

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

EFFETS DU PROGRAMME ACTION SUR LA QUALITÉ DE VIE DES  
PERSONNES ATTEINTES DE CONDITIONS DE SANTÉ CHRONIQUES :  
UNE ÉTUDE PILOTE

ESSAI DE 3<sup>e</sup> CYCLE PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
MAÏRA FILTEAU-CORBEAU

FÉVRIER 2023

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. directeur de recherche  
Université du Québec à Trois-Rivières

**Jury d'évaluation :**

---

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

---

Frédéric Langlois, Ph. D. évaluateur interne  
Université du Québec à Trois-Rivières

---

Guylaine Côté, Ph. D. évaluatrice externe  
Université de Sherbrooke

## Sommaire

Les conditions de santé chroniques (CSC) engendrent des conséquences physiques et psychologiques importantes et durables. En outre, les personnes atteintes de CSC rapportent une faible qualité de vie et une forte prévalence de symptômes anxieux et dépressifs. Par conséquent, il est pertinent de s'intéresser à des approches efficaces pour prévenir les symptômes anxiodépressifs au sein de cette population. Récemment, deux approches se sont montrées prometteuses dans le domaine de la thérapie cognitive et comportementale, soit la thérapie d'activation comportementale (TAC) et la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), mais peu d'études ont évalué les effets d'un programme d'intervention préventif intégrant ces deux approches. Cette étude pilote vise à évaluer les effets du Programme ACTION sur la qualité de vie et les symptômes anxieux et dépressifs des personnes atteintes de CSC. Elle a été menée dans un échantillon de 20 participants ( $X = 57,20$ ;  $ÉT = 12,75$ ) atteints d'au moins une CSC et elle adopte un devis à mesures répétées avec quatre temps de mesures : un pré et post test et deux suivis d'un et trois mois. Les résultats des analyses statistiques indiquent une diminution significative des symptômes anxieux et de l'inflexibilité psychologique entre le pré et le post test et un maintien des acquis aux suivis d'un et trois mois. Toutefois, contrairement à ce qui était attendu, les effets sur les variables de qualité de vie, de symptômes dépressifs et d'activation comportementale s'avèrent non-significatifs. Ces résultats suggèrent que le Programme ACTION pourrait avoir un effet bénéfique sur les symptômes anxieux et la flexibilité psychologique des participants. Des essais aléatoires avec groupe contrôle devront être effectués dans le futur afin de mieux comprendre les retombées du programme ACTION auprès des personnes souffrant de CSC.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux .....	vii
Liste des figures .....	viii
Remerciements .....	ix
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	5
Prévalences des CSC.....	6
Conséquences des conditions de santé chroniques .....	7
Impacts sur la qualité de vie.....	8
Impacts sur la santé mentale .....	9
Symptômes anxieux.....	10
Symptômes dépressifs.....	11
Interventions psychologiques existantes pour les CSC .....	12
Thérapies cognitives et comportementales (TCC) classiques .....	13
Thérapies cognitives et comportementales de 3 <sup>e</sup> vague.....	15
Thérapie d'activation comportementale (TAC).....	16
État actuel des connaissances sur la thérapie d'activation comportementale .....	17
Conceptualisation de la dépression selon la thérapie d'activation comportementale .....	19
Objectifs thérapeutiques et aperçu du traitement.....	21
Limites de la thérapie d'activation comportementale.....	23

Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) .....	23
État des connaissances sur l'ACT.....	25
Apports de l'ACT à la TAC.....	27
État actuel des connaissances sur l'intégration de la TAC et l'ACT.....	29
Limites des études actuelles et apport de la présente étude .....	30
Objectifs et hypothèses de recherche .....	32
Méthode.....	34
Participants.....	35
Données descriptives .....	37
Intervention .....	40
Instruments de mesure .....	43
Questionnaire de dépistage téléphonique.....	43
Questionnaire sociodémographique et médical .....	44
Questionnaire de médication psychotrope autorapportée .....	44
Questionnaire de qualité de vie.....	45
Questionnaire pour les symptômes dépressifs et anxieux.....	45
Questionnaire pour l'activation comportementale.....	46
Questionnaire pour la flexibilité psychologique .....	47
Procédure/Déroulement .....	48
Phase pré-intervention .....	48
Phase d'intervention, post-intervention et suivi.....	50
Analyses statistiques .....	50

Résultats .....	51
Résultats principaux.....	52
Qualité de vie .....	52
Symptômes dépressifs.....	53
Symptômes anxieux .....	53
Activation comportementale.....	54
Inflexibilité psychologique .....	54
Discussion .....	58
Limites .....	66
Conclusion .....	69
Apports de la présente étude .....	71
Pistes de recherche futures.....	73
Au-delà des approches : l'intérêt des processus thérapeutiques .....	74
Références.....	76
Appendice A. Questionnaire sociodémographique et médical .....	89
Appendice B. Instruments de mesure.....	94

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Caractéristiques sociodémographiques des participants au pré-test.....	38
2	Contenu des rencontres hebdomadaires .....	41
3	Modèle mixte pour mesures répétées .....	53
4	Comparaisons post-hoc .....	56



## Liste des figures

Figure

1	Modèle théorique de la dépression selon la TAC .....	20
2	Flux des participants .....	36

## Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier mes directeurs de recherche qui m'ont apporté un grand support tout au long de la réalisation de cet essai. Je remercie Marie-Claude Blais de m'avoir pris sous son aile et de m'avoir fait confiance dans la gestion du pan recherche du Programme ACTION. Je suis très reconnaissante à Frédérick Dionne de s'être adapté rapidement et d'avoir pris la relève ensuite. Tu m'as offert un espace où je me suis sentie accueillie et soutenue. Je te remercie pour ta constance, ta patience et ton engagement envers moi. J'aimerais aussi dire merci à Amandine pour ta générosité, ton amour de « grande sœur » et tout le temps que tu m'as accordé dans la préparation du Programme ACTION et des analyses statistiques.

Je voudrais également remercier les gens qui m'ont accompagné tout au long de mon parcours universitaire. Merci à Alexandre Marseille, mon conjoint, de partager ma vie, me comprendre et m'inspirer. Merci à ma mère, pour sa patience et son amour, et à Jean, qui ne manquait pas de me rappeler ce qu'est la meilleure qualité d'un essai. Enfin, un remerciement à mes amis qui ont profondément marqué mon parcours en psychologie : Marianne, Anne-Marie, Jérémie, Lysanne, Maude, Justine et Sophie.

## **Introduction**

Les conditions de santé chroniques (CSC) sont définies comme des affections qui « tendent à être de longue durée et résultent d'une association de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux » (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2018, en ligne). La définition des CSC englobe un vaste ensemble de diagnostics médicaux pouvant être compris dans cette catégorie comme les maladies respiratoires (Fournier et al., 2014), les maladies inflammatoires (Statistique Canada, 2019), les maladies cardiaques, le diabète, le cancer (OMS, 2006) et les allergies (Cazale et al., 2009). Une condition de santé chronique peut être diagnostiquée lorsqu'un état dure ou devrait durer pendant une période de temps de six mois ou plus (Baraldi et al., 2015). Les CSC persistent généralement tout au long de la vie et leurs symptômes peuvent être gérés à l'aide de médication et d'interventions psychosociales, mais rarement complètement guéris. Les CSC comportent une variété de symptômes, qui peuvent se décliner en trajectoires différentes (James et al., 2018).

Le diagnostic d'une CSC sollicite des capacités d'adaptation importantes chez l'individu qui en souffre en raison des bouleversements occasionnés par les changements d'habitudes de vie, les effets secondaires des traitements (p. ex., médication, chimiothérapie, chirurgies), les prises de décision, la réorganisation des rôles sociaux et objectifs de vie, les phases d'évolution de la maladie et les limitations dues aux symptômes physiques (Megari, 2013). Ces défis rendent les personnes atteintes de CSC

plus à risque de rapporter des symptômes d'anxiété (Sareen et al., 2006), de dépression (Adam et al., 2017; Feinstein, 2011) et une diminution de la qualité de vie (da Rocha et al., 2014). Devant ces constats, il est nécessaire de développer des interventions adaptées à ce type de condition afin de limiter les conséquences qu'elles engendrent. L'OMS (2006) suggère de concentrer les efforts pour diminuer le fardeau des CSC sur les interventions préventives, permettant d'agir précocement afin de freiner la chronicisation de la maladie et limiter les conséquences associées.

Cette étude vise à évaluer les effets d'un programme d'intervention à visée préventive basé sur la thérapie d'activation comportementale (TAC) et la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) auprès d'un échantillon atteint de CSC. Il s'agit d'une étude pilote permettant de recueillir des données préliminaires sur les effets d'un tel programme, en vue d'une implantation à plus long-terme. Plus précisément, cette étude cherche à évaluer les effets du programme ACTION sur la qualité de vie (variable principale), les symptômes dépressifs et anxieux (variables secondaires) ainsi que l'activation comportementale et la flexibilité psychologique (variables de processus).

La prochaine section présente d'abord le contexte théorique, où il sera question des prévalences ainsi que de l'expérience psychologique des personnes atteintes de CSC. Ensuite, l'état actuel des connaissances concernant les interventions psychologiques efficaces dans la prise en charge des CSC y est présenté. L'étude empirique sera par la suite détaillée, en commençant par la méthode, où les critères concernant le recrutement

des participants, les détails de l'intervention et les instruments de mesures seront présentés. La section suivante traitera des résultats de la présente étude sur les différentes variables dépendantes, qui seront ensuite discutés à la lumière de la littérature scientifique actuelle et de l'échantillon recruté. Enfin, cet essai se termine par une conclusion générale qui synthétisera les principaux éléments de la présente étude et fera ressortir des pistes de recherche et d'intervention futures auprès des personnes atteintes de CSC.

## **Contexte théorique**

Le contexte théorique est divisé en trois sections. La première porte sur les prévalences associées aux CSC. La seconde aborde les conséquences psychologiques des CSC. La troisième concerne les thérapies cognitives et comportementales et se décline en trois sous-sections : la TAC (Martell et al., 2013), l'ACT (Hayes et al., 2012) ainsi que leur complémentarité. En dernier lieu, les objectifs et hypothèses de recherche sont détaillés.

### **Prévalences des CSC**

Les CSC engendrent des conséquences importantes pour les personnes qui en sont atteintes et constituent un fardeau substantiel pour le système de la santé. Au Québec, un total de 48 % des individus de 15 ans et plus vivent avec au moins une CSC (Fournier et al., 2014). Près de 20 % des Québécois âgés de 25 ans et plus sont atteints de deux CSC ou plus et environ la moitié d'entre eux (10,5 %) sont atteints de trois CSC ou plus, ce qui représente plus de 600 000 individus (Simard et al., 2019). L'avancement en âge et la défavorisation sociale et matérielle sont des facteurs associés à une prévalence plus élevée de comorbidité, c'est-à-dire la présence simultanée de plus d'un diagnostic de CSC. Près de 90 % des individus de 85 ans et plus sont atteints d'au moins une CSC, comparativement à 17 % chez les 25 à 29 ans (Simard et al., 2019). Dans les milieux défavorisés sur le plan social et économique, la prévalence de comorbidité augmente à



près de 22 %, alors qu'elle se situe à environ 17 % dans les milieux moins défavorisés (Simard et al., 2019).

Selon une étude de l'Institute for Health Metrics and Evaluation, le fardeau mondial des CSC a démontré une tendance à la hausse entre 1990 et 2017 pour plusieurs catégories de CSC (James et al., 2018). Cette augmentation se fait également remarquer au Québec où 29,3 % des individus de 12 ans et plus rapportent être atteints d'au moins une CSC en 2005, contre 26,5 % en 2000 (Cazale & Dumitru, 2008). Étant donné l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population, l'OMS prévoit que la prévalence des CSC ainsi que leurs conséquences associées risque de continuer à s'accroître avec le temps (OMS, 2006).

### **Conséquences des conditions de santé chroniques**

Les CSC constituent la première cause de décès et d'invalidité dans le monde (Hung et al., 2011; Naghavi et al., 2017). Au Québec, les quatre premières causes de décès sont : le cancer, les maladies du cœur, les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures et les maladies cérébrovasculaires (Institut de la statistique du Québec, 2019). En plus d'affecter la qualité de vie, les défis d'adaptation ainsi que l'aspect de chronicité des symptômes de CSC constituent un terreau fertile à l'apparition de symptômes anxieux et dépressifs (Sareen et al., 2006).

## **Impacts sur la qualité de vie**

Plusieurs définitions de la qualité de vie ont été proposées dans la littérature. L'OMS (1998) définit la qualité de vie de la façon suivante :

La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement (p. 19)

Parmi les définitions, un consensus semble émerger à l'effet que ce construit est multidimensionnel (physique, psychologique et social), subjectif et dynamique (sensible aux changements et varie selon les facteurs environnementaux; Nader-Grosbois, 2009). La qualité de vie peut être affectée par différents facteurs tels que l'état de santé général, la durée de la maladie dans le temps, la dépression, un faible statut socioéconomique, le vieillissement, le genre et le soutien social reçu (Shofany, 2017). Ainsi, la qualité de vie des personnes atteintes de CSC va bien au-delà de l'absence de symptômes physiques et psychologiques.

La gestion des symptômes associés aux CSC entraîne plusieurs limitations demandant des changements au plan des habitudes (p. ex., alimentation, exercice physique, adhérence à la médication) et un engagement continu dans le système de la santé en raison, par exemple, des traitements, bilans de santé et rendez-vous avec des spécialistes (Dochat et al., 2021). De plus, la fatigue et la douleur physique sont des symptômes souvent associés aux CSC, limitant la capacité des individus à se mobiliser ou à se déplacer pour accomplir

leurs tâches et activités quotidiennes (De Ridder et al., 2008). Par conséquent, l'engagement des individus dans les différents domaines de la vie (p. ex., emploi, relations interpersonnelles, loisirs) qui permettent de vaquer à l'ensemble de leurs besoins peut être affecté. Ainsi, les limitations qu'imposent les CSC sont associées à une réduction de la qualité de vie (Siboni et al., 2019).

### **Impacts sur la santé mentale**

Le lien entre la santé mentale et la santé physique est bien démontré (Baraldi et al., 2015). Les personnes atteintes d'une CSC sont plus à risque de présenter un niveau élevé de détresse psychologique. La dépression et l'anxiété figurent parmi les symptômes les plus prévalents chez les personnes atteintes de CSC (Dochat et al., 2021). Les liens entre les CSC et l'humeur sont abordés ci-dessous, en commençant par les symptômes anxieux puis les symptômes dépressifs.

La présence de problèmes de santé physique sur une longue période de temps s'accompagne souvent d'un impact psychologique important. D'abord, le diagnostic d'une CSC peut entraîner des bouleversements émotionnels tels que de la peur, de la colère et du déni (Dubey, 2010). Ensuite, les pertes, les deuils et les limitations des CSC sur les objectifs de vie sont des défis d'adaptation auxquels toute personne atteinte de CSC devra faire face (Dubey, 2010). Les personnes atteintes de CSC rapportent de l'isolement social, des bouleversements émotionnels ainsi qu'un épuisement mental et physique (Whitehead, 2006).

### ***Symptômes anxieux***

Les changements subséquents à un diagnostic de CSC et l'adaptation à cette nouvelle réalité génèrent souvent des inquiétudes chez les personnes qui en souffrent. L'anxiété peut prendre diverses formes et l'évitement est une stratégie souvent utilisée par les personnes atteintes de CSC afin de gérer les symptômes anxieux (González-Fernández et al., 2018). La prévalence de troubles anxieux est plus élevée chez les personnes atteintes de CSC que dans la population générale. Dans les études cliniques, cette prévalence peut s'étendre de 10 à 55 % chez les personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (Willgoss & Yohannes, 2013), de 9 à 35 % dans la sclérose en plaques (Marrie et al., 2015) et de 2 à 39 % dans la fibromyalgie (Kleykamp et al., 2021) et de 25 à 29 % dans la douleur chronique (Asmundson & Katz, 2009). Dans une étude menée au Québec en 2012, un total de 25,2 % des personnes atteintes d'une CSC jugeaient que la plupart de leurs journées étaient assez ou extrêmement stressantes (Baraldi et al., 2015).

Le lien entre les CSC et l'anxiété semble être bidirectionnel, c'est-à-dire que vivre avec une CSC peut rendre un individu plus à risque de présenter des symptômes anxieux et, inversement, la présence d'une humeur anxieuse risque d'exacerber le vécu difficile relié à la CSC. Comparativement à une condition de santé physique seule, la présence d'un trouble anxieux comorbide à une condition physique est associée à une plus faible qualité de vie et à une plus grande incapacité physique (Sareen et al., 2006). Les individus qui présentent un trouble anxieux seraient enclins à rapporter un plus grand nombre de symptômes physiques. De plus, la présence de troubles anxieux est significativement

associée aux troubles de la thyroïde, aux troubles respiratoires, aux troubles gastrointestinaux, à l'arthrite, aux migraines et aux allergies (Sareen et al., 2006). À cet effet, il semblerait que les troubles anxieux précèdent le début des symptômes physiques (Sareen et al., 2006). Ces résultats soulignent l'importance d'agir tôt lorsqu'une humeur anxieuse est détectée afin de prévenir la progression des symptômes vers une condition de santé physique incapacitante.

### ***Symptômes dépressifs***

La prévalence de dépression peut être de deux à trois fois plus élevée chez les individus atteints de CSC lorsque comparés à un groupe contrôle en première ligne (Ali et al., 2006; Spijkerman et al., 2005). Les troubles dépressifs sont associés à une détérioration de la santé physique, une progression plus rapide de la maladie (Ciaramella & Poli, 2001; Reddick et al., 2006; Spiegel & Giese-Davis, 2003), une diminution de l'adhérence au traitement (Fleck et al., 2002; Gonzalez et al., 2008; González-Fernández et al., 2018; Katon, 2011) et une réduction de l'espérance de vie de 5 à 10 ans chez les personnes atteintes de CSC (Katon, 2011). Même en l'absence d'un diagnostic de trouble dépressif, la simple présence de symptômes dépressifs est liée à une détérioration de la qualité de vie chez les personnes atteintes de CSC (Felker et al., 2001; Fleck et al., 2002; Unützer et al., 2000).

Des expériences physiologiques désagréables telles que la douleur et la fatigue sont associées aux CSC et à leurs traitements. Ces expériences mènent souvent les individus

atteints de CSC à réduire leur implication dans des activités plaisantes et à abandonner leurs tâches et activités de la vie quotidienne (González-Fernández et al., 2018). Si ce changement permet à l'individu d'obtenir un répit à court-terme, il réduit également la probabilité de maintenir les renforcements et situations valorisantes à long terme, ce qui rend les individus atteints de CSC plus vulnérables à la dépression. En effet, une diminution dans les relations amicales et dans les loisirs est associée à des symptômes dépressifs, à une plus faible qualité de vie, à de la douleur, de l'insomnie et de la fatigue (Cataldo & Brodsky, 2013). Il semble que, tout comme les troubles anxieux, la relation entre les CSC et l'humeur dépressive est bidirectionnelle. Les changements psychologiques et comportementaux associés à la dépression augmentent le risque de CSC et les changements biologiques associées aux CSC peuvent précipiter les symptômes dépressifs (Katon, 2011).

### **Interventions psychologiques existantes pour les CSC**

Considérant les nombreux défis imposés par les CSC (p. ex., symptômes anxieux, symptômes dépressifs et diminution de la qualité de vie), les interventions psychologiques peuvent jouer un rôle essentiel dans l'adaptation à la maladie. Dans cette section, les thérapies cognitives et comportementales sont abordées en présentant d'abord les TCC dites classiques et de 3<sup>e</sup> vague. Ensuite, deux thérapies appartenant à la 3<sup>e</sup> vague de TCC sont décrites, soit la TAC et l'ACT, en présentant une brève description de leur modèle théorique, leur efficacité et leurs limites. Le rationnel théorique justifiant l'intégration de

ces deux thérapies de 3<sup>e</sup> vague est ensuite présenté. Finalement, les études recensées à ce jour dans la littérature ayant combiné la TAC et l'ACT seront résumées.

### **Thérapies cognitives et comportementales (TCC) classiques**

Les TCC classiques ou traditionnelles (parfois appelé « thérapie cognitive ») sont issues des travaux d'Albert Ellis et d'Aaron T. Beck (Chaloult, 2008). Dans cette approche, une attention importante est portée sur le contenu des pensées. Ces thérapies se basent sur le principe que le contenu des pensées affecte les réponses émotionnelles et comportementales. En modifiant le contenu des pensées, les symptômes incommodes (c.-à-d. pensées, émotions ou comportements) peuvent être réduits (Dobson & Dozois, 2010). Les pensées peuvent être modifiées par l'utilisation de stratégies cognitives et comportementales telles que la restructuration cognitive, permettant l'adoption d'une vision plus objective de la réalité (Beck, 1996; Beck et al., 1979).

Les bénéfices des TCC classiques ont été démontrés empiriquement pour traiter l'humeur anxieuse et dépressive dans une méta-analyse de 144 études randomisées (Cuijpers et al., 2016). Une méta-analyse (106 études) a conclu que les interventions cognitives et comportementales sont efficaces pour aider à réduire différents symptômes psychologiques tel que la dépression, l'anxiété, la fatigue et la douleur chez les personnes atteintes de CSC (Hofmann et al., 2012).

Si les TCC classiques sont efficaces pour aider à la gestion des symptômes psychologiques, elles comportent toutefois certaines limites. L'objectif principal des TCC classiques est principalement la réduction des symptômes psychologiques incommodants (Herbert & Forman, 2011). Cet objectif n'est pas la cible de traitement la plus adéquate pour des personnes aux prises avec une CSC pour trois raisons : (1) Viser directement la réduction des symptômes peut souvent se faire au détriment de la qualité de vie des individus, une cible d'intervention qui est d'autant pertinente pour les personnes ayant une CSC; (2) Viser la modification des pensées irrationnelles ou distorsions cognitives peut s'avérer moins adapté aux besoins des personnes atteintes de CSC, pour qui les pensées sont souvent réalistes en tenant compte de leur condition; et (3) Les méthodes d'interventions en TCC classique (c.-à-d., réduction des symptômes, modification des pensées) pourraient contribuer à nourrir l'évitement des personnes présentant une CSC qui peuvent avoir une certaine réticence à ressentir des émotions, pensées et symptômes physiques incommodants. Avec le temps, ces évitements (émotionnels et comportementaux) contribuent à maintenir l'individu dans l'inaction et à l'empêcher de poursuivre une vie orientée vers ses valeurs, ce qui peut exacerber les symptômes anxiodépressifs et diminuer le niveau de fonctionnement (Prevedini et al., 2011). En somme, des interventions misant sur l'acceptation des expériences et l'activation comportementale pourraient être plus adaptées aux besoins des personnes atteintes de CSC que la TCC classique.



### **Thérapies cognitives et comportementales de 3<sup>e</sup> vague**

Si le courant classique des TCC vise d'abord la réduction des symptômes, le courant des TCC de 3<sup>e</sup> vague se concentre davantage sur l'acceptation des pensées, sensations et émotions afin d'amener l'individu à agir de façon cohérente avec ses valeurs propres (Hayes et al., 2012). Par conséquent, ces TCC mettent l'accent sur l'amélioration de la qualité de vie des individus. Plusieurs approches font partie du courant des TCC de 3<sup>e</sup> vague telles que la thérapie comportementale dialectique (TCD; Linehan, 1993), la thérapie analytique fonctionnelle (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009), la thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience pour la dépression (MBCT; Segal et al., 2013), la TAC (Martell et al., 2001) et l'ACT (Hayes et al., 2012).

La plupart des TCC de 3<sup>e</sup> génération sont issues du contextualisme fonctionnel (Germer, 2013). Plutôt que de tenter de découvrir une réalité objective à l'être humain (c.-à-d. une seule vérité objective s'appliquant aux phénomènes psychologiques), ce courant de pensée s'intéresse à la fonction (ou l'utilité) des comportements émis par un individu afin d'atteindre ses buts personnels. Un comportement est considéré comme efficace si sa fonction permet à un individu d'agir conformément à ses valeurs et buts personnels (Ngô & Dionne, 2018). Les TCC de 3<sup>e</sup> génération regroupent quelques thérapies validées empiriquement. Deux d'entre elles attirent l'attention, la TAC et l'ACT. Il apparaît utile d'intégrer ces deux thérapies pour au moins trois raisons. D'abord, la TAC et l'ACT se basent sur les mêmes fondements épistémologiques (contextualisme fonctionnel) et principes directeurs et visent toutes les deux à intervenir sur des processus

communs à la psychopathologie. Ensuite, la TAC (Hopko et al., 2011; Lundervold et al., 2008) et l'ACT (Graham et al., 2016) ont démontré des résultats encourageants auprès des personnes atteintes de CSC. Finalement, les deux thérapies sont validées empiriquement pour le traitement de la dépression (American Psychological Association [APA], 2016) et la complémentarité de leur effet thérapeutique pourrait s'avérer prometteuse.

### ***Thérapie d'activation comportementale (TAC)***

La TAC est issue du courant comportemental ou de la « première vague » des TCC (Dionne et al., 2010) et est également reconnue comme une composante de la thérapie cognitive de Beck (Beck et al., 1979). La TAC est une intervention psychologique brève qui a été créée à l'origine afin de traiter la dépression (Dimidjian et al., 2011). En 1996, Jacobson et ses collègues ont mené des travaux qui avaient pour objectif d'identifier les ingrédients actifs de la thérapie cognitive pour la dépression. Cette étude visait à comparer l'activation comme technique et la thérapie cognitive. Les participants dépressifs étaient assignés à l'une des trois conditions suivantes : dans le premier groupe, l'activation comportementale à elle seule avait été prodiguée. Dans le second groupe, l'activation en plus de la restructuration cognitive centrée sur les pensées automatiques étaient enseignée aux patients. Dans le troisième groupe, l'activation en plus de la thérapie cognitive complète, à laquelle s'ajoute le travail sur les croyances irrationnelles et les schémas cognitif fondamentaux, était enseignée aux patients (Jacobson et al., 1996). À l'inverse de ce qui était attendu, les auteurs ont découvert que la composante d'activation comportementale seule était tout aussi efficace que l'activation comportementale en plus

de la thérapie cognitive complète. Ces résultats à l'effet que l'activation à elle seule peut équivaloir et même surpasser les méthodes cognitives ont été confirmés par des études subséquentes (Dimidjian et al., 2006).

Par la suite, l'équipe de Lejuez et ses collègues ont mené des études sur un traitement d'activation comportementale pour la dépression (BATD), différent de l'activation comportementale dans l'étude de Jacobson (Lejuez et al., 2001). Ainsi, deux approches de l'activation comportementale sont nées, soit la TAC et la BATD (Martell et al., 2013). La BATD est une forme brève d'activation comportementale, qui consiste exclusivement à planifier des activités et à en faire le suivi (Lejuez et al., 2001). Dans la TAC, des stratégies supplémentaires sont utilisées afin de favoriser l'action telles que la résolution de problèmes, la prévention de l'évitement et l'évaluation des buts et des valeurs (Martell et al., 2013). En raison de ces composantes supplémentaires, en plus de sa conception idiographique et de son intérêt pour la fonction des comportements dans leur contexte, la TAC est maintenant considérée comme faisant partie du courant de 3<sup>e</sup> vague en TCC (Dionne et al., 2010).

**État actuel des connaissances sur la thérapie d'activation comportementale.** Les découvertes réalisées par Jacobson et al. (1996) ont permis d'ancrer la TAC comme traitement indépendant pour la dépression, en plus de raviver l'intérêt clinique pour cette forme d'intervention (Dimidjian et al., 2011). Depuis, des méta-analyses ont confirmé l'efficacité de TAC et qu'elle constitue une intervention validée empiriquement afin de

traiter les symptômes dépressifs (Cuijpers et al., 2007; Ekers et al., 2008, 2014; Mazzucchelli et al., 2009). La TAC a démontré des résultats équivalents à la pharmacothérapie et supérieurs à la thérapie cognitive en ce qui concerne la dépression sévère (Dimidjian et al., 2006).

Une méta-analyse récente a évalué les effets de l'activation comportementale sur la dépression, l'anxiété et l'activation en comparaison avec des groupes contrôles (Stein et al., 2021). Cette méta-analyse regroupe 28 essais aléatoires ayant évalué la composante d'activation comportementale seule ou combinée à d'autres composantes (p. ex., la TAC). Les résultats indiquent une supériorité de l'activation comportementale en comparaison avec des groupes contrôles inactifs<sup>1</sup> pour les symptômes dépressifs (tailles d'effets larges;  $g = 0,83$ ), les symptômes anxieux (tailles d'effets moyennes;  $g = 0,37$ ) et pour l'activation (tailles d'effets moyennes;  $g = 0,64$ ). Les résultats n'indiquent aucune différence significative entre l'activation comportementale et les groupes contrôles actifs<sup>2</sup> pour les symptômes dépressifs ( $g = 0,15$ ), les symptômes anxieux ( $g = 0,03$ ) et l'activation ( $g = 0,04$ ). Une autre méta-analyse (19 essais aléatoires) évaluant l'acceptabilité de l'activation comportementale en format de groupe rapporte une supériorité de l'activation comportementale par rapport aux groupes contrôles (tailles d'effet de moyennes à larges;

---

<sup>1</sup> Les groupes contrôles inactifs comprenaient, par exemple, une liste d'attente, un placebo ou du soutien reçu d'un thérapeute.

<sup>2</sup> Les groupes contrôles actifs comprenaient, par exemple, de la thérapie cognitive, thérapie cognitive et comportementale, thérapie centrée sur les solutions ou pleine conscience.

SMD = 0,72;  $n = 461$ ) et une équivalence à d'autres thérapies actives<sup>1</sup> (SMD = 0,14;  $n = 526$ ) pour les symptômes dépressifs (Simmonds-Buckley et al., 2019). De plus, les effets de l'activation comportementale en groupe seraient similaires aux résultats obtenus en format individuel (SMD = 0,70 – 0,87). Les auteurs concluent que l'activation comportementale en groupe devrait être considérée comme un traitement approprié en première ligne.

**Conceptualisation de la dépression selon la thérapie d'activation comportementale.** Le focus de la TAC est d'abord sur le contexte de la dépression (c.-à.d. ce qu'il se passe à l'extérieur de l'individu) afin de comprendre comment elle s'est développée et se maintient (Blais & Boisvert, 2010). Ainsi, même si la TAC ne nie pas la présence de facteurs de vulnérabilité à la dépression (biologiques, génétiques, ou l'histoire d'apprentissage), elle considère que la défaillance se trouve dans l'environnement plutôt qu'à l'intérieur de l'individu.

Selon le modèle théorique de la TAC (voir Figure 1), l'individu à qui se présentent des *événements de vie difficiles* (p. ex., pertes, maladies, conflits, difficultés interpersonnelles) risque d'avoir moins accès à des sources de *renforcement positif* dans son environnement (p. ex., soutien social, sentiment de fierté personnelle, valorisation par les pairs), laissant place à davantage de *contingences aversives* (p. ex., émotions

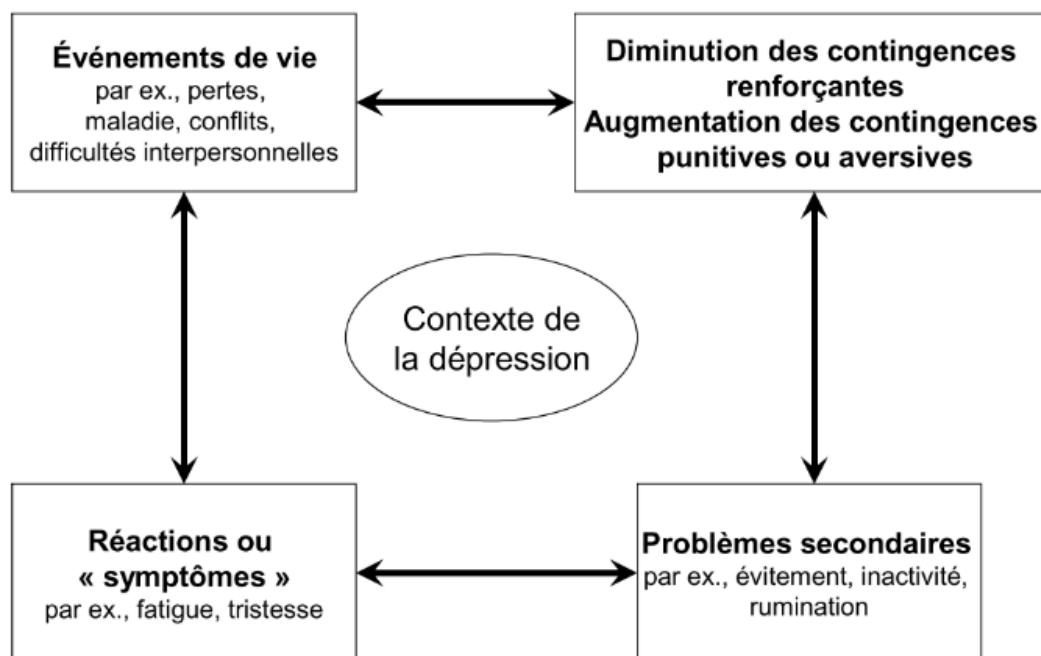
---

<sup>1</sup> Thérapie cognitive, thérapie cognitive et comportementale, thérapie centrée sur les solutions et la psychothérapie non-spécifique.

douloureuses). Face à ces événements, plusieurs *réactions ou symptômes* sont possibles (p. ex., tristesse, fatigue, diminution de la concentration). La TAC stipule que ces réactions sont naturelles et tout à fait compréhensibles en réponse à des situations de vie particulières (Blais & Boisvert, 2010).

**Figure 1**

*Modèle théorique de la dépression selon la TAC*



*Source.* Ce modèle a été élaboré par Martell et al. (2001) et traduit et adapté par Blais et Boisvert (2010).

Les symptômes ressentis étant habituellement vécus comme désagréables par l'individu, il peut tenter d'adopter des stratégies afin de limiter l'impact des événements négatifs sur son bien-être. Par exemple, l'inactivité, le retrait et l'inertie sont des comportements largement utilisés par les individus dépressifs ainsi que par les individus

atteints de CSC (González-Fernández et al., 2018). Ces stratégies ont toutes pour fonction l'évitement. À court terme, ces comportements amènent un soulagement de l'inconfort et de la souffrance. Toutefois, lorsqu'ils sont utilisés de façon répétée, ils deviennent inadaptés et peuvent contribuer à l'humeur négative, générant alors des *problèmes secondaires*. L'utilisation de stratégies d'évitement à long terme limite l'accès à des sources de renforcement ayant un potentiel « antidépresseur » (Blais & Boisvert, 2010). L'évitement comportemental (p. ex., inactivité et isolement) engendre du même coup une diminution du répertoire de comportements de l'individu en réponse à une situation (Rimasson & Gay, 2012).

Ainsi, les individus atteints de CSC utilisent des stratégies d'adaptation qui les rendent plus vulnérables à une détérioration/chronicisation de réactions naturelles sous la forme d'un trouble clinique (comme la dépression et l'anxiété). La TAC vise à amener l'individu à briser le cycle d'évitement qui s'est installé.

**Objectifs thérapeutiques et aperçu du traitement.** La TAC vise trois objectifs : (1) augmenter l'engagement dans les activités plaisantes ou qui suscitent un sentiment de compétence; (2) diminuer l'engagement dans les activités qui maintiennent la dépression; et (3) résoudre les problèmes qui limitent l'accès aux renforcements ou qui maintiennent le contrôle aversif (Dimidjian et al., 2011). En raison du caractère individualisé de la TAC, les comportements à modifier varient d'un individu à l'autre et diffèrent selon les contextes.

Une méthode centrale à la TAC est le journal des activités quotidiennes (où sont consignées les actions faites et le degré de plaisir ou le sentiment d'accomplissement ressenti) qui permet de suivre les progrès et les difficultés de la personne et de réajuster si nécessaire. D'autres techniques peuvent être utilisées dans la TAC comprenant, entre autres, l'évaluation des buts et valeurs, l'observation de l'humeur, la planification d'activités orientées vers les valeurs, l'entraînement d'habiletés, la relaxation, les procédures de gestion des contingences, les procédures qui ciblent l'évitement (p. ex., prévention de l'évitement) et les procédures ciblant les comportements verbaux (Kanter et al., 2010; Martell et al., 2001, 2013).

L'analyse fonctionnelle est une composante importante de la TAC qui permet d'établir des relations entre les comportements de l'individu, son environnement et son humeur. L'élément clé est d'observer chaque action (à l'aide du journal des activités quotidiennes) posée par le client, en prenant en compte le contexte et en vérifiant les conséquences sur l'humeur. La TAC cherche à enseigner au client à conduire sa propre analyse fonctionnelle de sa vie afin de l'amener à observer les aspects qui influencent ses symptômes (Blais & Boisvert, 2010). Le client est amené à poser des actions orientées en fonction d'un but auquel il accorde de la valeur. Une graduation dans les actions posées est nécessaire afin de placer le client dans une condition de succès. Le sentiment de compétence généré par ses succès agit comme renforcement naturel, augmentant ainsi la probabilité que le client progresse vers son objectif.



**Limites de la thérapie d'activation comportementale.** La recherche démontre que TAC est bénéfique pour la gestion de l'humeur dépressive. Toutefois, lors de son application clinique, il peut être difficile pour les personnes atteintes de CSC de choisir de s'activer plutôt que d'éviter dans un contexte de fatigue, de douleur et d'états émotionnels désagréables. Dans la TAC, la présence d'un but orienté envers les valeurs de l'individu est un élément clé afin de générer la motivation à passer à l'action (Martell et al., 2013). D'autres outils et stratégies des TCC de 3<sup>e</sup> génération peuvent être ajoutés afin de favoriser l'activation. Dans l'ACT, par exemple, le développement de la flexibilité psychologique permet de favoriser l'engagement des individus envers un but (Dionne et al., 2013).

### ***Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)***

L'ACT postule que les troubles psychologiques surviennent lorsque l'individu tente d'éliminer ses pensées, émotions ou sensations déplaisantes. La tendance à vouloir « contrôler » excessivement les états internes aversifs augmenterait la souffrance en diminuant la capacité de l'individu à mener une vie en cohérence avec ses valeurs personnelles, une source de renforcement positif et durable (McCracken, 1998). Ainsi, le but de l'ACT n'est pas de réduire ou de contrôler les symptômes lorsque cela s'avère inefficace, mais de développer la flexibilité psychologique (Hayes et al., 2006).

La flexibilité psychologique est composée de six processus cognitifs inter-reliés qui favorisent l'acceptation des expériences et les actions engagées envers les valeurs (Hayes

et al., 2011, 2012; Ngô & Dionne, 2018). L'inflexibilité psychologique, concept composé de six processus cognitifs inverses à la flexibilité psychologique, mènerait à l'évitement des émotions et donc à la souffrance humaine (Hayes et al., 2006). Les six processus composant la flexibilité psychologique sont présentés ci-dessous.

Le processus d'*acceptation* permet d'entrer en contact avec ses pensées et émotions en leur permettant d'exister peu importe leur nature. À l'inverse l'évitement expérientiel est constitué de toutes les stratégies (p. ex., tenter de contrôler ou modifier ses pensées, s'isoler, se retirer) qui empêchent l'individu de vivre selon ses valeurs. Le processus de *défusion* permet de modifier le rapport aux évènements internes (c.-à-d. pensées et émotions) en cherchant, par exemple, à contempler ses pensées seulement comme des pensées plutôt que comme des faits (accorder de l'importance à leur contenu). Dans la fusion cognitive, au contraire, l'individu perçoit le contenu de ses pensées comme le reflet de la réalité et laisse ses pensées déterminer son comportement.

Dans le processus du *contact avec le moment présent*, l'attention est orientée intentionnellement vers les expériences internes et externes de l'instant présent à l'aide, par exemple, d'exercices de pleine conscience et de méditation. À l'opposé, l'attention de l'individu peut être orientée vers des pensées futures (des inquiétudes) ou passées (ruminations) qui contribuent à l'inflexibilité psychologique. Le processus du *soi comme contexte*, permet d'adopter un point de vue d'observateur par rapport aux évènements

internes en développant l'habileté à être « conscient d'être conscient ». À l'inverse, un individu qui se définit par ses expériences et pensées est en fusion avec le soi concept.

La clarté dans *les valeurs* sert de guide et de motivateur à l'action en déterminant les aspects de la vie qui sont importants pour l'individu. Dans l'absence de sens, l'individu peu conscient de ce qu'il souhaite accomplir est prompt à prendre des choix qui mènent à l'évitement, la soumission aux valeurs de la société (versus personnelles) et la fusion cognitive. Dans l'*action engagée*, l'individu adapte ses comportements (p. ex., continuer de faire une action même si elle provoque des émotions désagréables) afin d'approcher le plus possible de ses valeurs. Au contraire, un individu en proie à l'inaction et l'impulsivité, peut mettre en place des actions sans s'attarder à leur impact (est-ce que ses actions le rapprochent ou l'éloignent de ses valeurs et objectifs personnels?) sur sa vie (Ngô & Dionne, 2018).

**État des connaissances sur l'ACT.** Selon la Division 12 de l'APA, l'ACT est un traitement reconnu (statut modéré) pour la dépression<sup>1</sup> et les troubles anxieux<sup>2</sup>. En 2016, une revue systématique regroupant 18 études a démontré que l'ACT suscite des changements efficaces dans la réduction de la détresse (grandes tailles d'effets;  $d = 0,75 - 1,86$ ), la flexibilité psychologique (tailles d'effets allant de petites à moyennes;  $d = 0,57 - 0,72$ ) et la qualité de vie (tailles d'effets allant de moyennes à grandes;

---

<sup>1</sup> <https://div12.org/treatment/acceptance-and-commitment-therapy-for-depression/>

<sup>2</sup> <https://div12.org/treatment/acceptance-and-commitment-therapy-for-mixed-anxiety-disorders/>

$d = 0,56 - 1,89$ ) chez les personnes atteintes de CSC (Graham et al., 2016). Ces résultats ont été démontrés auprès de participants atteints de différentes CSC telles que le cancer, les maladies cardiaques, la sclérose en plaques et le diabète (Graham et al., 2016).

Plus récemment, une revue systématique regroupant 20 méta-analyses (133 études; 12 477 participants) a évalué l'efficacité de l'ACT pour différentes conditions et en comparaison avec des groupes contrôles (Gloster et al., 2020). Les résultats démontrent une efficacité de l'ACT pour plusieurs conditions, telles que l'anxiété (tailles d'effets allant de petites à moyennes;  $g = 0,18 - 0,57$ ), la dépression (tailles d'effets allant de petites à moyennes;  $g = 0,24 - 0,76$ ), la douleur chronique (tailles d'effet en moyenne petites;  $g = 0,44$ ) et les conditions transdiagnostiques (tailles d'effets allant de petites à larges;  $g = 0,17 - 0,96$ ). Des résultats significatifs ont également été démontré pour des variables comme la qualité de vie (tailles d'effets moyennes;  $g = 0,37 - 0,45$ ) et la flexibilité psychologique (tailles d'effet allant de petites à grandes;  $g = 0,32 - 0,83$ ). Une supériorité de l'ACT par rapport aux groupes contrôles a été démontrée pour les groupes inactifs (tailles d'effets allant de petites à grandes;  $g = 0,35 - 0,82$ ), les traitements habituels (allant de aucun effet à un effet moyen;  $g = -0,15 - 0,79$ ) et à la plupart des interventions actives (en moyenne les tailles d'effets démontrent un effet moyen;  $g = 0,57$ ). Les résultats comparant l'ACT à la thérapie cognitive et comportementale démontrent des tailles d'effets allant de aucun effet pour l'anxiété ( $g = 0,00$ ) à de petites tailles d'effets pour les conditions transdiagnostiques ( $g = 0,40$ ). Globalement, l'ACT

démontre de petites tailles d'effets ( $g = 0,33$ ) en comparaison avec l'ensemble des conditions contrôles.

Une méta-analyse regroupant 20 études (2430 participants) a évalué l'efficacité de l'ACT délivrée à l'aide de la technologie auprès de personnes atteintes de CSC, en comparaison avec des groupes contrôles<sup>1</sup> (Herbert et al., 2021). Les résultats indiquent une supériorité de l'ACT délivrée via la technologie en comparaison aux groupes contrôles au post-test (tailles d'effet moyennes;  $g = -0,49$ ) ainsi qu'aux mesures de suivi (tailles d'effet moyennes;  $g = -0,52$ ).

### **Apports de l'ACT à la TAC**

Plusieurs raisons justifient la pertinence d'intégrer des composantes de l'ACT à la TAC de façon combinée. Premièrement, les deux formes de thérapie partagent une grande familiarité sur le plan théorique. Sur le plan épistémologique, les deux thérapies tirent leur origine du contextualisme fonctionnel, anciennement appelé *behavioral radical* dans le cadre des travaux de Skinner (Dionne et al., 2018; Ngô & Dionne, 2018). La TAC et l'ACT postulent toutes les deux que l'évitement (expérientiel ou comportemental) est un facteur important dans le maintien et le développement de la psychopathologie (Kanter et al., 2006). La TAC stipule que l'humeur dépressive est exacerbée par l'utilisation de

---

<sup>1</sup> Groupes contrôles inactifs (p. ex., traitement habituel, aucune intervention, liste d'attente), groupes contrôles actifs (p. ex., discussions en ligne sur un forum, techniques de relaxation enseignées par téléphone, site Internet avec des exercices pour la douleur basés sur l'ACT, éducation et support d'un thérapeute par téléphone et écriture en ligne autodirigée) et en comparaison avec d'autres interventions (p. ex., TCC classique délivrée via Internet, ACT avec un thérapeute en présentiel et ACT via Internet sans l'aide d'un thérapeute)

stratégies d'évitement qui limitent l'accès aux renforcements positifs dans l'environnement. Les outils utilisés par l'ACT (p. ex., métaphores) aident à mieux comprendre la notion d'évitement et à observer ses effets au quotidien.

Deuxièmement, la visée première des deux thérapies n'est pas une élimination complète des symptômes. Bien que la TAC vise une diminution des états internes aversifs, elle cherche d'abord à aider le client à s'engager dans des activités peu importe comment il se sent. Dans l'ACT, le focus premier n'est pas de traiter les symptômes, mais cette thérapie reconnaît qu'il est possible de changer certains états internes. Les deux thérapies stipulent qu'il est possible de changer la réponse comportementale à une expérience, ce qui pourrait potentiellement modifier la valeur aversive de cette expérience (Kanter et al., 2006).

Troisièmement, les deux thérapies se complètent sur le plan pratique. Lors du processus d'activation dans la TAC, plusieurs obstacles peuvent survenir (p. ex., manque de motivation, douleurs physiques et émotions pénibles). L'apprentissage de la flexibilité psychologique dans l'ACT permet de garnir le coffre à outils des individus afin de mieux faire face à ces difficultés. La pleine conscience, l'acceptation et la défusion peuvent contribuer à court-circuiter les obstacles aux sources de renforcement générés par l'atteinte de buts. En effet, ces stratégies peuvent permettre à l'individu d'adopter une conscience de lui-même plus globale, en accordant de l'importance non pas seulement aux expériences désagréables, mais également à celles qui sont agréables. L'individu peut

développer sa capacité à créer une distance ou bien « à faire avec » les pensées qui suscitent habituellement l'évitement pour se concentrer sur des actions importantes pour lui. De plus, l'ACT favorise la motivation au passage à l'action en explorant davantage les valeurs personnelles à l'aide d'instruments d'évaluation et d'exercices pratiques (Gaudiano et al., 2015). En définissant davantage les valeurs, les actions posées peuvent faire plus de sens si elles permettent d'atteindre un but important pour l'individu.

### ***État actuel des connaissances sur l'intégration de la TAC et l'ACT***

Deux études ont été réalisées à ce jour en combinant la TAC et l'ACT. Carlbring et ses collègues (2013) ont mené une étude auprès de participants dépressifs visant à évaluer les effets de la TAC combinée à l'ACT en format web, en comparaison avec un groupe contrôle sur une liste d'attente. Le programme était constitué principalement de TAC en combinaison avec certaines composantes de l'ACT afin de favoriser l'activation : la défusion, l'acceptation, la pleine conscience et les valeurs. Les participants (N = 80) devaient avoir reçu un diagnostic de dépression majeure de sévérité légère à modérée. Des mesures ont été prises au pré-test, post-test et suivi à 3 mois pour les variables suivantes : les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux et la qualité de vie. Les résultats ont démontré que le groupe expérimental était supérieur au groupe contrôle pour toutes les mesures sauf pour la qualité de vie et les résultats étaient maintenus au suivi à 3 mois. Les auteurs ont conclu que leurs résultats étaient prometteurs quant à l'efficacité de l'intégration de l'ACT à la TAC afin de réduire les symptômes de dépression, via Internet.

Une deuxième étude réalisée par Gaudiano et ses collègues (2015) visait à évaluer les effets d'une intervention d'activation comportementale en addition avec des composantes de l'ACT auprès de personnes atteintes de dépression avec symptômes psychotiques, en comparaison avec un groupe contrôle avec surveillance des symptômes (Gaudiano et al., 2015). Tous les participants (N = 13) recevaient un traitement de pharmacothérapie (qui comprenait un antidépresseur et un antipsychotique pour la plupart). Le programme d'intervention se basait sur la TAC, en plus d'ajouter les composantes d'acceptation et de pleine conscience de l'ACT et se déclinait sur 16 rencontres individuelles. Des mesures ont été prises au pré-test, post-test et suivi (3 mois après le programme) pour les variables suivantes : les symptômes dépressifs, le fonctionnement psychosocial, les symptômes psychotiques, l'inflexibilité psychologique et l'activation comportementale. Les résultats indiquent une supériorité du groupe expérimental, comparativement au groupe contrôle pour les symptômes dépressifs, le fonctionnement psychosocial et l'inflexibilité psychologique.

### ***Limites des études actuelles et apport de la présente étude***

La présente étude vise à pallier les limites actuelles de la littérature concernant les interventions psychologiques auprès des personnes atteintes de CSC. Premièrement, la majorité des études menées sur la TAC à ce jour sont en format individuel. De plus en plus de recherches sont conduites afin d'étudier l'efficacité de la TAC en format de groupe. Toutefois, deux méta-analyses soulèvent l'importance de mener davantage de recherches sur la TAC en groupe afin de statuer sur son efficacité (Chan et al., 2017) et



de définir les conditions optimales de la thérapie en groupe (Simmonds-Buckley et al., 2019). De plus, le format de groupe permet d'augmenter l'accessibilité aux interventions psychologiques dans un contexte où le temps et les ressources sont limitées (Hopko et al., 2003).

Deuxièmement, la TAC et l'ACT individuellement ont démontré des résultats encourageants auprès des CSC, mais davantage de données probantes sont nécessaires afin de statuer sur leur efficacité (Graham et al., 2016; Hopko et al., 2011; Lundervold et al., 2008). D'ailleurs, seulement deux études ont été répertoriées dans la littérature concernant l'intégration de la TAC et l'ACT (Carlbring et al., 2013; Gaudiano et al., 2015). Ainsi, cette étude constituerait la première étude intégrant ces deux thérapies menées auprès de personnes atteintes de CSC.

Troisièmement, la majorité des interventions psychologiques étudiées à ce jour se centrent sur une problématique spécifique (p. ex., cancer, sclérose en plaque, diabète). Toutefois, 20 % des Québécois âgés de 25 ans et plus présentent une comorbidité avec une autre CSC (Simard et al., 2019). Ainsi, la présente étude permet d'obtenir des données avec une bonne validité externe.

Quatrièmement, les interventions psychologiques visent généralement à traiter les troubles psychologiques (p. ex., dépression, troubles anxieux), une fois diagnostiqués. Le « programme ACTION » faisant l'objet de la présente étude, poursuit un objectif de

prévention, en intervenant avant la chronicisation de réactions naturelles (pensées et émotions pénibles) à des stressseurs en trouble psychologique. Ainsi, ce programme pourrait être bénéfique aux personnes atteintes de CSC, en leur fournissant un accompagnement leur permettant de développer des stratégies d'adaptation dès l'annonce de leur diagnostic. L'implantation d'un tel programme dans les centres hospitaliers, par exemple, pourrait réduire des demandes de service ultérieures nécessitant davantage de ressources (p. ex., rencontres individuelles de psychothérapie versus de groupe, recours aux services de psychologie versus psychoéducation ou travail social, nombre d'épisodes de services plus élevés). Ainsi, cette intervention de groupe brève pourrait contribuer à réduire les coûts et les ressources nécessaires aux personnes atteintes de CSC dans les centres hospitaliers.

### **Objectifs et hypothèses de recherche**

Cette étude est une étude pilote, à visée préventive, qui a pour objectif d'évaluer les effets du Programme ACTION sur la qualité de vie (variable principale), les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux (variables secondaires) ainsi que l'activation comportementale et l'inflexibilité psychologique (variables de processus) auprès de personnes atteintes de CSC. Les hypothèses de cette étude sont détaillées plus précisément ci-dessous.

Concernant la variable principale de cette étude, il est attendu selon l'hypothèse 1 qu'une augmentation significative du score total de qualité de vie sera observée entre le

pré-test et le post-test (T1 – T2) et que les résultats seront maintenus aux mesures de suivi (entre le T2 et T3 ainsi que le T2 et T4).

Concernant les variables secondaires, il est attendu selon l'hypothèse 2 qu'une diminution significative des symptômes dépressifs sera observée entre le pré-test et le post-test (T1 – T2) et que les résultats seront maintenus aux mesures de suivi (entre le T2 et T3 ainsi que le T2 et T4). Il est attendu selon l'hypothèse 3 qu'une diminution significative des symptômes anxieux sera observée entre le pré-test et le post-test (T1 – T2) et que les résultats seront maintenus aux mesures de suivi (entre le T2 et T3 ainsi que le T2 et T4).

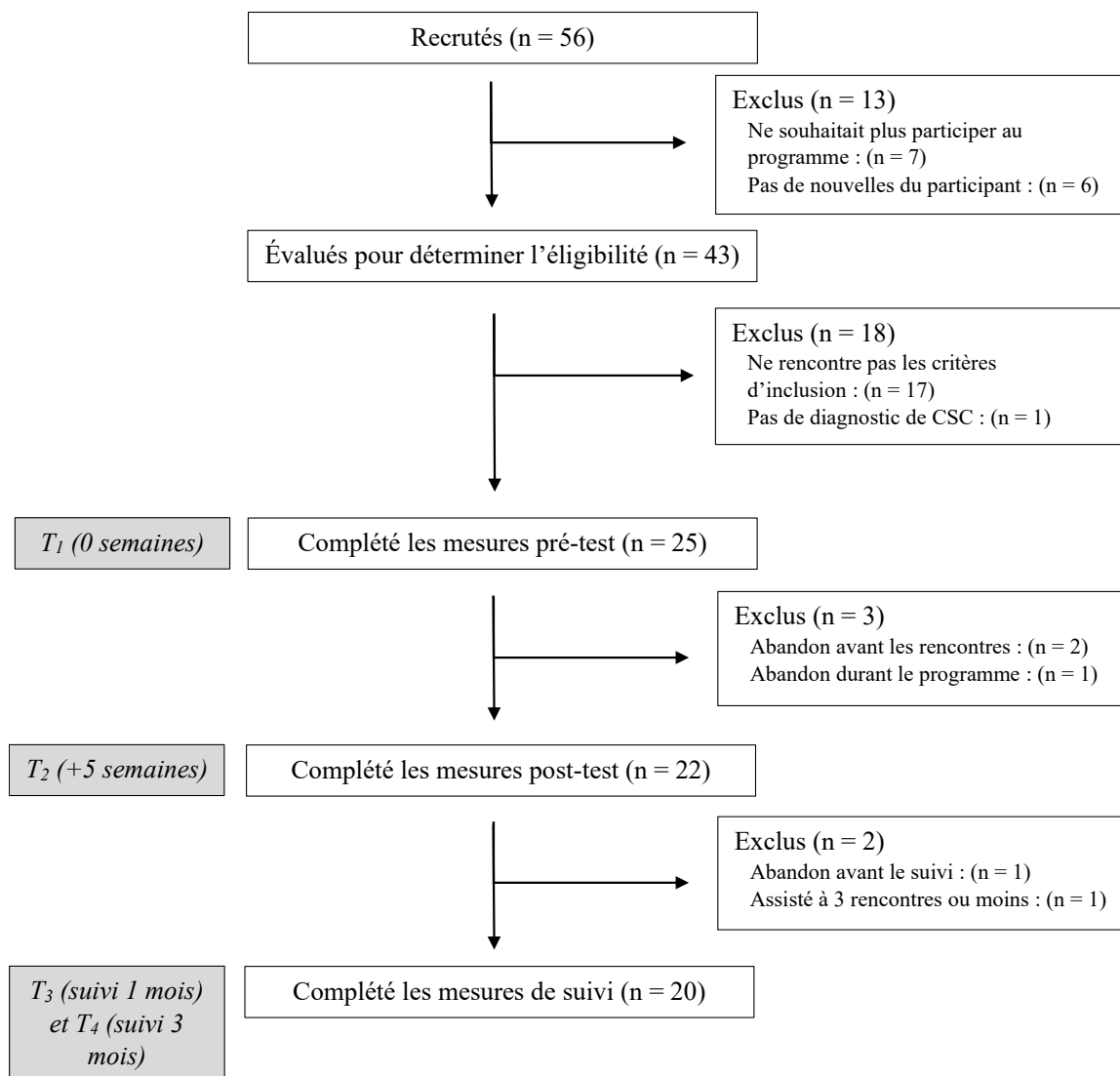
Au sujet des variables de processus, il est attendu selon l'hypothèse 4 qu'une augmentation significative du score total d'activation comportementale sera observée entre le pré-test et le post-test (T1 – T2) et que les résultats seront maintenus aux mesures de suivi (T2 à T3 et T2 à T4). Il est attendu selon l'hypothèse 5, qu'une diminution significative du score total d'inflexibilité psychologique sera observée entre le pré-test et le post-test (T1 – T2) et que les résultats seront maintenus aux mesures de suivi (T2 à T3 et T2 à T4).

## **Méthode**

Dans cette section, la méthode utilisée pour réaliser la présente étude est détaillée. Cette section est divisée en cinq sections : participants, intervention, instruments de mesure, procédure et analyses statistiques.

### **Participants**

Cinquante-six (56) participants ont été recrutés sur une période d'environ 10 mois (voir Figure 2). Les participants devaient présenter les critères d'admissibilité à l'étude suivants : (1) avoir 18 ans et plus; (2) tel que rapporté par le participant, avoir une condition de santé chronique; (3) avoir un score de 4 à 8 à l'un des deux items d'anxiété et dépression de l'*Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) ou un score plus petit ou égal à 5 à l'item unique mesurant la qualité de vie globale au *Questionnaire de McGill sur la qualité de vie* (MQOL); (4) se déplacer à la Clinique Universitaire de Services Psychologiques (CUSP) pour participer aux rencontres; (5) lire et parler le français; et (6) ne pas participer à des rencontres de psychothérapie individuelle pendant la durée de l'étude. Des critères d'exclusion ont également été déterminés afin d'éliminer les conditions qui nécessitent une prise en charge psychologique immédiate ou qui rendent la participation à l'étude contre-indiquée : (1) présence d'idées suicidaires/hétéro-agressives; (2) présence de symptômes dépressifs sévères (score de 16 et + au BDI) ou de symptômes psychotiques; (3) abus de substances et/ou d'alcool; et (4) difficultés cognitives rendant la lecture ou la participation à des discussion de groupe impossible.

**Figure 2***Flux des participants*

Sur les 56 participants recrutés, les 25 participants éligibles au programme ont tous donné leur consentement écrit avant de s'engager dans cette étude. Trois cohortes de participants ont été formées sur une période d'environ un an, comprenant sept participants

pour les deux premières cohortes et neuf participants pour la troisième. Cinq participants ont été retirés de l'étude.

### **Données descriptives**

Les caractéristiques sociodémographiques des participants sont présentées dans le Tableau 1. L'âge moyen des participants lors de leur participation au programme est de 57,2 ans ( $ÉT = 12,75$ ). La majorité des participants sont de sexe féminin (70 %). Un total de 45 % des participants sont mariés ou conjoints de fait ( $n = 9$ ), 35 % ont complété une scolarité de premier cycle universitaire ( $n = 7$ ) et 50 % sont à la retraite ( $n = 10$ ). Les CSC les plus courantes rapportées par les participants sont la fibromyalgie (30 %) et la sclérose en plaques (10 %). Les participants avaient reçu leur diagnostic de CSC en moyenne 13,10 ans avant de participer au programme. Un total de 15 % ( $n = 3$ ) des participants ont subi une chirurgie au cours des six derniers mois, 10 % consultent en psychologie et 20 % utilisent d'autres traitements. Des symptômes d'anxiété et de dépression ont été rapportés chez 55 % et 35 % de l'échantillon, respectivement. Au total, 85 % des participants prennent une médication antalgique et 55 % prennent une médication psychotrope.

**Tableau 1***Caractéristiques sociodémographiques des participants au pré-test*

Caractéristiques	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i> ou %	Plage
<b>Âge</b>				
Années	20	57,2	12,75	26 – 76
<b>Sexe</b>				
Féminin	14		70 %	
Masculin	6		30 %	
<b>État civil</b>				
Marié(e) ou conjoint de fait	9		45 %	
Célibataire	4		20 %	
Divorcé(e) ou séparé(e)	4		20 %	
Veuf(ve)	3		15 %	
<b>Scolarité</b>				
Études secondaires	5		25 %	
Formation professionnelle	3		15 %	
Études collégiales	4		20 %	
Premier cycle universitaire	7		35 %	
Deuxième ou troisième cycle universitaire	1		5 %	
<b>Occupation</b>				
Retraité(e)	10		50 %	
Prestataire d'une assurance invalidité (temporaire ou long terme)	7		35 %	
Salarié(e) à temps partiel	1		5 %	
Étudiant(e)	1		5 %	
Travailleur(e) autonome	1		5 %	
<b>Condition de santé</b>				
Fibromyalgie	6		30 %	
Sclérose en plaques	2		10 %	
Autres <sup>a</sup>	12		60 %	



**Tableau 1***Caractéristiques sociodémographiques des participants au pré-test (suite)*

Caractéristiques	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i> ou %	Plage
Temps écoulé depuis le diagnostic				
Années		13,10		0 - 52
Consultations professionnelles actuelles				
Chirurgie (6 derniers mois)	3		15 %	
Neurostimulation	1		5 %	
Physiothérapie	3		15 %	
Chiropractie	2		10 %	
Podiatrie	3		15 %	
Massothérapie	2		10 %	
Psychologie <sup>b</sup>	2		10 %	
Autres traitements <sup>c</sup>	4		20 %	
Autres troubles psychologiques actuels ou passés				
Anxiété	11		55 %	
Dépression	7		35 %	
Autres <sup>d</sup>	3		15 %	
Médication				
Antalgique	17		85 %	
Psychotrope	11		55 %	

*Note.* <sup>a</sup> Les autres conditions de santé les plus dérangeantes, à raison d'une condition de santé par participant : polyarthrite rhumatoïde, mal de dos, meralgie paresthésique, capsulites, lupus systémique, zona, amyotrophie spinale, paralysie, diabète, dorsalgie, apnée du sommeil, lymphome non-hodgkinien.

<sup>b</sup> Les deux participants qui ont poursuivi leur consultation en psychologie voyaient leur thérapeute aux deux semaines.

<sup>c</sup> Les autres traitements suivants ont été rapportés, à raison d'un traitement par participant : gant compressif, exercices physiques, suppléments alimentaires, immunosuppresseurs.

<sup>d</sup> Les diagnostics psychologiques suivants ont été rapportés : insomnie chez deux participants et diagnostic non-spécifié chez un participant.

### **Intervention**

Les rencontres de groupe hebdomadaires s'échelonnaient sur une période de cinq semaines, à raison d'une rencontre par semaine. Deux rencontres de suivi ont été effectuées, soit un mois et trois mois après la fin des rencontres hebdomadaires. Les rencontres étaient d'une durée de deux heures en comprenant une pause. Le programme ACTION était animé par une psychologue expérimentée dans le domaine de la psychologie de la santé ainsi que par une interne en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

Le programme ACTION était présenté aux participants comme une intervention ayant pour objectifs d'améliorer la qualité de vie, de fournir des outils pour aider à gérer les émotions difficiles et d'amener le participant à vivre une vie plus engagée, c'est-à-dire en fonction de ses valeurs personnelles. Le programme ACTION se veut une intervention de groupe préventive, c'est-à-dire qu'il est conçu pour briser le cycle négatif des symptômes anxiodépressifs avant qu'il ne se cristallise en trouble clinique. Le programme ACTION est personnalisé par le biais d'un plan d'action élaboré à partir d'objectifs importants pour le participant.

Une partie des rencontres visera à enseigner des stratégies que les participants pourront décider d'utiliser pour atteindre leurs objectifs personnels (voir Tableau 2). Les exercices proposés les aideront à dépasser un à un les obstacles qui les empêchent d'avancer vers ce qui est important pour eux.

**Tableau 2**

*Contenu des rencontres hebdomadaires*

Rencontre	Titre	Contenu et objectifs	Exercices à la suite de l'atelier
1	Observer ses habitudes et faire place au changement	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prendre l'habitude de s'observer</li><li>• Comprendre comment fonctionne l'humeur</li><li>• Comprendre la démarche de changement</li><li>• Commencer à déceler les pièges</li></ul>	Grille d'observation des activités quotidiennes, exercice d'identification des pièges et comportements alternatifs, tenter les premiers comportements alternatifs, lecture du chapitre 2
2	Lutter contre les émotions et pensées pénibles : une stratégie coûteuse et inefficace	<ul style="list-style-type: none"><li>• Regard en détail sur l'évitement</li><li>• Réalisation d'exercices expérientiels afin d'observer l'inefficacité de la lutte</li></ul>	Grille d'observation des activités quotidiennes, exercice la bonne voie, lecture et exercices du chapitre 3
3	Passer à l'action et se libérer de la dépendance à l'humeur	<ul style="list-style-type: none"><li>• Démarche de passage à l'action</li><li>• Comprendre l'importance d'agir selon un plan plutôt qu'en fonction de l'humeur</li><li>• Établir ses objectifs personnels.</li></ul>	Mise en œuvre du plan d'action, poursuivre la grille d'observation des activités quotidiennes, lecture et exercices du chapitre 4
4	Choisir l'ouverture et la prise de distance plutôt que la lutte	<ul style="list-style-type: none"><li>• Métaphore de l'hameçon et exercices de défusion</li></ul>	Poursuivre la mise en œuvre du plan d'action, exercice porter attention aux hameçons, journal de méditation, lecture du chapitre 5

**Tableau 2**

*Contenu des rencontres hebdomadaires (suite)*

Rencontre	Titre	Contenu et objectifs	Exercices à la suite de l'atelier
5	Gérer la rumination et les inquiétudes et vivre selon ses valeurs	<ul style="list-style-type: none"><li>• Distinguer la résolution de problème versus la rumination</li><li>• Présentation de stratégies pour gérer la rumination</li><li>• Exercice afin d'établir ses valeurs personnelles</li><li>• Présentation du concept d'acceptation qui doit accompagner l'action</li></ul>	Poursuivre la réflexion sur ses valeurs, exercice visant la planification des buts en lien avec les valeurs, pratiquer les stratégies la règles des 2 minutes en portant attention à l'expérience, planifier des moyens pour poursuivre la démarche de changement.
Suivi 1 et 2	Relance	Échanges sur la démarche de changement : actions tentées, découvertes, questions soulevées, obstacles rencontrés, stratégies mises de l'avant, retour sur des notions théoriques et intégration et exercices expérimentiels.	

Au terme du programme, les participants auront en mains de nouveaux outils qui pourront les aider d'une façon personnalisée à améliorer leur qualité de vie. Au fil des rencontres, ils pourront expérimenter différents outils et méthodes basées sur la TAC, avec l'ajout de composantes de l'ACT.

### **Instruments de mesure**

Les instruments de mesure qui ont été utilisés dans cette recherche sont des questionnaires autorapportés, soit trois questionnaires développés par l'équipe de recherche et quatre questionnaires validés en français et utilisés en contexte de psychologie de la santé. D'autres questionnaires ont été administrés pendant la durée de cette étude, mais ne feront pas l'objet d'une analyse dans le cadre de ce projet de recherche. Les questionnaires employés dans cette étude sont : *Questionnaire de dépistage téléphonique*, *Questionnaire sociodémographique et médical* (voir Appendice A), *Questionnaire de médication psychotrope autorapportée*, *Questionnaire de McGill sur la qualité de vie (MQOL)*, *l'Échelle hospitalière d'anxiété et de dépression (ÉHAD)*, *l'Échelle d'activation comportementale (BADS-SF)* et le *Questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II)* (voir Appendice B).

#### **Questionnaire de dépistage téléphonique**

À l'étape du recrutement, un questionnaire de dépistage a d'abord été administré aux participants lors de la première entrevue téléphonique afin d'évaluer leur éligibilité à l'étude. Ce questionnaire qui a été développé par l'équipe de recherche comprend 33 items,

dont des items provenant du *Mini-Mental State*, de l'*Inventaire abrégé de dépression de Beck* (adaptation maison), du MQOL et de l'*Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton*. Chacun des outils composant ce questionnaire a fait l'objet d'une validation rigoureuse, mais aucune mesure de validité n'est disponible pour l'outil de façon globale.

### **Questionnaire sociodémographique et médical**

Il s'agit d'un questionnaire créé par l'équipe de recherche visant à documenter les caractéristiques des participants (p. ex., âge, sexe, niveau de scolarité) ainsi que leur condition médicale (p. ex., diagnostic, traitements médicaux actuels). Ces données permettent de décrire l'échantillon recruté pour cette étude. Il n'existe pas de mesures de validité pour ce questionnaire. Les participants complètent ce questionnaire une seule fois avant le début de l'intervention (au T1).

### **Questionnaire de médication psychotrope autorapportée**

Il s'agit d'un questionnaire développé par l'équipe de recherche afin de recueillir des informations sur la consommation actuelle de médication psychotrope du participant. Il n'existe pas de mesures de validité pour ce questionnaire. Les participants devaient compléter ce questionnaire à neuf reprises, soit à chaque temps de mesure (T1 à T4) ainsi que lors des cinq mesures hebdomadaires.

La variable principale de cette étude est la qualité de vie, les variables secondaires sont les symptômes dépressifs et anxieux et les variables de processus sont l'activation

comportementale et la flexibilité psychologique. Les instruments de mesure utilisés pour cette étude ont été choisis selon leurs qualités psychométriques, leur validité en langue française et leur pertinence en regard à la population étudiée.

### **Questionnaire de qualité de vie**

Afin de mesurer la variable dépendante principale de qualité de vie, le MQOL est utilisé (Cohen et al., 1995). Ce questionnaire autorapporté a été développé pour les personnes qui sont atteintes d'une maladie qui menace leur vie. Il est validé en français (Cohen et al., 1997). Le MQOL comprend 17 items, dont un item unique global (SIS; *single-item scale*) et 16 items divisés en cinq domaines de la qualité de vie : les symptômes physiques, les symptômes psychologiques, le bien-être existentiel, le soutien social et le bien-être physique. Le participant répond aux 17 items en utilisant une échelle de type Likert de 0 à 10 en se basant sur son vécu des deux derniers jours. Un exemple d'item est : « Durant les deux derniers jours, je sentais que ma vie, à ce jour, était : 0 (*complètement ratée*) à 10 (*très bien remplie*). Les sous-échelles sont associées à des niveaux  $\alpha$  de Cronbach élevés ( $> 0,70$ ), à l'exception d'une sous-échelle portant sur des symptômes physiques n'ayant pas nécessairement de relation entre eux. Les participants devaient compléter le MQOL à quatre temps de mesure (T1 au T4).

### **Questionnaire pour les symptômes dépressifs et anxieux**

L'*Échelle hospitalière d'anxiété et de dépression* (ÉHAD; version francophone du *Hospital Anxiety and Depression Scale*; HADS) est un questionnaire autorapporté qui a

été développé afin de mesurer les symptômes d'anxiété et de dépression chez les personnes présentant des symptômes physiques. L'ÉHAD présente l'avantage de ne pas comporter d'items qui pourraient constituer une source de confusion potentielle entre les symptômes somatiques typiquement observés chez les personnes atteintes de CSC et les critères diagnostiques des problématiques anxieuses et/ou dépressives. Le questionnaire comporte 14 items, soit 7 pour l'anxiété et 7 pour la dépression. Les participants indiquent leur réponse sur une échelle de type Likert allant de 0 à 3 afin d'identifier comment ils se sont sentis dans la dernière semaine. Un exemple d'items est : « j'envisage les choses à venir avec plaisir ». La version francophone du questionnaire est validée (Savard et al., 1998) et démontre une excellente correspondance à la version anglaise ( $r \geq 0,87$ ). La validation française s'est faite auprès de participants atteints du VIH. Toutefois, il s'agit d'un questionnaire largement utilisé en contexte de psychologie de la santé. La validité des deux sous-échelles « anxiété » et « dépression » est également bien démontrée, associée à des  $\alpha$  de Cronbach de 0,83 et 0,82 respectivement (Bjelland et al., 2002). L'ÉHAD a été administré à quatre reprises, soit du T1 au T4.

### **Questionnaire pour l'activation comportementale**

Version francophone du *Behavioral Activation for Depression Scale – Short Form* (BADs-SF), l'*Échelle d'activation comportementale* est un questionnaire autorapporté de 9 items qui permet d'évaluer les changements dans l'activation et l'évitement au cours d'une intervention comportementale (Wagener et al., 2015). Les participants inscrivent leur réponse sur une échelle de type Likert en 7 points, allant de 0 (*Pas du tout*) à 6 (*Tout*



à fait). Un exemple d'item est : « je me suis livré(e) à des activités pour oublier que je ne me sentais pas bien ». Un score élevé à ce questionnaire indique un plus haut niveau d'activation et un plus bas niveau d'évitement. La version anglaise est utilisée en contexte de psychologie de la santé. L'échelle globale est associée à des  $\alpha$  de Cronbach de 0,81 (Wagener et al., 2015). La version française de ce questionnaire a été validée et a démontré une correspondance suffisamment similaire à la version anglaise ( $\alpha$  de Cronbach de 0,89). Le BADS-SF était administrée aux quatre temps de mesure (T1 à T4) ainsi que lors des mesures hebdomadaires.

### **Questionnaire pour la flexibilité psychologique**

Le *Questionnaire d'acceptation et d'action* (AAQ-II) est utilisé afin de mesurer l'inflexibilité psychologique et comporte 7 items. Le participant inscrit sa réponse sur une échelle de type Likert allant de 1 (*Jamais vrai*) à 7 (*Toujours vrai*). Un score plus élevé correspond à une plus grande flexibilité psychologique. Un exemple d'items est : « J'ai peur de ne pas être capable de contrôler mes inquiétudes et mes émotions ». La version française de ce questionnaire est validée auprès de la population générale (Monestès et al., 2009) ainsi que d'une population clinique atteinte de problèmes cardiaques (Laroque et al., 2014). Les  $\alpha$  de Cronbach obtenus sont de tailles similaires à ceux de version originale anglaise ( $> 0,75$ ). La version anglaise est utilisée en contexte de psychologie de la santé (Feros et al., 2013). L'AAQ-II a été administré aux quatre temps de mesure (T1 à T4) ainsi que lors des mesures hebdomadaires.

### **Procédure/Déroulement**

Les données récoltées à l'évaluation initiale (prétraitement/T1), à la fin des 5 séances hebdomadaires (post-traitement/T2), un mois après la fin du programme (suivi à un mois/T3) et trois mois après la fin du programme (suivi à trois mois/T4) ont permis de documenter l'effet du Programme ACTION sur la qualité de vie, les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux, l'activation comportementale et la flexibilité psychologique. Des données ont également été amassées lors des cinq rencontres hebdomadaires (entre le T1 et le T2) pour l'activation comportementale et la flexibilité psychologique, mais ne feront pas l'objet d'analyses dans le cadre de cette étude.

### **Phase pré-intervention**

Cette étude a été acceptée par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR; CER-16-221-07.10). Le recrutement des participants s'est fait à l'aide d'affiches et d'encarts (Association de la fibromyalgie Mauricie/Centre du Québec, Clinique de la sclérose en plaques du CIUSSS Mauricie/Centre du Québec, Société Canadienne de la sclérose en plaques section Mauricie, Adaptaforme à l'Hôpital Cooke, Association Québécoise de la douleur chronique, Clinique de rhumatologie de Trois-Rivières, Maison de la famille de Trois-Rivières et différentes cliniques à l'UQTR : Clinique universitaire de services psychologiques, Clinique multidisciplinaire en santé, Clinique universitaire de chiropratique et Clinique podiatrique) ainsi que différents médias écrits, télévisuels et électroniques (informations données par courriel, communiqué de presse publié sur l'Entête à l'UQTR, article dans le Nouvelliste de

Trois-Rivières, article dans l'Hebdo Journal). Ce projet a également été présenté au Docteur Jean-Luc Tremblay et à l'équipe de la Clinique de rhumatologie de Trois-Rivières. Le Programme ACTION était présenté comme une intervention préventive, s'adressant à des individus ayant de la difficulté à s'adapter à leur CSC, sans toutefois présenter une symptomatologie anxiodépressive trop importante.

Les personnes intéressées à participer à l'étude contactaient d'elles-mêmes l'assistante de recherche en laissant un message via téléphone ou courriel. Un premier contact téléphonique était établi afin de présenter le Programme ACTION, d'expliquer les modalités de la recherche et de vérifier l'éligibilité de la personne au projet de recherche. Un formulaire d'information et de consentement était acheminé par la poste aux participants éligibles et qui désiraient faire partie de l'étude. Des ressources alternatives étaient proposées aux participants non-éligibles au projet de recherche (p. ex., Clinique Universitaire de Services Psychologiques, CIUSSS).

Lors du deuxième appel téléphonique, une présentation détaillée de la recherche était faite et les participants étaient invités à poser leurs questions avant de retourner le formulaire de consentement signé par la poste. À la réception du formulaire de consentement signé, l'assistante de recherche envoyait les questionnaires pré-intervention (par courrier ou électronique selon la préférence des participants), qui devaient être complétés avant la première rencontre du programme.

### **Phase d'intervention, post-intervention et suivi**

Des questionnaires étaient complétés par les participants à chaque rencontre hebdomadaire. À la cinquième rencontre hebdomadaire, les questionnaires post-intervention étaient distribués aux participants (par courrier ou version électronique selon la préférence des participants). Les questionnaires de mesures de suivi étaient distribués aux participants (par courrier ou version électronique selon la préférence des participants) à un mois et trois mois après la fin des rencontres hebdomadaires.

### **Analyses statistiques**

Afin de décrire l'échantillon, des analyses de fréquence seront réalisées sur différentes variables descriptives. Pour les autres variables de cette étude, les scores obtenus par les participants à chacun des temps de mesure (T1 à T4) font l'objet d'analyses de variance selon un modèle mixte pour mesures répétées, suivies de comparaisons appariées avec correction de Bonferroni (afin de réduire le risque d'erreur de type 1 lorsque plusieurs comparaisons sont réalisées) lorsque les résultats sont significatifs.

Les matrices de corrélation pour chaque modèle d'analyse statistique ont été choisies selon la valeur minimale du *Akaike Information Criterion* (AIC) afin d'obtenir le meilleur ajustement possible. Selon les variables, les matrices de corrélation suivantes ont été choisies : *unstructured* pour le score total du MQOL, *compound symmetry* pour les sous-échelles de dépression et d'anxiété à l'ÉHAD, *autoregressive* pour le score total au BADS-SF et *compound symmetry* pour le score total à l'AAQ-II.

## **Résultats**

Dans cette section, les résultats obtenus à la suite des analyses statistiques seront détaillés. Les sections suivantes détailleront les résultats pour les variables principales de cette étude : la qualité de vie, les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux, l'activation comportementale et l'inflexibilité psychologique.

### **Résultats principaux**

Les résultats de cette étude portent sur cinq variables : la qualité de vie (variable principale), les symptômes dépressifs et anxieux (variables secondaires) ainsi que l'activation comportementale et la flexibilité psychologique (variables de processus). Les scores obtenus au MQOL, à l'ÉHAD, au BADS-SF ainsi qu'au AAQ-II font l'objet d'une analyse de variance selon un modèle mixte pour mesures répétées à travers quatre temps de mesure : avant le programme (T1), après le programme (T2), après la rencontre de suivi à 1 mois (T3) et après la rencontre de suivi à 3 mois (T4) (voir Tableau 3).

#### **Qualité de vie**

Concernant l'hypothèse 1, il était avancé que le score total de qualité de vie au MQOL augmente significativement entre le pré-test et le post-test (T1 – T2) et que les résultats se maintiennent aux mesures de suivi à 1 et 3 mois (T3 – T4). Contrairement à ce qui était attendu, aucun changement significatif n'a été observé entre les temps de mesures pour l'hypothèse 1 [ $F_{(3, 15,3)} = 1,21, p = 0,340$ ].

**Tableau 3***Modèle mixte pour mesures répétées*

Instruments de mesure	Moyenne T1 (ÉT)	Moyenne T2 (ÉT)	Moyenne T3 (ÉT)	Moyenne T4 (ÉT)
MQOL	5,29 (0,16)	5,73 (0,33)	5,90 (0,32)	5,87 (0,29)
ÉHAD				
Dépression	1,16 (0,10)	1,04 (0,10)	0,95 (0,10)	0,97 (0,11)
Anxiété	1,38 (0,11)	1,07 (0,11)	1,16 (0,11)	1,07 (0,12)
BADS-SF	4,32 (0,25)	4,75 (0,26)	4,72 (0,26)	4,93 (0,29)
AAQ-II	3,56 (0,19)	3,07 (0,20)	2,73 (0,21)	2,90 (0,21)

*Note.* MQOL = *Questionnaire de McGill sur la qualité de vie*; ÉHAD = *Échelle hospitalière d'anxiété et de dépression*; BADS-SF = *Échelle d'activation comportementale*; AAQ-II = *Questionnaire d'acceptation et d'action II* (inflexibilité psychologique).

### Symptômes dépressifs

En ce qui concerne l'ÉHAD, il était attendu, selon l'hypothèse 2, qu'une diminution significative du score de symptômes dépressifs soit observée entre le pré-test et le post-test (T1 – T2) et que le score total obtenu au post-test se maintienne aux mesures de suivi à 1 et 3 mois (T3 – T4). Les résultats n'indiquent aucune différence significative entre les temps de mesures [ $F_{(3, 48,7)} = 2,40, p = 0,080$ ].

### Symptômes anxieux

Il était attendu selon l'hypothèse 3, qu'une diminution significative du score de symptômes anxieux soit observée entre le pré-test et le post-test (T1 – T2), tel que mesuré par l'ÉHAD, et que les résultats se maintiennent aux mesures de suivi (T3 – T4). Les

résultats indiquent qu'une différence significative du score de symptômes anxieux a été observée [ $F_{(3, 48,2)} = 5,39, p = 0,003$ ]. Les comparaisons post-hoc (voir Tableau 4) indiquent une diminution significative du score d'anxiété entre le pré-test et le post-test [ $t_{(47,8)} = -3,55, p = 0,005$ ]. Aucun changement significatif n'a été observé entre le post-test et les mesures de suivi à 1 mois [ $t_{(48,4)} = -0,98, p = 1,000$ ] et à 3 mois [ $t_{(48,2)} = 0,92, p = 1,000$ ].

### **Activation comportementale**

Concernant le BADS-SF, il était attendu, selon l'hypothèse 4, que le score total augmente significativement entre le pré-test et le post-test (T1 – T2) et que le score obtenu au post-test se maintienne aux mesures de suivi à 1 et 3 mois (T3 – T4). Les résultats indiquent qu'aucun changement significatif n'a été observé entre les temps de mesures au BASD-SF [ $F_{(3, 44,5)} = 1,28, p = 0,293$ ].

### **Inflexibilité psychologique**

Au sujet de l'AAQ-II, il était soutenu, selon l'hypothèse 5, que le score total diminue significativement entre le pré-test et le post-test (T1 – T2) et que le score obtenu au post-test se maintienne aux mesures de suivi à 1 et 3 mois (T3 – T4). Tel qu'attendu à l'hypothèse 5, une différence significative du score total au AAQ-II a été observée [ $F_{(3, 47,7)} = 8,01, p = 0,000$ ]. Les comparaisons post-hoc (voir Tableau 4) indiquent une diminution significative du score total entre le pré-test et le post-test [ $t_{(47,6)} = -2,82,$



$p = 0,041$ ]. Aucun changement significatif n'a été observé entre le post-test et les mesures de suivi à 1 [ $t_{(47,7)} = 1,81, p = 0,457$ ] et 3 mois [ $t_{(47,8)} = -0,86, p = 1,000$ ].

**Tableau 4***Comparaisons post-hoc*

Instruments de mesure	T <sub>1</sub> vs T <sub>2</sub>			T <sub>2</sub> vs T <sub>3</sub>			T <sub>3</sub> vs T <sub>4</sub>		
	MDiff	<i>t</i>	<i>p</i>	MDiff	<i>t</i>	<i>p</i>	MDiff	<i>t</i>	<i>p</i>
MQOL	0,443	1,38	1,000	-0,168	-0,60	1,000	0,023	0,08	1,000
ÉHAD									
Dépression	-0,123	-1,44	0,933	0,090	0,99	1,000	-0,014	-0,15	1,000
Anxiété	-0,312	-3,55	0,005**	-0,091	-0,98	1,000	0,091	0,92	1,000
BADS-SF	3,002	1,62	0,673	0,205	0,10	1,000	-1,470	-0,70	1,000
AAQ-II	-3,489	-2,82	0,041*	2,385	1,81	0,457	-1,189	-0,86	1,000

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

MQOL = *Questionnaire McGill pour la qualité de vie*; ÉHAD = *Échelle hospitalière d'anxiété et de dépression*; BADS-SF = *Échelle d'activation comportementale*; AAQ-II = *Questionnaire d'acceptation et d'Action II (inflexibilité psychologique)*; MDiff = moyenne des différences.

En somme, il est possible de conclure que le Programme ACTION démontre certains résultats auprès des personnes atteintes de CSC. À la suite du programme ACTION, des changements significatifs ont été observés dans les symptômes anxieux des participants ainsi que dans leur flexibilité psychologique. Toutefois, contrairement à ce qui était attendu, aucun changement significatif n'a été observé pour la qualité de vie, les symptômes dépressifs et l'activation comportementale des participants.

## **Discussion**

La présente étude avait pour objectif d'évaluer les effets du Programme ACTION, une intervention préventive combinant la TAC et l'ACT, auprès de personnes atteintes de CSC. Pour ce faire, cinq hypothèses de recherche ont été postulées sur chacune des variables à l'étude : la qualité de vie, les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux, l'activation comportementale et la flexibilité psychologique. Les résultats de la présente étude indiquent une diminution significative des symptômes anxieux et de l'inflexibilité psychologique à la suite du Programme ACTION (post-test) ainsi qu'un maintien des acquis aux mesures de suivi. Aucun changement significatif n'a été observé pour les variables de qualité de vie, les symptômes dépressifs et l'activation comportementale. Dans la prochaine section, les résultats seront discutés selon chaque hypothèse.

Il était attendu qu'au terme du Programme ACTION (post-test), les participants rapporteraient une augmentation significative de leur qualité de vie (variable principale) et que les acquis seraient maintenus aux mesures de suivi (à un et trois mois après la fin de l'intervention). Contrairement à ce qui était attendu, les résultats n'ont pas indiqué de changement significatif pour la variable de qualité de vie (au post-test et aux mesures de suivi). Des résultats similaires ont été trouvés pour cette variable dans l'étude de Carlbring et ses collègues (2013) qui évaluait les effets d'une intervention combinant l'activation comportementale et l'ACT auprès de personnes avec des symptômes dépressifs, via Internet. Les participants recevaient un traitement entièrement sur le web (un module par

semaine pour sept semaines) et étaient encouragés à contacter le thérapeute par courriel (pour un maximum de 15 minutes par semaine). Le *Quality of Life Inventory* a été utilisé dans cette étude afin de mesurer le bien-être et la satisfaction par rapport à la vie. Les auteurs n'ont pas relevé de différences significatives entre le groupe recevant l'intervention et le groupe contrôle (en liste d'attente) sur la qualité de vie. Cependant, ces résultats vont à l'encontre de ce qui est généralement observé dans la littérature, notamment sur l'ACT, qui a comme visée première d'améliorer la qualité de vie. Dans la revue systématique de Graham et ses collègues (2016), des tailles d'effet de moyennes à grandes ont été rapportées sur la qualité de vie à la suite d'un programme basé sur l'ACT auprès de personnes atteintes de CSC. Dans une revue de méta-analyses réalisée par Gloster et ses collègues (2020), l'ACT a démontré des résultats significatifs pour la qualité de vie avec des tailles d'effets moyennes auprès d'échantillons présentant de la douleur chronique et des problèmes de santé physique et mentale. De plus, les résultats aux mesures de suivi démontrent généralement un maintien des acquis à 3 et 18 mois pour l'ACT en format de groupe (Coto-Lesmes et al., 2020). Ces disparités dans les résultats pourraient également être explicables par le devis des études, l'échantillon sélectionné et la durée de la maladie chez les participants (Busija et al., 2017). Il se peut que l'instrument de mesure utilisé dans la présente étude (MQOL) n'ait pas permis de « capter » les effets du Programme ACTION, en raison du fait que certaines sous-échelles, comme celle qui mesure la composante physique de la qualité de vie, n'ait pas été ciblé directement dans le programme. À l'avenir, en raison de notre cadre théorique, il pourrait être intéressant

d'évaluer la qualité de vie en tenant compte de l'écart entre l'importance accordée à certaines catégories de valeurs et les actions en cohérence avec ces valeurs.

Il était attendu, selon l'hypothèse 2, que les participants rapportent une diminution de leurs symptômes dépressifs (variable secondaire) au terme du Programme ACTION et que les résultats se maintiennent aux mesures de suivi (un et trois mois). Contrairement à ce qui était attendu à l'hypothèse 2, aucun changement significatif n'a été observé dans les symptômes dépressifs des participants à la suite du Programme ACTION. Les résultats quant aux effets sur les symptômes dépressifs ne concordent pas avec la littérature scientifique actuelle (Carlbring et al., 2013; Gaudiano et al., 2015). Ces deux études ont plutôt démontré une diminution significative des symptômes dépressifs au post-test avec des tailles d'effet de moyennes à grandes. De plus, la littérature sur l'activation comportementale et l'ACT en groupe démontre que les acquis au post-test sont généralement maintenus pour les symptômes dépressifs sur une période de 2 à 18 mois (Coto-Lesmes et al., 2020; Simmonds-Buckley et al., 2019). L'échantillon de la présente étude diffère toutefois de ceux de Carlbring et al. (2013) et de Gaudiano et al. (2015). En effet, les participants recrutés dans ces deux études devaient remplir les critères de dépression majeure selon le DSM-IV. L'échantillon recruté pour le Programme ACTION était plutôt constitué de personnes présentant des symptômes anxiodépressifs de légers à modérés.

Selon l'hypothèse 3, il était attendu que les symptômes anxieux (variable secondaire) diminuent significativement entre le pré-test et le post-test et que les résultats soient maintenus aux mesures de suivi (un et trois mois). Conformément à ce qui était attendu, les résultats de la présente étude indiquent une diminution significative des symptômes anxieux des participants au post-test et un maintien des acquis aux mesures de suivi. Ces résultats vont de pair avec ceux obtenus par Carlbring et ses collègues (2013) ayant démontré une supériorité du programme d'intervention (combinant l'activation comportementale et l'ACT) au groupe contrôle sur liste d'attente concernant les symptômes anxieux. Toutefois, dû à des raisons éthiques, il n'y a pas de données sur les mesures de suivi dans l'étude de Carlbring et al., car le groupe contrôle aurait commencé le programme d'intervention immédiatement après le post-test. Quelques différences entre la présente étude et celle de Carlbring et al. sont toutefois à noter. Outre l'échantillon où les participants devaient remplir les critères d'un épisode de dépression majeure, l'*Inventaire d'anxiété de Beck* a été utilisé pour mesurer les symptômes anxieux dans l'étude de Carlbring et al. alors que dans la présente étude il s'agissait de l'ÉHAD.

Les résultats de la présente étude sont également cohérents avec les données sur les effets de l'activation comportementale et de l'ACT. Dans une méta-analyse récente évaluant les effets de l'activation comportementale en groupe, des tailles d'effet moyennes ( $g = 0,37$ ) ont été trouvées pour les symptômes anxieux en comparaison avec des groupes contrôles inactifs (Stein et al., 2021). L'ACT, pour sa part, est considérée comme une



intervention modérément efficace pour l'anxiété selon la Division 12 de APA<sup>1</sup>. Une revue de méta-analyses réalisée par Gloster et ses collègues (2020) visant à évaluer le statut empirique de l'ACT a trouvé des tailles d'effets de faibles à moyennes ( $g = 0,18 - 0,57$ ) pour l'anxiété en comparaison avec des groupes contrôles. Concernant les mesures de suivi, la littérature semble indiquer que les acquis se maintiennent ou sont améliorés aux suivis à deux et trois mois pour l'ACT (Coto-Lesmes et al., 2020) et à trois mois pour l'activation comportementale (Fernández-Rodríguez et al., 2020) dans un format de groupe.

Il semble que le Programme ACTION puisse avoir des effets sur les symptômes anxieux des personnes atteintes de CSC. La TAC a été créée à l'origine afin de traiter la dépression et est considérée comme un traitement fortement efficace pour cette condition<sup>2</sup>. L'objectif de la TAC est d'augmenter l'engagement envers des activités plaisantes ou suscitant un sentiment de compétence et de diminuer l'engagement dans des activités qui contribuent à maintenir la dépression (Dimidjian et al., 2011). Or, par le fait même, l'individu procède à une forme d'exposition graduelle aux situations de la vie quotidienne. La thérapie de groupe est, en elle-même, une forme d'exposition à une situation qui peut être anxiogène. L'exposition consiste à affronter une situation anxiogène et tolérer l'anxiété générée jusqu'à temps qu'elle diminue significativement (Chaloult, 2008). Selon la Division 12 de l'APA, l'exposition est considérée comme ayant un fort appui empirique

---

<sup>1</sup> <https://div12.org/treatment/acceptance-and-commitment-therapy-for-mixed-anxiety-disorders/>

<sup>2</sup> <https://div12.org/treatment/behavioral-activation-for-depression/>

pour plusieurs troubles anxieux<sup>1</sup>. Un individu pourrait, par exemple, avoir tendance à rester chez lui par crainte de ressentir des douleurs physiques et que ses douleurs aient un impact sur sa capacité à entrer en relation. Dans la TAC, cet individu pourrait être amené à aller prendre une courte marche avec un ami afin de favoriser l'accès au plaisir et au sentiment de compétence. Toutefois, il est possible que les premières tentatives de réalisation de cette activité soient anxiogènes et qu'il doive tolérer son anxiété pour avoir accès aux renforcements. Avec la répétition de l'exposition à cette situation, son anxiété pourrait diminuer grandement, voire disparaître.

Selon l'hypothèse 4, il était attendu que les participants rapportent une augmentation significative de leur activation comportementale (variable de processus) à la suite du Programme ACTION et que les résultats se maintiennent aux mesures de suivi (un et trois mois). Contrairement à ce qui était attendu, aucun résultat significatif n'a été observé pour l'activation comportementale. Ces résultats ne sont pas cohérents avec la littérature scientifique actuelle sur la TAC (Dimidjian et al., 2011) et vont également à l'encontre des travaux de Gaudiano et ses collègues (2015). Dans leur étude pilote (N = 13), ces derniers ont évalué les effets du programme ADAPT (une approche qui combine l'activation comportementale et l'ACT) auprès d'un échantillon de personnes ayant des symptômes dépressifs avec symptômes psychotiques et ont trouvé une augmentation significative de l'activation au post-test. Toutefois, les auteurs ont relevé des tailles d'effet relativement faibles ( $d = 0,43$ ) dans les niveaux d'activation comportementale au terme

---

<sup>1</sup> <https://div12.org/treatments/>

de l'intervention. Un maintien et une amélioration des acquis sont généralement rapportés aux mesures de suivi à trois mois suite à une intervention (Fernández-Rodríguez et al., 2020).

Les résultats obtenus dans la présente étude pourraient être explicables par le nombre restreint de rencontres du Programme ACTION (7 incluant les rencontres de suivi). Le choix de ce devis permettait d'offrir une intervention avec un rapport coûts/bénéfices avantageux, en fonction du contexte universitaire dans lequel l'étude se déroulait. Toutefois, il est possible que davantage de rencontres soient nécessaires pour effectuer des changements significatifs dans l'activation des participants. Dans l'étude de Gaudiano et al. (2015), les participants ont assisté à 16 rencontres du programme ADAPT sur une période de quatre mois. Le Programme ACTION comporte plus de deux fois moins de rencontres, avec un total de sept rencontres (5 hebdomadaires et deux de suivi) sur une période de 5 mois. D'autres études seront nécessaires afin de mieux comprendre les résultats obtenus pour la variable d'activation comportementale et de potentiellement identifier les variables nécessaires au changement.

Selon l'hypothèse 5, il était attendu que les participants rapportent une diminution significative de leur niveau d'inflexibilité psychologique (variable de processus) au terme du Programme ACTION (post-test) et que les résultats se maintiennent aux mesures de suivi (un et trois mois). Les résultats confirment cette hypothèse, indiquant une diminution significative du score d'inflexibilité psychologique entre le pré-test et le post-test ainsi

qu'un maintien des acquis aux mesures de suivi. La littérature sur l'ACT en format de groupe indique également un maintien des résultats aux mesures de suivi à un et trois mois pour la flexibilité psychologique (Coto-Lesmes et al., 2020). Gaudio et ses collègues (2015) ont également observé des effets positifs suite à l'intervention. Il se pourrait donc que le programme actuel engendre des effets positifs sur l'anxiété, notamment, par une amélioration du niveau de flexibilité psychologique. Cette hypothèse reste à être évaluée plus amplement dans des futures recherches.

### **Limites**

Quelques limites doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats de cette étude. Premièrement, la limite principale est le devis de la présente étude (un seul groupe) qui empêche d'établir des liens de cause à effet. Il serait pertinent de mener une étude sur le Programme ACTION selon un devis randomisé contrôlé avec groupe contrôle afin de mieux isoler les différentes variables et de discerner les ingrédients ayant mené aux changements observés. Ce type d'étude permettrait d'identifier si les effets sont attribuables au Programme ACTION ou à d'autres variables (p. ex., effet de groupe, effet du thérapeute, passage du temps, médication).

Deuxièmement, l'échantillon est composé de participants rapportant peu de symptômes psychologiques. En raison de sa visée préventive, seulement les personnes présentant une souffrance de légère à modérée, étaient acceptées dans le Programme ACTION. Il est possible que la présence d'une détresse moins importante ait des impacts

sur la force du changement et, donc, sur la significativité des résultats de cette étude. Par ailleurs, cette étude a l'avantage d'adopter en devis à mesure répétées, mais l'échantillon demeure de petite taille ( $N = 20$ ), ce qui implique que les corrélations doivent être plus élevées pour être significatives comparativement avec un plus grand échantillon.

Troisièmement, le Programme ACTION comporte un nombre restreint de séances. Il est possible qu'un nombre plus grand de rencontres aurait permis d'observer davantage de changements. Habituellement, le nombre de séances se situe entre 8 et 24 pour l'activation comportementale pour la dépression et entre 8 et 12 pour l'ACT<sup>1</sup>. Dans une méta-analyse sur les effets de l'activation comportementale pour la dépression en format de groupe, le nombre moyen de rencontres était de 11,14 (Chan et al., 2017).

Quatrièmement, deux limites doivent être prises en compte au sujet des mesures de suivi. D'abord, des mesures de suivi auraient pu être prises à plus long terme (p. ex., 6 mois et 1 an après la fin du programme) afin de mieux connaître les effets préventifs du programme sur les symptômes anxieux et dépressifs chez les personnes atteintes de CSC. Ensuite, notons que dans la présente étude, les mesures de suivis étaient prises tout de suite après une rencontre d'intervention visant à favoriser le maintien des acquis. Cet élément doit être considéré dans l'interprétation des résultats.

---

<sup>1</sup> <https://div12.org/treatments/>

Cinquièmement, l'utilisation de questionnaires autorapportés en recherche peut influencer la validité des résultats, car les réponses sont subjectives. En effet, la recherche démontre que les individus ont de la difficulté à s'autoévaluer correctement (Karpen, 2018). Plusieurs biais peuvent influencer la capacité des individus à s'évaluer adéquatement (p. ex., biais de désirabilité sociale, biais d'évaluation de sa compétence, phénomène d'habituation face à la mesure, phénomène de prophétie autoréalisatrice).

Bien que la présente étude comporte quelques limites, elle se démarque par son originalité, puisqu'elle a permis d'obtenir les toutes premières données sur les effets d'une intervention combinant la TAC et l'ACT auprès d'un échantillon atteint de CSC. Elle constitue également la première étude combinant ces approches contemporaines à présenter des données en format de groupe et à fournir des analyses statistiques sur les mesures de suivi (un et trois mois). D'autres études sont toutefois nécessaires afin de mieux évaluer et comprendre les effets du Programme ACTION auprès de personnes atteintes de CSC.

## **Conclusion**

La présente étude était un projet pilote qui avait pour objectif d'évaluer les effets du Programme ACTION auprès de personnes atteintes de CSC. Le Programme ACTION avait été créé dans une visée préventive, afin d'empêcher une détérioration et chronicisation des symptômes naturellement présents chez les personnes atteintes de CSC. En visant à éviter une détérioration des symptômes, le Programme ACTION avait également comme retombée d'amener une réduction des coûts de santé publique associés aux soins octroyés aux individus atteints de CSC (p. ex., utilisation des services médicaux et en santé mentale). L'échantillon recruté pour la présente étude était composé de 20 participants atteints d'au moins une CSC et rapportant une faible qualité de vie ou des symptômes anxiodépressifs de légers à modérés. Des analyses de variance selon un modèle mixte à mesures répétées ont été effectuées en quatre temps de mesures (pré et post test ainsi que deux suivis d'un et trois mois) afin d'évaluer les effets du Programme ACTION sur la qualité de vie, les symptômes dépressifs et les symptômes anxieux, ainsi que sur l'activation comportementale et la flexibilité psychologique. Les résultats obtenus montrent des effets significativement positifs du Programme ACTION sur les symptômes anxieux et sur la flexibilité psychologique des personnes atteintes de CSC. Toutefois, il a été constaté que davantage de recherche serait nécessaire afin de mieux comprendre les résultats moins concluants sur la qualité de vie, les symptômes dépressifs et l'activation comportementale. Somme toute, en tenant compte du caractère préventif de l'étude, les résultats montrent que le Programme ACTION parvient à limiter la détérioration des



symptômes dans le temps. Dans la discussion, des interprétations ont été proposées afin d'expliquer ces résultats, notamment par les caractéristiques et la taille de l'échantillon, le devis de l'étude, les instruments de mesure utilisés et le nombre de rencontres de psychothérapie (dosage optimal) nécessaire au changement. La prochaine section présente les apports de cette étude pour le domaine de la clinique et de la recherche en psychologie. Des pistes de recherche futures seront ensuite proposées afin de mieux orienter les prochaines études au sujet du Programme ACTION et des CSC. Enfin, une réflexion sera proposée sur l'unification des approches en TCC afin de mieux identifier les ingrédients menant au mieux-être des individus.

### **Apports de la présente étude**

Au Québec, presque la moitié de la population (48 %) est atteinte d'au moins une CSC. Ce nombre s'élève avec l'âge, atteignant 90 % des individus de 85 ans et plus (Simard et al., 2019). La recherche démontre une tendance à la hausse des CSC (Cazale & Dumitru, 2008; James et al., 2018), qui risque de continuer à s'accroître avec le temps. La présence de CSC est souvent associée à des symptômes psychologiques pénibles qui peuvent se chroniciser en trouble psychologique lorsqu'ils ne sont pas traités en amont. Cette étude a au moins trois retombées concrètes pour le monde de la clinique et la recherche.

Premièrement, à notre connaissance, cette étude est l'une des rares ayant mesuré les effets d'un programme qui combine la TAC et l'ACT pour les CSC. Deux études avaient déjà évalué les effets de la combinaison de l'activation comportementale et de l'ACT.

Toutefois, aucune étude n'avait évalué ces effets auprès d'un échantillon atteint de CSC. La présente étude est également la première combinant la TAC et l'ACT à fournir des résultats pour une intervention en format de groupe et pour des mesures de suivi. Deuxièmement, la combinaison de deux approches des TCC dites de « troisième génération » est pertinente autant sur le plan théorique que clinique. La similarité des bases théoriques de la TAC et l'ACT en facilite leur intégration, afin d'en faire un programme cohérent. Les concepts d'*action engagée* et des *valeurs*, par exemple, se retrouvent au centre des deux thérapies. Les processus similaires de la TAC et l'ACT permettent de maximiser les stratégies aidant à faire du sens des nouvelles actions entreprises ainsi qu'à mieux gérer les pensées, émotions et symptômes incommodes. Dans un contexte de pertes, de deuils et de limitations chroniques, il est pertinent de s'intéresser aux processus pouvant améliorer la qualité de vie et le mieux-être des personnes atteintes de CSC.

Troisièmement, peu d'études s'intéressent aux interventions psychologiques permettant de prévenir une détérioration des symptômes de détresse en troubles psychologiques chez les personnes atteintes de CSC. D'autres études à visée préventive ont été menées sur des interventions non issues du domaine de la psychologie, tel que les effets de l'activité physique sur les symptômes anxiodépressifs des personnes atteintes de CSC (Pedersen & Saltin, 2006). Certaines études ont évalué les effets des TCC traditionnelles sur des échantillons présentant une CSC, en plus d'un trouble psychologique concomitant (Kunik et al., 2008; Livermore et al., 2010). La présente étude

est l'une des premières à fournir des données quant aux interventions psychologiques visant la prévention des troubles psychologiques chez les personnes souffrant de CSC.

### **Pistes de recherche futures**

Les résultats démontrent que le Programme ACTION pourrait avoir des effets sur les symptômes anxieux et la flexibilité psychologique des personnes atteintes de CSC. Au-delà de l'efficacité de l'intervention, il est nécessaire de parfaire notre compréhension des processus de changement. Pour ce faire, il serait pertinent d'étudier les processus de changement du Programme ACTION dans un plus large échantillon de personnes atteintes de CSC, selon un devis aléatoire avec groupe contrôle. Des analyses de médiation pourraient permettre de mieux comprendre par quel(s) processus le changement s'opère et de déterminer l'efficacité des différentes composantes du Programme ACTION (Frazier et al., 2004). Il serait également pertinent de mener une étude comparant le Programme ACTION à un groupe contrôle actif, tel qu'un groupe de psychoéducation, de pleine conscience ou de TCC traditionnelle. La comparaison avec des groupes actifs permettrait de déterminer la plus-value du Programme ACTION, par rapport à d'autres interventions de même ampleur utilisées auprès des personnes atteintes de CSC. Afin de mieux comprendre les différences entre les résultats de la présente étude et ceux obtenus par les équipes de Carlbring et al. (2013) et Gaudiano et al. (2015), il serait intéressant d'évaluer si les effets du Programme ACTION sont similaires en format de groupe comparativement au format individuel. De même, il serait pertinent d'évaluer les effets du Programme ACTION avec un nombre plus élevé de rencontres. En somme, plus de travail est

nécessaire afin de mieux comprendre les ingrédients actifs (p. ex., processus de changement, composantes de l'intervention) qui permettent d'optimiser les impacts de l'intervention.

### **Au-delà des approches : l'intérêt des processus thérapeutiques**

La thérapie basée sur les processus (*Process-Based Therapy*; PBT) est un nouveau courant des TCC dont l'objectif central est d'identifier les processus de changements efficaces parmi l'ensemble des thérapies faisant parties des TCC (Hofmann & Hayes, 2019). Ce courant brise les frontières entre les vagues « comportementale », « cognitive » et de « 3<sup>e</sup> génération » afin de se centrer sur les facteurs communs menant au mieux-être des individus. La PBT est une approche plus individualisée qui permet de répondre aux besoins des individus présentant un même diagnostic avec des tableaux cliniques différents, des comorbidités ou des symptômes psychologiques sous-cliniques (Ong et al., 2020). Sur la base d'une analyse fonctionnelle, des méthodes thérapeutiques des trois vagues de TCC peuvent être utilisées dans un même plan d'intervention, à condition de cibler des processus psychothérapeutiques empiriquement validées (p. ex., évitement expérientiel, rumination). Au-delà des écoles de pensées, qu'elle soit appelée ACT ou TAC, il est davantage porteur de penser l'intervention en termes de processus thérapeutiques communs qui unissent ces approches, comme l'acceptation des émotions, la pleine conscience et l'activation au service des valeurs du client. Des études sont nécessaires afin d'identifier précisément les processus de changement communs et de définir les méthodes d'application efficaces pour cibler ces processus visés (Dionne &

Lapointe, 2022). Les principes de la PBT pourraient éventuellement aider à la prévention de la détresse psychologique chez les personnes atteintes de CSC, en ciblant mieux leurs besoins respectifs dès le départ.

## Références

- Adam, S. S., Flahiff, C. M., Kamble, S., Telen, M. J., Reed, S. D., & De Castro, L. M. (2017). Depression, quality of life, and medical resource utilization in sickle cell disease. *Blood Advances*, *1*(23), 1983-1992. <https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2017006940>
- Ali, S., Stone, M., Peters, J., Davies, M., & Khunti, K. (2006). The prevalence of comorbid depression in adults with Type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, *23*(11), 1165-1173. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2006.01943.x>
- American Psychological Association. (APA, 2016). *Treatment target: Depression*. <https://div12.org/diagnosis/depression/>
- Asmundson, G. J., & Katz, J. (2009). Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: State-of-the-art. *Depression and Anxiety*, *26*(10), 888-901. <https://doi.org/10.1002/da.20600>
- Baraldi, R., Bordeleau, M., Plante, N., & Joubert, K. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale 2012*. (2550730291). Institut de la statistique du Québec. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2463222>
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. Dans P. M. Salkovskis (Éd.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*(2), 69-77. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)
- Blais, M.-C., & Boisvert, J.-M. (2010). La thérapie d'activation comportementale : une avancée importante dans le traitement de la dépression. *Revue québécoise de psychologie*, *31*(3), 127-144.

- Busija, L., Tan, J., & Sanders, K. M. (2017). Associations between illness duration and health-related quality of life in specified mental and physical chronic health conditions: Results from a population-based survey. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 26(10), 2671-2681. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1592-7>
- Carlbring, P., Hägglund, M., Luthström, A., Dahlin, M., Kadowaki, Å., Vernmark, K., & Andersson, G. (2013). Internet-based behavioral activation and acceptance-based treatment for depression: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 148(2), 331-337. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.12.020>
- Cataldo, J. K., & Brodsky, J. L. (2013). Lung cancer stigma, anxiety, depression and symptom severity. *Oncology*, 85(1), 33-40. <https://doi.org/10.1159/000350834>
- Cazale, L., & Dumitru, V. (2008). *Les maladies chroniques au Québec : quelques faits marquants : Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-12-les-maladies-chroniques-au-quebec-quelques-faits-marquants-serie-enquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes.pdf>
- Cazale, L., Nanhou, V., & Laprise, P. (2009). *Maladies chroniques au Québec et au Canada: Évolution récente et comparaisons régionales : Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-17-maladies-chroniques-au-quebec-et-au-canada-evolution-recente-et-comparaisons-regionales-serie-enquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes.pdf>
- Chaloult, L. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale : théorie et pratique*. Gaétan Morin.
- Chan, A. T., Sun, G. Y., Tam, W. W., Tsoi, K. K., & Wong, S. Y. (2017). The effectiveness of group-based behavioral activation in the treatment of depression: An updated meta-analysis of randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 208(1), 345-354. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.026>
- Ciaramella, A., & Poli, P. (2001). Assessment of depression among cancer patients: The role of pain, cancer type and treatment. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 10(2), 156-165. <https://doi.org/10.1002/pon.505>
- Cohen, S. R., Mount, B. M., Bruera, E., Provost, M., Rowe, J., & Tong, K. (1997). Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: A multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. *Palliative Medicine*, 11(1), 3-20. <https://doi.org/10.1177/026921639701100102>



- Cohen, S. R., Mount, B. M., Strobel, M. G., & Bui, F. (1995). The McGill Quality of Life Questionnaire: A measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliative Medicine*, 9(3), 207-219. <https://doi.org/10.1177/026921639500900306>
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263(1), 107-120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.154>
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15(3), 245-258. <https://doi.org/10.1002/wps.20346>
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 318-326. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001>
- da Rocha, N. S., Schuch, F. B., & de Almeida Fleck, M. P. (2014). Gender differences in perception of quality of life in adults with and without chronic health conditions: The role of depressive symptoms. *Journal of Health Psychology*, 19(6), 721-729. <https://doi.org/10.1177/1359105313478644>
- De Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372(9634), 246-255. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61078-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61078-8)
- Dimidjian, S., Barrera Jr, M., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 1-38. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535>
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L. Neil, & Jacobson, S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658>
- Dionne, F., Blais, M.-C., Boisvert, J.-M., Beaudry, M., & Cousineau, P. (2010). Optimiser les interventions comportementales et cognitives avec les innovations de la troisième vague. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, XV, 1-15.

- Dionne, F., Blais, M.-C., & Monestès, J.-L. (2013). Mieux vivre avec la douleur chronique grâce à la thérapie d'acceptation et d'engagement. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 131-152. <https://doi.org/10.7202/1023993ar>
- Dionne, F., & Lapointe, L. (2022). Peut-on encore parler de vagues en TCC? La thérapie basée sur les processus, voie d'avenir en psychothérapie. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, XXVI(3), 27-39.
- Dionne, F., Ngô, T.-L., & Pinard, V. (2018). Le rôle de la pleine conscience dans les thérapies cognitivo-comportementales contemporaines. Dans A. Devault & G. Pérodeau (Éds), *Pleine conscience et relation d'aide. Théorie et pratique* (pp. 65-85). Presses de l'Université Laval et Hermann-Diffusion Hachette.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. (2010). *Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies*. Guilford Press.
- Dochat, C., Wooldridge, J. S., Herbert, M. S., Lee, M. W., & Afari, N. (2021). Single-session Acceptance and Commitment Therapy (ACT) interventions for patients with chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20(1), 52-69. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.03.003>
- Dubey, A. (2010). Psychosocial aspect of health and illness. Dans S. Ojha & S. Upadhyay (Éds), *Coping with chronic illness* (pp. 169-177). Global Vision Publishing House.
- Ekers, D., Richards, D., & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine*, 38(5), 611-623. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001614>
- Ekers, D., Webster, L., van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLoS ONE*, 9(6), Article e100100. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100100>
- Feinstein, A. (2011). Multiple sclerosis and depression. *Multiple Sclerosis Journal*, 17(11), 1276-1281. <https://doi.org/10.1177/1352458511417835>
- Felker, B., Katon, W., Hedrick, S. C., Rasmussen, J., McKnight, K., McDonnell, M. B., & Fihn, S. D. (2001). The association between depressive symptoms and health status in patients with chronic pulmonary disease. *General Hospital Psychiatry*, 23(2), 56-61. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(01\)00127-X](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(01)00127-X)

- Fernández-Rodríguez, C., González-Fernández, S., Coto-Lesmes, R., & Pedrosa, I. (2020). Behavioral activation and Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety and depression in cancer survivors: A randomized clinical trial. *Behavior Modification, 45*(1), 822-859. <https://doi.org/10.1177/0145445520916441>
- Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J. T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: A preliminary study. *Psycho-Oncology, 22*(2), 459-464. <https://doi.org/10.1002/pon.2083>
- Fleck, M. P., Lima, A. F., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V. R., & Camey, S. (2002). Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Brazil. *Revista de saude publica, 36*(4), 431-438. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000400008>
- Fournier, C., Cazale, L., Dubé, G., Murphy, M., & Godbout, M. (2014). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : utilisation des services de santé et services sociaux des personnes avec incapacité.* (2550690540). Institut de la statistique du Québec. [https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2281364?doref=QIns\\_11Yf\\_kHPRPeVcz84jw](https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2281364?doref=QIns_11Yf_kHPRPeVcz84jw)
- Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology, 51*(2), 157. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.115>
- Gaudiano, B. A., Busch, A. M., Wenzel, S. J., Nowlan, K., Epstein-Lubow, G., & Miller, I. W. (2015). Acceptance-based behavior therapy for depression with psychosis: Results from a pilot feasibility randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Practice, 21*(5), 320-333. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000092>
- Germer, C. K. (2013). Mindfulness: What is it? What does it matter? Dans C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Éds), *Mindfulness and psychotherapy* (2<sup>e</sup> éd., pp. 3-35). Guilford Press.
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M., Twohig, M., & Karekla, M. (2020). The empirical status of Acceptance and Commitment Therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science, 18*(1), 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- González-Fernández, S., Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, M. D., & Pérez-Álvarez, M. (2018). Treating anxiety and depression of cancer survivors: Behavioral activation versus Acceptance and Commitment Therapy. *Psicothema, 30*(1), 14-20. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.396>

- Gonzalez, J. S., Peyrot, M., McCarl, L. A., Collins, E. M., Serpa, L., Mimiaga, M. J., & Safren, S. A. (2008). Depression and diabetes treatment nonadherence: A meta-analysis. *Diabetes Care*, *31*(12), 2398-2403. <https://doi.org/10.2337/dc08-1341>
- Graham, C. D., Gouick, J., Krahé, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*, *46*(1), 46-58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.009>
- 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. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2<sup>e</sup> éd.). Guilford Press.
- Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2011). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*. John Wiley & Sons.
- Herbert, M. S., Dochat, C., Wooldridge, J. S., Materna, K., Blanco, B. H., Tynan, M., Lee, M. W., Gasperi, M., Camodeca, A., Harris, D., & Afari, N. (2021). Technology-supported Acceptance and Commitment Therapy for chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *148*(1), Article 103995. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103995>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, *36*(5), 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, *7*(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hopko, D. R., Armento, M. E., Robertson, S., Ryba, M. M., Carvalho, J. P., Colman, L. K., Mullane, C., Gawrysiak, M., Bell, J., McNulty, J. M., & Lejuez, C. (2011). Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: Randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(6), 834-849. <https://doi.org/10.1037/a0025450>

- Hopko, D. R., Lejuez, C., Lepage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression: A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification, 27*(4), 458-469. <https://doi.org/10.1177/0145445503255489>
- Hung, W. W., Ross, J. S., Boockvar, K. S., & Siu, A. L. (2011). Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. *BMC Geriatrics, 11*(1), 47. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-47>
- Institut de la statistique du Québec. (2019). *Le bilan démographique du Québec : Édition 2019*. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2019.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2019.pdf)
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 295-304. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.295>
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., & Abdollahpour, I. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet, 392*(10159), 1789-1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Kanter, J. W., Baruch, D. E., & Gaynor, S. T. (2006). Acceptance and Commitment Therapy and behavioral activation for the treatment of depression: Description and comparison. *The Behavior Analyst, 29*(2), 161-185. <https://doi.org/10.1007/BF03392129>
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bove, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation?: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 30*(6), 608-620. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.001>
- Karpen, S. C. (2018). The social psychology of biased self-assessment. *American Journal of Pharmaceutical Education, 82*(5), Article 6299. <https://doi.org/10.5688/ajpe6299>
- Katon, W. J. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 13*(1), 7-23. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.1/wkaton>

- Kleykamp, B. A., Ferguson, M. C., McNicol, E., Bixho, I., Arnold, L. M., Edwards, R. R., Fillingim, R., Grol-Prokopczyk, H., Turk, D. C., Dworkin, R. H. (2021). *The prevalence of psychiatric and chronic pain comorbidities in fibromyalgia: An action systematic review*. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 51(1), 166-174. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2020.10.006>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Springer.
- Kunik, M., Veazey, C., Cully, J., Soucek, J., Graham, D., Hopko, D., Carter, R., Sharafkhaneh, A., Goepfert, E. J., Wray, N., & Staley, M. A. (2008). COPD education and cognitive behavioral therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 38(3), 385-396. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001687>
- Laroque, F., Sudres, J.-L., Maoz, Z., & Brandibas, G. (2014). Réhabilitation/rééducation cardiovasculaire. Image du corps, acceptation/flexibilité, stratégie de coping et satisfaction de vie : quels enjeux pour l'ETP? *Éducation thérapeutique du patient - Therapeutic Patient Education*, 6(2), Article 20102. <https://doi.org/10.1051/tpe/2014012>
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., LePage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 164-175. <https://doi.org/10.1177/0145445501252005>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Livermore, N., Sharpe, L., & McKenzie, D. (2010). Prevention of panic attacks and panic disorder in COPD. *European Respiratory Journal*, 35(3), 557-563. <https://doi.org/10.1183/09031936.00060309>
- Lundervold, D. A., Talley, C., & Buermann, M. (2008). Effect of behavioral activation treatment on chronic fibromyalgia pain: Replication and extension. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(2), 146-157. <https://doi.org/10.1037/h0100839>
- Marrie, R. A., Reingold, S., Cohen, J., Stuve, O., Trojano, M., Sorensen, P. S., Cutter, G., & Reider, N. (2015). The incidence and prevalence of psychiatric disorders in multiple sclerosis: A systematic review. *Multiple Sclerosis Journal*, 21(3), 305-317. <https://doi.org/10.1177/1352458514564487>

- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context. Strategies for guided action*. WW Norton & Co.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*: Guilford Press.
- Mazzucchelli, T. G., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*(4), 383-411. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01178.x>
- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain, 74*(1), 21-27. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(97\)00146-2](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(97)00146-2)
- Megari, K. (2013). Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychology Research, 1*(3), Article e27. <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e27>
- Monestès, J.-L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology, 59*(4), 301-308. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2009.09.001>
- Nader-Grosbois, N. (2009). *Résilience, régulation et qualité de vie: concepts, évaluation et intervention*. Presses Universitaires de Louvain.
- Naghavi, M., Abajobir, A. A., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., Abera, S. F., Aboyans, V., Adetokunboh, O., Afshin, A., Agrawal, A., Ahmadi, A., Ahmed, M. B., Aichour, A. N., Aichour, M. T. E., Aichour, I., Aiyar, S., Alahdab, F., Al-Aly, Z., Alam, K., Alam, N., ...Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet, 390*(10100), 1151-1210. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32152-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32152-9)
- Ngô, T., & Dionne, F. (2018). La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) : une approche combinant la pleine conscience et l'action. Dans A. Devault & G. Pérodeau (Éds), *Pleine conscience et relation d'aide. Théorie et pratique* (pp. 87-105). Presses de l'Université Laval. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1g2480c.10>
- 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. (OMS, 1998). *Glossaire de la promotion de la santé*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67245>

- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2006). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. [https://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/)
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2018). *Maladies non transmissibles*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2006). Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 16*(S1), 3-63. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2006.00520.x>
- Prevedini, A. B., Presti, G., Rabitti, E., Miselli, G., & Moderato, P. (2011). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): The foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, 33*(1 Suppl A), A53-63.
- Reddick, B. K., Nanda, J. P., Campbell, L., Ryman, D. G., & Gaston-Johansson, F. (2006). Examining the influence of coping with pain on depression, anxiety, and fatigue among women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 23*(2-3), 137-157. [https://doi.org/10.1300/J077v23n02\\_09](https://doi.org/10.1300/J077v23n02_09)
- Rimasson, D. E., & Gay, M.-C. (2012). Le fonctionnement émotionnel lors de la douleur chronique : état de la question. *Annales médico-psychologiques, 170*(1), 163-168. <https://doi.org/10.1016/J.AMP.2011.03.015>
- Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B. J., Belik, S.-L., Clara, I., & Stein, M. B. (2006). Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of Internal Medicine, 166*(19), 2109-2116. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.19.2109>
- Savard, J., Laberge, B., Gauthier, J. G., Ivers, H., & Bergeron, M. G. (1998). Evaluating anxiety and depression in HIV-infected patients. *Journal of Personality Assessment, 71*(3), 349-367. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7103\\_5](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7103_5)
- Segal, Z. V., Williams, M., & Teasdale, J. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2<sup>e</sup> éd.). Guilford Press.
- Shofany, C. (2017). Quality of life among chronic disease patients. *Nurse Care Open Access Journal, 4*(2), Article 00103. <https://doi.org/10.15406/ncoaj.2017.03.00103>
- Siboni, F., Alimoradi, Z., Atashi, V., Alipour, M., & Khatooni, M. (2019). Quality of life in different chronic diseases and its related factors. *International Journal of Preventive Medicine, 10*(1), 65. [https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM\\_429\\_17](https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_429_17)



- Simard, M., Dubé, M., Gaulin, M., Trépanier, P.-L., & Sirois, C. (2019). *La prévalence de la multimorbidité au Québec : portrait pour l'année 2016-2017* (1922-1762). Institut national de santé publique du Québec. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3993949?docref=0anREY7UdkPVk1FKAYL95g>
- Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., & Waller, G. (2019). Acceptability and efficacy of group behavioral activation for depression among adults: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 50*(5), 864-885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.01.003>
- Spiegel, D., & Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry, 54*(3), 269-282. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00566-3](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00566-3)
- Spijkerman, T., de Jonge, P., van den Brink, R. H., Jansen, J. H., May, J. F., Crijns, H. J., & Ormel, J. (2005). Depression following myocardial infarction: First-ever versus ongoing and recurrent episodes. *General Hospital Psychiatry, 27*(6), 411-417. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2005.05.007>
- Statistique Canada. (2019). *Décès, 2018* [No 11-001-X au catalogue de Statistique Canada]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/191126/dq191126c-fra.pdf?st=7q4-FKe>
- Stein, A. T., Carl, E., Cuijpers, P., Karyotaki, E., & Smits, J. A. (2021). Looking beyond depression: A meta-analysis of the effect of behavioral activation on depression, anxiety, and activation. *Psychological Medicine, 51*(9), 1491-1504. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000239>
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy*. Springer.
- Unützer, J., Patrick, D. L., Diehr, P., Simon, G., Grembowski, D., & Katon, W. (2000). Quality adjusted life years in older adults with depressive symptoms and chronic medical disorders. *International Psychogeriatrics, 12*(1), 15-33. <https://doi.org/10.1017/S1041610200006177>
- Wagener, A., van der Linden, M., & Blairy, S. (2015). Psychometric properties of the French translation of the Behavioral Activation for Depression Scale–Short Form (BADs-SF) in non-clinical adults. *Comprehensive Psychiatry, 56*(1), 252-257. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.10.008>
- Whitehead, L. C. (2006). Quest, chaos and restitution: Living with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis. *Social Science & Medicine, 62*(9), 2236-2245. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.09.008>

Willgoss, T. G., & Yohannes, A. M. (2013). Anxiety disorders in patients with COPD: A systematic review. *Respiratory Care*, 58(5), 858-866. <https://doi.org/10.4187/respcare.01862>

**Appendice A**  
Questionnaire sociodémographique et médical

No. Participant : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_ (jour/mois/année)

### INFORMATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET MÉDICALES

1. Quelle est votre date de naissance ? \_\_\_\_\_
2. Sexe  Masculin  
 Féminin
3. Votre état civil actuel (Ne  qu'une seule réponse) :  
 Marié(e) ou conjoint de fait  
 Célibataire  
 Divorcé(e) ou séparé(e)  
 Veuf(ve)
4. Quel est votre plus haut niveau de scolarité complété? (Ne  qu'une seule réponse)  
 Études primaires  
 Études secondaires  
 Formation professionnelle  
 Études collégiales  
 Premier cycle universitaire  
 Deuxième ou troisième cycle universitaire
5. Quelle est votre occupation principale actuelle ? (Ne  qu'une seule réponse)  
 Salarié(e) à temps complet     Salarié(e) à temps partiel  
 Non salarié(e)     Retraité(e)  
 Étudiant(e)  
 Prestataire d'une assurance invalidité (temporaire ou à long terme)  
 Autre, précisez : \_\_\_\_\_
6. a) Quelle(s) condition(s) de santé chronique(s) vous affecte(nt)? (Si plusieurs, inscrire la plus dérangeante en premier) \_\_\_\_\_  
b) Est-ce que cette condition affecte une région du corps spécifique? Laquelle? \_\_\_\_\_
7. a) Avez-vous reçu un diagnostic médical pour cette condition?  Oui  Non  
b) Date approximative du diagnostic : \_\_\_\_\_ (jour/mois/année)  
c) Si votre condition implique un stade d'avancement de la maladie et que vous connaissez cette information, s'il-vous-plaît l'indiquer : \_\_\_\_\_

8. Nous aimerions connaître les **TRAITEMENTS** que vous avez reçus **AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS** pour la condition de santé chronique qui vous affecte. Un **traitement** a pour objectif de soigner une condition ou de la rendre moins pénible (par ex., chirurgie, médication). Il faut distinguer les démarches de traitement de celles d'**évaluation** (par ex., dépistage, scan, prises de sang, etc.) qui ont pour but de renseigner sur l'évolution d'une condition ou de préciser un diagnostic.

**Au cours des 6 derniers mois, j'ai reçu le ou les traitement(s) suivant(s):** *Cocher toutes les réponses qui s'appliquent à votre situation.*

	Traitement	Type	Fréquence (ou dose)	Depuis combien de temps	J'utilise ce traitement ACTUELLEMENT
<input type="checkbox"/>	Chirurgie	Préciser :		Date :	
<input type="checkbox"/>	Médication <b>antalgique</b> (i.e. pour réduire la douleur, comme par ex., anti-inflammatoire)	Préciser :	Dose :		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Neurostimulation (stimulation nerveuse)				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Physiothérapie				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Chiropractie				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Kinésithérapie				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Podiatrie				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hypnothérapie				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Médecine complémentaire (par ex., acupuncture)	Préciser :			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Psychothérapie		Préciser :		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	AUTRE	Préciser :			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Aucun traitement				

9. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert d'un ou des troubles psychologiques suivants :

	Oui	Non
Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Est-ce que vous utilisez une médication psychotrope? (par ex., pour vous aider à dormir, améliorer l'humeur ou diminuer l'anxiété)

- Non     Je ne sais pas     Oui; dans ce cas, identifiez si possible cette médication :

NOM	DOSE	FRÉQUENCE (combien de fois par jour)	Depuis combien de temps

11. De quelle façon avez-vous entendu parler de l'étude? Indiquez celle qui a le plus influencé votre décision de participer. (Ne  qu'une seule réponse)

- Collègue/ami/famille
- Médecin
- Autre professionnel de la santé
- Associations/Organismes
- Affiche/publicité dans un établissement de santé (Clinique médicale, CSSS)
- Affiche/publicité à l'université
- Affiche/publicité à la Clinique universitaire de services psychologiques
- Médias
- Une personne qui a déjà participé au programme
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_

12. Avez-vous déjà participé à une intervention en groupe?

- Oui  
 Non

13. Pourquoi avez-vous choisi de participer au programme ACTION?

---



---



---

**14.** Avez-vous d'autres commentaires ou informations à mentionner à l'équipe de cette étude?

---

---

---

*Merci beaucoup pour votre collaboration.*

**Appendice B**  
Instruments de mesure



No. Participant : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_ (jour/mois/année)

## MQOL

### Instructions

*Dans ce questionnaire, les questions se présentent de la façon suivante : il y a d'abord un énoncé et, ensuite, suivent deux réponses à l'opposé l'une de l'autre. Des nombres **de 0 à 10** s'échelonnent entre les deux extrêmes. Veuillez, s'il-vous-plaît, **cocher la case**, entre 0 et 10, qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.*

## EXEMPLE

J'ai faim :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout										Extrêmement

- Si vous n'avez même pas une toute petite faim, vous pouvez encercler **0**.
- Si vous avez une petite faim (vous venez de terminer votre repas et il vous reste de la place pour un dessert), vous pouvez encercler **1, 2, ou 3**.
- Si vous avez modérément faim (car l'heure du repas approche), vous pouvez encercler **4, 5, ou 6**.
- Si vous avez très faim (car vous n'avez rien mangé de toute la journée), vous pouvez encercler **7, 8, ou 9**.
- Si vous avez extrêmement faim, vous pouvez encercler **10**.







14. Pour moi, les deux (2) derniers jours ont été :

0 Un fardeau	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Un cadeau
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Durant les deux (2) derniers jours, mon entourage était :

0 Froid et indifférent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Chaleureux et répondait à mes besoins
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Durant les deux (2) derniers jours, je me sentais supporté(e) :

0 Pas du tout	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Entièrement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PARTIE D

*S.V.P. énumérez ou décrivez ce qui a le plus influencé votre qualité de vie durant les deux derniers jours. Veuillez dire si chaque facteur énuméré a **amélioré** ou **détérioré** votre qualité de vie durant ce temps. Si vous avez besoin de plus d'espace, utilisez l'endos de la page.*

---



---



---



---



---



---



---



---



---

Merci beaucoup pour votre collaboration.

No. Participant : \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_ (jour/mois/année)

**ÉCHELLE D'ACTIVATION COMPORTEMENTALE POUR LA DÉPRESSION – VERSION COURTE**

Veillez lire attentivement chacun des énoncés suivants et cocher le nombre qui décrit le mieux à quel point l'énoncé est vrai pour vous, pour **la semaine écoulée, y compris aujourd'hui**.

	Pas du tout 0	1	Un peu 2	3	Beaucoup 4	5	Complètement 6
1. Il y a eu des choses que je devais faire que je n'ai pas faites*.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je suis content(e) de la quantité et du genre de choses que j'ai accomplies.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je me suis livré(e) à de nombreuses activités différentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai pris de bonnes décisions quant au genre d'activités et/ou de situations dans lesquelles je me suis engagé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai été une personne active et j'ai accompli les objectifs que je m'étais fixés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La plupart des choses que j'ai faites avaient pour objectif d'échapper à quelque chose de désagréable ou à l'éviter*.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai passé beaucoup de temps à ressasser mes problèmes*.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je me suis livré(e) à des activités pour oublier que je ne me sentais pas bien*.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai fait des choses qui étaient agréables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No. Participant : \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_ (jour/mois/année)

<b>AAQ-II VERSION FRANÇAISE</b>
---------------------------------

Voici une liste d'affirmations. Merci d'évaluer à quel point chaque affirmation est vraie pour vous en cochant le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse.

1	2	3	4	5	6	7
jamais vrai	très rarement vrai	rarement vrai	parfois vrai	souvent vrai	presque toujours vrai	toujours vrai

	1	2	3	4	5	6	7
1. Mes expériences et mes souvenirs douloureux me gênent pour conduire ma vie comme il me tiendrait à cœur de le faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai peur de mes émotions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai peur de ne pas être capable de contrôler mes inquiétudes et mes émotions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mes souvenirs douloureux m'empêchent de m'épanouir dans la vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Les émotions sont une source de problèmes dans ma vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'ai l'impression que la plupart des gens gèrent leur vie mieux que moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mes soucis m'empêchent de réussir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Version française :

Monestès, J.L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *European Review of Applied Psychology*, 59, 301-308.

Détails dans :

Monestès, J.L., & Villatte, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement*. ACT. Paris : Elsevier Masson.

No. Participant : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_ (jour/mois/année)

## HADS

Ce questionnaire est conçu pour nous aider à savoir comment vous vous sentez. Lire chaque énoncé et **mettre un crochet ☑ dans la case** à côté de la réponse qui s'approche le plus de comment vous vous êtes senti(e) **dans la dernière semaine**.

Ne prenez pas trop de temps à répondre; votre réaction immédiate à chaque énoncé fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement réfléchie.

1. Je me sens tendu(e) :
  - La plupart du temps
  - Très souvent
  - De temps en temps
  - Jamais
  
2. Je prends encore plaisir aux choses que j'aimais avant :
  - Tout à fait autant
  - Pas tout à fait autant
  - Un peu seulement
  - Presque pas du tout
  
3. J'éprouve une sorte de sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait arriver :
  - Oui, très nettement et c'est plutôt grave
  - Oui, mais ce n'est pas trop grave
  - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
  - Pas du tout
  
4. Je peux rire et voir le côté amusant des choses :
  - Autant que par le passé
  - Pas tout à fait autant maintenant
  - Vraiment moins qu'avant
  - Plus du tout
  
5. Des inquiétudes me passent par la tête :
  - Très souvent
  - Assez souvent
  - De temps en temps, mais pas trop souvent
  - Seulement à l'occasion
  
6. Je me sens de bonne humeur :
  - Jamais
  - Pas souvent
  - Parfois
  - La plupart du temps



7. Je peux m'asseoir tranquille et me sentir détendu(e) :
- Oui, tout à fait
  - Habituellement
  - Pas souvent
  - Jamais
8. J'ai l'impression d'être au ralenti :
- Presque toujours
  - Très souvent
  - Parfois
  - Pas du tout
9. J'éprouve une sorte de sensation de peur comme si j'avais des « papillons » dans l'estomac :
- Jamais
  - Parfois
  - Assez souvent
  - Très souvent
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
- Je ne m'y intéresse plus du tout
  - Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
  - Il se peut que je n'y fasse pas autant attention
  - J'y prête autant d'attention que par le passé
11. J'ai la bougeotte comme si je ne pouvais pas tenir en place :
- Oui, beaucoup
  - Assez
  - Pas beaucoup
  - Jamais
12. J'envisage les choses à venir avec plaisir :
- Autant qu'avant
  - Plutôt moins qu'avant
  - Bien moins qu'avant
  - Presque jamais
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :
- Vraiment très souvent
  - Assez souvent
  - Pas très souvent
  - Jamais
14. Je peux prendre plaisir à une émission de radio ou de télévision :
- Souvent
  - Parfois
  - Peu souvent
  - Très rarement