

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

ÉVALUATION D'UN PROGRAMME DE FORMATION BASÉ SUR L'APPROCHE
D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT POUR LE DÉVELOPPEMENT DES
STAGIAIRES EN PSYCHOLOGIE : UN PROJET PILOTE

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
JUSTINE ROBITAILLE

AVRIL 2025

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

Julie Maheux, Ph. D. évaluatrice interne
Université du Québec à Trois-Rivières

Marie Malo, Ph D. évaluatrice externe
Université de Sherbrooke

Sommaire

En raison du stress vécu par les psychothérapeutes en formation, il est reconnu que des méthodes de prévention de la santé mentale doivent être instaurées dans les programmes universitaires en psychologie. Bien que l'approche d'acceptation et d'engagement semble prometteuse, peu d'études illustrent les bienfaits de cette approche auprès des stagiaires en psychologie, et ce, encore moins dans la francophonie. Cette étude vise à évaluer la faisabilité et le niveau de satisfaction d'un programme de trois ateliers de trois heures basés sur l'ACT. Elle vise également à obtenir des données préliminaires sur les bénéfices de ce programme sur la flexibilité psychologique et la santé mentale. L'échantillon est composé de 10 stagiaires en psychologie à la Clinique universitaire de services psychologiques de l'Université du Québec à Trois-Rivières, dont 50 % sont des hommes et 50 % sont des femmes. Les résultats suggèrent que ce programme est à la fois faisable et associé à une bonne satisfaction globale de la part des participants. Les changements pré/ post aux variables de flexibilité psychologique et de santé mentale ne se sont pas avérés significatifs. Des pistes d'explication et des pistes de recherches futures sont proposées.

Mots-clés : autosoins, approche d'acceptation et d'engagement (ACT), faisabilité, flexibilité psychologique, santé mentale.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Contexte théorique	6
Santé mentale des étudiants universitaires	7
Santé mentale des étudiants en relation d'aide	8
Importance de la promotion des autosoins	9
Manque de comportements d'autosoins dans les programmes universitaires	11
Modèle Réflexif-Procédural de Bennett-Levy (2006)	12
Pratique Personnelle	14
Modèle de Bennett-Levy et Finlay-Jones (2018)	14
Développement du savoir-être comme complément aux programmes existants	17
Différentes formes de Pratique Personnelle	19
Choix du type de programme	20
Approche retenue dans la présente étude : l'ACT	21
Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)	22
Rôle de l'évitement expérientiel	23
Flexibilité psychologique	24

Programmes de Pratique Personnelle basées sur l'ACT	25
Limites des études actuelles	30
Objectifs	31
Méthode	33
Participants.....	34
Instruments de mesure	35
Questionnaire sociodémographique.....	36
Faisabilité.....	36
Questionnaire de satisfaction client (Client Satisfaction Questionnaire-8; CSQ-8).....	37
Questionnaire qualitatif de satisfaction.....	37
Questionnaire maison sur l'utilisation des exercices ACT	38
Échelle de détresse psychologique de Kessler (K6; Kessler et al., 2002)	38
Échelle d'épuisement académique doctorant (Maslach Burnout Inventory – Student Survey; MBI-SS; Schaufeli et al., 2002)	39
Échelle de satisfaction de vie (Satisfaction With Life Scale [SWLS]; Diener et al., 1985).....	39
Expériences de la vie quotidienne (Mindful Attention Awareness Scale; MAAS; Brown & Ryan, 2003).....	40
Questionnaire d'acceptation et d'action (Acceptance and Acceptation Questionnaire AAQ-II; Bond et al., 2011; Monestès et al., 2009)	41
Questionnaire de fusion cognitive (Cognitive Fusion Questionnaire; CFQ; Dionne et al., 2016; Gillanders et al., 2014).....	41
Échelle d'autocompassio (Self-Compassion Scale; SCS; Neff, 2003a; Kotsou & Leys, 2016).....	42

Déroulement.....	42
Intervention	42
Collecte de données	46
Plan de l'expérience	47
Analyses statistiques	48
Résultats	51
Faisabilité	52
Satisfaction des participants.....	53
Effets du programme.....	56
Discussion	67
Faisabilité du programme.....	68
Niveau de satisfaction	69
Effets sur la flexibilité psychologique	70
Effets sur la santé mentale	72
Limites de la présente étude	73
Pistes de recherches futures	74
Conclusion	76
Références.....	78

Liste des tableaux

Tableau

1	Résumé du contenu des ateliers	45
2	Temps de mesure.....	48
3	Satisfaction des participants par rapport aux ateliers selon le CSQ-8 (N = 9)....	55
4	Statistiques descriptives et tests de permutation	57

Liste des figures

Figure

1	Traduction libre du Modèle de Bennett-Levy et Finlay-Jones (2018).....	15
2	Distribution empirique de la variable de détresse psychologique (K6)	59
3	Distribution empirique de la variable d'épuisement académique	61
4	Distribution empirique de la variable de satisfaction de vie (SWLS).....	61
5	Distribution empirique de la variable de pleine conscience (MAAS)	63
6	Distribution empirique de la variable d'évitement expérientiel (AAQ-II)	63
7	Distribution empirique de la variable de fusion cognitive (CFQ).....	65
8	Distribution empirique de la variable d'autocompassion (SCS).....	65

Remerciements

Dans un premier temps, je souhaite remercier mon directeur de recherche, Monsieur Frédéric Dionne, Ph. D., psychologue clinicien et professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il m'a offert l'opportunité de travailler sur un thème à la fois stimulant, passionnant et cohérent à mes valeurs. Dès nos premières rencontres, il a su me mettre en confiance en se montrant à la fois professionnel, rigoureux, chaleureux et à l'écoute. Il m'a accompagnée de façon soutenue et assidue, tout en m'encourageant à développer mon autonomie et ma confiance en tant que chercheuse.

Dans un deuxième temps, je souhaite remercier mes évaluatrices, madame Julie Maheux, Ph. D., psychologue clinicienne et professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières ainsi que madame Marie Malo, Ph. D., psychologue organisationnelle et professeure au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke. Merci d'avoir accepté de me faire bénéficier de votre temps, de votre expertise et de votre rigueur pour me permettre d'enrichir le présent document tout en me permettant de bonifier mes compétences de chercheuse.

Finalement, je souhaite remercier mes amis et ma famille pour leur soutien précieux tout au long de ce projet. Ils furent présents à travers mes petites réussites tout comme lors de mes petites baisses de motivation et ils ont su m'encourager à persévérer jusqu'à la ligne d'arrivée.

Introduction

La psychothérapie constitue un champ d'intervention clinique qui suscite l'attention des chercheurs, notamment en raison de sa complexité et de son impact sur la santé mentale. Elle repose sur une relation intersubjective structurée entre un professionnel formé et une personne en situation de détresse ou de difficulté psychologique. Selon l'Ordre des psychologues du Québec (2024), la psychothérapie est :

un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien.

La psychothérapie serait considérée à la fois comme une science et un art (O'Donohue et al., 2006). Une science, dans l'optique où les professionnels qui exercent la psychothérapie se doivent d'utiliser des approches appuyées par des données probantes et des outils qui sont validés scientifiquement. Un art, dans la mesure où les professionnels se doivent d'être flexibles et créatifs afin d'adapter leurs interventions à la singularité des clients qui se trouvent devant eux. À ce sujet, la littérature a maintes fois illustré que les caractéristiques individuelles des psychothérapeutes seraient associées à l'efficacité thérapeutique, peu importe les méthodes thérapeutiques utilisées (p. ex., Barkham et al., 2017). D'ailleurs, comme l'a mentionné Gilles Delisle (2011) : « Il n'y a pas de psychothérapie sans psychothérapeute. Il faut remettre le psychothérapeute au centre de

la psychothérapie; le psychothérapeute n'est pas un dispensateur de traitement, il EST le traitement. » (p. 18). Cette affirmation met l'accent sur l'importance du développement personnel des psychothérapeutes aux différents stades de leur carrière, un élément qui a été souligné par d'autres cliniciens (Lecomte et al., 2004).

Étant exposés quotidiennement à une clientèle vulnérable, à des affects intenses et à des problématiques de plus en plus complexes, les psychothérapeutes sont à risque d'éprouver des niveaux élevés de stress (Rupert & Kent, 2007). Les psychothérapeutes en formation sont également exposés à plusieurs stresseurs, dont la charge de travail, le manque de temps, la conciliation de plusieurs rôles (étudiant, stagiaire, chercheur, etc.) ainsi que l'exposition à une clientèle vulnérable lors de leurs stages en clinique (Rochette, 2012). Ces doctorants en psychologie, à leur tour, sont à risque de vivre des symptômes anxiо-dépressifs ou d'autres symptômes affectant leur santé mentale au cours de leur cheminement universitaire (Pakenham & Stafford-Brown, 2012; Robins et al., 2017). Ces problématiques seraient non seulement nuisibles à leur fonctionnement personnel, mais également à leur capacité d'être pleinement disponibles et efficaces auprès de leurs clients. Il serait donc nécessaire d'intervenir pour prévenir de telles problématiques et pour favoriser la santé mentale des psychothérapeutes en formation (Posluns & Gall, 2020; Rupert & Dorociak, 2019). Des études menées auprès d'étudiants au doctorat en psychologie indiquent que l'approche d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy* ou ACT) pourrait constituer une intervention pertinente pour favoriser l'amélioration de leur santé mentale.

L'approche ACT, introduite par Hayes et al. (1999, 2012), est une approche qui s'inscrit dans les thérapies cognitive et comportementale de troisième vague (Hayes et al., 2004). Cette approche est fondée sur la Théorie des cadres relationnels (Hayes et al., 2001) ainsi que sur le contextualisme fonctionnel (Hayes, 1993). Son efficacité a été démontrée pour le traitement de différentes problématiques, dont les troubles anxieux, la dépression et les problèmes d'abus de substances (A-Tjäck et al., 2015; Gloster et al., 2020). L'ACT a également été offerte pour favoriser une meilleure gestion du stress chez les doctorants en psychologie (Pakenham & Stafford-Brown, 2012).

Il existe actuellement peu de programmes de prévention adaptés aux besoins spécifiques des stagiaires en psychologie. Le présent essai vise à répondre à cette problématique en proposant un programme francophone basé sur l'ACT conçu spécifiquement pour cette population. À l'aide d'un devis pré-post, le premier objectif est d'évaluer la faisabilité de ce programme de formation ainsi que la satisfaction des participants par rapport à ce programme. La faisabilité sera évaluée à partir de différents critères, dont l'adéquation de l'échantillon, le taux d'attrition et le temps de complétion des instruments de mesure. La satisfaction sera évaluée à partir d'un questionnaire validé de satisfaction. Le deuxième objectif vise à évaluer les effets préliminaires de l'intervention sur la santé mentale et la flexibilité psychologique des étudiants.

Dans un premier temps, le contexte théorique comprend une recension des écrits par rapport aux différentes variables d'intérêt de l'étude. Cette recension débute par un

portrait de la santé mentale des étudiants universitaires, dont les doctorants en psychologie. Cette section comprend une description de la méthode de développement des compétences thérapeutique basée sur la Pratique Personnelle (PP), un modèle de formation sur lequel est basée la présente étude. Puis, l'approche ACT est présentée comme une forme de PP et les principales études de validation sont abordées. Finalement, les principales limites de la littérature sont soulevées et les objectifs de la présente étude sont présentés. Dans un deuxième temps, la méthodologie de la présente étude est présentée. Cette section comprend, entre autres, une description de l'échantillon, des instruments de mesure utilisés ainsi que des analyses statistiques effectuées. Dans un troisième temps, les principaux résultats de ces analyses sont présentés. Finalement, une discussion offre un regard critique sur les résultats tout en illustrant les forces et les limites de cet essai.

Contexte théorique

Cette première section a pour objectif de définir les aspects théoriques en lien avec la présente étude. Elle inclut, entre autres, un portrait de la santé mentale des étudiants universitaires, une description des approches PP et de l'ACT, une recension des recherches empiriques portant sur des programmes de formation basés sur ces approches auprès d'échantillons de doctorants en psychologie ainsi qu'une synthèse des principales limites des études recensées. Cette section se termine par une présentation des objectifs ainsi que l'apport de la présente étude.

Santé mentale des étudiants universitaires

Selon une enquête panquébécoise sur la santé psychologique universitaire, 58 % des étudiants vivraient de la détresse psychologique (Union étudiante du Québec, 2019). Cette étude illustre également que la population étudiante aurait trois fois plus d'idéations suicidaires que la population québécoise générale et qu'il y aurait deux fois plus d'étudiants qui auraient effectué une tentative de suicide. Une enquête américaine auprès de 34 039 étudiants canadiens post-secondaires suggère qu'une proportion importante d'entre eux est susceptible de vivre un haut niveau de stress (56 %), de solitude (63 %), de surcharge par rapport à leurs tâches scolaires (89 %), de fatigue (86 %) ou d'anxiété (56 %) (American College Health Association, 2013). Une enquête menée par la FAÉCUM et l'Université de Montréal à l'hiver 2016 auprès de 10 095 étudiants universitaires montre qu'environ un individu sur cinq rapporte des symptômes dépressifs

suffisamment sévères pour nécessiter des soins thérapeutiques immédiats, alors que 3 % rapportent être en épuisement académique et que 7 % ont sérieusement songé à s'enlever la vie au cours des 12 derniers mois (Lessard, 2016). Cela semble élevé en comparaison aux 2 à 3 % qu'on retrouve chez la population québécoise du même âge qui n'est pas à l'université (Lessard, 2016). Le contexte de crise sanitaire aurait exacerbé les problèmes de santé mentale des étudiants. À titre d'exemple, l'Union étudiante du Québec a effectué une autre enquête sur la santé psychologique étudiante au Québec, cette fois à l'automne 2020. Les résultats de cette étude ($N = 1209$) illustrent que 51 % des participants interrogés rapportent un niveau de détresse plus élevé qu'à la session d'automne 2019. La pandémie semble également avoir augmenté les besoins de soutien psychologique et les idéations suicidaires de cette population (Bergeron-Leclerc et al., 2020; Fédération étudiante collégiale du Québec, 2021).

Santé mentale des étudiants en relation d'aide

Les étudiants dans les programmes de relation d'aide seraient d'autant plus à risque de vivre du stress et de la détresse psychologique que la population étudiante générale (Barnett et al., 2007). Cela s'expliquerait, entre autres, par leur rôle d'aidant auprès d'une clientèle vulnérable où ils sont amenés à mettre les besoins d'autrui en priorité, et ce, parfois au détriment de leurs propres besoins (Barnett et al., 2007). Bien qu'ils soient formés à reconnaître les symptômes chez autrui, ils ne seraient pas nécessairement attentifs à leurs propres signes de détresse ou ils peuvent avoir tendance à les minimiser (Snyder, 2020). D'après une étude australienne auprès d'étudiants universitaires de

différents programmes de relation d'aide ($N = 86$), 52 % d'entre eux auraient un niveau d'épuisement élevé (Robins et al., 2017). Une autre étude australienne a illustré que 73 % des doctorants en psychologie vivaient de la détresse cliniquement significative (Pakenham & Stafford-Brown, 2012). Les étudiants en médecine semblent également être une population particulièrement vulnérable au stress (Benbassat et al., 2011; Rahimi et al., 2014). Par exemple, une enquête effectuée dans plusieurs établissements universitaires ($N = 16$) illustre que 9 % des étudiants en médecine de quatrième année ($N = 1469$) ont rapporté des idées suicidaires (Compton et al., 2008). Les résultats de l'étude de Givens et Tjia (2002) illustrent que 24 % des étudiants en médecine ($N = 46$) auraient des symptômes de dépression cliniquement significatifs. De façon similaire, les étudiants en soins infirmiers, seraient à risque de vivre de l'épuisement, de l'anxiété et des symptômes dépressifs (Boamah et al., 2017).

Importance de la promotion des autosoins

L'autosoin (*self-care*) a fait l'objet d'études récentes dans plusieurs disciplines des sciences sociales, dont l'éducation, la santé, la psychologie et le travail social (Barnett et al., 2007; Posluns et al., 2020). Ce concept peut être défini comme un processus, une habileté ou encore comme un engagement quotidien dans des comportements spécifiques qui visent à améliorer le bien-être et la santé (p. ex., Colman et al., 2016; Myers et al., 2012). Par exemple, des actions qui permettent d'améliorer son sommeil, d'avoir une alimentation équilibrée ou de mieux gérer son stress peuvent être considérés comme des comportements d'autosoins. Cela est à distinguer des méthodes autoadministrées

(*self-help*) qui font plutôt référence à la façon d'administrer des outils de différentes approches en psychologie, souvent guidé par des ressources externes comme des livres, des groupes de soutien ou des applications numériques (Norcross et al., 2000; Parks & Biswas-Diener, 2013).

Considérant que les étudiants en relation d'aide interviennent auprès de clientèles vulnérables, plusieurs chercheurs et cliniciens soutiennent que ces professionnels en devenir ont le devoir éthique de prendre soin de leur santé physique et mentale pour fournir des soins de qualité (Barnett et al., 2007; Wise et al., 2012). Ainsi, les pratiques d'autosoins deviendraient non seulement souhaitables, mais nécessaires pour cette population. Plusieurs études soulignent que leurs problématiques de santé mentale sont susceptibles d'avoir des impacts nuisibles sur leur fonctionnement professionnel. Par exemple, Delgadillo et ses collègues (2018) ont observé un lien négatif entre les symptômes d'épuisement des psychothérapeutes et l'amélioration des symptômes dépressifs de leurs clients. Une autre étude illustre un lien entre le niveau d'épuisement des étudiants en médecine et la présence de comportements professionnels inappropriés (p. ex., malhonnêteté) (Dyrbye et al., 2010). De façon similaire, des professionnels en soins infirmiers qui travaillent de longue durée (12 heures et plus) sans se reposer seraient à risque de devenir moins efficaces auprès des patients (Dall'Ora et al., 2020). Cette étude révèle, entre autres, que le manque de comportements d'autosoins serait lié à une moins bonne communication entre professionnels par rapport aux soins des patients (Dall'Ora et al., 2020).

Manque de comportements d'autosoins dans les programmes universitaires

Les étudiants de différents domaines rapportent un manque d'activités de promotion et de prévention de la santé mentale dans leur programme universitaire. Par exemple, Zahniser et ses collaborateurs (2017) ont sondé des doctorants en psychologie ($N = 358$) en les invitant à situer leur programme de formation sur une échelle de 1 à 7 (1 indiquant un faible encouragement aux comportements d'autosoins et 7 indiquant un fort encouragement aux comportements d'autosoins). En moyenne, ces individus ont situé leur programme au centre de cette échelle. En outre, dans l'étude de Diebold et ses collègues (2018), des étudiants en travail social reconnaissent l'importance de prendre soin d'eux-mêmes, notamment pour prévenir des problèmes de santé mentale en cours de carrière et pour s'assurer de faire preuve de professionnalisme auprès de leurs clients. Cependant, nombre d'entre eux nomment leur difficulté à appliquer ces stratégies pendant leur formation universitaire, notamment vu la charge élevée de leur programme ainsi que leur manque de temps, d'argent et d'énergie à mettre dans de telles pratiques. Ces étudiants nomment que leur programme devrait prendre une part de responsabilité pour les encourager à mettre en place ces stratégies (Diebold et al., 2018). De façon similaire, des étudiants en soins infirmiers nomment avoir de la difficulté à prendre soin d'eux-mêmes, notamment vu leur horaire chargé, leur culpabilité et les exigences de leurs différents rôles (Wilson, 2007). Ces études illustrent que des efforts supplémentaires peuvent être mis en place par les programmes universitaires pour promouvoir davantage de telles pratiques auprès des étudiants.

Afin d'aider à réduire la détresse psychologique des étudiants en relation d'aide tout en favorisant le développement de compétences professionnelles, la PP semble être une alternative pertinente. Elle est de plus en plus utilisée dans les formations universitaires, notamment dans la formation des psychothérapeutes (Pakenham & Viskovich, 2018). Cette méthode de développement des compétences thérapeutique basée sur la pratique sera abordée dans la section qui suit. Pour introduire cette méthode, en présentant les différents types de savoirs à acquérir par les psychothérapeutes en formation, le modèle déclaratif-procédural-réflexif de Bennett-Levy (2006) sera d'abord présenté.

Modèle Réflexif-Procédural de Bennett-Levy (2006)

Bennett-Levy (2006) a établi le modèle déclaratif- procédural-réflexif (*DPR model*) qui distingue trois façons de traiter l'information par les psychothérapeutes au cours de leur formation : le système déclaratif, le système procédural et le système réflexif. Le système déclaratif fait référence à la compréhension intellectuelle des construits et des théories (Bennett-Levy, 2006; Bennett-Levy & Finlay-Jones, 2018). Le système procédural correspond à l'ensemble des aptitudes, des attitudes et des comportements qui sont mis en pratique auprès des clients (Bennett-Levy, 2006). Cela nécessite donc que le psychothérapeute soit apte à reconnaître les signes verbaux et non-verbaux présents chez le client tout en étant conscient de ce qui se produit à l'intérieur de lui. Cela se ferait notamment par le développement d'une pratique de pleine conscience (Bennett-Levy, 2006). Le système réflexif est la capacité de réfléchir sur soi et sur les actions effectuées pendant la thérapie et à la suite de celle-ci (Bennett-Levy, 2006). Selon cet auteur, cette

capacité de réflexion serait une compétence-clé à développer en tant que psychothérapeute, puisque cela permet d'apprendre à adapter ses interventions en fonction du contexte et des caractéristiques du client.

Ce modèle distingue également trois types de compétences requises en thérapie : les compétences conceptuelles, les compétences techniques et les compétences interpersonnelles (Bennett-Levy, 2006). Cet auteur suggère que les compétences conceptuelles permettraient de connaître et d'utiliser les construits ou modèles appris. Les compétences techniques regrouperaient plutôt les différentes habiletés nécessaires pour utiliser les techniques appropriées en thérapie. Puis, les compétences interpersonnelles seraient l'ensemble des qualités permettant d'interagir avec autrui et de maintenir une alliance thérapeutique (Bennett-Levy, 2006).

Ce modèle différencie le soi personnel du soi en tant que thérapeute. Le soi personnel fait référence à l'ensemble des caractéristiques et des compétences qui ont été développées dans la vie personnelle de l'individu, et ce, souvent avant même le début de sa formation professionnelle. Le soi en tant que thérapeute correspondrait plutôt à l'ensemble des compétences et des caractéristiques qui sont développées lorsque l'individu expérimente son rôle professionnel. Bien que ce sont deux entités distinctes, ces deux sois peuvent s'inter-influencer à la fois positivement et négativement. Par exemple, une expérience difficile avec un client vécu en tant que thérapeute pourrait influencer la vie personnelle de l'individu (Bennett-Levy, 2019). À l'inverse, un psychothérapeute qui développerait

davantage d'empathie et de présence auprès de ses clients pourrait avoir plus de facilité à appliquer ces qualités auprès de son entourage par la suite. Par conséquent, Bennett-Levy (2006) souligne l'importance du développement de ces deux types de sois dans la formation des psychothérapeutes.

Pratique Personnelle

La méthode de développement des compétences thérapeutique basée sur la pratique PP invite les psychothérapeutes à autoexpérimenter des interventions et des techniques psychologiques formelles, et ce, sur une certaine période (Bennett-Levy & Finlay-Jones, 2018). Ces expérimentations peuvent s'effectuer individuellement ou en groupe. Elles seraient entreprises par les professionnels de la relation d'aide dans l'optique de se développer personnellement et, dans certains cas, dans le but d'améliorer leurs attributs thérapeutiques (Bennett-Levy & Finlay-Jones, 2018).

Modèle de Bennett-Levy et Finlay-Jones (2018)

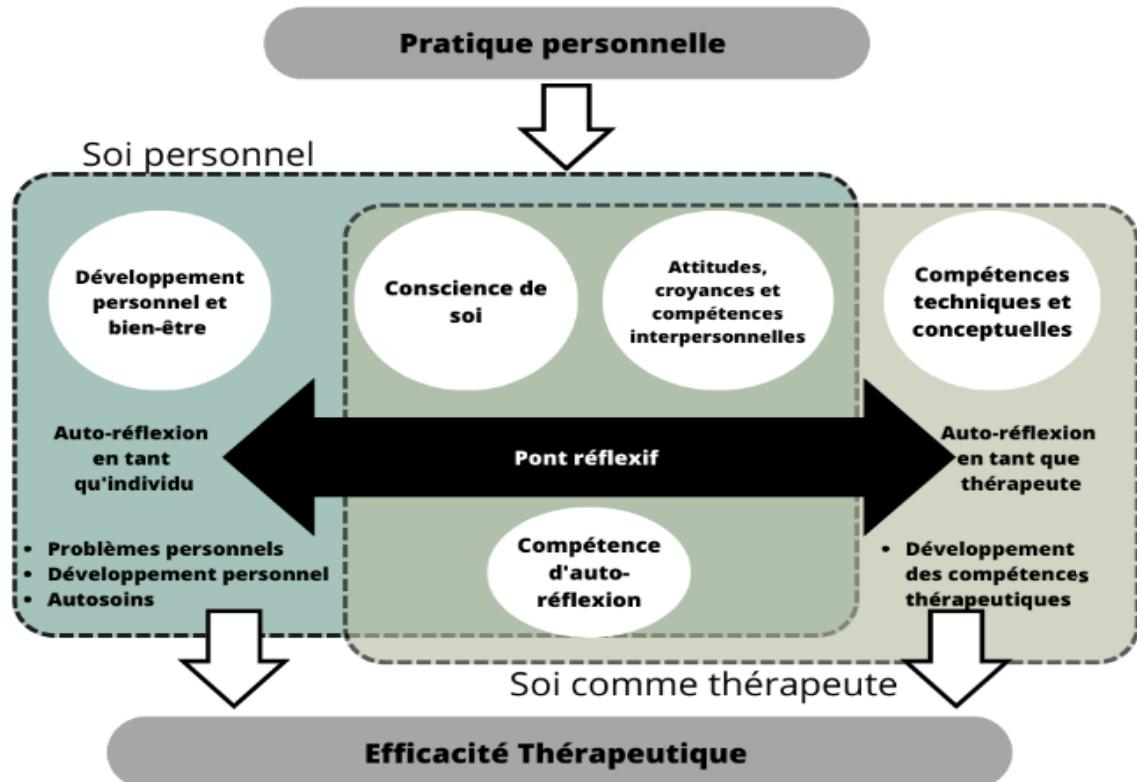
Ce modèle s'est basé sur le modèle de Bennett-Levy (2006) illustré ci-haut ainsi que sur la littérature existante concernant la méthode de développement des compétences thérapeutique basée sur la pratique PP. Il a été conçu pour illustrer les liens entre les retombées potentielles d'une formation PP et l'efficacité du thérapeute (voir Figure 1).

Tout d'abord, ce modèle reprend les concepts de soi personnel et de soi en tant que thérapeute. Il suggère qu'il y aurait quatre principales motivations à entreprendre un

programme PP : la résolution de difficultés personnelles, le développement personnel, le développement de la capacité à prendre soin de soi ainsi que l'amélioration des compétences thérapeutiques. Les trois premières motivations seraient associées au développement du soi personnel alors que la quatrième (amélioration des compétences thérapeutiques) serait plutôt associée au développement du soi en tant que thérapeute (Bennett-Levy & Finlay Jones, 2018).

Figure 1

Traduction libre du Modèle de Bennett-Levy et Finlay-Jones (2018)



Ce modèle distingue également différentes catégories de retombées potentielles d'une formation PP : (1) le développement personnel et le sentiment de bien-être (p. ex., satisfaction de vie); (2) la conscience de soi (p. ex., pleine conscience, capacité à s'auto observer); (3) les compétences interpersonnelles (p. ex., capacité à créer une alliance thérapeutique); (4) la capacité d'autoréflexion (*self-reflexion*); ainsi que (5) les habiletés techniques et conceptuelles (p. ex., reformulation).

Les compétences liées au développement personnel et au sentiment de bien-être seraient principalement développées à travers le soi personnel, c'est-à-dire lorsque l'individu établit des objectifs en lien avec sa vie personnelle. Or, la conscience de soi ainsi que les habiletés interpersonnelles de l'individu seraient développées à la fois par le soi personnel et par le soi en tant que thérapeute. En effet, les auteurs du modèle supposent que certaines habiletés liées à la conscience de soi ainsi que diverses habiletés interpersonnelles seraient développées dans la vie personnelle de l'individu (soi personnel). Par exemple, un étudiant pourrait avoir développé sa capacité à observer ses pensées avant même de débuter sa formation en tant que thérapeute. Toutefois, certaines habiletés interpersonnelles seraient développées une fois que la formation a débuté (p. ex., maintenir une alliance thérapeutique), et donc, dans le contexte du soi en tant que thérapeute. La capacité réflexive pourrait également être développée à travers le soi personnel (p. ex., « qu'est-ce que je retire de cet exercice dans ma vie personnelle? ») tout comme elle peut l'être à travers le soi en tant que thérapeute (p. ex., « qu'est-ce que cet exercice m'apprend en tant que thérapeute? »). Des questions telles que « comment puis-

je transposer mon apprentissage personnel auprès de mes clients? » permettraient de faire le pont entre ces deux types de sois. Ce serait d'ailleurs cette capacité à faire le pont, en réfléchissant à la fois à sa vie personnelle ainsi qu'à son rôle de thérapeute, qui expliquerait pourquoi de tels programmes PP permettraient aux thérapeutes de se développer à la fois personnellement et professionnellement.

Selon le modèle, ces cinq catégories de retombées potentielles d'un programme PP pourraient toutes avoir un impact sur l'efficacité thérapeutique. De ce fait, le thérapeute devrait miser à la fois sur le développement de son soi personnel et de son soi en tant que thérapeute pour maximiser son efficacité auprès de ses clients (Bennett-Levy, 2019).

Développement du savoir-être comme complément aux programmes existants

Les programmes de formation en psychologie actuels mettent principalement l'accent sur le développement du système déclaratif et procédural en s'assurant que les étudiants saisissent bien les théories enseignées tout en leur permettant de mettre les habiletés en pratique grâce aux stages cliniques. Ils développeraient ainsi principalement leurs compétences conceptuelles et techniques tout en développant certaines compétences interpersonnelles de base (Bennett-Levy et al., 2009; Lecompte et al., 2004). Ces formations conventionnelles inviteraient principalement les étudiants à réfléchir sur leur rôle de thérapeute en devenir et sur la qualité de leurs interventions. Or, certains chercheurs et cliniciens critiquent les programmes universitaires actuels, soutenant que les facteurs les plus explicatifs de l'efficacité thérapeutique relatifs aux caractéristiques du

psychothérapeute sont négligés (Rønnestad & Skovholt, 2001). Ces auteurs ont demandé à des psychothérapeutes de plus de 30 ans d'expérience professionnelle de partager leurs réflexions sur les aspects cruciaux de leur développement professionnel. Ces psychothérapeutes soulignent avant tout l'importance et la pertinence d'intégrer leurs expériences personnelles et professionnelles pour arriver à une pratique satisfaisante et efficace. Ces résultats convergent notamment avec ceux de Ward et House (1998) qui mettent l'accent sur l'habileté de ces psychothérapeutes à utiliser de façon réflexive leurs expériences personnelles et professionnelles pour guider leur développement. Il apparaît qu'un tel processus de réflexion et d'apprentissage devrait être au cœur de tout programme de formation.

La méthode de développement des compétences thérapeutique basée sur la PP serait une alternative d'enseignement complémentaire aux formations existantes, puisqu'elle permettrait à la fois une réflexion sur le soi en tant qu'individu tout en faisant des liens avec son soi en tant que thérapeute (Bennett-Levy & Haarhoff, 2019; Pakenham, 2015). Bennett-Levy (2006) ajoute que ce type de formation permettrait de raffiner les compétences conceptuelles des thérapeutes en formation tout en développant davantage leurs systèmes techniques et réflexifs. Ces capacités de réflexion et d'auto observation seraient d'autant plus importantes lorsqu'ils interviennent avec des clients ayant des problématiques plus complexes (Bennett-Levy, 2019). Tel que souligné par Lecompte et al. (2004), le développement de la conscience réflexive de l'étudiant se fait notamment en lui offrant un espace pour réfléchir sur lui-même et découvrir sa façon d'interagir avec les

autres. Ainsi, ce modèle de formation permettrait d'avoir une compréhension plus profonde des concepts et des techniques apprises en ayant la chance de les expérimenter par soi-même (Bennett-Levy et al., 2001). De plus, la résilience et la pleine conscience seraient améliorées dans les programmes de pratique personnelle alors qu'elles ne seraient pas nécessairement mises de l'avant dans les programmes de formation plus traditionnels selon la littérature existante (Bennet-Levy, 2019). D'autres auteurs ajoutent que le développement de la sagesse, de l'autocompassion et de la pleine conscience des thérapeutes leur permettrait de mieux appliquer ces concepts auprès de leurs clients par la suite (Tirch et al., 2019). Ainsi, des formations de pratique personnelle seraient un ajout complémentaire aux programmes de formation existants en psychologie.

Différentes formes de Pratique Personnelle

Avant les années 2000, la forme principale de PP était la thérapie personnelle (voir Murphy et al., 2018, pour une revue). Or, plusieurs autres types de PP ont été développés dans les années suivantes, dont les programmes basés sur la méditation (voir Lomas et al., 2018, pour une revue) ainsi que les programmes d'autopratique et d'autoréflexion (*Self-Practice/ Self-Reflexion; SP/SR*; Bennett-Levy et al., 2015; Farrell & Shaw, 2018; Kolts et al., 2018). Afin d'alléger la lecture, le terme SP/SR sera utilisé dans la suite du document pour faire référence à ce troisième type de PP.

Choix du type de programme

Bennett-Levy (2019) démontre que à la fois la thérapie personnelle, les programmes basés sur la méditation et les programmes SP/SR sont supportés empiriquement. Les résultats de cette revue de 13 études illustrent, entre autres, que ces trois types d'interventions seraient globalement associés à une diminution de la détresse psychologique ainsi qu'à une amélioration de l'acceptation de soi et des habitudes d'autosoins (Bennett-Levy, 2019). Comme il y a peu d'études comparatives qui ont été effectuées, il n'est pas possible de distinguer clairement les impacts de chaque type de programme. Selon la littérature existante, la thérapie personnelle serait particulièrement utile pour la résolution de problématiques personnelles et pour le développement du soi personnel (Murphy et al., 2018). Les programmes basés sur la méditation viseraient principalement la réduction du stress et la prévention de l'épuisement professionnel chez les professionnels de la santé (Lomas et al., 2018). Finalement, les programmes SP/SR auraient été utilisés à la fois dans le but d'approfondir les compétences thérapeutiques (techniques, conceptuelles, interpersonnelles), mais également pour favoriser les comportements d'autosoins et la santé mentale des étudiants universitaires (p. ex., Pakenham, 2017). Ce type de programme permettrait donc à la fois le développement du soi personnel et du soi en tant que thérapeute, ce qui est particulièrement utile pour des thérapeutes en formation. Ce troisième type de PP est donc celui retenu dans la présente étude.

Les programmes SP/SR ont d'abord été conçus en se basant sur l'approche théorique cognitivo-comportementale (Bennett-Levy et al., 2001, 2003; Spendelow & Butler, 2016).

Plus récemment, ces programmes se sont basés sur des approches plus spécifiques de la thérapie cognitivo-comportementale, dont la thérapie des schémas, l'entraînement à la compassion et l'ACT (Farrell & Shaw, 2018; Kolts et al., 2018; Pakenham & Viskovich, 2018). L'ACT (Hayes et al., 2012) est l'approche retenue.

Approche retenue dans la présente étude : l'ACT

Quatre raisons principales expliquent ce pourquoi le programme d'intervention actuel s'appuie sur l'approche théorique de l'ACT. Premièrement, plusieurs études illustrent l'efficacité de l'ACT auprès de la population étudiante post-secondaire, notamment pour diminuer le stress et les symptômes dépressifs ainsi que pour améliorer le bien-être et la satisfaction de vie (p. ex., voir revue de Howell & Passmore, 2018). Il semble donc s'agir d'une approche pertinente à appliquer auprès des stagiaires en psychologie, sachant qu'ils sont eux-mêmes à risque de vivre du stress en cours d'études et une fois sur le marché de travail (p. ex., Pakenham & Stafford-Brown, 2012; Smith & Mose, 2009). Deuxièmement, l'ACT serait une approche utile pour encourager et améliorer la pratique d'autosoins des étudiants en psychologie (Pakenham, 2015). En effet, les processus de flexibilité psychologique, tels que la clarification des valeurs et l'identification d'actions engagées, peuvent être considérés comme des actions pour prendre soin de soi. Tel que mentionné précédemment, le développement de ces pratiques est non seulement nécessaire pour leur fonctionnement personnel, mais également pour assurer un fonctionnement adéquat auprès de leurs clients. Il s'agit d'ailleurs d'une des visées du « Plan d'action sur la santé mentale étudiante en enseignement supérieur » (PASME – 2021-2026; Gouvernement du

Québec, 2024) proposé par le gouvernement provincial. Ce plan vise à élargir et à diversifier l'offre de services de promotion, de prévention et de soutien psychosocial dans les collèges et les universités. Troisièmement, tel que souligné par Tirch et ses collègues (2019), l'approche PP et l'ACT auraient des postulats de base communs tels que l'acceptation de soi et d'autrui ainsi que la composante expérientielle. Ces auteurs affirment donc que la combinaison de ces approches permettrait non seulement une compréhension théorique des processus de flexibilité psychologique, mais également une intégration plus complète en ayant l'opportunité de les mettre en pratique sur soi-même. Finalement, quelques études de la dernière décennie ont illustré des retombées positives, à la fois personnelles et professionnels, de programmes de PP basé sur l'ACT auprès d'échantillons d'étudiants en psychologie de différents niveaux (Pakenham, 2017; Pakenham & Viskovich, 2018). Dans la prochaine section, l'ACT sera abordée plus en détails.

Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)

L'ACT appartient à la troisième vague de la thérapie cognitivo-comportementale. Cette approche de psychothérapie a été introduite par Hayes et al. en 1999. Il s'agit d'une approche transdiagnostique qui est appuyée empiriquement pour son efficacité dans le traitement de troubles psychologiques et de conditions médicales variées (Gloster et al., 2020; Hayes et al., 2006). L'ACT s'appuie sur la Théorie des cadres relationnels (Hayes et al., 2001) et le contextualisme fonctionnel (Hayes, 1993). La Théorie des cadres relationnels s'intéresse aux liens entre le langage et les cognitions, ce qui influence les

comportements des êtres humains. Cette approche accorde une importance particulière aux variables environnementales dans l'étude des comportements, s'intéressant à la fonction des comportements plutôt qu'à leur forme. Les actions sont donc évaluées en tenant compte de leurs conséquences dans le contexte précis d'un individu. Ainsi, une action est jugée comme efficace lorsqu'elle permet à l'individu de progresser vers des objectifs cohérents à ses valeurs personnelles. À l'inverse, une action est jugée comme peu ou non efficace lorsqu'elle ne permet pas une telle progression.

Rôle de l'évitement expérientiel

Dans l'approche ACT, l'évitement expérientiel est un processus psychologique central dans le développement et le maintien des troubles psychologiques (p. ex., troubles anxieux ou dépressifs). Il réfère à des efforts intentionnels pour éviter des pensées, des émotions ou des sensations désagréables (Hayes et al., 1996). Cet évitement peut se manifester par divers comportements, dont la distraction, la procrastination, les compulsions, le déni, etc. Ces comportements peuvent s'avérer adaptatifs lorsqu'ils sont utilisés de manière souple et ponctuelle (p. ex., se distraire de son anxiété en écoutant la télévision occasionnellement). Or, ces comportements peuvent s'avérer plus problématiques lorsqu'ils sont utilisés de manière excessive et rigide (p. ex., regarder la télévision dès qu'on se sent anxieux). Dans ce cas, l'évitement ne fait qu'amplifier la souffrance psychologique vécue par l'individu en diminuant la variété des comportements entrepris (Chawla & Ostafin, 2007; Hayes et al., 1996).

Par conséquent, l'ACT ne vise pas la réduction de l'intensité ou de la fréquence des pensées, sensations et émotions. Elle vise plutôt à modifier le rapport que la personne entretient avec ses symptômes et à augmenter son répertoire de comportements. Elle effectuera ainsi des actions lui permettant de se rapprocher de ses valeurs, et ce, en acceptant la présence de ses expériences internes inconfortables. Par exemple, une personne invitée à une soirée festive pourrait ressentir de l'anxiété à l'idée de rencontrer de nouvelles personnes et avoir des pensées inconfortables telles que « je ne serai pas inclue ». Malgré cela, cette personne fait le choix de se rendre à la soirée pour se rapprocher de ses valeurs de plaisir et de connexion à autrui.

Flexibilité psychologique

Tel que mentionné précédemment, le but principal de l'ACT est d'améliorer la flexibilité psychologique. Cela implique d'agir en cohérence avec ses valeurs, et ce, même lorsque des expériences internes intrusives se présentent (Hayes et al., 1999, 2004). Cette habileté serait associée à l'amélioration de divers problèmes psychologiques ainsi qu'à un plus grand bien-être selon plusieurs études (Powers et al., 2009; Ruiz, 2010). Cette flexibilité se cultive par six processus psychologiques de l'ACT qui sont à la fois distincts et interreliés (Hayes, 2004) : (1) acceptation (ouverture aux expériences internes sans tenter de changer leur fréquence ou leur forme); (2) défusion cognitive (observation des pensées sans les prendre pour la réalité); (3) soi contexte (conscience de soi flexible et capacité de prendre du recul); (4) moment présent et flexibilité attentionnelle (attention consciente du moment présent dans le non-jugement); (5) clarté dans les valeurs (capacité

de choisir librement et d'identifier verbalement des directions de vie qui ont du sens pour soi); et (6) action engagée (action efficace et cohérente aux valeurs personnelles). Ces processus peuvent être regroupés en trois axes principaux (Hayes et al., 2011, 2012) : (a) ouvert, (b) centré et (c) engagé.

La prochaine section présente les principales études empiriques portant sur l'application de programmes basés sur l'ACT et l'approche PP auprès d'étudiants en psychologie.

Programmes de Pratique Personnelle basées sur l'ACT

Un programme de PP, de type SP/SR, basé sur l'ACT correspond à une méthode de formation structurée et expérientielle qui implique l'application d'exercices basés sur l'ACT sur soi-même ainsi qu'une réflexion sur ces exercices. Il s'agit donc d'une méthode qui permet aux cliniciens ou aux stagiaires de cultiver leur propre flexibilité psychologique tout en ayant une compréhension plus profonde des processus appliqués auprès de leur clientèle (Bennett-Levy et al., 2015; Thwaites et al., 2017). Ce type de programme peut être effectué individuellement, à l'aide d'un livre guidé (p. ex., Tirch et al., 2019), tout comme il peut être effectué en groupe en étant guidé par un facilitateur.

Quelques recherches soutiennent l'efficacité de programmes d'intervention basés sur l'approche ACT auprès d'étudiants post-secondaires. Une étude contrôlée randomisée menée par Grégoire et ses collègues (2018) illustre que l'ACT permettait une amélioration

significative de la flexibilité psychologique et du bien-être des étudiants universitaires ($n = 72$) en comparaison à un groupe contrôle ($n = 72$). Une autre étude contrôlée randomisée a révélé qu'une intervention ACT en ligne améliorait considérablement l'anxiété, la dépression, le stress scolaire et la santé mentale d'un échantillon de cégépiens ($n = 40$) en comparaison à un groupe contrôle ($n = 39$) (Levin et al., 2017). Viskovich et Pakenham (2018) se sont également intéressés aux effets d'un programme ACT en ligne de 4 semaines auprès d'un groupe d'étudiants universitaires ($n = 596$) en comparaison à un groupe contrôle ($n = 566$). Cette étude a illustré une amélioration des processus de flexibilité psychologique et de différentes variables liées à la santé mentale (p. ex., autocompassion et satisfaction de vie) chez le groupe expérimental. Katajauvori et ses collègues (2023) ont observé des résultats similaires en s'intéressant aux effets pré-post d'un cours ACT de huit semaines auprès d'étudiants universitaires en Finlande ($N = 143$).

Pakenham fut l'un des premiers à employer une approche de formation ACT basée sur la PP auprès d'échantillons d'étudiants en psychologie. Pakenham et Stafford-Brown (2012) ont d'abord testé l'efficacité d'un programme ACT auprès de doctorants en psychologie ($N = 56$). Il s'agit d'un essai contrôlé non randomisé avec mesures répétées où un groupe expérimental (intervention ACT) a été comparé à un groupe contrôle (participants sur une liste d'attente). Le programme d'intervention incluait des exercices expérientiels et des devoirs à la maison afin que les participants appliquent les notions de l'ACT dans leur quotidien. Les résultats illustrent notamment une diminution pré-post significative de la détresse psychologique et du stress (conceptualisé par le doute

professionnel) du groupe expérimental ($n = 28$), ce qui a été inversement observé dans le groupe contrôle ($n = 28$) à la fin du programme de 4 semaines (Pakenham & Stafford-Brown, 2012). Une augmentation significative des variables d'autocompassion, de sentiment d'efficacité personnelle ainsi que des différents processus reliés à la flexibilité psychologique a été observée chez le groupe expérimental (Pakenham & Stafford-Brown, 2012). Ces résultats furent maintenus lors d'une mesure de suivi 10 semaines plus tard (Pakenham & Stafford-Brown, 2012).

Pakenham (2015) a effectué une autre étude qui testait l'efficacité d'une formation ACT auprès d'étudiants en psychologie ($N = 32$). Il s'agissait, cette fois, d'un programme de 12 séances offert dans le cadre d'un cours universitaire. Chaque séance abordait un thème de l'ACT (p. ex., le soi observateur) ou autre thème pertinent (p. ex., la pratique d'autosoins). Les participants furent invités à s'autoadministrer les techniques apprises pour ensuite les expérimenter auprès de leurs clients en stage clinique. La comparaison pré-post indique une amélioration significative de plusieurs variables primaires, dont le sentiment d'efficacité personnelle, l'alliance thérapeutique, l'autocompassion et le niveau de détresse psychologique (Pakenham, 2015). Les étudiants ont également amélioré plusieurs processus de l'ACT, dont leur pleine conscience, leur défusion des pensées, leur acceptation et la clarté de leurs valeurs. Ces processus de l'ACT se sont avérés être des variables médiatrices d'une ou plusieurs des variables primaires précédemment mentionnées (Pakenham, 2015). Par exemple, la pleine conscience et la suppression des pensées se sont avérées être liées à l'ensemble des variables primaires mesurées

(Pakenham, 2015). Ces résultats soutiennent le fait qu'une formation ACT qui inclut l'approche PP auprès d'étudiants gradués en psychologie permettrait à la fois l'amélioration de caractéristiques personnelles et professionnelles de ces dernières. Cela est cohérent avec l'étude de Pakenham et Stafford-Brown (2012) mentionné ci-haut qui avait illustré qu'une formation ACT contribue à l'amélioration de différents attributs en tant que thérapeutes (alliance thérapeutique, sentiment d'efficacité personnelle, autocompassion) ainsi que des processus de l'ACT.

L'étude de Pakenham (2017) illustre les effets d'un cours basé sur l'ACT et la PP auprès d'étudiants en psychologie de deuxième et de troisième cycle ($N = 22$). Il s'agissait encore une fois d'une formation offerte dans le cadre d'un cours universitaire. La comparaison pré-post de données quantitatives a indiqué une amélioration du sentiment d'efficacité personnelle des participants en lien avec leur pratique d'autosoins. La majorité d'entre eux (74 %) ont rapporté au moins un changement positif relié à leurs habitudes d'autosoins. Des questions ouvertes furent ajoutées aux échelles quantitatives afin de recueillir plus de détails sur les bénéfices observés. Les participants ont notamment mentionné que le fait d'entreprendre des actions cohérentes à leurs valeurs les a encouragés à appliquer des changements dans leur quotidien (Pakenham, 2017). Ils ont également mentionné que le fait de s'appliquer les concepts de l'ACT à soi-même facilitait l'intégration de ces concepts dans leur pratique clinique par la suite (Pakenham, 2017).

Viskovich et Pakenham (2018) ont testé une fois de plus une intervention basée sur l'ACT et l'approche PP. L'échantillon comprenait cette fois des étudiants de psychologie de différents cycles ($N = 134$) et la formation était exclusivement administrée en ligne. Ce programme comprenait quatre modules préenregistrés de 30 à 40 minutes abordant chacun une ou deux compétences reliées à l'ACT. Les résultats pré-post illustrent une amélioration significative des processus de l'ACT, telles que l'acceptation, la défusion, la clarté dans les valeurs et la pleine conscience. Une amélioration significative de plusieurs variables primaires a également été obtenue, soit au niveau des variables de dépression, d'anxiété et de stress, du bien-être, de l'autocompassion et de la satisfaction de vie. Cette étude met également en lumière l'acceptabilité et la faisabilité de ce programme pour les étudiants universitaires. En effet, les scores obtenus à l'instrument *System Usability Scale* ($M = 79,4$) sont considérés comme supérieurs à la moyenne obtenue dans d'autres études ($M = 68,0$; Sauro, 2011), ce qui suggère que les participants ont majoritairement considéré le programme comme facile à utiliser et bien conçu.

Finalement, Pakenham et Viskovich (2018) ont effectué un projet pilote auprès d'étudiants en psychologie afin d'évaluer les effets d'un programme ACT dans le cadre d'un cours universitaire de baccalauréat. Dans cette étude, l'approche PP est nommée explicitement et les participants avaient un journal dans lequel ils devaient noter leurs réflexions par rapport aux exercices qu'ils se sont autoadministrés. En comparaison à un groupe contrôle ($n = 65$), une amélioration significative sur plusieurs variables primaires a été obtenue chez le groupe expérimental ($n = 54$), soit leur capacité d'autoréflexion, leur

conscience de soi, leur bien-être, leurs autosoins et leur capacité à demander de l'aide. Ils ont également amélioré les variables secondaires mesurées, soit leur autopratique (niveau d'application des connaissances universitaires dans la vie personnelle) et leur flexibilité psychologique. Ces dernières se sont avérés être des variables médiatrices des résultats obtenus sur une ou plusieurs variables primaires. L'autopratique s'est notamment avérée être une variable médatrice des variables reliées à l'apprentissage des étudiants, soit la conscience de soi et la capacité d'autoréflexion. Cela supporte l'efficacité de la pratique personnelle comme stratégie d'enseignement en psychologie.

Limites des études actuelles

Les études recensées ci-haut appuient la pertinence des programmes de formation basés sur l'ACT et la PP pour le développement personnel et professionnel des étudiants en psychologie. Or, ces études sont encore peu nombreuses à ce jour et elles présentent quelques limites (Pakenham, 2015, 2017, 2018; Stafford-Brown & Pakenham, 2012). Premièrement, ces études ont principalement été effectuées en Australie, ce qui limite la généralisation des résultats. À notre connaissance, ce type de programme n'est pas disponible pour la formation clinique dans les universités francophones. Deuxièmement, ces études sont principalement composées d'échantillons non-aléatoires de petite taille. En effet, les échantillons varient principalement entre 20 et 50 participants qui ont été sélectionnés sur une base volontaire (Pakenham, 2015; Stafford-Brown & Pakenham, 2012). Le taux de compléTION au temps 2 fut parfois assez bas, ce qui a diminué encore davantage la taille des échantillons. Ce fut notamment le cas dans l'étude de Pakenham

(2015) où seulement la moitié des participants ayant complété la formation ont complété les mesures au deuxième temps de mesure. Troisièmement, plusieurs de ces études n'utilisent pas de mesure de suivi pour le groupe expérimental ou pour le groupe contrôle (Pakenham et al., 2018; Stafford-Brown & Pakenham, 2012). De ce fait, il n'est pas possible d'évaluer si les résultats obtenus à la suite des formations furent maintenus dans le temps. Quatrièmement, certaines de ces études n'ont pas utilisé de groupe contrôle (Pakenham, 2015, 2017; Pakenham et al., 2018). Il est donc possible que certaines variables non considérées par les études aient pu influencer les résultats obtenus entre les deux temps de mesure. Finalement, la majorité des résultats obtenus dans ces études se basent sur des mesures autorapportées, et donc, peu de mesures objectives (Pakenham, 2015, 2017; Pakenham et al., 2018; Stafford-Brown & Pakenham, 2012). Ainsi, il est possible que les résultats obtenus aient été influencés par la subjectivité des participants. Pakenham (2015) souligne notamment que le fait que les participants soient plus familiers avec les concepts d'une approche au temps 2 peut les influencer dans leur façon de répondre aux questionnaires. Ils pourraient, entre autres, percevoir une plus grande amélioration de leurs compétences que ce que la réalité démontre. Le projet actuel vise à pallier une partie de ces limites en proposant un programme francophone spécialement conçu pour le développement personnel et professionnel des doctorants en psychologie.

Objectifs

L'objectif de la présente étude est double. D'une part, considérant le caractère novateur de l'intervention, elle vise à évaluer la faisabilité d'un programme de formation

basée sur l'ACT auprès de stagiaires en psychologie clinique. Ce premier objectif comprend également l'évaluation de la satisfaction des participants par rapport à ce programme. D'autre part, cette étude vise à explorer les effets de cette formation sur différentes variables reliées à la santé mentale (détresse psychologique, épuisement académique, satisfaction de vie) et à la flexibilité psychologique (pleine conscience, fusion cognitive, acceptation des émotions, autocompassion). La prochaine section comprend l'ensemble des composantes méthodologiques de cette étude.

Méthode

Cette section aborde les diverses composantes méthodologiques de l'étude. Elle inclut la description des participants et de l'intervention, les instruments de mesure utilisés, le choix du devis de recherche, une description du déroulement de la collecte des données ainsi que la description des analyses effectuées.

Participants

Le critère d'inclusion de cette étude était d'être candidat au doctorat en psychologie clinique à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) au programme intervention (D.Ps.) ou recherche-intervention (Ph. D., RI). Afin de recruter des participants ayant une expérience clinique relativement similaire, les personnes en stage de première année à la Clinique universitaire de services psychologiques (CUSP) de l'UQTR ont été visées. Elles se sont inscrites sur une base volontaire. La participation aux ateliers était gratuite et aucun incitatif n'a été utilisé.

L'échantillon était initialement composé de 13 étudiants, correspondant tous au critère d'inclusion. Trois d'entre eux ont choisi de se retirer en cours d'étude, leurs résultats ne furent donc pas considérés. L'échantillon de 10 personnes comportait 5 hommes (50 %) et 5 femmes (50 %). L'âge moyen était de 26 ans ($\bar{X} = 2,94$). Tous les répondants étaient stagiaires en psychologie. Ils se disaient principalement d'approche cognitivo-comportementale ($n = 6$; 60 %), bien que certains avaient plutôt une préférence

pour l'approche humaniste-existentielle ($n = 1$; 10 %), l'approche psychodynamique ($n = 1$; 10 %), la neuropsychologie ($n = 1$; 10 %) ou une approche éclectique ($n = 1$; 10 %). Cinquante pourcent (50 %) des répondants ont suivi au moins un cours de 3 heures sur l'ACT de façon préalable à l'étude. En outre, 60 % de l'échantillon ont rapporté avoir une bonne compréhension de cette approche ($n = 6$), un participant disait connaître quelque peu cette théorie (10 %) alors que les participants restants disaient ne pas avoir de connaissances préalables sur l'ACT ($n = 3$; 30 %). Au moment de la première passation de questionnaires, deux participants ont rapporté avoir une pratique de pleine conscience hebdomadaire (20 %) et trois participants ont indiqué être en cours de suivi avec un professionnel de la relation d'aide (30 %).

Instruments de mesure

Les participants ont dû remplir une série de questionnaires à deux moments distincts : avant et après leur participation au programme, chacune des séances nécessitant environ 30 minutes. Un questionnaire sociodémographique a été administré préalablement au début du programme. Les réponses ont été recueillies en ligne via la Banque interactive de questions (BIQ) de l'UQTR, une plateforme centralisée et sécurisée garantissant la confidentialité des utilisateurs. Chaque participant a reçu un lien par courrier électronique pour accéder à la plateforme. Plusieurs variables ont été évaluées à trois moments différents : des indicateurs de santé mentale tels que la détresse psychologique, l'épuisement académique et la satisfaction de vie, ainsi que des mesures de flexibilité psychologique incluant la pleine conscience, la fusion cognitive, l'acceptation des émotions et

l'autocompassation. À la fin du programme, un questionnaire de satisfaction a été rempli, comprenant des questions ouvertes et portant sur la fréquence d'utilisation des exercices ACT, ce qui a ajouté environ dix minutes supplémentaires à la passation.

Questionnaire sociodémographique

Le questionnaire a été développé par l'équipe de recherche (voir Appendice A) afin de recueillir des données générales sur les participants, telles que leur âge et leur sexe, ainsi que pour identifier divers aspects de leur parcours académique, comme leur régime d'étude et leur approche théorique. Il inclut également des questions sur les habitudes de vie, comme l'emploi et la pratique de la pleine conscience. Une section est dédiée à l'expérience antérieure des participants avec l'ACT. De plus, une question spécifique vise à déterminer les principales motivations des participants à s'engager dans le programme.

Faisabilité

Une intervention est considérée « faisable » si elle peut être réalisée de manière raisonnable dans les limites de temps et de ressources prévues (Saillour-Glénisson & Salmi, 2023). L'évaluation de la faisabilité d'une intervention est généralement effectuée à travers un projet pilote, comme dans cette étude, avant les études empiriques destinées à évaluer l'efficacité (Feeley et al., 2009; Thabane et al., 2010). Cette évaluation peut être entreprise pour diverses raisons, regroupées en quatre catégories : le processus (p. ex., évaluation des étapes de recrutement nécessaires), les ressources (p. ex., taux d'attrition), la gestion (p. ex., gestion des problèmes survenant pendant l'intervention) et la scientificité

(p. ex., variabilité des données) (Thabane et al., 2010). Chacune de ces catégories inclut plusieurs critères applicables. Dans cette étude, les indicateurs retenus sont l’adéquation de l’échantillon (nombre de participants inscrits par rapport au nombre de participants éligibles initialement); la facilité d'accès aux candidats éligibles; le temps requis pour compléter les différentes évaluations par rapport au temps initialement prévu; la capacité d'assigner les participants de manière aléatoire aux groupes; le taux d'attrition; le nombre d'absences durant l'intervention; le nombre de rappels nécessaires pour compléter les instruments ainsi que le nombre de mesures manquantes ou incomplètes.

Questionnaire de satisfaction client (Client Satisfaction Questionnaire-8; CSQ-8)

Le *Client Satisfaction Questionnaire* (CSQ-8), développé par Larsen et ses collaborateurs (1979) et adapté en français par Sabourin et ses collègues (1989), mesure la satisfaction générale envers divers services de santé et services à la personne. Il se compose de 8 items, évalués sur une échelle de 8 à 32 points, où des scores plus élevés indiquent une plus grande satisfaction. Un exemple d'item est « Comment évaluez-vous la qualité du programme que vous avez reçu? ». Le coefficient de cohérence interne pour la version anglaise varie habituellement entre 0,83 et 0,93 (Larsen et al., 1979).

Questionnaire qualitatif de satisfaction

Le *Questionnaire qualitatif de satisfaction* comprend des questions ouvertes qui ont été ajoutées afin de recueillir davantage d'informations sur l'expérience vécue par les participants (p. ex., « Quels sont les défis ou les difficultés que vous avez rencontrées en

lien avec votre participation à ce programme? »; voir Appendice B). Ils ont notamment été questionnés sur leur appréciation quant au contenu du programme ainsi que par rapport à ses modalités. Leur commentaires et suggestions ont également été recueillis.

Questionnaire maison sur l'utilisation des exercices ACT

Le questionnaire maison sur l'utilisation des exercices ACT est composé de 4 items qui ont été ajoutés afin de recueillir des informations quant à l'application des exercices ACT par les participants ainsi que leur intention de les appliquer à la suite des ateliers. Il s'agit d'un questionnaire qui a été inspiré par le sondage final proposé par Pakenham et Stafford-Brown (2012). Par exemple, ce questionnaire comprend les items « De façon générale, à quelle fréquence avez-vous appliqué les exercices proposés entre les séances? » ainsi que « Prévoyez-vous continuer à utiliser les exercices proposés dans votre vie personnelle? ».

Échelle de détresse psychologique de Kessler (K6; Kessler et al., 2002)

L'*Échelle de détresse psychologique de Kessler* (K6) évalue le niveau de détresse psychologique. Il ‘agit d’un instrument unidimensionnel et autorapporté de 6 items (p. ex., « Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) nerveux(se)? »). Les items sont répondus sur une échelle de type Likert à 5 points, allant de *Jamais* (0) à *Tout le temps* (4). Le score total est formé de la moyenne des items, un score élevé représentant un niveau élevé de détresse psychologique. Les coefficients de cohérence interne de cette échelle varient entre 0,89 et 0,92 (Kessler et al., 2002, 2003, 2010). Les

coefficients Alpha de Cronbach de la présente étude sont de 0,79 (pré-test) et de 0,73 (post-test).

Échelle d'épuisement académique doctorant (Maslach Burnout Inventory – Student Survey; MBI-SS; Schaufeli et al., 2002)

L'*Échelle d'épuisement académique doctorant*, également connue sous le nom de *Maslach Burnout Inventory – Student Survey* (MBI-SS), est un outil utilisé pour mesurer le niveau épuisement chez les étudiants. Développée par Schaufeli et al. (2002), cette échelle évalue trois dimensions principales : l'épuisement émotionnel, le cynisme et l'efficacité académique. L'adaptation française au contexte des études doctorale a été validée par Broc et al. en 2020. Cet instrument comprend 15 items (p. ex., « Ma recherche doctorale m'intéresse moins qu'avant »). Ces items sont répondus sur une échelle de type Likert à 6 points, allant de *Jamais* (1) à *Chaque jour* (6). Le score total est formé de la moyenne des items, un score élevé représentant un niveau élevé d'épuisement académique. La cohérence interne varie entre 0,70 et 0,85 (Campos et al., 2012; Schaufeli et al., 2002), ce qui est comparable aux coefficients de la présente étude qui sont de 0,86 (pré-test) et de 0,85 (post-test).

Échelle de satisfaction de vie (Satisfaction With Life Scale [SWLS]; Diener et al., 1985)

L'*Échelle de satisfaction de vie* (SWLS) est un outil utilisé pour évaluer le niveau global de satisfaction de vie. Validée en français par Blais et ses collègues en 1989, elle se compose de 4 items (p. ex., « En général, ma vie correspond de près à mes idéaux »). Ces items sont répondus sur une échelle de type Likert à 7 points, allant de *Fortement en*

désaccord (1) à *Fortement en accord* (7). Le score total est calculé en prenant la moyenne des réponses aux items, où un score élevé indique un niveau élevé de satisfaction de vie globale. Les propriétés psychométriques de l'échelle, telles qu'une cohérence interne mesurée à 0,84 (Blais et al., 1989), sont considérées comme adéquates, garantissant sa fiabilité dans l'évaluation de la satisfaction de vie.

Expériences de la vie quotidienne (Mindful Attention Awareness Scale; MAAS; Brown & Ryan, 2003)

Le questionnaire *Expériences de la vie quotidienne* (MAAS) évalue la capacité à être pleinement attentif et présent dans les actions quotidiennes. Cet instrument unidimensionnel et autorapporté comprend 15 items (p. ex., « J'ai des difficultés à rester concentré sur ce qui se passe dans le présent »). Ces items sont répondus sur une échelle de type Likert à 6 points, allant de *Presque toujours* (1) à *Presque jamais* (6). Le score total est calculé en prenant la moyenne des réponses aux items, un score élevé indique une meilleure capacité à être dans le moment présent. La version française du MAAS, validée par Jermann et al. en 2009, a été utilisée dans cette étude. Elle présente de bonnes propriétés psychométriques, incluant une cohérence interne de 0,84, ce qui est comparable aux coefficients de cohérence interne de la présente étude qui sont de 0,84 pour le pré-test et de 0,88 pour le post-test.

Questionnaire d'acceptation et d'action (Acceptance and Acceptation Questionnaire AAQ-II; Bond et al., 2011; Monestès et al., 2009)

Le *Questionnaire d'acceptation et d'action* (AAQ-II) évalue l'évitement expérientiel, soit la propension à éviter les pensées, émotions et sensations physiques. La version française de ce questionnaire a été adaptée par Monestès et ses collègues (2009). Elle comprend 7 items (p. ex., « Mes expériences et mes souvenirs douloureux me gênent pour conduire ma vie comme il me tiendrait à cœur de le faire »). Ces items sont répondus sur une échelle de type Likert à 7 points, allant de *Jamais vrai* (1) à *Toujours vrai* (7). Le score total est obtenu par la somme des réponses. Un score plus élevé indique une capacité moindre à accepter les expériences internes désagréables. Les coefficients de cohérence interne (alpha de Cronbach) de cette étude sont de 0,73 pour le pré-test et de 0,86 pour le post-test, ce qui est comparable au coefficient de 0,83 obtenu dans la version anglaise du AAQ-II (Bond et al., 2011).

Questionnaire de fusion cognitive (Cognitive Fusion Questionnaire; CFQ; Dionne et al., 2016; Gillanders et al., 2014)

Le *Questionnaire de fusion cognitive* (CFQ) mesure la tendance à considérer ses pensées comme des faits ou la réalité. Il a été adapté en français par Dionne et ses collaborateurs (2016). Il se compose de 7 items (p. ex., « Mes pensées me font souffrir ou me rendent triste »). Ces items sont répondus sur une échelle de type Likert à 7 points, allant de *Jamais vrai* (1) à *Toujours vrai* (7). Le score total est calculé en additionnant les réponses et il est comparé à la moyenne observée dans la population générale. Un score plus élevé est associé à un niveau plus élevé de fusion cognitive. La version française du

CFQ présente une cohérence interne satisfaisante, évaluée entre 0,93 et 0,94 selon l'échantillon testé (Dionne et al., 2016). Les coefficients de cohérence interne de cette étude sont de 0,63 pour le pré-test et de 0,84 pour le post-test.

Échelle d'autocompassation (Self-Compassion Scale; SCS; Neff, 2003a; Kotsou & Leys, 2016)

L'*Échelle d'autocompassation* (SCS) évalue le niveau de bienveillance envers soi-même face aux difficultés et aux échecs. Crée par Neff (2003b), elle a été validée en français par Kotsou et Leys en 2016. La version longue comporte 26 items (p. ex., « je désapprouve mes propres défauts »). Ces items sont répondus sur une échelle de 5 points, allant de *Presque jamais* (1) à *Presque toujours* (5). Elle comporte de bonnes propriétés psychométriques, dont une corrélation de 0,54 avec le MAAS. Une version courte de 12 items a été utilisée dans cette étude, mais elle reste à être validée en français. Les coefficients de cohérence interne sont de 0,77 (pré-test) et 0,79 (post-test), montrant la fiabilité de l'échelle dans cette population.

Déroulement

Cette section comprend une description de l'intervention effectuée auprès des participants ainsi qu'une description de la méthode utilisée pour la collecte de données.

Intervention

L'intervention a été développée par la chercheuse principale en collaboration avec le co-chercheur, en s'inspirant de plusieurs ouvrages sur l'ACT. Ces ouvrages comprennent

notamment ceux de Harris (2012), Polk et Schoendorff (2014) et Rousseau (2021), les lignes directrices pour les programmes de pleine conscience basés sur l'ACT et l'autocompassion proposées par Tirch et al. (2019), ainsi que des travaux sur l'ACT de Pakenham et Viskovich (2018). Le programme est intitulé « Mon programme ACT : en route vers une vie personnelle et professionnelle épanouie ». La métaphore de l'apprenti conducteur, développée par notre équipe, est utilisée tout au long des ateliers. Par exemple, les participants ont été sensibilisés à l'importance des autosoins, ce qui fut comparé à l'essence et à l'entretien d'une voiture. Cette métaphore a également été utilisée pour expliquer les processus de flexibilité psychologique, où les valeurs ont été comparées à des panneaux indicateurs sur la route et les actions engagées aux kilomètres parcourus vers ces valeurs.

Le programme se compose de trois ateliers, chacun d'une durée de trois heures, réalisés en présentiel dans un local du pavillon Michel-Sarrazin à l'UQTR. Des groupes de 4 à 8 étudiants étaient visés. Ces modalités ont été déterminées pour favoriser les échanges et un climat de confiance. Le plan du programme a été structuré en s'appuyant sur le modèle de la flexibilité psychologique et les trois axes principaux proposés par Hayes et ses collègues (2012) : l'ouverture, la centration et l'engagement. Les lignes directrices proposées par une équipe américaine de professionnels universitaires pour l'élaboration d'un programme de formation doctorale en psychologie ont également été considérées dans la conception du programme (Klepac et al., 2012). Ces professionnels proposent, entre autres, de viser une alternance entre la psychoéducation, les exercices

d'impact et l'application des concepts à l'extérieur de la formation. Les activités incluent des présentations vidéo, des exercices de pleine conscience, des exercices de visualisation et des exercices de réflexion sur les processus de l'ACT. Des capsules d'éducation psychologique ont également été intégrées pour familiariser les participants avec cette approche, si nécessaire. Le Tableau 1 présente un résumé des processus abordés et des exercices proposés pour chacun des ateliers.

Chaque atelier débute par un exercice d'ancrage, tel qu'une chanson ou un exercice de respiration, afin de faciliter le centrage et la connexion à l'instant présent. Les participants sont ensuite encouragés à prendre conscience de leur état actuel et à formuler leur intention pour l'atelier à venir. Après un accueil et un retour sur les actions de la semaine précédente, un exercice d'impact est introduit, suivi d'une discussion de groupe pour introduire le premier processus abordé dans l'atelier. Un exercice expérientiel est ensuite effectué individuellement, en groupe ou en sous-groupe. Après la pause, le deuxième processus est présenté, suivi d'un second exercice expérientiel. Chaque atelier se termine par une discussion de groupe sur le contenu abordé et de recommandations d'exercices à pratiquer en dehors des séances.

Tableau 1*Résumé du contenu des ateliers*

Ateliers	Processus abordés	Exemples de contenu
Rencontre 1. Être engagé	Clarification des valeurs Actions engagées	<ul style="list-style-type: none"> – Métaphore apprenti conducteur pour expliquer concept des ateliers ainsi que règles de conduite (p.ex., confidentialité, ponctualité, etc). – Tour de table et exercice brise-glace (présentation des participants à l'aide d'une image choisie pour se décrire). – Définition du terme « valeur ». – Exercices de clarification des valeurs (cocher principales valeurs sur une liste, exercice de la ligne du temps pour imaginer sa vie à 80 ans, etc). – Choix d'une action engagée et identification des obstacles potentiels.
Rencontre 2. Être ouvert	Défusion cognitive Acceptation	<ul style="list-style-type: none"> – Exercice de l'élastique (pour montrer différence entre évitement et acceptation des expériences internes désagréables). – Réflexion sur évitement expérientiel : métaphore passagers turbulents). – Exercice en équipe pour identifier expériences internes évitées et actions d'évitement. – Introduction et complétion de la Matrice ACT.
Rencontre 3. Être centré	Moment présent Soi observateur	<ul style="list-style-type: none"> – Exercice méditatif de la ligne du temps (pour distinguer temps passé dans le passé, le présent et le futur). – Exercice de balayage corporel. – Exercice de désidentification aux étiquettes.

L'intervention est accompagnée de deux documents. Le premier consiste en un guide du formateur détaillant le contenu des ateliers, les équipements nécessaires, l'organisation spatiale, les étapes à suivre avec une estimation du temps requis, ainsi que les exercices spécifiques référencés dans le cahier du participant. Des extraits verbatim sont inclus pour faciliter la reproduction future des ateliers. Le deuxième document est le cahier du

participant, distribué au début du programme à chacun. Ce dernier propose des sections pour prendre des notes sur les exercices, des questions de réflexion et des exercices supplémentaires à faire à la maison. Il contient également des explications théoriques, une liste de références, des ressources d’assistance, des résumés des exercices pratiqués et des extraits verbatim pour faciliter l’utilisation autonome des exercices par les participants.

Ce programme est dirigé par la première auteure de l’étude, qui a également joué un rôle central dans sa conception. Elle possède une formation approfondie dans l’ACT ainsi qu’une expérience significative dans l’animation de groupes. L’animatrice est consciente des objectifs de l’étude. Étant donné le caractère exploratoire de cette étude, sans hypothèses préétablies, il a été jugé approprié qu’elle occupe ce rôle, sans compromettre la rigueur des résultats ni créer de conflits d’intérêts. Cette recherche a reçu l’approbation du Comité éthique de la recherche impliquant des êtres humains avant son commencement (CER-21-278-07.49).

Collecte de données

Les inscriptions ont débuté au début de la session universitaire d’automne 2021. Une présentation virtuelle a été organisée par l’équipe de recherche à l’intention des stagiaires de la CUSP de l’UQTR pour promouvoir le programme. Ce dernier a été décrit comme une série d’ateliers visant à offrir une pause tout en développant des stratégies d’autosoins. Lors de cette présentation, les modalités de la recherche ont été expliquées, ainsi que les implications éventuelles de la participation. Des exemples de contenu ont été présentés et

les objectifs principaux de l'étude ont été clarifiés. Il a été spécifié que ce programme était distinct du practicum des étudiants et que la participation n'aurait aucun impact sur ce dernier. Les questions des étudiants ont été adressées et ils ont été informés de la possibilité de contacter l'équipe de recherche par courriel pour toute question supplémentaire.

À la suite de cette présentation, un courriel contenant un lien vers une lettre d'information et de consentement a été envoyé par le secrétariat de la CUSP à tous les stagiaires éligibles. Ceux intéressés par la participation au programme et à l'étude ont pu s'inscrire et remplir le premier temps de mesure. Les participants ont ensuite été répartis aléatoirement en deux groupes à l'aide de la plateforme www.randomization.com. Six participants ont été assignés au premier groupe pour suivre le programme en octobre, tandis que sept ont été assignés au deuxième groupe pour novembre. Il est à noter que la randomisation n'a pas été complètement aléatoire en raison d'engagements spécifiques de certains participants ($n = 3$) nécessitant un changement de groupe.

Plan de l'expérience

Initialement, il était prévu d'utiliser un devis parallèle inversé. Tel qu'illustré dans le Tableau 2, l'expérience s'est déroulée sur une période de 10 semaines, chacun des groupes ayant participé aux ateliers à des moments distincts. Tous les participants ont rempli les questionnaires initiaux deux semaines avant le début du programme, à la première semaine (T1).

Tableau 2*Temps de mesure*

Groupes	T1					T2				T3	
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	
Gr1	*		A1	A2	A3	*					
Gr2	*						A1	A2	A3	*	

Note. T = Temps de mesure; S = Semaines; Gr = Groupes aléatoires; A = Ateliers; * = début de la collecte de données.

Puis, ils ont complété de nouveau les questionnaires à la suite de l'intervention auprès du premier groupe, à la sixième semaine (T2), ainsi qu'à la suite de l'intervention auprès du deuxième groupe, à la dixième semaine (T3). Il était alors prévu de comparer les résultats des groupes à chaque temps de mesure, le groupe 2 agissant à titre de groupe contrôle lors du deuxième temps de mesure, n'ayant pas encore participé aux ateliers. Or, afin de tenir compte du nombre limité de participants et de maximiser la puissance statistique, le devis a été revu en cours d'étude. Un devis pré-post a été utilisé, regroupant les données des deux groupes pour comparer les résultats aux questionnaires avant l'intervention et après l'intervention. Ainsi, les données du premier et du deuxième temps de mesure ont été utilisées pour le premier groupe, tandis que celles de deuxième et troisième temps de mesure ont été analysées pour le deuxième groupe.

Analyses statistiques

Dans un premier temps, des analyses descriptives seront présentées pour décrire les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon de l'étude. Pour vérifier le premier

objectif de cette recherche, les critères de faisabilité seront examinés et présentés. Un tableau de fréquence sera également généré à partir des données du questionnaire de satisfaction. Ensuite, pour répondre au second objectif de l'étude, une analyse par tests de permutation sera conduite. Cette méthode non-paramétrique est particulièrement adaptée pour les échantillons de petite taille et lorsque les données ne suivent pas une distribution normale. Des tests de permutation seront ainsi réalisés pour chaque variable étudiée. Le nombre total de permutations sera de 40,320, représentant le nombre maximal de permutations possibles compte tenu de l'échantillon disponible pour chaque variable ($n = 8$). Ce nombre maximal est calculé en prenant le factoriel du nombre de participants (8!).

Un test de permutation est une méthode statistique exacte utilisée pour tester des hypothèses, impliquant au moins deux échantillons. Cette approche repose sur la génération d'une distribution d'échantillonnage (appelée « distribution de permutation ») en rééchantillonnant les données observées. Ainsi, elle permet d'exploiter pleinement les informations disponibles sans prérequis d'hypothèses spécifiques. Pour réaliser cette analyse, la différence de moyenne entre les scores post-test et pré-test pour chaque participant est calculée initialement. Ces différences sont ensuite agrégées et divisées par le nombre de participants pour obtenir la moyenne des différences de moyennes. Les permutations commencent en inversant aléatoirement certains scores entre les tests pré et post (p. ex., en permutant le score AAQ-II_pré et le score AAQ-II_post du participant 1). Une nouvelle différence de moyenne est calculée pour chaque rééchantillonnage. Ce processus est répété pour chaque permutation jusqu'à atteindre le nombre prédéfini de

permutations (40,320 dans cette étude). Les différences de moyennes ainsi obtenues forment la distribution empirique. À partir de cette distribution, une valeur p est calculée, représentant la probabilité d'observer la différence post-test pré-test. L'hypothèse nulle suggère que cette différence n'existe pas (c'est-à-dire qu'il n'y a pas de différence entre le pré-test et le post-test). Pour cette étude, une différence était considérée comme significative si $p < 0,05$. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel libre R (R Core Team, 2023).

Résultats

Cette section comprend une revue des critères de faisabilité et les résultats quantitatifs de la satisfaction des participants pour répondre au premier objectif de l'étude. Elle comprend également les résultats préliminaires des effets du programme par rapport aux variables de santé mentale et de flexibilité psychologique.

Faisabilité

Les critères suivants ont été utilisés pour mesurer la faisabilité de l'étude : l'adéquation de l'échantillon par rapport aux participants éligibles au départ; la facilité d'accès à celle-ci; le temps de complétion des différentes phases de mesure par rapport aux prévisions initiales; la capacité d'assigner les participants de manière aléatoire; le taux d'attrition; le nombre d'absences pendant l'intervention; le nombre de rappels nécessaires pour la complétion des instruments ainsi que le nombre de mesures manquantes ou incomplètes.

Initialement, sur les 30 participants éligibles, 13 ont consenti à participer (43,3 %). Le recrutement s'est déroulé comme prévu sur une période de deux semaines, du 17 septembre 2021 au 29 septembre 2021. Les participants, des stagiaires en Practicum 1A à la CUSP de l'UQTR à l'automne 2021, ont été facilement accessibles via un courriel du secrétariat de la clinique.

La plupart des participants ont accepté leur assignation aléatoire au groupe ($n = 9$), bien que quatre aient demandé à être assignés à un groupe spécifique en raison d'engagements préexistants. Dans le premier groupe ($n = 6$), personne n'a cessé le programme (taux d'attrition de 0 %), bien que deux participants aient été absents à l'un des trois ateliers. Ces participants avaient tout de même accès au cahier contenant certains exercices à effectuer à la maison. Tous ont complété les mesures pré-post dans les délais prévus.

Pour le deuxième groupe, trois participants se sont retirés avant le début des ateliers, invoquant des contraintes de temps (taux d'attrition de 42,9 %). Le groupe final comprenait quatre étudiants, dont l'un absent lors du premier atelier. Ils ont tous complété les mesures pré-intervention, mais seulement trois ont terminé les mesures post-intervention dans les délais, entre le 19 et le 23 novembre 2021.

Dans les deux groupes, les questionnaires post-intervention ont été complétés dans les délais d'une semaine, suivant l'envoi d'un lien par courrier électronique après les ateliers, avec rappel ultérieur le 5 novembre 2021. Toutes les mesures collectées étaient complètes.

Satisfaction des participants

Pour répondre au second objectif de l'étude, une analyse du score total et des items individuels du questionnaire de satisfaction a été réalisée. Tel qu'indiqué dans le

Tableau 3, le score total moyen obtenu est de 27 sur une possibilité de 32, indiquant un niveau élevé de satisfaction parmi les participants (Attkisson & Greenfield, 2004).

Chaque item du questionnaire a été évalué sur une échelle de 4 points, où un score de 2 ou moins reflète un niveau de satisfaction plus bas, et un score de plus de 2 indique un niveau de satisfaction plus élevé. Le Tableau 3 indique les fréquences obtenues pour chacun des items. Les résultats montrent un niveau de satisfaction globalement élevé parmi les participants. La qualité du programme a été jugée majoritairement excellente ou bonne ($M = 3,55$, $\bar{ET} = 0,56$), et la plupart ont indiqué avoir reçu le type de service souhaité ($M = 3,49$, $\bar{ET} = 0,58$). Concernant la satisfaction des besoins, les réponses sont plus diversifiées, variant entre « À peu près tous besoins satisfaits » (33,3 %), « La plupart des besoins satisfaits » (22,2 %) et « Seuls quelques besoins satisfaits » (44,4 %). Tous les participants ont exprimé une disposition favorable à recommander ce programme à un collègue ($M = 3,65$, $\bar{ET} = 0,52$). Aucun participant ne s'est déclaré insatisfait de l'aide reçue, avec une moyenne de 3,49 à l'item « À quel point êtes-vous satisfait de l'aide que vous avez reçue? » ($\bar{ET} = 0,58$). La majorité des participants ont rapporté que le programme les avait aidés à mieux gérer leurs problèmes ($M = 3,26$, $\bar{ET} = 0,58$). Enfin, la satisfaction générale envers la participation au programme ($M = 3,48$, $\bar{ET} = 0,58$) et l'intention de réinscription ($M = 3,74$, $\bar{ET} = 0,58$) indiquent une perception positive du programme. Ces résultats démontrent une satisfaction générale élevée parmi les participants à l'égard du programme étudié. De plus, il y a peu de commentaires négatifs qui ont été formulés à l'égard du programme.

Tableau 3

Satisfaction des participants par rapport aux ateliers selon le CSQ-8 (N = 9)

(1) Comment évaluez-vous la qualité du programme que vous avez reçu?	Excellente (55,6 %) Bonne (44,4 %) Moyenne (0 %) Médiocre (0 %)
(2) Avez-vous obtenu le type de service que vous vouliez?	Oui, tout à fait (44,4 %) Oui, globalement (55,6 %) Non, pas vraiment (0 %) Non, absolument pas (0 %)
(3) À quel point notre programme a-t'il satisfait vos besoins?	À peu près tous besoins satisfaits (33,4 %) La plupart des besoins satisfaits (22,2 %) Seuls quelques besoins satisfaits (44,4 %) Aucun de mes besoins n'a été satisfait (0 %)
(4) Si un de vos collègues avait des besoins similaires, lui recommanderiez-vous notre programme?	Oui, absolument (55,6 %) Oui, je pense (44,4 %) Non, je ne pense pas (0 %) Non, absolument pas (0 %)
(5) À quel point êtes-vous satisfait de l'aide que vous avez reçue?	Très satisfait (44,4 %) Globalement satisfait (55,6 %) Indifférent ou légèrement insatisfait (0 %) Assez insatisfait (0 %)
(6) Le programme que vous avez effectué a-t-il aidé à faire face de façon plus efficace à vos problèmes?	Oui, il m'a beaucoup aidé (22,2 %) Oui, il m'a un peu aidé (77,8 %) Non, il ne m'a pas aidé (0 %) Non, il semble avoir aggravé les choses (0 %)
(7) D'une manière globale et générale, à quel point êtes-vous satisfait de votre participation à ce programme?	Très satisfait (44,4 %) Globalement satisfait (55,6 %) Indifférent ou légèrement insatisfait (0 %) Assez insatisfait (0 %)
(8) Si cela était à refaire, participeriez-vous à ce programme?	Oui, absolument (77,8 %) Oui, je pense (22,2 %) Non, je ne pense pas (0 %) Non, absolument pas (0 %)

Effets du programme

L'objectif secondaire de la présente étude était d'obtenir des résultats préliminaires par rapport aux effets du programme. Pour vérifier cet objectif, des analyses descriptives ont d'abord été effectuées pour chacune des variables à l'étude. Puis, des tests de permutation ont été effectués. Les statistiques descriptives ainsi que les résultats principaux des tests de permutation sont illustrés dans le Tableau 4. Avant de procéder à ces tests pour chacune des variables, les participants ayant au moins une donnée manquante pour la variable correspondante ont été retirés. Ainsi, huit participants ont été considérés pour la majorité des variables (MAAS, AAQ, CFQ, K6, SWLS) alors que seulement sept participants ont été considérés pour les variables MBSS et SCS, ayant respectivement une donnée manquante.

Le Tableau 4 illustre également les différences de moyennes pré-post ainsi que la valeur p obtenu pour chacune des variables, calculée à partir de l'hypothèse alternative correspondante. Chaque hypothèse alternative a été établie en fonction du changement attendu pour chacune des variables, à savoir si le score doit être plus élevé ou plus faible au post-test en comparaison au pré-test. Lorsque la différence obtenue va dans le sens inverse que celui attendu, l'hypothèse alternative a été inversée afin de tenir compte du résultat obtenu. Peu importe le sens de l'hypothèse alternative, la suite de l'analyse consiste à calculer si la différence de moyenne obtenue est probable (différence non significative) ou peu probable (différence significative).

Tableau 4
Statistiques descriptives et tests de permutation

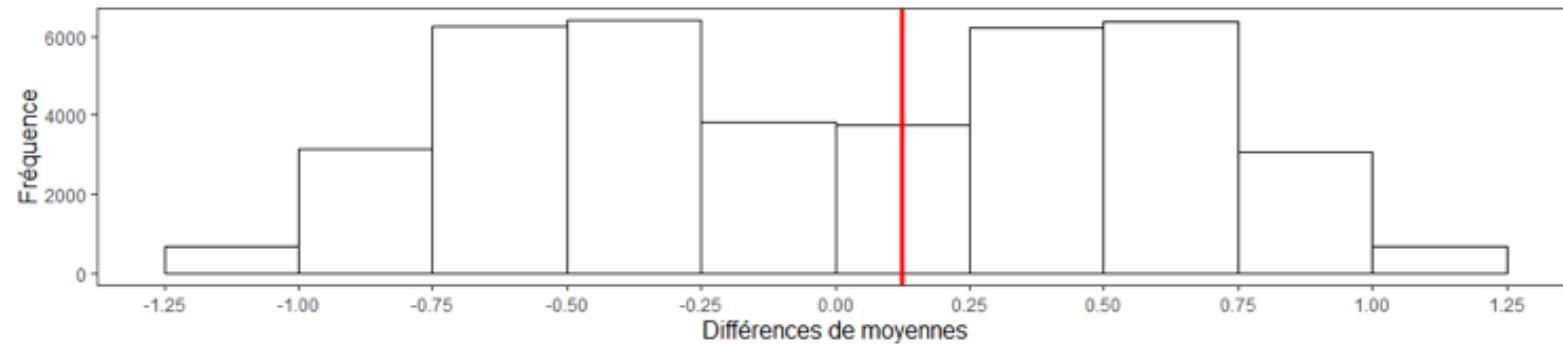
	Variable	N	Moyenne (écart-type)		Hyp. alternative	Différence de moyenne (Post-Pré)	<i>p</i> (seuil de 0,05)
			Pré	Pré-Post			
K6	Détresse psychologique	8	14,80 (3,69)	14,90 (3,87)	Post < Pré	0,125	0,60
MBSS	Épuisement académique	7	37,60 (7,68)	39,60 (7,70)	Post > Pré	2	0,07
MAAS	Pleine conscience	8	58,10 (6,90)	60,10 (9,20)	Post > Pré	2	0,19
AAQ	Évitement expérientiel	8	22,00 (4,96)	22,90 (6,85)	Post > Pré	0,88	0,38
CFQ	Fusion cognitive	8	25,80 (3,41)	23,80 (5,55)	Post < Pré	-2	0,12
SCS	Autocompassion	7	37,10 (6,79)	38,60 (6,13)	Post > Pré	1,43	0,23
SWLS	Satisfaction de vie	8	22,00 (4,66)	21,40 (5,63)	Post < Pré	-0,625	0,25

Note. K6 : Échelle de détresse psychologique de Kessler, MBSS : Maslach Burnout Inventory – Student Survey; Échelle d'épuisement académique doctorant, MAAS : Mindful Attention Awareness Scale; Expériences de la vie quotidienne, AAQ : Acceptance and Acceptation Questionnaire; Questionnaire d'acceptation et d'action, CFQ : Cognitive Fusion Questionnaire; Questionnaire de fusion cognitive, SCS : Self-compassion Scale; Échelle d'autocompassion, SWLS : Satisfaction With Life Scale; Échelle de satisfaction de vie.

La première ligne du Tableau 4 présente la variable de détresse psychologique, mesurée par l'*Échelle de détresse psychologique de Kessler* (K6; Kessler et al., 2002). Le score total est resté stable entre le pré-test et le post-test, passant d'une moyenne de 14,80 ($\bar{ET} = 3,69$) à 14,90 ($\bar{ET} = 3,87$). Cela signifie que, en moyenne, les participants ont augmenté légèrement leur niveau de détresse psychologique. Comme ce score n'a pas évolué dans le sens attendu, l'hypothèse alternative initiale ($\text{post} < \text{pré}$) a été modifiée ($\text{post} > \text{pré}$). Cette différence de moyenne s'avère probable, donc non significative ($p = 0,60 > 0,05$). La distribution empirique de la variable de détresse psychologique est présentée dans la Figure 2. Cette figure représente l'ensemble des différences de moyennes obtenues, ainsi que leur fréquence respective, en effectuant les diverses permutations des scores de pleine conscience des étudiants. La ligne rouge correspond à la différence de moyenne obtenue dans le présent échantillon. Plus cette ligne se situe vers les extrémités, plus cela augmente les chances que la différence de moyenne observée soit improbable en comparaison avec la distribution. Dans ce cas-ci, la ligne rouge se situe vers le centre de la distribution, ce qui est cohérent avec la valeur p qui s'avère non-significative.

Figure 2

Distribution empirique de la variable de détresse psychologique (K6)



La deuxième ligne du Tableau 4 présente la variable d'épuisement académique doctoral, mesurée par la MBI-SS. Le score total a augmenté entre le pré-test et le post-test, passant d'une moyenne de 27,60 ($\bar{E}T = 7,68$) à 29,60 ($\bar{E}T = 7,70$). Cela signifie que, en moyenne, les participants ont augmenté leur niveau d'épuisement académique lié aux études doctorales. Comme ce score n'a pas évolué dans le sens attendu, l'hypothèse alternative initiale (post < pré) a été modifiée (post > pré). Cette différence de moyenne s'avère probable, donc non significative ($p = 0,07 > 0,05$). Tel qu'illustré dans la Figure 3, la ligne rouge se situe vers l'extrême gauche de la distribution. Or, elle ne se situe pas suffisamment dans l'extrême pour s'avérer peu probable.

La troisième ligne du Tableau 4 présente la variable de satisfaction de vie, mesurée par la SWLS. Le score total a diminué légèrement entre le pré-test et le post-test, passant d'une moyenne de 22,00 ($\bar{E}T = 4,66$) à 21,40 ($\bar{E}T = 5,63$). Cela signifie que, en moyenne, les participants ont diminué légèrement leur niveau de satisfaction de vie globale entre le début et la fin des ateliers. Comme ce score n'a pas évolué dans le sens attendu, l'hypothèse alternative initiale (post > pré) a été modifiée (post < pré). Cette différence de moyenne s'avère probable, donc non significative ($p = 0,25 > 0,05$). Tel qu'illustré dans la Figure 4, la ligne rouge se situe vers le centre de la distribution.

Figure 3

Distribution empirique de la variable d'épuisement académique

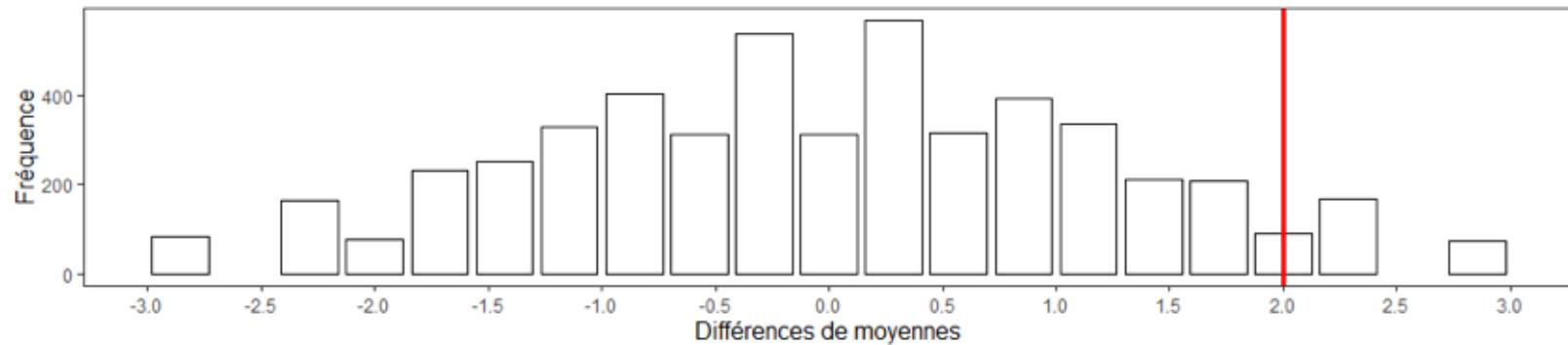
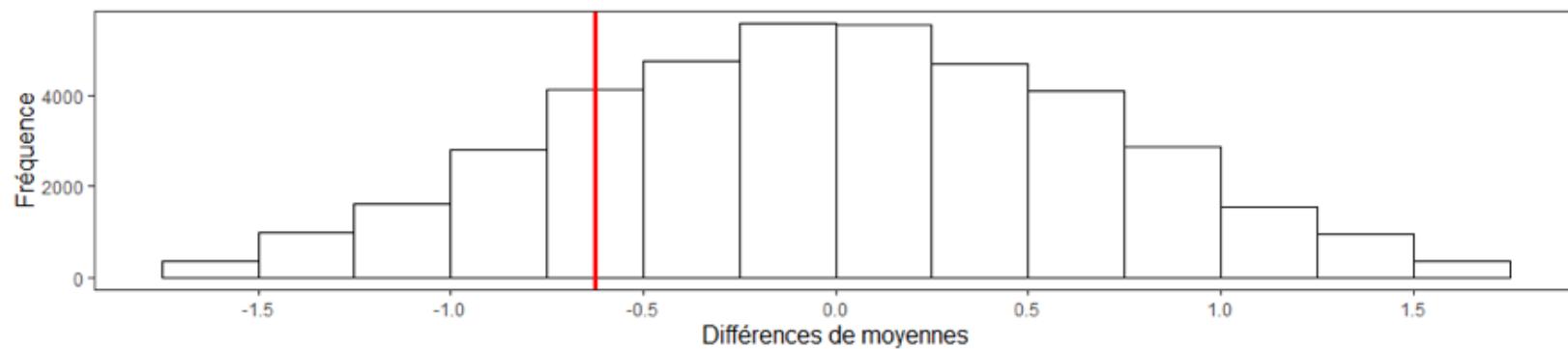


Figure 4

Distribution empirique de la variable de satisfaction de vie (SWLS)



La quatrième ligne du Tableau 4 présente la variable de pleine conscience, mesurée par le questionnaire MAAS (Brown & Ryan, 2003). Le score total a augmenté entre le pré-test et le post-test, passant d'une moyenne de 58,1 ($\bar{E}T = 6,90$) à 60,10 ($\bar{E}T = 9,20$). Cela signifie que, en moyenne, les participants ont une plus grande capacité à être pleinement attentifs et présents dans les actions quotidiennes à la suite des ateliers, tel qu'attendu. Or, cette différence de moyenne s'avère probable, donc non significative ($p = 0,19 > 0,05$). Tel qu'illustré dans la Figure 5, la ligne rouge tend vers la droite, bien que cela ne soit pas suffisant pour être une différence significative.

La cinquième ligne du Tableau 4 présente la variable d'évitement expérientiel, mesurée par le AAQ-II. Le score total a augmenté légèrement entre le pré-test et le post-test, passant d'une moyenne de 22,00 ($\bar{E}T = 4,96$) à 22,90 ($\bar{E}T = 6,85$). Cela signifie que, en moyenne, les participants ont augmenté leur tendance à éviter leurs expériences internes désagréables. Comme ce score n'a pas évolué dans le sens attendu, l'hypothèse alternative initiale (post < pré) a été modifiée (post > pré). Cette différence de moyenne s'avère probable, donc non significative ($p = 0,38 > 0,05$). Tel qu'illustré dans la Figure 6, la ligne rouge, correspondant à la différence de moyenne obtenue pour cette variable dans le présent échantillon, se situe vers le centre de la distribution.

Figure 5

Distribution empirique de la variable de pleine conscience (MAAS)

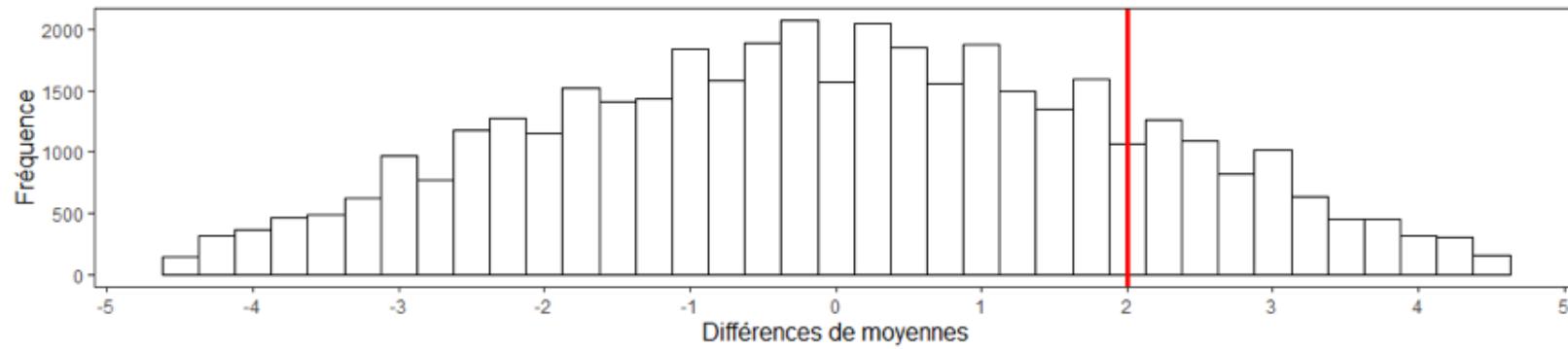
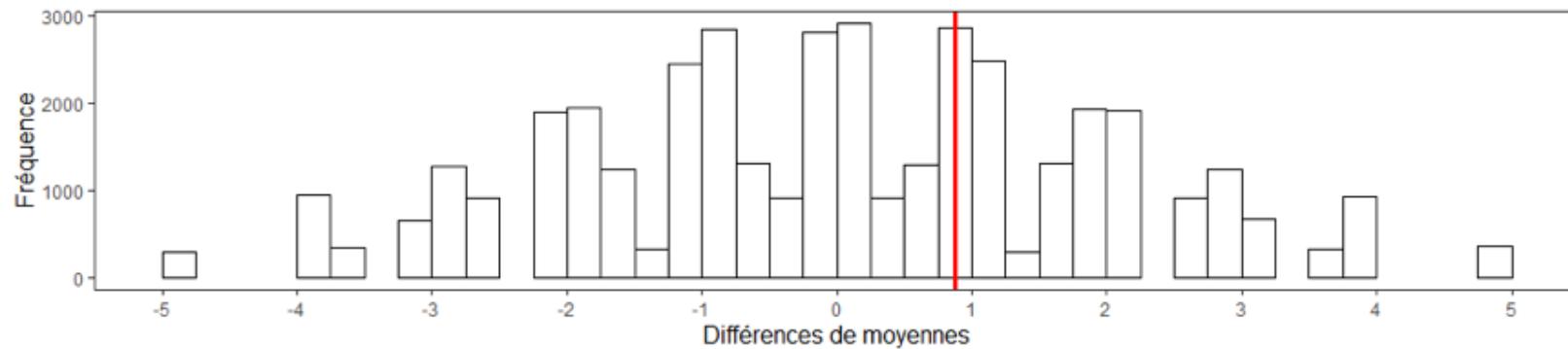


Figure 6

Distribution empirique de la variable d'évitement expérientiel (AAQ-II)



La sixième ligne du Tableau 4 présente la variable de fusion cognitive, mesurée par le CFQ (Gillanders et al., 2014). Le score total a diminué entre le pré-test et le post-test, passant d'une moyenne de 25,80 ($\bar{ET} = 3,41$) à 23,80 ($\bar{ET} = 5,55$). Cela signifie que, en moyenne, les participants ont diminué leur tendance à prendre leurs pensées pour des faits ou la réalité. Cette différence de moyenne a évolué dans le sens attendu, mais elle s'avère probable, donc non significative ($p = 0,12 > 0,05$). Tel qu'illustré dans la Figure 7, la ligne rouge se situe vers l'extrême gauche, bien que cela ne soit pas suffisant pour s'avérer peu probable.

La septième ligne du Tableau 4 présente la variable d'autocompassation, mesurée par une version abrégée de la SCS (Neff, 2003a). Le score total a augmenté entre le pré-test et le post-test, passant d'une moyenne de 37,10 ($\bar{ET} = 6,79$) à 38,60 ($\bar{ET} = 6,13$). Cela signifie que, en moyenne, les participants ont augmenté leur capacité à se montrer bienveillants et compréhensifs envers eux-mêmes lorsque des difficultés ou des échecs sont vécus. Cette différence de moyenne a évolué dans le sens attendu, mais elle s'avère probable, donc non significative ($p = 0,23 > 0,05$). Tel qu'illustré dans la Figure 8, la ligne rouge se situe vers l'extrême gauche, bien que cela ne soit pas suffisant pour s'avérer peu probable.

Figure 7

Distribution empirique de la variable de fusion cognitive (CFQ)

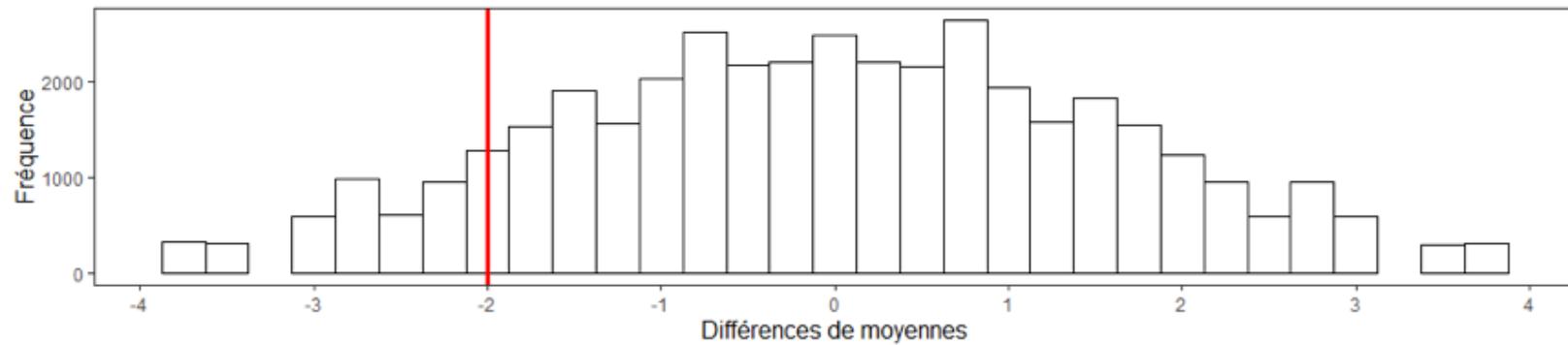
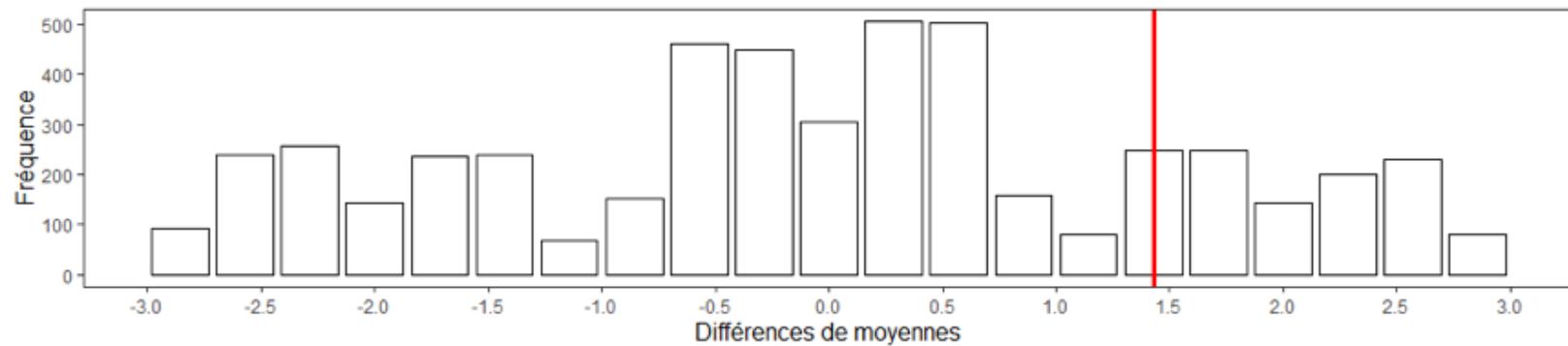


Figure 8

Distribution empirique de la variable d'autocompassion (SCS)



En somme, les résultats aux tests de permutation suggèrent que les différences de moyenne pré-post pour l'ensemble des variables de flexibilité psychologique (acceptation des expériences, pleine conscience, fusion cognitive et autocompassion) ainsi que de santé mentale (détresse psychologique, épuisement académique, satisfaction de vie) s'avèrent probables. En d'autres termes, ces différences ne s'avèrent pas statistiquement significatives. Ces résultats seront repris et discutés dans la section suivante.

Discussion

L'objectif principal de ce projet pilote était d'évaluer la viabilité d'un programme de formation basé sur l'approche ACT, ainsi que la satisfaction des participants à l'égard de ce programme. L'objectif secondaire était d'évaluer les effets préliminaires de ce programme sur la flexibilité psychologique et la santé mentale des étudiants. Des tests de permutation ont été effectués pour répondre à ce second objectif. Les résultats sont discutés ci-après en offrant des pistes d'explication se basant sur la littérature existante. Les limites de cette étude sont identifiées et des pistes de recherches futures sont proposées.

Faisabilité du programme

Plusieurs aspects de la méthodologie se sont avérés faisables, notamment le taux de participation de la population cible, avec 13 personnes inscrites sur un potentiel de 30 personnes éligibles. Les participants éligibles étaient facilement identifiables et accessibles. De plus, les délais de recrutement et de complétion des questionnaires ont été respectés. La majorité des participants ont complété toutes les mesures pré-post (à l'exception d'une mesure manquante au post), et un seul rappel a été nécessaire pour chaque collecte de données. Le faible taux d'attrition, principalement observé dans le premier groupe, est un autre critère qui soutient la faisabilité de la méthodologie.

Quelques défis méthodologiques peuvent tout de même être soulevés, notamment la difficulté à attribuer les groupes de manière aléatoire, certains étudiants ayant eu des empêchements aux dates attribuées. Quatre participants ont dû s'absenter à l'un des trois ateliers en raison de contraintes de temps.

Niveau de satisfaction

La moyenne du score au *Questionnaire de satisfaction du client-8* (CSQ-8) est de 27 sur un total de 32, indiquant un niveau élevé de satisfaction globale parmi les participants. Ce niveau de satisfaction est comparable ou supérieur à celui observé dans d'autres études évaluant des programmes basés sur l'ACT (Fiorillo et al., 2017; Johns et al., 2016; Wahyun et al., 2019; Wetherell et al., 2011). Par exemple, dans l'étude de Fiorillo et al. (2017) portant sur un programme ACT pour des femmes victimes de traumatismes, le score moyen au CSQ-8 était de 25 sur 32, considéré comme un niveau élevé de satisfaction.

Les résultats du CSQ-8 dans la présente étude indiquent que les participants sont particulièrement satisfaits du contenu et de l'aide reçue. Ils ont tous exprimé leur volonté de recommander le programme à leurs collègues et ils ont indiqué qu'ils se réinscriraient si l'occasion se présentait à nouveau. Plusieurs commentaires rapportés dans la section qualitative du CSQ-8 illustrent leur satisfaction par rapport au programme. Par exemple, un étudiant a décrit l'atelier comme « *très complet, avec un encadrement chaleureux et professionnel* », le qualifiant de « *programme très enrichissant* ». Un autre participant a

noté avoir apprécié les moments de pause durant les ateliers. Plusieurs participants ont exprimé leur satisfaction à l'égard des exercices d'ancrage et de pleine conscience proposés au début de chaque séance, soulignant leur impact positif sur leur expérience personnelle et leur interaction avec les autres. Cependant, certains commentaires qualitatifs témoignent de défis rencontrés lors des ateliers. À titre d'exemples, une personne a souligné avoir eu de la difficulté à se montrer vulnérable devant ses collègues. D'autres ont nommé que certains exercices étaient susceptibles de provoquer de l'inconfort ou qu'ils auraient nécessité une réflexion approfondie en ayant davantage de temps pour les compléter. Des distractions telles que la musique avec paroles pendant les exercices ou les conversations des collègues ont également été mentionnées comme perturbatrices. Pour l'avenir, il serait donc judicieux de prévoir un environnement plus propice et moins distrayant, permettant aux participants de mener des exercices en équipe de manière plus intime. Ces résultats et observations fournissent des pistes pour optimiser la conception et l'organisation de futurs programmes basés sur l'ACT, en tenant compte des besoins et des préférences des participants.

Effets sur la flexibilité psychologique

Deux des indicateurs de flexibilité psychologique, soit la pleine conscience et la fusion cognitive, ont évolué dans le sens prévu. La moyenne de la fusion cognitive a diminué et celle de la pleine conscience a augmenté à la suite de la participation aux ateliers. Cependant, ces changements n'ont pas atteint de signification statistique à un niveau de 0,05. En revanche, l'évitement expérientiel a légèrement augmenté, suggérant

que les participants n'ont pas montré d'amélioration dans leur capacité à accepter leurs émotions désagréables.

Il est possible que le choix d'instrument ou que la faible taille de l'échantillon explique, du moins en partie, ces résultats. En outre, l'ACT est une approche expérientielle qui nécessite une application constante et répétée au quotidien pour en retirer des bienfaits. Les connaissances théoriques des processus et leur mise en application lors des ateliers n'étaient donc probablement pas suffisantes pour créer des changements significatifs pré-post. Il était nécessaire que les étudiants appliquent ces processus dans leur vie personnelle et professionnelle à l'extérieur des ateliers, comme il leur a été proposé à la fin de chacun d'entre eux. Or, la charge de travail et le manque de temps ont été rapportés comme obstacles pour la mise en application des exercices hors séances. D'ailleurs, la fréquence d'application des exercices au quotidien semble avoir varié entre les participants, certains mentionnant les avoir effectués très peu fréquemment ($n = 2$), certains peu fréquemment ($n = 3$) et d'autres fréquemment ($n = 4$). Il est possible que leur horaire chargé ait aussi contribué au taux d'absentéisme, puisque quatre d'entre eux se sont absentés à l'un des trois ateliers. En outre, trois participants s'étant inscrits au départ ont annulé leur participation au début des ateliers, évoquant un manque de temps à leur horaire. Ces obstacles sont fréquemment rapportés dans la littérature sur les comportements d'autosoins auprès des étudiants universitaires (Diebold et al., 2018).

Malgré l'absence de résultats quantitatifs significatifs, les commentaires des participants au questionnaire qualitatif laissent entrevoir une amélioration de certains processus de flexibilité psychologique chez plusieurs d'entre eux. En effet, la majorité d'entre eux rapportent au moins un changement positif en lien avec leur niveau de flexibilité psychologique (p. ex., clarification des valeurs, capacité à défusionner, mise en place d'une pratique de pleine conscience ou remise en question de la véracité de certaines étiquettes apposées sur soi).

Effets sur la santé mentale

Les indicateurs de santé mentale, notamment la détresse psychologique, l'épuisement académique et la satisfaction de vie, n'ont pas évolué tel qu'attendu à la suite des ateliers. Les moyennes de détresse psychologique et d'épuisement académique ont augmenté, tandis que la moyenne de satisfaction de vie a diminué. Ces résultats contredisent ceux d'études antérieures telles que celle de Pakenham (2015), qui avait observé une diminution de la détresse psychologique chez des étudiants en psychologie à la suite d'un programme ACT.

Plusieurs explications peuvent être envisagées, notamment le moment choisi pour la complétion des instruments de mesure. Dans cette étude, les données ont été collectées sur une période de 10 semaines, avec des mesures pré-intervention effectuées au début de la session (mi-septembre) lorsque les étudiants sont généralement plus motivés et moins chargés par leurs tâches scolaires. En revanche, les mesures post-intervention ont été

réalisées à des moments plus tardifs de la session (fin octobre pour le groupe 1 et fin novembre pour le groupe 2), des périodes potentiellement plus stressantes en raison d'examens et d'autres obligations. De plus, l'ACT ne vise pas à réduire les symptômes à court terme, mais plutôt à modifier la relation des individus avec leurs expériences internes, en développant notamment la pleine conscience et l'acceptation des émotions désagréables. Il est possible que les participants aient pris conscience de leurs difficultés de manière plus prononcée après le programme, ce qui pourrait expliquer leur autoévaluation plus négative de leur santé mentale. En outre, selon Rupert et Dorociak (2019), les stratégies d'autosoins telles que l'ACT sont plus efficaces lorsqu'elles sont utilisées de manière préventive plutôt que réactive. Il est donc possible que le niveau de détresse préexistant chez certains participants ait limité leur capacité à mettre en pratique les enseignements du programme et à en bénéficier pleinement. Finalement, étant donné que les processus de flexibilité psychologique sont souvent des prédicteurs des bénéfices d'un programme ACT, il est possible que l'absence d'amélioration significative de ces processus dans cette étude ait également contribué à l'absence de changements significatifs dans les variables de santé psychologique.

Limites de la présente étude

Cette étude présente quelques limites. Tout d'abord, les groupes n'ont pas pu être formés de manière totalement aléatoire en raison de contraintes pratiques, ce qui pourrait avoir introduit un biais de sélection. Les ajustements ont été faits pour accommoder un maximum de stagiaires intéressés, utilisant ainsi une méthode quasi-randomisée pour

former les groupes. Deuxièmement, étant donné que les participants ont été recrutés sur une base volontaire, l'échantillon pourrait ne pas être représentatif de l'ensemble des stagiaires, en termes de motivation ou d'intérêt à prendre soin de soi. Il est également possible que leur niveau de santé mentale initial ne soit pas représentatif de l'ensemble des stagiaires. Troisièmement, les résultats reposent sur des mesures quantitatives autorapportées ainsi que sur des données qualitatives, ce qui pourrait introduire des biais de réponse. Il est donc nécessaire d'interpréter les données avec prudence. Quatrièmement, la taille réduite de l'échantillon et les quelques données manquantes ont limité la quantité de données disponibles. Cependant, des analyses de permutation ont été utilisées pour maximiser l'utilisation des informations disponibles, ce qui est particulièrement approprié pour les petits échantillons. Enfin, le devis de l'étude a été modifié, passant d'un devis parallèle inversé à un devis pré-post. Ainsi, il n'a pas été possible d'utiliser un groupe contrôle en comparant les effets entre les deux groupes à différents moments. Il est donc possible que des variables externes, telles que les examens et la charge de travail élevée, aient pu influencer les résultats observés. En raison de la petite taille de l'échantillon, un devis entièrement qualitatif aurait pu être adopté.

Pistes de recherches futures

À l'avenir, plusieurs pistes de recherches pourraient enrichir cette étude. Il pourrait être bénéfique de reproduire l'étude avec des échantillons plus importants et diversifiés sur le plan sociodémographique, incluant une variété de genres, de cultures et d'approches théoriques en psychologie. Cela pourrait permettre d'améliorer la représentativité des

résultats pour l'ensemble des stagiaires en psychologie. Il serait également pertinent d'inclure un groupe contrôle afin d'évaluer spécifiquement les effets attribuables à l'intervention. Une comparaison avec d'autres types d'interventions, telles que des ateliers d'ACT par rapport à des ateliers d'entraînement à la mentalisation, pourrait également fournir des données comparatives utiles. De plus, il pourrait être pertinent de diversifier les mesures utilisées, y compris l'inclusion de questionnaires sur les valeurs et une évaluation de suivi pour examiner la persistance des effets à long terme. Enfin, plusieurs participants ont recommandé d'étendre la durée du programme, par exemple, en l'intégrant dans un groupe de soutien hebdomadaire ou un cours de stratégies d'autosoins intégré au programme d'études. Cette approche pourrait favoriser une meilleure intégration des outils et des pratiques d'autosoins, ce qui pourrait potentiellement augmenter les bénéfices sur la flexibilité psychologique et la santé mentale. L'intégration du programme dans un cours existant pourrait également augmenter l'engagement et la motivation des étudiants tout en limitant les contraintes liées au manque de temps.

Conclusion

Bien que cette étude présente certaines limites, elle apporte une contribution considérable à l'avancement des connaissances. Sur le plan pratique, elle introduit une intervention spécifiquement conçue pour le développement personnel et professionnel des stagiaires en psychologie, incluant un cahier d'exercices et un guide du formateur. Cette intervention brève et économique semble réalisable selon les résultats du projet pilote. Il s'agit, à notre connaissance, du premier programme de ce type en langue française ciblant cette population. Selon la littérature sur l'ACT et la PP, de tels programmes sont essentiels non seulement pour prévenir les problèmes de santé mentale chez les futurs cliniciens, mais aussi pour faciliter l'intégration des outils qu'ils utiliseront avec leurs clients. Cela permet de mettre l'accent sur le savoir-être et les qualités personnelles des futurs psychothérapeutes, en complément au développement des savoirs théoriques et du savoir-faire qui sont davantage mis de l'avant dans les programmes de formation universitaires existants. Les résultats quantitatifs du questionnaire de satisfaction et les commentaires des participants indiquent que cette formation est bien perçue et qu'elle apporte quelques bénéfices. Les commentaires et suggestions des participants offrent également des pistes d'amélioration pour le programme. Les résultats des variables mesurées suggèrent que le programme a le potentiel d'améliorer la flexibilité psychologique des étudiants. Cependant, cette étude étant un projet pilote, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer pleinement son efficacité et pour pouvoir généraliser les résultats à l'ensemble des stagiaires en psychologie.

Références

- American College Health Association. (2013). *American College Health Association National College Health Assessment II: Canadian Reference Group Executive Summary Spring 2013*. American College Health Association. <https://www.suicideinfo.ca/resource/siecnos-20130595/>
- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Attkisson, C. C., & Greenfield, T. K. (2004). The UCSF Client Satisfaction Scales: I. The Client Satisfaction Questionnaire-8. Dans M. E. Maruish (Éd.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Volume 3* (3^e éd., pp. 799-811). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. Dans L. G. Castonguay & C. E. Hill (Éds). *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 13-36). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-002>
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 603-612. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.603>
- Benbassat, J., Baumal, R., Chan, S., & Nirel, N. (2011). Sources of distress during medical training and clinical practice: Suggestions for reducing their impact. *Medical Teacher*, 33(6), 486-490. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.531156>
- Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(1), 57-78. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002420>
- Bennett-Levy, J. (2019). Why therapists should walk the talk: The theoretical and empirical case for personal practice in therapist training and professional development. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 62, 133-145. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.08.004>

- Bennett-Levy, J., & Finlay-Jones, A. (2018). The role of personal practice in therapist skill development: A model to guide therapists, educators, supervisors, and researchers. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(3), 185-205. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1434678>
- Bennett-Levy, J., & Haarhoff, B. (2019). Self-practice/self-reflection (SP/SR) for therapists: Theory, development and evidence. *Australian Psychologist*, 54(6), 409-418. <https://doi.org/10.1111/ap.12413>
- Bennett-Levy, J., Lee, N., Travers, K., Pohlman, S., & Hamernik, E. (2003). Cognitive therapy from the inside: Enhancing therapist skills through practicing what we preach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(2), 143-158. <https://doi.org/10.1017/S1352465803002029>
- Bennett-Levy, J., McManus, F., Westling, B. E., & Fennell, M. (2009). Acquiring and refining CBT skills and competencies: Which training methods are perceived to be most effective?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(5), 571-583. <https://doi.org/10.1017/S1352465809990270>
- Bennett-Levy, J., Turner, F., Beaty, T., Smith, M., Paterson, B., & Farmer, S. (2001). The value of self-practice of cognitive therapy techniques and self-reflection in the training of cognitive therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(2), 203-220. <https://doi.org/10.1017/S1352465801002077>
- Bennett-Levy, J., Thwaites, R., Haarhoff, B., & Perry, H. (2015). *Experiencing CBT from the inside out: A self-practice/self-reflection workbook for therapists*. Guilford Press.
- Bergeron Leclerc, C., Maltais, D., & Blackburn, A. (2020). Les conséquences de la pandémie sur la santé globale des populations universitaires. *Université du Québec à Chicoutimi*. <http://www.uqac.ca/impactcovid/>
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie : validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale". *Canadian Journal of Behavioural Science/ Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(2), 210-223. <https://doi.org/10.1037/h0079854>
- Boamah, S. A., Read, E. A., & Spence Laschinger, H. K. (2017). Factors influencing new graduate nurse burnout development, job satisfaction and patient care quality: A time-lagged study. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1182-1195. <https://doi.org/10.1111/jan.13215>

- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Broc, G., Shankland, R., Martin-Krumm, C., Carter, S., & Bouteyre, E. (2020, May). Burnout académique en doctorat. Validation d'une échelle de burnout adaptée aux étudiants francophones en doctorat. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(5), 517-524. Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.01.011>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Campos, J. A. D. B., Zucoloto, M. L., Bonafe, F. S. S., Jordani, P. C., & Maroco, J. (2012). Reliability and validity of self-reported burnout in college students: A cross randomized comparison of paper-and-pencil vs. online administration. *Computers in Human Behavior*, 28(2), 604-610. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2011.11.008>
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890. <https://doi.org/10.1002/jclp.20400>
- Colman, D., Smith, A., & Johnson, R. (2016). The efficacy of self-care for graduate students in professional psychology: A meta-analysis. *Journal of Professional Psychology*, 52(3), 234-249. <https://doi.org/10.1037/tep0000130>
- Compton, M. T., Carrera, J., & Frank, E. (2008). Stress and depressive symptoms/dysphoria among US medical students: Results from a large, nationally representative survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(12), 891-897. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181924d03>
- Dall'Ora, C., Griffiths, P., Emmanuel, T., Rafferty, A. M., & Ewings, S., & the RN4CAST Consortium (2020). 12-hr shifts in nursing: Do they remove unproductive time and information loss or do they reduce education and discussion opportunities for nurses? A cross-sectional study in 12 European countries. *Journal of Clinical Nursing*, 29(1-2), 53-59. <https://doi.org/10.1111/jocn.14977>
- Delgadillo, J., Saxon, D., & Barkham, M. (2018). Associations between therapists' occupational burnout and their patients' depression and anxiety treatment outcomes. *Depression and Anxiety*, 35(9), 844-850. <https://doi.org/10.1002/da.22766>

- Delisle, G. (2011) La compétence affective du psychothérapeute selon Gilles Delisle, *Psychologie Québec*, 28(2), 16-18.
- Diebold, J., Kim, W., & Elze, D. (2018). Perceptions of self-care among MSW students: Implications for social work education. *Journal of Social Work Education*, 54(4), 657-667. <https://doi.org/10.1080/10437797.2018.1486255>
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Dionne, F., Gagnon, J., Balbinotti, M., Peixoto, E. M., Martel, M. E., Gillanders, D., & Monestès, J. L. (2016). "Buying into thoughts": Validation of a French translation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 48(4), 278-285. <https://doi.org/10.1037/cbs0000053>
- Dyrbye, L. N., Massie, F. S., Eacker, A., Harper, W., Power, D., Durning, S. J., Thomas, M. R., Moutier, C., Sloan, J., & Shanafelt, T. D. (2010). Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *JAMA*, 304(11), 1173-1180. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1318>
- Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2018). *Experiencing schema therapy from the inside out: A self-practice/self-reflection workbook for therapists*. Guilford Press.
- Fédération étudiante collégiale du Québec. (2021). *Rapport de l'enquête nationale – Derrière ton écran*. http://docs.fecq.org/FECQ/Recherches/2020-2021/Rapport-final-DTE_109eCo_Zoom.pdf
- Feeley, N., Cossette, S., Cote, J., Heon, M., Stremler, R., Martorella, G., & Purden, M. (2009). The importance of piloting an RCT intervention. *Canadian Journal of Nursing Research*, 41(2), 85-99.
- Fiorillo, D., McLean, C., Pistorello, J., Hayes, S. C., & Follette, V. M. (2017). Evaluation of a web-based Acceptance and Commitment Therapy program for women with trauma-related problems: A pilot study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 104-113. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.11.005>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>

- Givens, J. L., & Tjia, J. (2002). Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Academic Medicine*, 77(9), 918-921. <https://doi.org/10.1097/00001888-200209000-00024>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of Acceptance and Commitment Therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Gouvernement du Québec. (2024). *Plan d'action sur la santé mentale étudiante en enseignement supérieur*. <https://www.quebec.ca/gouvernement/politiques-orientations/plan-action-sante-mentale-des-etudiants>
- Grégoire, S., Lachance, L., Bouffard, T., & Dionne, F. (2018). The use of Acceptance and Commitment Therapy to promote mental health and school engagement in university students: A multisite randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 49(3), 360-372. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.10.003>
- Harris, R. (2012). *Le piège du bonheur : comment arrêter de se battre et commencer à vivre*. InterEditions.
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. Dans S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese, & T. R. Sarbin (Éds), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Context Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Éds). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer Science & Business Media.
- 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., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies?. *Behavior Therapy*, 35(1), 35-54. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80002-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80002-6)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior 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^e éd.). Guilford Press.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Howell, A. J., & Passmore, H.-A. (2018). Acceptance and Commitment Training (ACT) as a positive psychological intervention: A systematic review and initial meta-analysis regarding ACT's role in well-being promotion among university students. *Journal of Happiness Studies*, 20(6), 1995-2010. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-0027-7>
- Jermann, F., Billieux, J., Larøi, F., d'Argembeau, A., Bondolfi, G., Zermatten, A., & van der Linden, M. (2009). Mindful Attention Awareness Scale (MAAS): Psychometric properties of the French translation and exploration of its relations with emotion regulation strategies. *Psychological Assessment*, 21(4), 506-514. <https://doi.org/10.1037/a0017032>
- Johns, L. C., Oliver, J. E., Khondoker, M., Byrne, M., Jolley, S., Wykes, T., Candica, J., Butler, L., Craig, T., & Morris, E. M. (2016). The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: The 'ACT for life' study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 257-263. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.10.001>
- Katajavuori, N., Vehkalahti, K., & Asikainen, H. (2023). Promoting university students' well-being and studying with an Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-based intervention. *Current Psychology*, 42(6), 4900-4912. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02536-7>
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., Walters, E.E., & Zaslavsky, A. M. (2002) Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976, <https://doi.org/10.1017/S003329170206074>

- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., Howes, M. J., Normand, S. L.T., Manderscheid, R. W., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 184-189. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.184>
- Kessler, R. C., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Bromet, E., Cuitan, R., Furukawa, T. A., Gureje, O., Hinkov, H., Hu, C. Y., Lara, C., Lee, S., Mneimneh, Z., Myer, L., Oakley-Browne, M., Posada-Villa, J., Sagar, R., Viana, M. C., & Zaslavsky, A. M. (2010). Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: Results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(S1), 4-22. <https://doi.org/10.1002/mpr.310>
- Klepac, R. K., Ronan, G. F., Andrasik, F., Arnold, K. D., Belar, C. D., Berry, S. L., Christoff, K. A., Craighead, L. W., Dougher, M. J., Dowd, E. T., Herbert, J. D., McFarr, L. M., Rizvi, S. L., Sauer, E. M., & Strauman, T. J. (2012). Guidelines for cognitive behavioral training within doctoral psychology programs in the United States: Report of the Inter-Organizational Task Force on Cognitive and Behavioral Psychology Doctoral Education. *Behavior Therapy*, 43(4), 687-697. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.002>
- Kolts, R. L., Bell, T., Bennett-Levy, J., & Irons, C. (2018). *Experiencing compassion-focused therapy from the inside out: A self-practice/self-reflection workbook for therapists*. Guilford Press.
- Kotsou, I., & Leys, C. (2016). Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric properties of the French translation and its relations with psychological well-being, affect and depression. *PLoS ONE*, 11(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152880>
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2(3), 197-207. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(79\)90094-6](https://doi.org/10.1016/0149-7189(79)90094-6)
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M. S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102. <https://www.erickbeaulieu.co/articles/versionRQPfinale.pdf>
- Lessard, F.-E. (2016). Enquête sur la santé psychologique étudiante. *FAÉCUM*. <http://www.faecum.qc.ca/ressources/documentation/avis-memoires-recherches-et-positions-1/enquete-sur-la-sante-psychologique-etudiante>

- Levin, M. E., Haeger, J. A., Pierce, B. G., & Twohig, M. P. (2017). Web-based Acceptance and Commitment Therapy for mental health problems in college students: A randomized controlled trial. *Behavior modification*, 41(1), 141-162. <https://doi.org/10.1177/0145445516659645>
- Lomas, T., Medina, J. C., Ivtzan, I., Rupprecht, S., & Eiroa-Orosa, F. J. (2018). A systematic review of the impact of mindfulness on the well-being of healthcare professionals. *Journal of Clinical Psychology*, 74(3), 319-355. <https://doi.org/10.1002/jclp.22515>
- Monestès, J. L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. W. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *European Review of Applied Psychology*, 59(4), 301-308. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2009.09.001>
- Murphy, D., Irfan, N., Barnett, H., Castledine, E., & Enescu, L. (2018). A systematic review and meta-synthesis of qualitative research into mandatory personal psychotherapy during training. *Counselling and Psychotherapy Research*, 18(2), 199-214. <https://doi.org/10.1002/capr.12160>
- Myers, S. B., Sweeney, A. C., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A., & Fingerhut, R. (2012). Self-care practices and perceived stress levels among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology*, 6(1), 55-66. <https://doi.org/10.1037/a0026534>
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity: The Journal of the International Society for Self and Identity*, 2(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity: The Journal of the International Society for Self and Identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., & Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4), 593-605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 48-60. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>

- Norcross, J. C., Santrock, J. W., Campbell, L. F., Smith, T. P., Sommer, R., & Zuckerman, E. L. (2000). *Self-help that works: Resources to improve emotional health and strengthen relationships*. Oxford University Press.
- O'Donohue, W., Cummings, N., & Cummings, J. (2006). The art and science of psychotherapy. Dans W. O'Donohue, N. A. Cummings, & J. L. Cummings (Éds), *Clinical strategies for becoming a master psychotherapist* (pp. 1-10). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-012088416-2/50001-3>
- Ordre des psychologues du Québec. (2024). *Qu'est-ce que la psychothérapie?*. <https://www.ordrepsy.qc.ca/la-psychotherapie>
- Pakenham, K. I. (2015). Effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) training on clinical psychology trainee stress, therapist skills and attributes, and ACT processes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(6), 647-655. <https://doi.org/10.1002/cpp.1924>
- Pakenham, K. I. (2017). Training in Acceptance and Commitment Therapy fosters self-care in clinical psychology trainees. *Clinical Psychologist*, 21(3), 186-194. <https://doi.org/10.1111/cp.12062>
- Pakenham, K. I., & Stafford-Brown, J. (2012). Stress in clinical psychology trainees: Current research status and future directions. *Australian Psychologist*, 47(3), 147-155. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.2012.00070.x>
- Pakenham, K. I., & Viskovich, S. (2018). Pilot evaluation of the impacts of a personal practice informed undergraduate psychotherapy curriculum on student learning and wellbeing. *Australian Psychologist*, 54(1), 55-67. <https://doi.org/10.1111/ap.12366>
- Parks, A. C., & Biswas-Diener, R. (2013). Positive interventions: Past, present, and future. Dans T. Kashdan & J. Ciarrochi (Éds), *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being* (pp. 140-165). New Harbinger Publications.
- Polk, K. L., & Schoendorff, B. (2014). *The ACT Matrix: A new approach to building psychological flexibility across settings and populations*. New Harbinger Publications.
- Posluns, K., & Gall, T. L. (2020). Dear mental health practitioners, take care of yourselves: A literature review on self-care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42(1), 1-20. <https://doi.org/10.1007/s10447-019-09382-w>

- Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. M. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 73-80. <https://doi.org/10.1159/000190790>
- Rahimi, B., Baetz, M., Bowen, R., & Balbuena, L. (2014). Resilience, stress, and coping among Canadian medical students. *Canadian Medical Education Journal*, 5(1), e5. <https://doi.org/10.36834/cmej.36639>
- R Core Team. (2023). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>
- Robins, T. G., Roberts, R. M., & Sarris, A. (2017). The role of student burnout in predicting longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 42(2), 225-236. <https://doi.org/10.1080/07294360.2017.1344827>
- Rochette, J. (2012). *Le stress et l'épuisement chez les étudiants au doctorat en psychologie* [Thèse de doctorat inédite]. Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/4470/>
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2001). Learning arenas for professional development: Retrospective accounts of senior psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(2), 181-187. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.32.2.181>
- Rousseau, S. (2021). *Cessez de nourrir votre tigre : ne laissez plus l'anxiété diriger votre vie*. Eyrolles.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component, and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Rupert, P. A., & Dorociak, K. E. (2019). Self-care, stress, and well-being among practicing psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(5), 343-350. <https://doi.org/10.1037/pro0000251>
- Rupert, P. A., & Kent, J. S. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 88-96. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.1.88>

- Sabourin, S., Pérusse, D., & Gendreau, P. (1989). Les qualités psychométriques de la version canadienne-française du Questionnaire de Satisfaction du Consommateur de services psychothérapeutiques (QSC-8 et QSC-18B). *Canadian Journal of Behavioural Science/ Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(2), 147-159. <https://doi.org/10.1037/h0079853>
- Sailleur-Glénisson, F., & Salmi, L.-R. (2023). Évaluation des effets d'une intervention complexe. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 71(2), Article 101377. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.06.002>
- Sauro, J. (2011). *Measuring usability with the System Usability scale (SUS)*. <https://measuringu.com/>
- Schaufeli, W. B., Martinez, M. I., Pinto, A. M., Salanova, M., & Bakker, A.B. (2002). Burnout and engagement in university students - a cross national study, MBI-SS. *Journal f Cross-Cultural Psychology*. 33(5), 464-481. <https://doi.org/10.1177/0022022102033005003>
- Smith, P. L., & Moss, S. B. (2009). Psychologist impairment: What is it, how can it be prevented, and what can be done to address it?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 1-15. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01137.x>
- Snyder, B. L. (2020). Practicing what we preach: Teaching psychiatric-mental health student nurses to care for themselves. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 58(6), 40-45. <https://doi.org/10.3928/02793695-20200303-01>
- Spendelow, J. S., & Butler, L. J. (2016). Reported positive and negative outcomes associated with a self-practice/self-reflection cognitive-behavioural therapy exercise for CBT trainees. *Psychotherapy Research*, 26(5), 602-611. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049672>
- Stafford-Brown, J., & Pakenham, K. I. (2012). The effectiveness of an ACT informed intervention for managing stress and improving therapist qualities in clinical psychology trainees. *Journal of Clinical Psychology*, 68(6), 592-513. <https://doi.org/10.1002/jclp.21844>
- Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L. P., Robson, R., Thabane, M., Giangregorio, L., & Goldsmith, C. H. (2010). A tutorial on pilot studies: The what, why and how. *BMC Medical Research Methodology*, 10(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-1>

- Thwaites, R., Bennett-Levy, J., Cairns, L., Lowrie, R., Robinson, A., Haarhoff, B., Lockhart, L., & Perry, H. (2017). Self-practice/self-reflection (SP/SR) as a training strategy to enhance therapeutic empathy in low intensity CBT practitioners. *New Zealand Journal of Psychology, 46*(2), 63-70.
- Tirch, D., Silberstein-Tirch, L., Codd, R., Brock, M., & Wright, M. (2019). *Experiencing ACT from the inside out: A self-practice/self-reflection workbook for therapists*. Guilford Press.
- Union étudiante du Québec. (2019). *Enquête « Sous ta façade » : enquête panquébécoise sur la santé psychologique étudiante, Automne 2018*. <https://unionetudiante.ca/Media/publicDocuments/Rapport-enquete-sous-ta-facade.pdf>
- Viskovich, S., & Pakenham, K. I. (2018). Pilot evaluation of a web-based Acceptance and Commitment Therapy program to promote mental health skills in university students. *Journal of Clinical Psychology, 74*(12), 2047-2069. <https://doi.org/10.1002/jclp.22656>
- Wahyun, E., Nurihsan, J., & Yusuf, S. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy to enhance students' wellness. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies, 19*(1), 91-113. <https://doi.org/10.24193/jebp.2019.1.6>
- Ward, C. C., & House, R. M. (1998). Counseling supervision: A reflective model. *Counselor Education and Supervision, 38*(1), 23-33. <https://eric.ed.gov/?id=EJ581139>
- Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., Stoddard, J. A., Ruberg, J., Kraft, A., Sorrell, J. T., & Petkus, A. J. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy, 42*(1), 127-134. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.002>
- Wilson, C. B. (2007). Reflective journaling and self-care: The experience of MSN students in a course on caring. *International Journal of Human Caring, 11*(1), 16-21. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.11.1.16>
- Wise, E. H., Hersh, M. A., & Gibson, C. M. (2012). Ethics, self-care, and well-being for psychologists: Re-envisioning the stress-distress continuum. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(5), 487-494. <https://doi.org/10.1037/a0029446>
- Zahniser, E., Rupert, P. A., & Dorociak, K. E. (2017). Self-care in clinical psychology graduate training. *Training and Education in Professional Psychology, 11*(4), 283-289. <https://doi.org/10.1037/tep0000172>

Appendice A
Questionnaire démographique

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Afin d'apparier les questionnaires avant et après la formation, tout en préservant l'anonymat, inscrivez les trois derniers chiffres de votre numéro de téléphone et les trois dernières lettres de votre nom de famille. À titre d'exemple : 485FOR

PARTIE A. INFORMATIONS GÉNÉRALES

A1. Quel est votre sexe?

- Homme (1)
- Femme (2)
- Autre (3)

A2. Quel est votre âge? _____ ans

PARTIE B. ÉDUCATION

B1. Êtes-vous étudiant de l'UQTR?

- Oui (1)
- Non (2)

Si vous avez répondu non, à quelle université êtes-vous inscrit? _____

B2. Quel est votre régime d'étude actuel?

- Temps partiel (1)
- Temps complet (2)

B3. Quel est votre programme actuel?

- Profil intervention (1)
- Profil Recherche-intervention (2)
- Autre (3)

B4. Travaillez-vous actuellement?

- Oui

Si oui, combien d'heures par semaine? _____

- Non

PARTIE C. EXPÉRIENCE CLINIQUE

C1. Êtes-vous en stage clinique présentement?

- Oui, il s'agit de ma première année de stage (1)
- Oui, il s'agit de ma deuxième année de stage (2)
- Non (3)
- Autre (4) _____

C2. Quelle approche théorique reflète davantage votre type d'intervention? (veuillez cocher 2 cases maximum)

- Existentielle/ Humaniste (1)
- Cognitivo-comportementale (2)
- Psychodynamique/ Analytique (3)
- Systémique/ Interactionnelle (4)
- Communautaire (5)
- Éclectique (6)
- Neuropsychologie clinique (7)
- Autre (8)

PARTIE D. EXPÉRIENCE EN LIEN AVEC LA THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT (ACT)

D1. Avez-vous déjà lu un livre concernant la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)?

- Oui (1)
- Non, je n'ai jamais lu sur l'ACT (2)
- J'ai lu quelques articles et/ ou des chapitres d'un livre abordant l'ACT (3)

D2. Avez-vous déjà assisté à une formation (ou suivi un cours) abordant la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)?

- Oui (1)
 - Si oui, dans quel contexte cette formation/ cours a eu lieu?
 - Cours du baccalauréat (1)
 - Cours au doctorat (2)
 - Autre (3)
- Environ combien d'heures de cette formation/ cours étaient consacrées spécifiquement à l'ACT? _____
- Non (2)

D3. Comment évalueriez-vous vos connaissances sur la thérapie d'acceptation et d'engagement?

- Pas de connaissances sur cette thérapie (1)
- Je connais quelque peu cette thérapie (2)
- Je comprends bien les principes et la théorie de cette thérapie (3)
- Je me considère compétent dans l'application de cette thérapie en contexte clinique (4)
- Je me considère un expert avec ces techniques (5)
- Autre : _____ (6)

PARTIE E. AUTRES

E1. Avez-vous une pratique personnelle de pleine conscience?

- Oui
Si oui, nombre d'heure(s) approximatif par semaine : _____
- Non

E2. Êtes-vous suivi par un professionnel de la santé mentale présentement?

- Oui
Si oui, environ combien d'heures par mois? _____
- Non

E3. Qu'est-ce qui vous motive à vous inscrire au programme de formation de la présente étude? (veuillez cocher 2 énoncés maximum)

- Résolution de difficultés personnelles (1)
- Développement personnel (2)
- Développement de la capacité à prendre soin de soi (3)
- Amélioration des compétences thérapeutiques (4)
- Autre (5) _____

Appendice B
Questionnaire qualitatif de satisfaction

QUESTIONNAIRE QUALITATIF DE SATISFACTION

A. De façon générale, à quelle fréquence avez-vous effectué les exercices proposés entre les séances?

1	2	3	4
Très peu fréquemment	Peu fréquemment	Fréquemment	Très fréquemment

B. Prévoyez-vous continuer à utiliser les exercices proposés dans votre vie personnelle?

1	2	3	4
non, absolument pas	non, je ne pense pas	oui, je pense	oui, absolument

C. Prévoyez-vous continuer à utiliser les exercices proposés auprès de vos clients?

1	2	3	4
non, absolument pas	non, je ne pense pas	oui, je pense	oui, absolument

D. Quels sont les défis ou les difficultés que vous avez rencontrés en lien avec votre participation à ce programme?

E. Quels sont les changements positifs et/ ou négatifs que vous avez expérimentés depuis le début du programme de formation?
