard et al., 2020; Flynn et al., 2002; Lambert et al., 1996) est un questionnaire autorapporté de 45 items mesurant l’impact sur le fonctionnement

des usagers de services de santé mentale. Un exemple d'item est : « Je sens que je ne réussis pas bien au travail ou à l'école. » Les réponses sont marquées sur une échelle de Likert en 5 points, allant de 0 pour « jamais » à 4 pour « presque toujours » pour les 36 qui mesurent le dysfonctionnement, et de 4 pour « jamais » à 0 pour « presque toujours » pour les 9 items qui estiment à l'inverse le bon fonctionnement. Un score élevé indique un degré de dysfonctionnement général élevé. Dans la présente étude, la cohérence interne de l'OQ-45.2 est satisfaisante ( $\omega = 0,92$ ).

### **Échelle de qualité de vie**

L'Échelle de qualité de vie (QOLS, traduction française du « Quality of Life Scale »; C. S. Burckhardt & Anderson, 2003; Carol S. Burckhardt et al., 1989; Flanagan, 1978, 1982) est un questionnaire autorapporté de 16 items mesurant la satisfaction à l'égard du bien-être matériel et relationnel, de la santé et du fonctionnement, puis de l'engagement personnel, social et communautaire. Un exemple d'item est : « confort matériel, maison, nourriture, commodités, sécurité financière ». Les réponses sont marquées sur une échelle de Likert en 7 points, allant de « tout à fait satisfait » à « tout à fait insatisfait ». Un score élevé indique un degré de qualité de vie élevé. Dans la présente étude, la cohérence interne du QOLS est satisfaisante ( $\omega = 0,86$ ).

### **Déroulement**

Le devis de la présente étude est rétrospectif et transversal. Les données sont issues du processus d'évaluation standardisé de l'UTCC, en cours depuis 2017. À leur accueil,

les patients reçoivent des explications sur les questionnaires et les complètent à la maison. La passation se déroule sur une période d'environ deux semaines et prend deux à trois heures au total. Un temps est également pris en séance pour répondre aux questions des patients au fil de la passation. Les réponses sont compilées dans une base de données dénominalisée dont l'accès est sécurisé informatiquement. L'intervenant garde sous clé les données brutes jusqu'à la fin du suivi, puis elles sont déposées électroniquement dans un dossier à accès réservé. Les réponses aux questionnaires sont exclues de la base de données lorsqu'un patient présente un trouble psychotique, un trouble somatoforme, des déficits cognitifs apparents, une déficience intellectuelle ou pour toute autre raison qui pourrait compromettre la validité des questionnaires. Ce projet de recherche a été approuvé par les comités d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (n° CER-20-266-10.15) et du Centre de recherche du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (n° 2021-787).

### **Analyse des données**

Gana et ses collègues (2021) ont publié un guide pratique pour l'adaptation transculturelle d'instruments psychométriques en français en se basant sur les recommandations de l'ITC (International Test Commission, 2017) et sur les normes de l'APA (American Educational Research Association et al., 2014). Les étapes de validation psychométrique présentées dans cette sous-section sont inspirées par ce guide pratique. Les analyses seront réalisées avec les logiciels *JASP*, *R*, *IBM® SPSS® Statistics* et *Amos*, ainsi que le logiciel *lavaan*. Les résultats seront interprétés d'après les critères de Hair et

de ses collègues (2019). Afin de réaliser certaines analyses plus contraignantes, les valeurs de réponses manquantes seront estimées à l'aide d'imputations multiples.

### **Statistiques descriptives**

La moyenne, l'écart-type, l'asymétrie et le kurtosis seront calculés pour les items du MEAQ-30, ainsi que pour les instruments de mesure de la présente étude. Afin de calculer le score total de l'échelle globale du MEAQ-30, le score de la sous-échelle *Endurance de la détresse* sera inversé. Celle-ci mesure la disposition à poursuivre ses activités en présence d'expériences pénibles, ce qui est théoriquement contraire à l'ÉE.

### **Validité de construit**

La validité de construit fait référence aux preuves appuyant la proposition que le test évalue réellement le concept théorique qu'il est censé mesurer. En d'autres termes, la validité de construit examine à quel point les résultats obtenus sont en accord avec la théorie sous-jacente. Pour ce faire, des analyses portant sur la structure factorielle et sur la validité convergente du MEAQ-30 seront menées.

**Structure factorielle.** La structure factorielle de l'adaptation française du MEAQ-30 sera examinée au moyen d'analyses factorielles confirmatoires. Cette analyse permettra d'évaluer le degré de correspondance entre les données et le modèle original à six facteurs intercorrélés du MEAQ-30 en anglais (Sahdra et al., 2016). Comme les réponses aux items du MEAQ-30 sont ordinales et qu'elles ne sont généralement pas distribuées normalement

au sein de cet échantillon (selon le test de Kolmogorov-Smirnov), la méthode d'estimation des moindres carrés diagonalement pondérés (DWLS, *Diagonally weighted least squares*) sera sélectionnée, ainsi qu'une estimation de l'erreur-type robuste. Les valeurs rapportées seront le khi carré ajusté ( $\chi^2$ ), les degrés de liberté ( $dl$ ), le khi carré ajusté par degré de liberté ( $\chi^2/dl$ ), la valeur-p du khi carré ajusté ( $p$ ), l'indice d'ajustement comparatif (CFI, *Comparative fit index*), la racine carrée de l'erreur quadratique moyenne standardisée (SRMR, *Standardized root mean squared error*) et la racine carrée de l'erreur d'approximation quadratique moyenne (RMSEA, *Root mean square error of approximation*).

**Validité convergente.** La validité convergente du MEAQ-30 sera vérifiée à l'aide de coefficients de corrélation de Pearson. Ce type de validité réfère à la force du lien entre le test étudié et des instruments qui mesurent le même construit ou des concepts connexes du point de vue théorique. Trois instruments de mesure établis ont été sélectionnés dans cette visée : le CFQ, l'ASI, et la partie A de l'IUI, qui mesurent respectivement la fusion cognitive, la sensibilité à l'anxiété et l'intolérance à l'incertitude. Comme ces construits sont apparentés à l'ÉE, mais qu'ils demeurent distincts, il est attendu que l'échelle globale du MEAQ-30 leur soit associée significativement et modérément ( $0,30 \leq r < 0,50$ ). En ce qui concerne la fusion cognitive, mesurée avec le CFQ, ce processus jouerait un rôle clé dans l'apparition et le maintien de l'ÉE. Théoriquement, l'ÉE résulterait de la fusion avec des instructions mentales qui appellent à l'évitement et au contrôle excessif des expériences de détresse anticipées (Hayes et al., 2012a). Ainsi, la relation entre l'ÉE et la



fusion cognitive devrait être moyenne. Deuxièmement, l'ASI mesure la sensibilité à l'anxiété, une interprétation erronée de la dangerosité de l'anxiété, où les sensations propres à celle-ci sont prises à tort comme des expériences nuisibles, ce qui accroît l'anxiété. Les personnes présentant cette peur de la peur auraient tendance à éviter des situations anxiogènes pour se préserver des sensations physiques anticipées (Chambless & Gracely, 1989). En ce sens, la sensibilité à l'anxiété serait une forme d'ÉE consacrée aux sensations anxieuses. D'ailleurs, il a été démontré que l'ÉE médit partiellement la relation entre la sensibilité à l'anxiété et plusieurs troubles internalisés, ainsi que le TPL (Naragon-Gainey, 2010). À son tour, il est attendu que le l'ASI présente une association moyenne avec le MEAQ-30. Troisièmement, l'intolérance à l'incertitude, mesurée avec la partie A de l'IUI, peut aussi être comprise comme proche de l'ÉE. Les personnes présentant ce trait considéreraient l'incertitude est une source d'inconfort très difficile à tolérer. Diverses approches seraient mises en œuvre pour prévenir ou réduire ce malaise, tels que l'évitement comportemental ou cognitif, la recherche de réassurance, de contrôle, la surestimation du risque, le doute et les inquiétudes (Gosselin et al., 2008). En ce sens, l'intolérance à l'incertitude présente des similarités favorables à une intercorrélation moyenne avec le MEAQ-30.

### **Validité concourante**

La validité concourante appuie l'idée qu'un test psychométrique est capable de prédire au même temps de mesure les résultats de critères hypothétiquement associés. Ce type de validité sera également vérifiée à l'aide de coefficients de corrélation de Pearson.

Les instruments choisis dans cette étude mesurent diverses retombées cliniques en accord avec le rôle transdiagnostique de l'ÉE. Dans cet esprit, la symptomatologie de la dépression est mesurée par le BDI-II, de l'anxiété généralisée par le WAQ, de l'anxiété sociale par le SPIN et du TOC par l'OCI-R. Pour sa part, le OQ-45.2 permet d'évaluer l'impact sur le fonctionnement. Le QOLS indique enfin la relation entre l'ÉE et la qualité de vie. Il est attendu que l'échelle globale du MEAQ-30 présente une association significative et minimalement moyenne ( $r \geq 0,30$ ) avec la symptomatologie des troubles mentaux, l'impact sur le fonctionnement et la qualité de vie. En ce qui concerne la dimension *Distraction/Suppression*, des corrélations non significatives ou faibles sont anticipées, comme dans les études de validation précédentes portant sur le MEAQ.

### **Validité incrémentielle**

La validité incrémentielle indique si un instrument de mesure améliore la puissance de prédiction au-delà des méthodes d'évaluation existantes pour un critère donné, c'est-à-dire que le test ajoute une part d'information permettant d'améliorer significativement l'explication de la variance du critère. Cet aspect de la validité du MEAQ-30 sera examinée dans le but d'appuyer la pertinence de l'ÉE par rapport à d'autres processus psychologiques associés aux troubles anxieux et dépressifs. Une analyse de régression hiérarchique multiple sera donc menée pour vérifier que le MEAQ-30 explique une part unique de la variance de l'impact sur le fonctionnement (mesurées par le OQ-45.2), après avoir pris en compte des contributions de la fusion cognitive (mesurée par le CFQ), de la

sensibilité à l'anxiété (mesurée par l'ASI) et de l'intolérance à l'incertitude (mesurée par la partie A de l'IUI).

### **Cohérence interne**

La cohérence interne du MEAQ-30 sera vérifiée avec le coefficient oméga de McDonald ( $\omega$ ; 1999). Tout comme l'alpha de Cronbach, ce coefficient est un indicateur de la stabilité des réponses aux items d'une échelle de mesure, mais l'estimation qu'il offre est généralement plus exacte à l'égard de la population cible et il convient mieux aux modèles multidimensionnels (Dunn et al., 2014).

## Résultats

La section *Résultats* comporte les sous-sections suivantes : *Statistiques descriptives*, *Validité de construit*, *Validité convergente*, *Validité incrémentielle* et *Cohérence interne*.

### **Statistiques descriptives**

La Tableau 2 présente les statistiques descriptives des items du MEAQ-30, par sous-échelle de mesure, incluant la moyenne, l'écart-type, l'asymétrie et le kurtosis. Le Tableau 3 affiche les statistiques descriptives pour tous les instruments de mesure de l'étude. Il comprend la moyenne, l'écart-type, l'asymétrie, le kurtosis et l'oméga de McDonald, ce dernier étant un indicateur de la cohérence interne.

### **Validité de construit**

La validité de construit du MEAQ-30 a été vérifiée en examinant sa structure factorielle et sa validité convergente.

### **Structure factorielle**

Les résultats de l'analyse factorielle confirmatoire sont présentés au Tableau 4. Le modèle original du MEAQ-30 comporte six facteurs latents intercorrélés. Les seuils d'ajustement visés pour confirmer la structure factorielle du MEAQ-30 ont été intégrés au Tableau 4 ( $CFI > 0,920$ ;  $SRMR \leq 0,080$ ;  $RMSEA < 0,070$ ) pour aider à la compréhension

Tableau 3

*Statistiques descriptives et cohérence interne des instruments de mesure*

	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Asymétrie	Kurtosis	$\omega$
MEAQ-30 <sup>bc</sup>	104,39	19,10	-0,30	-0,39	0,83
Évitement comportemental	20,20	5,34	-0,34	-0,28	0,79
Aversion à la détresse	20,14	5,13	-0,21	-0,60	0,66
Procrastination	18,18	6,08	-0,27	-0,80	0,82
Distraction/Suppression <sup>b</sup>	16,88	4,98	-0,45	-0,51	0,86
Répression/Déni	13,72	5,79	0,42	-0,39	0,73
Endurance de la détresse	19,74	5,17	-0,22	-0,38	0,77
Questionnaire de fusion avec les pensées	34,99	8,42	-0,54	0,12	0,91
Index de sensibilité à l'anxiété	28,18	13,84	0,39	-0,33	0,90
Inventaire sur l'intolérance à l'incertitude, partie A	50,36	11,09	-0,28	0,10	0,91

*Note.* MEAQ-30 = Questionnaire multidimensionnel d'évitement expérientiel – version 30 items; *M* = moyenne ; *ÉT* = écart-type ;  $\omega$  = oméga de McDonald.

<sup>b</sup>Item n° 11 retiré pour les analyses.

<sup>c</sup>Score de la sous-échelle *Endurance de la détresse* inversé pour calculer le total.

Tableau 3

*Statistiques descriptives et cohérence interne des instruments de mesure (suite)*

	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Asymétrie	Kurtosis	$\omega$
Inventaire des obsessions et des compulsions – révisé	20,48	13,03	1,00	0,76	0,89
Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété	36,24	8,64	-0,71	0,48	0,86
Inventaire de phobie sociale	28,42	15,55	0,24	-0,83	0,92
Inventaire de dépression de Beck – II	24,39	11,51	0,31	-0,38	0,91
Mesure d'impact – 45.2	78,85	23,95	0,00	-0,11	0,82
Échelle de qualité de vie	69,31	14,82	-0,11	0,12	0,86

*Note.* *M* = moyenne ; *ÉT* = écart-type ;  $\omega$  = oméga de McDonald.

Tableau 4

*Indices d'ajustement basés sur khi-carré ajusté indiquant l'adéquation de la structure factorielle du MEAQ-30*

	$\chi^2$	$dl$	$\chi^2/dl$	$p$	CFI	SRMR	RMSEA
MEAQ-30	1113,57	390	2,86	< 0,001	0,880	0,084	0,075
MEAQ-30 (sans l'item n° 11)	782,19	362	2,16	< 0,001	0,927	0,073	0,059
Seuil d'ajustement (Hair et al., 2019)					> 0,920	≤ 0,080	< 0,070

*Note.* MEAQ-30 = Questionnaire multidimensionnel d'évitement expérientiel – version 30 items;  $\chi^2$  = khi carré ajusté ;  $dl$  = degrés de liberté ; CFI = Indice d'ajustement comparatif (*Comparative fit index*); SRMR = Racine carrée de l'erreur quadratique moyenne standardisée (*Standardized root mean squared error*); RMSEA = Racine carrée de l'erreur d'approximation quadratique moyenne (*Root mean square error of approximation*).



des résultats. Ces seuils tiennent compte de la taille de l'échantillon ( $N > 250$ ) et du nombre de variables observées ( $m \geq 30$ ), tel que recommandé par Hair et ses collègues (2019). Dans l'ensemble, les indices d'ajustement obtenus se situent en deçà des seuils souhaités (CFI = 0,880; SRMR = 0,084; RMSEA = 0,075). Les indices de modification révèlent que l'écart d'adéquation est principalement dû aux qualités psychométriques de l'item n° 11 (*je fais beaucoup d'efforts pour éviter les émotions pénibles*) de la sous-échelle *Distraction/Suppression*. En effet, cet énoncé manque de spécificité, car l'ajout de liens de régression avec les facteurs latents *Aversion à la détresse*, *Évitement comportemental*, *Endurance de la détresse* et *Procrastination* permettrait d'améliorer sensiblement l'ajustement des données. Comme ce résultat indique la présence de saturations croisées susceptibles de nuire à l'interprétation du test, les analyses ont été conduites à nouveau, et ce, en enlevant l'item n° 11. Au Tableau 4, il est possible de constater que les seuils d'ajustement visés sont alors atteints pour tous les indices (CFI = 0,927; SRMR = 0,073; RMSEA = 0,059). En somme, la structure factorielle du MEAQ-30 est appuyée par les données à la condition de retirer l'item n° 11 de la sous-échelle *Distraction/Suppression*. Pour cette raison, les prochains résultats n'incluent pas cet item problématique.

### **Validité convergente**

Les coefficients de corrélation de Pearson permettant d'examiner la validité convergente du MEAQ-30 sont présentées au Tableau 5. Tel qu'attendu, l'échelle globale du MEAQ-30 corrèle moyennement avec la fusion cognitive, mesurée par le CFQ

Tableau 5

*Coefficients de corrélation de Pearson indiquant la validité convergente du MEAQ-30 et ses sous-échelles*

	Questionnaire de fusion avec les pensées	Index de sensibilité à l'anxiété	Inventaire sur l'intolérance à l'incertitude, partie A
MEAQ-30 <sup>b</sup>	0,46**	0,40**	0,41**
Évitement comportemental	0,34**	0,35**	0,44**
Aversion à la détresse	0,47**	0,37**	0,42**
Procrastination	0,26**	0,19**	0,23**
Distraction/ Suppression <sup>b</sup>	0,06	0,12*	-0,02
Répression/Déni	0,11*	0,17**	0,16**
Endurance de la détresse	-0,38**	-0,24**	-0,22**

*Note.* MEAQ-30 = Questionnaire multidimensionnel d'évitement expérientiel – version 30 items.

<sup>b</sup>Item n° 11 retiré pour les analyses.

\* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ .

( $r = 0,46$ ;  $p < 0,01$ ), la sensibilité à l'anxiété, mesurée par l'ASI ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,01$ ) et l'intolérance à l'incertitude, mesurée par la partie A de l'IUI ( $r = 0,41$ ;  $p < 0,01$ ).

### **Validité concourante**

Le Tableau 6 affiche les coefficients de corrélations de Pearson qui appuient la validité concourante du MEAQ-30. On peut y observer des associations moyennes entre l'échelle globale du MEAQ-30 et les symptômes de la phobie sociale, mesurée par le SPIN ( $r = 0,44$ ;  $p < 0,01$ ), de la dépression, mesurée par le BDI-II ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,01$ ), l'impact sur le fonctionnement, mesurées par le OQ-45.2 ( $r = 0,43$ ;  $p < 0,01$ ) et la qualité de vie, mesurée par le QOLS ( $r = -0,33$ ;  $p < 0,01$ ). Des corrélations légèrement inférieures au seuil prévu ( $r \geq 0,30$ ) sont constatées avec les symptômes du TOC, mesuré par l'OCI-R ( $r = 0,27$ ;  $p < 0,01$ ) et de l'anxiété généralisée, mesurée par le WAQ ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,01$ ). Conformément à l'hypothèse décrite dans la *Méthode*, les corrélations ne sont pas significatives pour la sous-échelle *Distraction/Suppression*.

### **Validité incrémentielle**

Les prérequis de l'analyse de régression linéaire ont été préalablement vérifiés : le nombre d'observations par paramètre est approprié, les résidus suivent une distribution normale, leur variance demeure constante et aucune indication de multicolinéarité entre les variables prédictives n'a été détectée. Le Tableau 7 affiche les résultats de l'analyse de régression hiérarchique multiple. À la première étape, la fusion cognitive (mesurée par le CFQ), la sensibilité à l'anxiété (mesurée par l'ASI) et l'intolérance à l'incertitude

Tableau 6

*Coefficients de corrélation de Pearson indiquant la validité concourante du MEAQ-30 et ses sous-échelles*

	Inventaire des obsessions et des compulsions – révisé	Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété	Inventaire de phobie sociale
MEAQ-30 <sup>b</sup>	0,27**	0,29**	0,44**
Évitement comportemental	0,21**	0,30**	0,43**
Aversion à la détresse	0,27**	0,34**	0,30**
Procrastination	0,16**	0,10	0,28**
Distraction/ Suppression <sup>b</sup>	0,00	-0,02	-0,05
Répression/Déni	0,15**	0,12*	0,26**
Endurance de la détresse	-0,17**	-0,20**	-0,32**

*Note.* MEAQ-30 = Questionnaire multidimensionnel d'évitement expérientiel – version 30 items.

<sup>b</sup>Item n° 11 retiré pour les analyses.

\* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ .

Tableau 6

*Coefficients de corrélations de Pearson indiquant la validité concourante du MEAQ-30 et ses sous-échelles (suite)*

	Inventaire de dépression de Beck – II	Mesure d’impact – 45.2	Échelle de qualité de vie
MEAQ-30 <sup>b</sup>	0,36**	0,43**	-0,33**
Évitement comportemental	0,29**	0,35**	-0,27**
Aversion à la détresse	0,35**	0,39**	-0,17**
Procrastination	0,20**	0,24**	-0,27**
Distraction/ Suppression <sup>b</sup>	-0,02	-0,01	0,11*
Répression/Déni	0,16**	0,20**	-0,18**
Endurance de la détresse	-0,27**	-0,35**	0,39**

*Note.* MEAQ-30 = Questionnaire multidimensionnel d’évitement expérientiel – version 30 items.

<sup>b</sup>Item n° 11 retiré pour les analyses.

\* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ .

Tableau 7

*Analyses de régression hiérarchique multiple indiquant la validité incrémentielle du MEAQ-30 sur le critère d'impact sur le fonctionnement (OQ-45.2)*

Variable prédictive	$\Delta R^2$	$\beta$
Étape 1	0,37***	
Fusion cognitive (CFQ)		0,42***
Sensibilité à l'anxiété (ASI)		0,27***
Intolérance à l'incertitude (IUI-A)		0,03
Étape 2	0,02**	
Fusion cognitive (CFQ)		0,37***
Sensibilité à l'anxiété (ASI)		0,24***
Intolérance à l'incertitude (IUI-A)		0,00
Évitement expérientiel (MEAQ-30 <sup>b</sup> )		0,17**
$R^2$ ajusté total	0,39***	

*Note.* CFQ = Questionnaire de fusion avec les pensées; ASI = Index de sensibilité à l'anxiété; IUI-A = Inventaire sur l'intolérance à l'incertitude, partie A; MEAQ-30 = Questionnaire multidimensionnel d'évitement expérientiel – version 30 items; OQ-45.2 = Mesure d'impact – 45.2.

<sup>b</sup>Item n° 11 retiré pour les analyses.

\*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

(mesurée par la partie A de l'IUI) expliquent une part considérable de variance ( $\Delta R^2 = 0,37$ ;  $p < 0,001$ ) sur le critère d'impact sur le fonctionnement (mesurées par le OQ-45.2). À la deuxième étape, et conformément à l'hypothèse énoncée dans la *Méthode*, l'ÉE (mesuré par l'échelle globale du MEAQ-30) permet de prédire une part incrémentielle significative de variance ( $\Delta R^2 = 0,02$ ;  $p < 0,01$ ) de l'impact sur le fonctionnement.

### Cohérence interne

Les coefficients oméga de McDonald ( $\omega$ ), qui ont permis de vérifier la cohérence interne du MEAQ-30, se retrouvent au Tableau 3. À titre de référence, une valeur de 0,70 généralement visée pour appuyer la cohérence interne d'une échelle (Hair et al., 2019). En ce qui concerne le MEAQ-30 et ses sous-échelles, les résultats sont généralement comparables à la version originale de l'instrument (Sahdra et al., 2016). La cohérence interne est satisfaisante pour l'échelle globale ( $\omega = 0,83$ ), les sous-échelles *Procrastination* ( $\omega = 0,82$ ), *Distraction/Suppression* ( $\omega = 0,86$ ), *Évitement comportemental* ( $\omega = 0,79$ ), *Répression/Déni* ( $\omega = 0,73$ ) et *Endurance de la détresse* ( $\omega = 0,77$ ). Toutefois, la cohérence interne de la sous-échelle *Aversion à la détresse* se situe sous le seuil de satisfaction de 0,70 ( $\omega = 0,66$ ).

## **Discussion**



L'objectif de cette étude était de valider en langue française un questionnaire bref et multidimensionnel portant sur l'ÉE, le MEAQ-30. L'ÉE est un processus psychologique, caractérisé par l'évitement des expériences considérées désagréables ou menaçantes, qui occuperait une place centrale dans le développement et le maintien des troubles mentaux (Hayes et al., 1996). Le MEAQ a l'avantage d'offrir six sous-échelles qui permettent des observations nuancées : *Évitement comportemental*, *Aversion à la détresse*, *Procrastination*, *Distraction/Suppression*, *Répression/Déni* et *Endurance de la détresse* (Gámez et al., 2011). Le MEAQ-30 présente des qualités psychométriques comparables à la version longue (62 items), réduit son temps de passation et conserve les mêmes sous-échelles (Sahdra et al., 2016). Le MEAQ-30 a été validé en turc (Ekşi et al., 2018) et en polonais (Baran et al., 2019), mais à ce jour, il n'a pas été validé en français. Pour répondre à cette lacune, la présente étude a examiné les qualités psychométriques d'une adaptation française du MEAQ-30 auprès d'un échantillon clinique canadien français (N = 333). À cette fin, la validité et la fidélité du MEAQ-30 ont été vérifiées en examinant sa structure factorielle, sa validité convergente, sa validité concourante, sa validité incrémentielle et sa cohérence interne.

En ce qui concerne la structure factorielle du MEAQ-30, l'ajustement des données se situe légèrement sous le seuil prévu pour l'ensemble des indices. Toutefois, l'ajustement des données s'améliore significativement lorsque l'item n° 11 est retiré. En effet, par

rapport aux seuils visés ( $CFI > 0,920$ ;  $SRMR \leq 0,080$ ;  $RMSEA < 0,070$ ), les indices d'ajustement s'avèrent tous satisfaisants sans cet énoncé ( $CFI = 0,927$ ;  $SRMR = 0,073$ ;  $RMSEA = 0,059$ ), ce qui n'est pas le cas autrement ( $CFI = 0,880$ ;  $SRMR = 0,084$ ;  $RMSEA = 0,075$ ). Les résultats démontrent également que l'item n° 11 manque de spécificité par rapport à sa sous-échelle d'appartenance (*Distraction/Suppression*), ce qui n'a pas été observé dans les études de validation transculturelles du MEAQ-30 en turc et en polonais (Baran et al., 2019; Ekşi et al., 2018). En particulier, les indices de modification révèlent la présence de saturations croisées, c'est-à-dire que l'item corrèle trop avec d'autres facteurs du modèle. Les saturations croisées peuvent complexifier l'interprétation d'un test et compromettre sa validité et sa fiabilité, ce pourquoi on recommande généralement de retirer les items présentant cette caractéristique (Hair et al., 2019). Bien que l'ajustement des données pourrait être superficiellement amélioré par l'ajout de liens de régression entre l'item n° 11 et quatre facteurs latents (*Aversion à la détresse*, *Évitement comportemental*, *Endurance de la détresse* et *Procrastination*), l'application de ces modifications ne réglerait toutefois pas l'imprécision de l'énoncé, c'est-à-dire qu'il demeurerait difficile de déterminer quelle dimension l'item n° 11 mesure réellement. Pour cette raison, les autres résultats de l'étude excluent l'item n° 11 des analyses et nous recommandons d'interpréter cette version du MEAQ-30 sans cet item. Deux éléments pourraient cependant expliquer l'imprécision de l'item n° 11. En premier lieu, cet énoncé est le seul des cinq items de la sous-échelle *Distraction/Suppression* portant directement sur du contenu émotionnel. Les autres items de cette dimension, au Tableau 2, font plutôt référence à des pensées ou à des souvenirs, dont le registre est

davantage cognitif. Cet aspect pourrait notamment expliquer la force du lien entre l'item n° 11 et les sous-échelles *Aversion à la détresse* et *Évitement comportemental*, dont le contenu est plus émotionnel. En deuxième lieu, il est possible que le manque de spécificité de l'item n° 11 soit lié à la traduction de l'anglais (*I work hard to keep out upsetting feelings*) vers le français (*je fais beaucoup d'efforts pour éviter les émotions pénibles*). On peut d'abord observer que l'expression *to keep out* a été traduite par le terme *éviter*. En anglais, *to keep out* peut signifier que les émotions doivent être maintenues hors du champ de la conscience, ce qui s'apparente au processus de distraction. Comparativement, le sens du verbe *éviter* implique plus généralement de faire en sorte de ne pas subir quelque chose de pénible, peu importe le moyen utilisé. La moindre spécificité de ce terme pourrait donc expliquer pourquoi les liens de l'item n° 11 sont plus dispersés entre les facteurs latents en français. Ensuite, il est possible d'observer que l'expression *to work hard* a été traduite par *faire beaucoup d'efforts*. Dans la version anglaise, en plus de référer à des efforts importants, *to work hard* peut renvoyer à un degré élevé d'investissement dans la vie professionnelle. Le travail peut alors soustraire une personne du contact avec son monde affectif. Cela s'apparente une fois de plus au processus de distraction. Cette connotation pourrait également expliquer pourquoi l'énoncé est davantage spécifique à la sous-échelle *Distraction/Suppression* en anglais, alors qu'il est plus difficile d'interpréter l'item de cette manière en français.

En ce qui concerne la validité convergente du questionnaire, les résultats concordent avec les hypothèses de recherche. L'échelle globale du MEAQ-30 affiche des corrélations

significatives et modérées avec des construits apparentés à l'ÉE, incluant la fusion cognitive, mesurée par le CFQ ( $r = 0,46$ ;  $p < 0,01$ ), la sensibilité à l'anxiété, mesurée par l'ASI ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,01$ ) et l'intolérance à l'incertitude, mesurée par la partie A de l'IUI ( $r = 0,41$ ;  $p < 0,01$ ).

Du point de vue de la validité concourante, les corrélations sont essentiellement conformes aux hypothèses de recherche et comparables à la version anglaise de l'instrument. L'échelle globale corrèle modérément et significativement avec les symptômes de la phobie sociale, mesurée par le SPIN ( $r = 0,44$ ;  $p < 0,01$ ), de la dépression, mesurée par le BDI-II ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,01$ ), ainsi qu'avec l'impact sur le fonctionnement, mesuré par le OQ-45.2 ( $r = 0,43$ ;  $p < 0,01$ ) et la qualité de vie, mesurée par le QOLS ( $r = -0,33$ ;  $p < 0,01$ ). Toutefois, la force du lien est légèrement sous le seuil prévu ( $r \geq 0,30$ ) pour les symptômes du TOC, mesurés par le OCI-R ( $r = 0,27$ ;  $p < 0,01$ ) et de l'anxiété généralisée, mesurés par le WAQ ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,01$ ). Enfin, les corrélations ne sont pas significatives pour la sous-échelle *Distraction/Suppression*. Ce résultat est conforme aux études de validation du MEAQ ou du MEAQ-30, qui présentent généralement des associations faibles ou non significatives avec cette sous-échelle (Baran et al., 2019; Gámez et al., 2011; Jung, 2018; Sahdra et al., 2016; Sumalrot et al., 2022). Cela peut être expliqué car la distraction serait adaptative sous certaines conditions. Par exemple, Waugh et ses collègues (2020) ont constaté qu'une personne peut utiliser la distraction positive, qui consiste à penser ou à se livrer à des activités suscitant des émotions positives, pour mieux se disposer à affronter des facteurs de stress chroniques.

Les auteurs expliquent que cette façon d'utiliser la distraction sert un but précis, comme prendre des vacances pour mieux reprendre le travail ensuite. Ils ont découvert que lorsqu'on l'utilise ainsi, et non comme un simple moyen d'éviter les problèmes, la distraction peut être bénéfique pour faire face au stress à long terme.

Cette étude a ensuite examiné la validité incrémentielle du MEAQ-30, qui réfère à la capacité d'un nouveau test à améliorer la prédiction d'un critère par rapport aux outils préexistants. À cet effet, lorsqu'on ajoute l'ÉE comme variable prédictive à un modèle de régression hiérarchique, le MEAQ-30 permet d'expliquer une part de variance additionnelle et significative du critère d'impact sur le fonctionnement (mesurée par l'OQ-45.2), après avoir tenu compte d'autres variables prédictives, incluant la fusion cognitive (mesurée par le CFQ), la sensibilité à l'anxiété (mesurée par l'ASI) et l'intolérance à l'incertitude (mesurée par la partie A de l'IUI). Ce résultat appuie l'idée que le MEAQ-30 apporte une valeur ajoutée lors de l'évaluation des processus psychologiques associés au fonctionnement en santé mentale. Cette preuve de validité soutient également l'hypothèse que le rôle de l'ÉE en psychopathologie n'est pas mieux expliqué par des processus psychologiques connexes.

Enfin, la cohérence interne du MEAQ-30 a été évaluée à l'aide du coefficient oméga de McDonald. Sa valeur est de 0,83 pour l'échelle globale, ce qui est comparable à la version originale et satisfaisant, puisque l'indice se situe au-dessus du seuil généralement accepté de 0,70 pour la cohérence interne (Hair et al., 2019). Pour cinq des six sous-échelles, les

résultats sont également adéquats : la coefficient oméga est de 0,82 pour la sous-échelle *Procrastination*, de 0,86 pour la sous-échelle *Distraction/Suppression*, de 0,79 pour la sous-échelle *Évitement comportemental*, de 0,73 pour la sous-échelle *Répression/Déni* et de 0,77 pour la sous-échelle *Endurance de la détresse*. Cependant, pour la dimension *Aversion à la détresse*, la valeur obtenue de 0,66 se situe quelque peu sous le seuil de 0,70. Il a été vérifié que la cohérence interne de cette sous-échelle ne s'améliore pas à la suite du retrait d'un item, ce qui indique que chacun des items contribue à sa cohérence interne. Dans les circonstances, le résultat obtenu pourrait être expliqué par le nombre d'items restreint que comporte le MEAQ-30. En effet, la cohérence interne est sensible au nombre d'items, c'est-à-dire que l'usage d'un petit nombre d'items peut se traduire par un indice de cohérence plus faible. Ce phénomène peut confondre l'interprétation des résultats avec les instruments brefs (Rammstedt & Beierlein, 2014). Néanmoins, l'indice de cohérence interne dépasse ce seuil dans la version anglaise du MEAQ-30 (Sahdra et al., 2016), ainsi que dans les travaux de validation transculturelle de l'instrument en turc (Ekşi et al., 2018) et en polonais (Baran et al., 2019).

### **Apports à la littérature**

Les résultats de cette étude enrichissent la littérature sur l'ÉE et le MEAQ en abordant plusieurs limites des recherches antérieures. Premièrement, la validation d'une version française du MEAQ-30 fournit aux chercheurs et cliniciens francophones un instrument de mesure multidimensionnel et concis de l'ÉE. Deuxièmement, cette étude contribue à renforcer la base empirique du MEAQ-30, offrant ainsi une alternative prometteuse au

AAQ-II, dont la validité a été remise en question dans plusieurs études récentes (Borgogna et al., 2020; Hooper et al., 2010; Rochefort et al., 2018; Tyndall et al., 2019; Wolgast, 2014). Troisièmement, l'emploi d'un échantillon clinique dans le processus de validation comble une lacune importante dans la littérature, en fournissant des données précieuses sur la validité du MEAQ-30 en contexte clinique.

Plus globalement, cette étude apporte de nouvelles preuves du rôle central de l'ÉE en psychopathologie et de sa portée transculturelle. Grâce à ses six sous-échelles, le MEAQ-30 se distingue comme un outil nuancé offrant une analyse approfondie de l'ÉE. Les liens établis entre le MEAQ-30 et les symptômes de la dépression, de l'anxiété généralisée, de la phobie sociale et du TOC renforcent l'idée que l'ÉE transcende les classifications diagnostiques traditionnelles, s'inscrivant ainsi dans la perspective transdiagnostique de l'approche basée sur les processus. Cette dernière soutient que des processus psychologiques, tels que l'ÉE, permettent d'aborder la complexité des troubles mentaux de manière intégrée et individualisée. En outre, l'analyse de la validité incrémentielle a montré qu'évaluer l'ÉE à l'aide du MEAQ-30 enrichie la compréhension des facteurs influençant le fonctionnement en santé mentale. En résumé, ces résultats ouvrent de nouvelles perspectives pour la recherche et la pratique clinique, notamment en langue française. Ils soulignent l'importance d'utiliser des instruments de mesure valides et spécifiques, comme le MEAQ-30, pour explorer les mécanismes sous-jacents aux troubles mentaux et développer des interventions adaptées aux besoins individuels.

### **Forces et limites de l'étude**

La présente étude comporte des forces et des limites qui méritent d'être considérées. À titre de rappel, ce projet de recherche a été élaboré à partir d'une banque de données préexistante, composée d'un ensemble de questionnaires complétés par les patients de l'UTCC. Les résultats obtenus à partir des questionnaires aident les professionnels à évaluer les patients et à établir un plan d'intervention approprié. Dans ce contexte, l'emploi d'un grand nombre de questionnaires peut surcharger les usagers du service et la passation de deux questionnaires mesurant le même construit constitue une redondance. Les instruments de mesure inclus dans cette banque de données sont donc principalement choisis pour leur utilité clinique, plutôt que pour répondre à des questions de recherche spécifiques. Plusieurs des limites mises de l'avant sont donc liées à ce contexte de provenance des données.

Premièrement, la banque de données employée ne comporte qu'un seul échantillon, alors qu'il est généralement recommandé de recourir à plus d'un échantillon pour valider un test psychométrique (Gana et al., 2021). Un second échantillon aurait notamment permis de révéifier la structure factorielle du MEAQ-30 après avoir reformulé l'item n° 11. Il aurait aussi été utile d'avoir recours à un échantillon non clinique pour mieux se prononcer sur la validité et la fidélité du questionnaire auprès de la population générale.

Deuxièmement, l'indisponibilité de certains instruments de mesure est également à prendre en compte comme limite. Par exemple, il n'a pas été possible d'inclure le AAQ-II



(qui porte également sur l'ÉE), qui aurait pu fournir une preuve additionnelle de la validité convergente du MEAQ-30. De même, en raison de la nature rétrospective et clinique de l'étude, la validité divergente du questionnaire n'a pas pu être examinée, entre autres par rapport au névrosisme et à l'affectivité négative, car aucun instrument de la banque de données n'était approprié à cette fin.

Troisièmement, la version du MEAQ-30 qui fait l'objet de la présente étude a été traduite à l'origine par une équipe européenne (Monestès et al., 2012). Il est donc possible que les différences qui existent entre le français européen et le français canadien aient influencé la compréhension des items du questionnaire auprès des participants. On peut retrouver des écarts dans la manière dont la langue est utilisée et comprise dans différentes régions francophones. Par exemple, bien que la grammaire soit fondamentalement la même, il peut y avoir des différences subtiles dans la façon dont les phrases sont formulées ou organisées. Ces nuances peuvent rendre un texte européen plus difficile à comprendre pour un lecteur canadien français, et vice versa.

Quatrièmement, bien que les stratégies de validation utilisées soient inspirées des recommandations de Gana et ses collègues (2021), l'ensemble de leurs lignes directrices n'a pas pu être mis en place en raison de la nature rétrospective de l'étude. Entre autres, avant de mettre l'instrument à l'épreuve dans sa version quasi-définitive, les auteurs encouragent la réalisation d'un test préliminaire pour la traduction. Cette étape aurait pu permettre d'identifier en amont le manque de spécificité de l'item n° 11 et de le

réviser. Cela étant dit, comme l'application complète des étapes proposées par Gana et ses collègues nécessite des ressources importantes, plusieurs chercheurs ne sont pas en mesure de toutes les réaliser.

Cinquièmement, le contexte de passation diffère entre la version longue et la version courte du même questionnaire. Étant donné que la version longue du MEAQ a été administrée aux participants, il est possible que ce format influence les réponses à la version courte, en créant un biais de réponse ou en modifiant les attentes des participants. Par exemple, la longueur et la complexité de la version longue pourraient engendrer une fatigue qui affectent la manière dont les répondants évaluent les items de la version courte.

En dépit de ces limites, cette étude est la première à valider le MEAQ-30 en langue française. L'utilisation d'un échantillon clinique de grande taille représente la première force significative de cette étude, qui donne une bonne validité externe aux résultats et la puissance statistique nécessaire pour soutenir leur fiabilité. Plus spécifiquement, la nature de l'échantillon a permis de vérifier les hypothèses de recherche auprès d'une population directement touchée par des troubles anxiodépressifs, ce qui appuie la représentativité et la généralisation des résultats. La banque de données de l'UTCC comporte également une grande diversité d'instruments de mesure. Les milieux cliniques qui mesurent systématiquement autant de variables pertinentes à la santé mentale des usagers sont à notre connaissance rares. Cette force a notamment permis de dresser un tableau détaillé des relations entre l'ÉE et la psychopathologie, mais aussi d'examiner sa relation avec des

processus psychologiques connexes, le fonctionnement de la personne et la qualité de vie. Enfin, l'application de techniques d'analyse statistique avancées et adaptées à la nature des données soutient la robustesse des conclusions tirées de l'étude. La rigueur des analyses contribue donc à la valeur ajoutée de l'étude dans la littérature scientifique.

## **Conclusion**

Les résultats de la présente étude, obtenus auprès d'un échantillon clinique canadien français (N = 333), appuient dans l'ensemble la validité transculturelle du MEAQ-30. Cet instrument psychométrique mesure l'ÉE, un processus psychologique caractérisé par l'évitement des expériences pénibles, qui serait impliqué dans l'apparition et le maintien des troubles mentaux. Comme la version longue du MEAQ (62 items), ce bref questionnaire (30 items) comporte six dimensions : *Évitement comportemental*, *Aversion à la détresse*, *Procrastination*, *Distraction/Suppression*, *Répression/Déni* et *Endurance de la détresse*. La traduction française examinée présente des qualités psychométriques comparables à la version originale de l'instrument en anglais, à quelques exceptions près. D'abord, la structure factorielle du MEAQ-30 a été confirmée dans ses six dimensions, bien que cela ait nécessité le retrait de l'item n°11 en raison de son manque de spécificité. Comme cet énoncé de la sous-échelle *Distraction/Suppression* n'est pas nécessaire pour obtenir des résultats interprétables, il peut être mis de côté pour renforcer la validité du MEAQ-30 en français. Ensuite, les résultats pour la validité convergente et la validité concurrente sont essentiellement conformes aux hypothèses de recherche, c'est-à-dire que le MEAQ-30 corrèle moyennement avec des processus connexes de l'ÉE et la majorité des retombées cliniques mesurées. Au sujet de la validité incrémentielle, il a été constaté que le MEAQ-30 apporte une valeur ajoutée, comparativement à des tests préexistants, pour expliquer la variance de l'impact sur le fonctionnement. Enfin, la cohérence interne du MEAQ-30 est généralement satisfaisante, quoique l'indice obtenu pour la sous-échelle

*Aversion à la détresse* se situe légèrement sous le seuil visé. Dans l'ensemble, les données recueillies appuient la validité du MEAQ-30, à la condition d'exclure l'item n° 11 avant la cotation pour clarifier l'interprétation du test.

L'emploi du MEAQ-30 semble particulièrement indiqué si l'on considère les limites du AAQ-II. À titre de rappel, ce questionnaire est à l'heure actuelle l'instrument le plus utilisé pour mesurer l'ÉE. Le AAQ-II a notamment été critiqué par rapport à sa validité de construit (Rocheffort et al., 2018; Tyndall et al., 2019; Wolgast, 2014), sa sensibilité (Hooper et al., 2010) et sa validité prédictive (Borgogna et al., 2020). Mais sa validité divergente, un aspect de la validité de construit, est vraisemblablement sa limite la plus problématique. En effet, le AAQ-II tend à corrélér fortement avec le névrosisme et de l'affectivité négative, ce qui peut artificiellement gonfler ses liens avec les troubles mentaux et d'autres retombées cliniques significatives. Cette particularité peut embrouiller la compréhension du rôle de l'ÉE en santé mentale, selon la problématique étudiée. Pour sa part, le MEAQ ne présente pas de corrélations fortes avec le névrosisme et l'affectivité négative, ce qui soutient comparativement sa validité divergente (Gámez et al., 2011; Jung, 2018; Moradi et al., 2018). Par conséquent, le MEAQ-30 apparaît actuellement comme un instrument de mesure prometteur.

Dans un contexte plus large, cet essai doctoral s'inscrit dans une nouvelle orientation de recherche en science de l'intervention, la thérapie basée sur les processus (PBT). L'ambition de la PBT est de mieux comprendre les processus qui perturbent la santé

mentale et d'identifier des interventions susceptibles d'altérer leur fonction. Pour se faire, les études sur la psychopathologie et la psychothérapie s'organisent en fonction des processus psychologiques, comme l'ÉE, plutôt que des troubles mentaux. La PBT tente ainsi de répondre aux lacunes du modèle traditionnel médical. Tel que mentionné, les données scientifiques remettent en cause depuis plusieurs années l'une des hypothèses fondamentales de ce modèle, soit que les troubles mentaux reposent chacun sur une étiologie qui leur est propre (Kupfer et al., 2002). Compte tenu de la comorbidité prévalente des troubles mentaux, le modèle médical contribue plutôt à la complexité des traitements basés sur les données probantes, car il privilégie le recours à un protocole par syndrome diagnostiqué. De son côté, la PBT favorise l'efficacité clinique, car elle vise généralement des processus qui contribuent à la symptomatologie de plus d'un trouble mental. Un processus comme l'ÉE peut être ciblé en raison de sa relation avec des syndromes reliés du point de vue fonctionnel. Par exemple, l'évitement des expériences peut favoriser l'isolement et nuire du même coup à la résolution d'un trouble dépressif caractérisé et d'un trouble panique avec agoraphobie. La PBT permet donc de se concentrer sur un processus psychologique qui ressort de la compréhension clinique, plutôt que d'appliquer l'ensemble d'un protocole qui peut comporter des éléments moins pertinents pour la personne qui consulte. Plus simplement, cela veut dire que le psychothérapeute en PBT centre sa pratique sur la compréhension clinique et non sur le diagnostic. Cette approche lui permet d'organiser le suivi par rapport à des cibles personnalisées, des processus psychologiques dont la pertinence est reconnue empiriquement, qu'il peut mesurer avec précision et pour lesquelles des stratégies

d'intervention ont été validées. Cette perspective est également stimulante car elle valorise une compréhension profonde du client, les capacités d'analyse du clinicien, son jugement clinique et la cohérence de ses interventions.

Du point de vue psychométrique, le changement de paradigme vers la PBT implique d'avoir recours à des instruments valides et fidèles pour mesurer les processus psychologiques associés à la psychopathologie. À cet effet, le potentiel d'un questionnaire comme le MEAQ-30 n'est pas à sous-estimer. Cette autoévaluation brève n'est pas seulement pratique en raison de sa rapidité, mais aussi car elle permet d'explorer différentes facettes de l'ÉE. Cette richesse autorise non seulement une compréhension plus détaillée de ce construit, mais elle facilite l'examen des stratégies d'intervention applicables à chacune de ses dimensions. Gámez et ses collègues (2011) ont formulé quelques propositions à cet effet. D'abord, les auteurs soulèvent qu'un haut score à la sous-échelle *Évitement comportemental* peut signaler la pertinence thérapeutique des techniques d'exposition, alors que les personnes présentant un score élevé à la sous-échelle *Aversion à la détresse* pourraient être sensibilisées aux problèmes découlant du contrôle excessif des expériences internes. Ensuite, un haut score à la sous-échelle *Procrastination*, ou bas à la sous-échelle *Endurance à la détresse*, peut indiquer qu'il serait approprié de résoudre l'ambivalence à l'aide d'un entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2023), ou encore de procéder à la clarification des valeurs ou à des actions engagées. Une élévation de la sous-échelle *Répression/Déni* peut faire ressortir des déficits d'introspection pouvant être améliorés par une meilleure reconnaissance des émotions,



ainsi que leur expression. Les personnes obtenant des hauts scores aux sous-échelles *Distraction/Suppression* et *Répression/Déni* pourraient enfin bénéficier d'exercices de présence attentive (*mindfulness*) pour favoriser une prise de conscience affective et améliorer la régulation émotionnelle. De nouvelles passations du MEAQ-30 ou de ses sous-échelles peuvent également servir à évaluer les progrès thérapeutiques au long du suivi. Le court temps de passation du questionnaire constitue alors un avantage considérable.

Afin de poursuivre les travaux sur le MEAQ-30, il est possible de dégager certaines pistes de recherche à partir des résultats de cette étude. En premier lieu, il pourrait être pertinent de remanier la traduction française du MEAQ-30 et de révéifier ses qualités psychométriques. Cette première étape permettrait notamment de reformuler l'item n° 11 pour qu'il soit plus près du sens de l'énoncé en anglais et plus spécifique à la sous-échelle *Distraction/Suppression*. Cela pourrait aussi servir à réévaluer le contenu de la sous-échelle *Aversion à la détresse*, dans le but d'améliorer sa cohérence interne. En deuxième lieu, cette nouvelle traduction du MEAQ-30 pourrait être validée auprès de nouveaux échantillons, cliniques et non cliniques. Ces travaux pourraient notamment servir à l'examen d'autres qualités psychométriques non vérifiées dans cette étude, comme la validité divergente avec le névrosisme et l'affectivité négative, la fidélité test-retest de l'instrument ou encore sa validité convergente avec le AAQ-II. En troisième lieu, il serait judicieux de tester des stratégies d'interventions susceptibles d'exercer une influence sur des sous-échelles spécifiques du MEAQ-30, car leur effet anticipé demeure pour l'instant

à confirmer. Par la même occasion, la sensibilité du questionnaire aux interventions pourrait être examinée. Ces travaux permettraient de se prononcer avec plus de certitude sur les qualités psychométriques du MEAQ-30, en plus d'enrichir notre compréhension de l'ÉE et de contribuer au développement de la PBT.

## Références

- Abramowitz, J. S., Tolin, D. F., & Street, G. P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 683-703. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00057-X](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00057-X)
- Akbari, M., Seydavi, M., Hosseini, Z. S., Krafft, J., & Levin, M. E. (2022). Experiential avoidance in depression, anxiety, obsessive-compulsive related, and posttraumatic stress disorders: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 65-78. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.03.007>
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education (Éds.). (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>e</sup> éd.).
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd., texte rév.).
- Angelakis, I., & Gooding, P. (2021). Experiential avoidance in non-suicidal self-injury and suicide experiences: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(5), 978-992. <https://doi.org/10.1111/sltb.12784>
- Angelakis, I., & Pseftogianni, F. (2021). Association between obsessive-compulsive and related disorders and experiential avoidance: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 138, 228-239. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.062>
- Bakker, A. M., Cox, D. W., Hubley, A. M., & Owens, R. L. (2019). Emotion regulation as a mediator of self-compassion and depressive symptoms in recurrent depression. *Mindfulness*, 10(6), 1169-1180. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1072-3>
- Baran, L., Hyla, M., & Kleszcz, B. (2019). Wielowymiarowy kwestionariusz unikania doświadczenia MEAQ-30. Dans *Elastyczność psychologiczna: Polska adaptacja narzędzi pomiarowych dla praktyków i badaczy* (pp. 27-40). Uniwersytet Śląski.

- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). Emotional distress intolerance, experiential avoidance, and anxiety sensitivity: The buffering effect of attentional control on associations with posttraumatic stress symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 320-329. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9522-x>
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide* (2<sup>e</sup> éd.). Oxford University Press.
- Beck, A. T., Robert, A. S., & Gregory, K. B. (1998). *Inventaire de Dépression de Beck–II* (2<sup>e</sup> éd.). Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. E. (1996). *Beck Depression Inventory–II* (2<sup>e</sup> éd.). Psychological Corp.
- Bentley, K. H., Sauer-Zavala, S., & Wilner, J. (2015). The unique contributions of distinct experiential avoidance domains to severity and functionality of non-suicidal self-injury. *Journal of Experimental Psychopathology*, 6(1), 40-57. <https://doi.org/10.5127/jep.040613>
- Blackledge, J. T. (2015). What is cognitive defusion? Dans *Cognitive defusion in practice: A clinician's guide to assessing, observing & supporting change in your client*. Context Press/New Harbinger.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 243-255.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Borgogna, N. C., McDermott, R. C., Berry, A., Lathan, E. C., & Gonzales, J. (2020). A multicultural examination of experiential avoidance: AAQ – II measurement comparisons across Asian American, Black, Latinx, Middle Eastern, and White college students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.01.011>

- Boulanger, J. L., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. Dans A. M. Kring, & D. M. Sloan (Éds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 107-136). Guilford.
- Brereton, A., & McGlinchey, E. (2020). Self-harm, emotion regulation, and experiential avoidance: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 24(sup1), 1-24. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1563575>
- Brousseau-Liard, P. É., Vandette, M.-P., Jamshidi, P., Kogan, C. S., & Aubry, T. (2020). Propriétés psychométriques de la version française (Mesure d'impact; MI-45) du Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) en milieu clinique et universitaire [Psychometric properties of the French version (Measure of Impact; MI-45) of the Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) in clinical and university settings]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 52(1), 78-83. <https://doi.org/10.1037/cbs0000138>
- Buckner, J. D., Zvolensky, M. J., Farris, S. G., & Hogan, J. (2014). *Social anxiety and coping motives for cannabis use: The impact of experiential avoidance* [doi:10.1037/a0034545]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/a0034545>
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 931-945. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00092-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00092-4)
- Burckhardt, C. S., & Anderson, K. L. (2003). The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, validity, and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 60. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-60>
- Burckhardt, C. S., Woods, S. L., Schultz, A. A., & Ziebarth, D. M. (1989). Quality of life of adults with chronic illness: A psychometric study. *Research in Nursing & Health*, 12(6), 347-354. <https://doi.org/10.1002/nur.4770120604>
- Cao, H., Mak, Y. W., Li, H. Y., & Leung, D. Y. P. (2021). Chinese validation of the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) in college students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 79-85. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.01.004>
- Carleton, R. N., Gosselin, P., & Asmundson, G. J. G. (2010). *The Intolerance of Uncertainty Index: Replication and extension with an English sample* [doi:10.1037/a0019230]. (Vol. 22, pp. 396-406) American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/a0019230>

- Cassiello-Robbins, C., Wilner, J. G., Peters, J. R., Bentley, K. H., & Sauer-Zavala, S. (2019). Elucidating the relationships between shame, anger, and self-destructive behaviors: The role of aversive responses to emotions. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.12.004>
- Chambless, D. L., & Gracely, E. J. (1989). Fear of fear and the anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 13(1), 9-20. <https://doi.org/10.1007/BF01178486>
- Chapman, A. L., Dixon-Gordon, K. L., & Walters, K. N. (2011). Experiential avoidance and emotion regulation in borderline personality disorder. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 29(1), 35-52. <https://doi.org/10.1007/s10942-011-0124-6>
- Charette, J., Léveillé, C., O'Connor, K. P., Péliissier, M. C., & St-Jean-Trudel, E. (2003). *Inventaire de phobie sociale* [Instrument non publié]. Centre de Recherche Fernand Séguin.
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890. <https://doi.org/10.1002/jclp.20400>
- Choy, Y., Fyer, A. J., & Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 266-286. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.10.002>
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379-386. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
- Cook, C., Heath, F., & Thompson, R. L. (2000). A meta-analysis of response rates in web- or internet-based surveys. *Educational and Psychological Measurement*, 60(6), 821-836. <https://doi.org/10.1177/00131640021970934>
- Daros, A. R., Guevara, M. A., Uliaszek, A. A., McMain, S. F., & Ruocco, A. C. (2018). Cognitive emotion regulation strategies in borderline personality disorder: Diagnostic comparisons and associations with potentially harmful behaviors. *Psychopathology*, 51(2), 83-95. <https://doi.org/10.1159/000487008>
- Den Ouden, L., Tiego, J., Lee, R. S. C., Albertella, L., Greenwood, L., Fontenelle, L., Yücel, M., & Segrave, R. (2020). The role of experiential avoidance in transdiagnostic compulsive behavior: A structural model analysis. *Addictive Behaviors*, 108, 106464. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106464>

- Dionne, F., Gagnon, J., Balbinotti, M., Peixoto, E. M., Martel, M.-E., Gillanders, D., & Monestès, J.-L. (2016). "Buying into thoughts": Validation of a French translation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 48(4), 278-285. <https://doi.org/10.1037/cbs0000053>
- Doucet, A. (2008). *Screening for generalized anxiety disorder using a self-report questionnaire: Validity of the Worry and Anxiety Questionnaire II*. Concordia University.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R., & Gosselin, P. (2001). Le Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété. Validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. [The Worry and Anxiety Questionnaire: Validation in non-clinical and clinical samples.]. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 11(1), 31-36.
- Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsden, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399-412. <https://doi.org/10.1111/bjop.12046>
- Dvorak, R. D., Arens, A. M., Kuvaas, N. J., Williams, T. J., & Kilwein, T. M. (2013). Problematic alcohol use, trauma history, and PTSD symptom level: A path analysis. *Journal of Dual Diagnosis*, 9(4), 281-291. <https://doi.org/10.1080/15504263.2013.835694>
- Dymond, S., May, R. J., Munnelly, A., & Hoon, A. E. (2010). Evaluating the evidence base for relational frame theory: A citation analysis. *The Behavior Analyst*, 33(1), 97-117. <https://doi.org/10.1007/BF03392206>
- Ekşi, H., Kaya, Ç., & Kuşcu, B. (2018). *Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire-30: Adaptation and psychometric properties of the Turkish version*. 8th International Conference on Research in Education, Manisa, Turquie.
- Eustis, E. H., Cardona, N., Nauphal, M., Sauer-Zavala, S., Rosellini, A. J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Experiential avoidance as a mechanism of change across cognitive-behavioral therapy in a sample of participants with heterogeneous anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 44(2), 275-286. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10063-6>
- Flanagan, J. C. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 33(2), 138-147. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.33.2.138>
- Flanagan, J. C. (1982). Measurement of quality of life: Current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63(2), 56-59.



- Flynn, R. J., Aubry, T. D., Guindon, S., Tardif, I., Viau, M., & Gallant, A. (2002). Validation d'une version française du Outcome Questionnaire et évaluation d'un service de counselling en milieu clinique. [Validity of a French version of the Outcome Questionnaire and evaluation of a counselling program in a clinical setting.]. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 17(3), 57-74.
- Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy: Past, present, and future. *Depression and Anxiety*, 28(12), 1043-1047. <https://doi.org/10.1002/da.20907>
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485-496. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Freud, A. (1937). *The ego and the mechanisms of defence* (C. Baines, trad.). Hogarth.
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N., & Watson, D. (2014). The Brief Experiential Avoidance Questionnaire: Development and initial validation. *Psychological Assessment*, 26(1), 35-45. <https://doi.org/10.1037/a0034473>
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 23(3), 692-713. <https://doi.org/10.1037/a0023242>
- Gana, K., Boudouda, N. E., Ben Youssef, S., Calcagni, N., & Broc, G. (2021). Adaptation transculturelle de tests et échelles de mesure psychologiques : guide pratique basé sur les Recommandations de la Commission Internationale des Tests et les Standards de pratique du testing de l'APA. *Pratiques psychologiques*, 27(3), 223-240. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2021.02.001>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S., & Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1427-1439. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.02.005>

- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. Dans *Handbook of emotion regulation* (2<sup>e</sup> éd., pp. 3-20). Guilford.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95-103. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.1.95>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate Data Analysis* (8<sup>e</sup> éd.). Cengage.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Éds.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Chin, F., & Sahdra, B. K. (2022). Evolving an idionomic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. *Behaviour Research and Therapy*, 156, 104155. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104155>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). Creating an alternative to syndromal diagnosis: Needed features of processes of change and the models that organize them. Dans S. C. Hayes, & S. G. Hofmann (Éds.), *Beyond the DSM: Toward a process-based alternative for diagnosis and mental health treatment* (pp. 1-21). Context Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553-578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012a). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2<sup>e</sup> éd.). Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012b). The foundations of ACT: Taking a functional contextual approach. Dans *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2<sup>e</sup> éd., pp. 27-59). Guilford.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012c). Psychological flexibility as a unified model of human functioning. Dans *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2<sup>e</sup> éd., pp. 60-99). Guilford.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hezel, D. M., & Simpson, H. B. (2019). Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. *Indian Journal of Psychiatry*, 61, S85-S92. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_516\\_18](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_516_18)
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2018). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hofmann, S. G., Hayes, S. C., & Lorscheid, D. N. (2021). Rethinking clinical science and practice. Dans *Learning process-based therapy: A skills training manual for targeting the core processes of psychological change in clinical practice* (pp. 1-8). Context Press/New Harbinger.
- Hooper, N., Villatte, M., Neofotistou, E., & McHugh, L. (2010). The effects of mindfulness versus thought suppression on implicit and explicit measures of experiential avoidance. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(3), 233-244. <https://doi.org/10.1037/h0100910>
- Hughes, C. F., Uhlmann, C., & Pennebaker, J. W. (1994). The body's response to processing emotional trauma: Linking verbal text with autonomic activity. *Journal of Personality*, 62(4), 565-585. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00309.x>
- International Test Commission. (2017). *The ITC guidelines for translating and adapting tests*. 2<sup>e</sup> éd. [www.intestcom.org](http://www.intestcom.org)
- Jung, J.-H. (2018). A study on the reliability and validity of a korean translated Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Journal of the Korea Contents Association*, 18(1), 517-526. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2018.18.01.517>
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301-1320. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>

- Kirk, A., Meyer, J. M., Whisman, M. A., Deacon, B. J., & Arch, J. J. (2019). Safety behaviors, experiential avoidance, and anxiety: A path analysis approach. *Journal of Anxiety Disorders*, 64, 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.03.002>
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (Éds.). (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Guilford Press.
- Kupfer, D. J., First, M. B., & Regier, D. A. (Éds.). (2002). *A research agenda for DSM—V*. American Psychiatric Association.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. M., & Reisinger, C. W. (1996). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45.2)* (Vol. 35). American Professional Credentialing Services.
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, 43(4), 741-756. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.003>
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>
- Lewis, M., & Naugle, A. (2017). Measuring experiential avoidance: Evidence toward multidimensional predictors of trauma sequelae. *Behavioral Sciences*, 7(1), 9-19. <https://doi.org/10.3390/bs7010009>
- Litwin, R., Goldbacher, E. M., Cardaciotto, L., & Gambrel, L. E. (2017). Negative emotions and emotional eating: The mediating role of experiential avoidance. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 97-104. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0301-9>
- Lo, H. H. M., Powell, C. L. Y. M., Chan, S. H. W., Leung, B. F. H., Tsang, E. Y. H., & Leung, S. S. M. (2023). Validating an adapted version of the Brief Experiential Avoidance Questionnaire in Hong Kong Chinese. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 45(1), 207-220. <https://doi.org/10.1007/s10862-022-10020-w>
- Malaktaris, A. L., & Lynn, S. J. (2018). The phenomenology and correlates of flashbacks in individuals with posttraumatic stress symptoms. *Clinical Psychological Science*, 7(2), 249-264. <https://doi.org/10.1177/2167702618805081>

- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6-19. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1981.tb00621.x>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2023). *Motivational interviewing: Helping people change and grow* (4<sup>e</sup> éd.). Guilford.
- Monestès, J.-L., & Baeyens, C. (Éds.). (2016). *L'approche transdiagnostique en psychopathologie: Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques*. Dunod.
- Monestès, J.-L., Baeyens, C., Cheval, S., & Villatte, M. (2012). *Questionnaire multidimensionnel d'évitement expérientiel* [Instrument non publié]. Université Grenoble Alpes.
- Monestès, J.-L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. W. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *European Review of Applied Psychology*, 59(4), 301-308. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2009.09.001>
- Moradi, A., Barghi Irani, Z., Bagiyani Koulemarz, M. J., Kariminejad, K., & Zabet, M. (2018). Factor determination and psychometric features of the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ). *Social Cognition*, 6(2), 57-82.
- Moroz, M., & Dunkley, D. M. (2015). Self-critical perfectionism and depressive symptoms: Low self-esteem and experiential avoidance as mediators. *Personality and Individual Differences*, 87, 174-179. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.07.044>
- Naragon-Gainey, K. (2010). Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychological Bulletin*, 136(1), 128-150. <https://doi.org/10.1037/a0018055>
- Naragon-Gainey, K., & Watson, D. (2018). What lies beyond neuroticism? An examination of the unique contributions of social-cognitive vulnerabilities to internalizing disorders. *Assessment*, 25(2), 143-158. <https://doi.org/10.1177/1073191116659741>
- Nielsen, E., Sayal, K., & Townsend, E. (2017). Functional coping dynamics and experiential avoidance in a community sample with no self-injury vs. non-suicidal self-injury only vs. those with both non-suicidal self-injury and suicidal behaviour.

*International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(6), 575-586. <https://doi.org/10.3390/ijerph14060575>

O'Connor, M., Farrell, L., Munnely, A., & McHugh, L. (2017). Citation analysis of relational frame theory: 2009–2016. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 152-158. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.04.009>

Olatunji, B. O., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2009). Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: A meta-analytic review and synthesis. *Psychological Bulletin*, 135(6), 974-999. <https://doi.org/10.1037/a0017428>

Ong, C. W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2020). Beyond Acceptance and Commitment Therapy: Process-Based Therapy. *The Psychological Record*, 70(4), 637-648. <https://doi.org/10.1007/s40732-020-00397-z>

Organisation mondiale de la santé. (2019). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (11e éd.).

Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24(2), 213-223. <https://doi.org/10.1177/1049731513503047>

Perls, F. S., Hefferline, F. H., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality* Dell.

Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032-1040. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002>

Rammstedt, B., & Beierlein, C. (2014). Can't we make it any shorter? *Journal of Individual Differences*, 35(4), 212-220. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000141>

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24(1), 1-8. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90143-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9)

Rocheftort, C., Baldwin, A. S., & Chmielewski, M. (2018). Experiential avoidance: An examination of the construct validity of the AAQ-II and MEAQ. *Behavior Therapy*, 49(3), 435-449. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.08.008>



- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework. Dans S. Koch (Éd.), *Psychology: A study of a science. Formulations of the person and the social context* (Vol. 3, pp. 184-256). McGraw-Hill.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Sahdra, B. K., Ciarrochi, J., Parker, P., & Scrucca, L. (2016). Using genetic algorithms in a large nationally representative american sample to abbreviate the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 7(189). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00189>
- Sakaguchi, R., Seguchi, A., & Mitamura, T. (2023). Developing the Japanese version of the Brief Experiential Avoidance Questionnaire. *Ritsumeikan Human Science Research*, 47, 1-11.
- Schaeuffele, C., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2021). Psychometric properties of the German Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ). *Assessment*, 29(7), 1406-1421. <https://doi.org/10.1177/10731911211010955>
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, K. D., Rojas, S. M., & Veilleux, J. C. (2017). Connecting eating pathology with risk for engaging in suicidal behavior: The mediating role of experiential avoidance. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(1), 3-13. <https://doi.org/10.1111/sltb.12249>
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 174-184. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.66.1.174>
- Stephenson, R., Marchand, A., & Brillon, P. (1994). *Index de sensibilité à l'anxiété* [Instrument non publié]. Université du Québec à Montréal.
- Sumalrot, T., Phannajit, N., & Phattharayuttawat, S. (2022). Psychometric properties of scales for assessing experiential avoidance. *Siriraj Medical Journal*, 74(11), 760-768. <https://doi.org/10.33192/Smj.2022.90>
- Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B., & Dawson, D. L. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) as a measure of experiential

- avoidance: Concerns over discriminant validity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 278-284. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.09.005>
- Vázquez-Morejón, R., León Rubio, J. M., Martín Rodríguez, A., & Vázquez Morejón, A. J. (2019). Validation of a Spanish version of the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) in clinical population. *Psicothema*, 31(3), 335-340. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.60>
- Verreault, N., Labrecque, J., Marchand, A., & Marchand, L. (2007). Validation de l'Index de sensibilité à l'anxiété auprès de la population Québécoise Francophone. [Validation of the anxiety sensitivity index in a French speaking population of Québec.]. *Revue québécoise de psychologie*, 28(3), 253-268.
- Wakelin, K. E., Perman, G., & Simonds, L. M. (2022). Effectiveness of self-compassion-related interventions for reducing self-criticism: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 1-25. <https://doi.org/10.1002/cpp.2586>
- Wang, Y.-P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 35(4), 416-431.
- Waugh, C. E., Shing, E. Z., & Furr, R. M. (2020). Not all disengagement coping strategies are created equal: Positive distraction, but not avoidance, can be an adaptive coping strategy for chronic life stressors. *Anxiety, Stress, & Coping*, 33(5), 511-529. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1755820>
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Knutson, B., & McMahon, S. R. (1991). Polluting the stream of consciousness: The effect of thought suppression on the mind's environment. *Cognitive Therapy and Research*, 15(2), 141-152. <https://doi.org/10.1007/BF01173204>
- Wenze, S. J., Gaugler, T. L., Sheets, E. S., & DeCicco, J. M. (2018). Momentary experiential avoidance: Within-person correlates, antecedents, and consequences and between-person moderators. *Behaviour Research and Therapy*, 107, 42-52. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.05.011>
- Wolgast, M. (2014). What does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior Therapy*, 45(6), 831-839. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.002>
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.



- Zermatten, A., Van der Linden, M., Jermann, F., & Ceschi, G. (2006). Validation of a French version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample. *European Review of Applied Psychology / Revue européenne de psychologie appliquée*, 56(3), 151-155. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2005.07.003>
- Zvolensky, M. J., Jardin, C., Garey, L., Robles, Z., & Sharp, C. (2016). Acculturative stress and experiential avoidance: Relations to depression, suicide, and anxiety symptoms among minority college students. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(6), 501-517. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1205658>