

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DE LA THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET
D'ENGAGEMENT (ACT) POUR LA RÉDUCTION DES SYMPTÔMES ANXIEUX
CHEZ LES ADOLESCENTS**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
ARIANE BERGER**

AOÛT 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
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Line Massé

Prénom et nom

Directeur de recherche

Jury d'évaluation :

Line Massé

Prénom et nom

Directeur de recherche

Évelyne Touchette

Prénom et nom

Évaluateur

Résumé

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) est une approche transdiagnostique ayant gagné en popularité au cours des dernières années, notamment pour traiter l'anxiété chez les adolescents. Elle représente une avenue prometteuse dans divers contextes, tels que les milieux cliniques et scolaires. Cette recension des écrits vise à examiner ses effets sur l'anxiété, les variables associées, ainsi que sur la flexibilité psychologique. À cette fin, sept méta-analyses et cinq études primaires ont été retenues. Les résultats suggèrent que l'amélioration de la flexibilité psychologique constitue un mécanisme central de changement, avec des effets durables, voire croissants, après les interventions. Bien que l'ACT ne démontre pas de supériorité par rapport à la thérapie cognitivo-comportementale, elle représente une option intéressante, notamment pour les jeunes réfractaires aux approches traditionnelles. Certaines limites demeurent quant à la compréhension des variables influençant son efficacité, soulignant l'importance de poursuivre les recherches de manière plus rigoureuse.

Table des matières

Résumé	iii
Introduction	1
Les troubles anxieux.....	2
La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)	3
Les bases théoriques de l'ACT	3
Les concepts clés de l'ACT : flexibilité et rigidité psychologique.....	5
L'application de l'ACT	7
L'ACT auprès d'une clientèle adolescente	7
Objectif de l'essai.....	8
Méthode.....	8
Recherche documentaire.....	8
Critères de sélection de la littérature scientifique.....	9
Processus de sélection de la littérature scientifique.....	9
Résultats	10
Caractéristiques des études incluses dans l'essai	10
Effets de l'ACT.....	11
Symptômes de stress et d'anxiété	12
Qualité de vie, bien-être et épanouissement	13
Mécanismes psychologiques ciblés par l'ACT	14
Influences de la flexibilité psychologique dans l'amélioration de l'anxiété.....	15
Variables modératrices de l'efficacité de l'ACT	15
Variables individuelles	15
Variables contextuelles.....	16

Discussion	16
Stress, anxiété et symptômes intérieurisés	17
Qualité de vie, bien-être et épanouissement	18
Mécanismes psychologiques ciblés par l'ACT	19
Bénéfices de l'ACT à long terme	20
Variables influençant les résultats.....	21
L'ACT et la pratique psychoéducative	22
Limites méthodologiques	23
Conclusion.....	23
Références	25
Appendice A.....	32
Appendice B	33
Appendice C	34
Appendice D	37

Introduction

Le Québec a connu une augmentation significative des diagnostics de troubles anxieux chez les jeunes du secondaire, passant de 9 % en 2010-2011 à 17 % en 2016-2017, puis à 20 % en 2022-2023, ce qui en fait une préoccupation croissante en matière de santé publique (Traoré et al., 2024). Ces troubles constituent les problèmes de santé mentale les plus fréquemment diagnostiqués, tant au Québec (Piché et al., 2017) que dans le reste du monde (Kessler et al., 2012; Stein et al., 2017). Environ 10 % des adolescents de la population mondiale sont affectés par les troubles anxieux, 20,5 % présentent des symptômes cliniquement élevés (Steinsbekk et al., 2022), et près d'un sur trois est affecté par une forme quelconque d'anxiété (Merikangas et al., 2010). Les troubles anxieux et dépressifs présentent un taux de comorbidité élevé et sont tous deux significativement plus fréquemment rapportés par les filles (Piché et al., 2017). Les symptômes anxieux apparaissent généralement au cours de l'enfance moyenne, et augmentent significativement à l'adolescence (Steinsbekk et al., 2022). Concernant les troubles anxieux, 38,1 % apparaissent avant l'âge de 14 ans, et 51,8 % avant 18 ans (Solmi et al., 2022).

L'adolescence est décrite comme une période de grande vulnérabilité face à l'émergence de ces troubles en raison de multiples facteurs. D'une part, le passage du primaire au secondaire constitue une transition stressante, marquée par de nouveaux défis, et l'acquisition de nouvelles compétences personnelles et sociales (Barber et Olsen, 2004; Richard et Marcotte, 2013). D'autre part, la puberté s'accompagne de changements hormonaux importants, pouvant influencer la régulation des émotions et accroître la sensibilité au stress (Alloy et al., 2016). Par ailleurs, l'adolescence est caractérisée par des transformations importantes de la perception de soi et des exigences de la vie quotidienne : émancipation familiale, questionnement identitaire, développement de l'estime de soi, premières relations amoureuses, pression scolaire accrue et décisions relatives à l'avenir. Or, à cet âge, ils disposent encore de peu de ressources pour réguler leurs émotions et gérer le stress (Dahl et Gunnar, 2009). Ainsi, l'anxiété à l'adolescence est associée à une qualité de vie plus faible (Raknes et al., 2017) et à un fonctionnement psychosocial réduit à l'âge adulte (Essau et al., 2014). En l'absence de traitements, les troubles anxieux tendent à se maintenir ou à s'aggraver, entraînant des répercussions durables (Piché et al., 2017).

Ces constats épidémiologiques soulignent l'importance d'une intervention précoce afin de prévenir l'apparition ou le renforcement des manifestations anxiuses, et de limiter leurs impacts négatifs sur le développement des adolescents. Plusieurs programmes ont démontré leur efficacité dans la prévention et le traitement de ces troubles, notamment les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) de la 3^e vague qui privilégient l'acceptation des pensées douloureuses plutôt que leur contrôle (Liratni, 2021; Schoendorff et al., 2011). Toutefois, une recension des écrits révèle qu'un jeune sur quatre ne serait pas réceptif aux TCC traditionnelles (Bluett et al., 2014). Dionne et al. (2017) soulignent également que les jeunes ayant un profil plus complexe ou présentant des comorbidités sont souvent moins réceptifs aux approches classiques offertes dans les services de première ligne. Ces limites justifient l'importance de développer de nouvelles options thérapeutiques plus souples et mieux adaptées à la complexité des troubles anxieux à l'adolescence. Ainsi, la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) émerge comme une approche innovante et prometteuse, notamment en raison de son fondement transdiagnostique (Dionne et al., 2017). Son efficacité a été démontrée dans diverses populations adultes souffrant de troubles psychologiques, tant en format individuel qu'en groupe. Toutefois, son efficacité auprès des adolescents demeure peu étudiée, bien qu'elle suscite un intérêt croissant dans la recherche (Tayyebi et al., 2024). Après avoir défini les concepts liés à l'anxiété, les bases théoriques de l'ACT, ses concepts clés, son application et sa pertinence auprès d'une clientèle adolescente sont exposés.

Les troubles anxieux

L'anxiété est incluse dans les problématiques intérieurisées, qui regroupent d'autres symptômes émotionnels internes comme la dépression et la détresse psychologique (Binder et al., 2024; Perkins et al., 2023). Elle se distingue du stress, qui est défini comme une réponse physiologique et comportementale face à un déclencheur identifiable, qu'il soit réel ou perçu. Quant à l'anxiété, elle est conceptualisée comme le résultat d'un état d'anticipation : même après la disparition du stress aigu, l'état émotionnel est dominé par la crainte ou l'inquiétude (Ghasemi et al., 2024). Les troubles anxieux chez les adolescents correspondent à des conditions cliniques définies et diagnostiquées selon des critères précis établis par le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015). Selon ce manuel, ces troubles partagent plusieurs caractéristiques

diagnostiques communes : une peur ou une anxiété excessive et persistante, disproportionnée face au danger réel ou perçu ; la présence de symptômes cognitifs, émotionnels ou physiologiques tels que ruminations, agitation, tension musculaire, irritabilité, troubles du sommeil, etc. ; des comportements d'évitement des situations redoutées ou une endurance de ces situations avec une détresse intense ; une altération significative du fonctionnement dans les sphères sociales, scolaires, ou familiales ; une durée minimale des symptômes (quatre semaines ou six mois selon le trouble). De plus, les symptômes ne doivent pas être attribuables à une substance, une condition médicale ou un autre trouble mental. Le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) répertorie plusieurs catégories de troubles anxieux, incluant le trouble d'anxiété généralisée, le trouble panique, l'anxiété sociale, l'anxiété de séparation, la phobie spécifique, le mutisme sélectif et l'agoraphobie. Lorsque des manifestations sont présentes, sans toutefois répondre à l'ensemble des critères diagnostiques d'un trouble anxieux clinique, on parle de symptômes subcliniques (Singh et al., 2022).

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

Cette section présente les fondements théoriques de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), en s'appuyant sur la théorie des cadres relationnels. Le concept central de cette approche y est décrit, soit la flexibilité psychologique, ainsi que les processus qui la composent. Ses modalités d'application y sont également abordées, ainsi que la pertinence de proposer ce type de traitement à une population adolescente aux prises avec des troubles anxieux.

Les bases théoriques de l'ACT

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) repose sur la théorie des cadres relationnels développée par Hayes et al. (2007). D'après ce modèle, les individus établissent des liens entre des événements, des objets, des mots, des pensées ou des émotions (Liratni, 2021). Ils se forment au travers des relations symboliques apprises au cours du développement et pas nécessairement à partir d'expérience directe. Ce phénomène se nomme la dérivation de relation (Hayes et al., 2007; Schoendorff et al., 2011). Par exemple, un enfant qui regarderait une émission dans laquelle on se moque d'un enfant quand il échoue un examen pourrait développer de l'anxiété

de performance, même si son entourage est bienveillant (Liratni, 2021). Ces liens symboliques dérivés s'inscrivent toujours dans un contexte fonctionnel, c'est-à-dire qu'ils remplissent une fonction particulière, par exemple obtenir une récompense ou éviter une situation désagréable (Liratni, 2021; Schoendorff et al., 2011). Dans cette optique, l'analyse fonctionnelle du comportement vise à comprendre les effets produits par une pensée ou un comportement en tenant compte du contexte spécifique dans lequel ils émergent (Hayes et Fryling, 2019).

Le cadrage relationnel désigne le processus par lequel l'individu donne un sens aux choses, en les mettant en relation les unes avec les autres (Hayes et al., 2007; Schoendorff et al., 2011). Il permet de généraliser les apprentissages, ce qui est essentiel à l'adaptation humaine, mais lorsqu'il entretient des associations trop rigides entre les pensées et les émotions douloureuses, il peut également conduire à de la souffrance psychologique (Liratni, 2021). Toutefois, les relations symboliques issues du cadrage relationnel sont difficilement modifiables une fois installées, rendant impossible toute tentative de suppression ou de contrôle des pensées (Hayes et al., 2007; Liratni, 2021; Schoendorff et al., 2011). Malgré tout, l'individu peut consacrer une grande part de son énergie mentale et physique à combattre ces pensées et ces émotions douloureuses, même si cela l'amène à négliger des aspects fondamentaux de sa vie, voire ce qui donne sens à son existence (Liratni, 2021).

L'ACT, inspirée de la TCR, considère le cadrage relationnel et la dérivation de relations comme des processus naturels et inévitables de la pensée humaine (Hayes et al., 2007; Liratni, 2021). Ainsi, plutôt que de lutter contre la souffrance et de tenter de supprimer les pensées douloureuses, l'ACT vise plutôt à transformer la relation que l'on entretient avec notre discours intérieur et d'apprendre à cohabiter avec la souffrance, notamment par le développement de la flexibilité psychologique (Liratni, 2021; Ruiz, 2012). L'énergie libérée peut alors être consacrée à ce qui est vraiment important pour la personne, en s'engageant dans des actions qui sont cohérentes avec ses valeurs. Ainsi, l'objectif de l'ACT consiste à permettre à l'individu de mener une vie riche et pleine de sens, et ce, malgré la présence de la souffrance (Liratni, 2021).

Les concepts clés de l'ACT : flexibilité et rigidité psychologique

L'ACT considère la rigidité psychologique comme un processus central commun à de nombreuses formes de souffrance psychologique. Celle-ci se manifeste par une adhésion rigide au langage intérieur (les pensées) et aux émotions qui en découlent, entraînant l'adoption de comportements d'évitement visant à réduire l'inconfort. Souvent, cela se produit au détriment de ce qui compte réellement pour la personne, comme ses intérêts, ses valeurs ou ses aspirations personnels (Liratni, 2021; Schoendorff et al., 2011).

Bien que l'ACT reconnaissse l'origine génétique et neurodéveloppementale de certains troubles tels l'autisme ou le TDAH, elle postule qu'une partie de la chronicité des symptômes émotionnels observés chez plusieurs personnes peut aussi s'expliquer par une forme de rigidité psychologique (Liratni, 2021; Sergeant et al., 2003; White et al., 2014). En ciblant la réduction de cette rigidité psychologique commune à plusieurs troubles mentaux, l'ACT adopte une approche transdiagnostique (Liratni, 2021; Ruiz, 2012), et peut être utile dans l'intervention des troubles comorbides. Elle vise ainsi à développer la flexibilité psychologique, définie comme la capacité à tolérer les expériences émotionnelles douloureuses, à se distancier des pensées sans leur obéir systématiquement, et à agir en cohérence avec ses valeurs personnelles (Liratni, 2021). Ainsi, son augmentation agit comme un mécanisme de changement, c'est-à-dire qu'elle explique en partie l'efficacité de l'ACT sur les symptômes anxieux (López-Pinar et al., 2025).

En thérapie de l'ACT, selon Liratni (2021), la flexibilité psychologique se manifeste à travers six processus thérapeutiques interconnectés modélisés par l'hexaflexe (voir l'Appendice A). Ces processus comprennent : l'acceptation des émotions, la défusion cognitive, le soi comme contexte (ou le soi observateur), la clarification des valeurs, l'engagement vers des actions valorisées et utiles et la pleine conscience. Ils s'organisent autour de deux dimensions principales : l'acceptation et l'engagement. Les six processus de la rigidité psychologique s'opposent directement aux six processus de la flexibilité psychologique (Litani, 2021). Le tableau 1 présente une description sommaire de ses composantes. L'instrument de mesure standardisé le plus répandu

pour l'évaluation de l'inflexibilité psychologique¹ chez les jeunes est *l'Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth* (AFQ-Y), qui se concentre principalement sur deux composantes clés de la rigidité psychologique, soit l'évitement expérientiel et la fusion cognitive (Greco et al., 2008).

Tableau 1

Les six processus de la flexibilité psychologique et de la rigidité psychologique (Liratni, 2021)

Flexibilité psychologique	Rigidité psychologique
Dimension de l'acceptation	
Acceptation des émotions Capacité à s'ouvrir à ses émotions douloureuses, à les explorer avec curiosité et tolérer leur présence.	Évitement expérientiel Lutte constante pour éviter les émotions douloureuses, consommant ainsi une grande énergie mentale.
Défusion cognitive Capacité à prendre du recul face à ses pensées; les observer sans jugement, sans y adhérer automatiquement.	Fusion cognitive Adhésion totale aux pensées, perçues comme des vérités absolues dictant les comportements.
Soi comme contexte Capacité à reconnaître que les expériences internes (pensées, émotions, souvenirs) sont en perpétuel changement.	Soi conceptualisé rigide Conception figée de soi, définie par des étiquettes limitantes issues du langage intérieur.
Dimension de l'engagement	
Clarification des valeurs Capacité à identifier ce qui est profondément important pour soi en termes de valeurs et à l'incarner dans l'instant présent en portant attention à ce que l'on souhaite devenir et à ce que l'on veut apporter aux autres.	Inattention aux valeurs Difficulté à identifier ce qui est important pour soi, en raison de l'énergie consacrée à éviter la souffrance.
Engagement vers des actions valorisées et utiles Capacité à s'engager dans des actions guidées par ses valeurs et à agir de manière cohérente avec ce qui donne du sens à sa vie.	Actions inefficaces (non valorisées) Comportements motivés principalement par l'évitement de la souffrance plutôt que par l'engagement envers ses valeurs.
Pleine conscience Capacité à ramener l'attention sur l'instant présent afin d'accepter plus rapidement la souffrance et de s'engager dans des actions utiles.	Prédominance du passé et du futur Tendance à ruminer le passé ou à anticiper le futur, au détriment de l'ancre dans le moment présent.

¹ Le terme d'inflexibilité est utilisé ici, bien que certains auteurs emploient l'expression de rigidité psychologique, qui renvoie à un concept équivalent dans le cadre de l'ACT

L'application de l'ACT

En thérapie ACT, les processus de la flexibilité psychologique sont mobilisés à travers des métaphores, des paradoxes et des enseignements psychoéducatifs. Ces outils favorisent un apprentissage puissant sur les plans émotionnel et perceptuel, permettant d'explorer de nouvelles façons de penser et d'agir (Ngô et Dionne, 2021). Il s'agit d'une approche expérientielle, c'est-à-dire que les apprentissages reposent sur un contact direct avec les déclencheurs des pensées et des émotions douloureuses, ainsi qu'avec les conséquences des comportements émis en réponse à ces déclencheurs (Ngô et Dionne, 2021).

L'ACT auprès d'une clientèle adolescente

En plein processus de construction identitaire, les adolescents développent un langage intérieur plus élaboré, ce qui tend à favoriser une adhésion rigide à leurs pensées, comme si elles étaient littéralement vraies (Greco et al., 2008; Liratni, 2021). En quête d'acceptations et sensibles au regard des autres, ils sont souvent exposés à des messages invalidants tels que « ne pleure pas » ou « arrête de faire ton cinéma ». Ils peuvent ainsi apprendre à éviter leurs émotions douloureuses (Liratni, 2021). Cette pression sociale peut également favoriser des comportements de conformité qui ne sont pas nécessairement en accord avec leurs valeurs personnelles (Liratni, 2021).

Par ailleurs, l'ACT soutient le besoin d'autonomie des adolescents en mettant l'accent sur la clarification des valeurs personnelles et l'engagement dans un projet de vie porteur de sens (Dionne et al., 2017; Harris et Penet, 2022). En outre, ses modalités sont facilement adaptables aux capacités cognitives des adolescents grâce à l'usage de métaphores, d'exercices expérientiels, d'histoires, de jeux ou de dessins, ce qui facilite la compréhension de concepts abstraits comme la défusion cognitive ou le soi comme contexte (Greco et al., 2005; Liratni, 2021). Ainsi, cette approche est particulièrement pertinente pour cette population (Liratni, 2021).

Le modèle *Discoverer, Noticer, Advisor, Values* (DNA-V) décrit les composants essentiels des six processus du modèle hexaflex pour favoriser l'amélioration de l'inflexibilité psychologique en tenant compte de leur niveau de développement. Ce cadre théorique regroupe les compétences liées à l'ACT sous quatre domaines distincts: la compétence en valeurs (perception de la clarté des

valeurs), la compétence de conseil (perception de la capacité à reconnaître les pensées utiles ou non), la compétence d'observation (capacité à remarquer et à accepter ses sentiments) et la compétence de découverte (capacité à essayer de nouvelles choses) (Hayes et al., 2015).

En somme, l'augmentation marquée des troubles anxieux chez les adolescents, combinée aux limites observées dans les approches traditionnelles, souligne la nécessité d'explorer de nouvelles avenues thérapeutiques. La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), en raison de son approche transdiagnostique et expérientielle, représente une option prometteuse pour répondre aux besoins spécifiques de cette population. C'est dans cette optique que le présent essai vise à examiner son efficacité dans le traitement de l'anxiété chez les adolescents, en mettant en lumière les mécanismes qui sous-tendent ses effets ainsi que les variables individuelles et contextuelles susceptibles d'influencer son impact, afin de mieux orienter les pratiques fondées sur les données probantes.

Objectif de l'essai

Cet essai vise à effectuer une recension critique des écrits scientifiques portant sur l'efficacité de la thérapie ACT dans le traitement de l'anxiété chez les adolescents. Plus spécifiquement, elle cible l'analyse des données probantes disponibles, leur comparaison avec celles d'autres approches telles que la TCC, l'évaluation de la durabilité des effets à partir des mesures de suivi, l'identification des variables modératrices afin de cerner les contextes d'intervention optimaux, ainsi que l'examen des limites méthodologiques des études analysées dans le but de poser un regard critique sur la solidité des résultats.

Méthode

Recherche documentaire

La recension des écrits s'appuie principalement sur des recherches empiriques et des chapitres de livres en lien avec le sujet de l'essai. L'analyse de la littérature a été élaborée à travers les bases de données PsycINFO, ERIC, SCOPUS, Medline, Cairn.info, Erudit et Google Scholar. Deux concepts ont été ciblés en vue d'une recherche efficace sur le sujet, soit la thérapie

d'acceptation et d'engagement (ACT) et son efficacité sur l'anxiété chez les adolescents. La combinaison des mots clés suivants a été utilisée dans chacune des bases de données anglophones: « acceptance and commitment therapy » OR « Therapy for Acceptance and Commitment » AND « anxiety » AND « adolesce* » OR « teen* » OR « young* » OR « youth* ») AND « efficacy » OR « effectiveness » OR « impact » OR « outcomes » OR « efficiency » OR « effect » OR « effective » OR « evaluat* ». Quant aux bases de données francophones, les mots clés suivants ont été utilisés : « thérapie d'acceptation et d'engagement » ET « anxi* » ET « adolescen* » OU « jeune* » ET « efficacité » OU « efficience » OU « évaluation » OU « impact* » OU « résultat* » OU « effet* ». Finalement, les études incluses dans une revue globale de méta-analyses liée au sujet de l'essai ont été examinées, permettant l'accès à d'autres méta-analyses (Tayyebi, et al., 2024).

Critères de sélection de la littérature scientifique

Les articles publiés au cours des quinze dernières années ont été sélectionnés dans le cadre de la recherche documentaire. Ces articles ont été revus par les pairs, sont francophones ou anglophones et reposent sur un devis de recherche quantitatif. Les articles sélectionnés doivent répondre à l'objectif poursuivi par le présent essai, soit l'efficacité de la thérapie ACT sur l'anxiété chez les adolescents. Les articles scientifiques devaient donc traiter spécifiquement de la thérapie ACT. Aucun critère de sélection n'a été appliqué quant aux modalités d'intervention, pour autant qu'elles soient liées à l'approche étudiée. La thérapie ACT pouvait donc être appliquée dans divers contextes et divers milieux (scolaire, clinique, groupe, individuel ou interventions autoguidées sur internet). De plus, seuls les articles s'intéressant aux effets de la thérapie ACT sur le stress, l'anxiété ou la flexibilité psychologique des adolescents de 13 à 17 ans ont été sélectionnés. La recherche des articles a eu lieu au cours du mois de janvier 2025.

Processus de sélection de la littérature scientifique

Une première recherche a été effectuée dans les bases de données et un total de 192 articles a été dénombré. Le logiciel Endnote a été utilisé afin de catégoriser les références selon leur pertinence. Les doublons ont été identifiés et supprimés par le logiciel ($n = 21$). À la lecture des titres et des résumés, plusieurs articles ont été rejettés, car ils ne répondaient pas aux critères de

sélection établis ($n = 148$). Vingt-trois articles ont été retenus pour lecture complète et trois méta-analyses ont été rajoutées par remontée mécanique ($n = 26$). Après lecture complète, deux doublons ont été enlevés manuellement, une étude examinant les processus de la flexibilité psychologique et six études dont les thérapies étudiées ne concernaient pas spécifiquement l'ACT et ont également été exclues. Après vérification des études incluses dans les méta-analyses, cinq études primaires qui y étaient comprises ont aussi été écartées afin d'éviter une répétition des informations. Aux fins de cette recension des écrits, sept méta-analyses et cinq articles scientifiques portant sur des études primaires ont été conservés ($n = 12$). Le diagramme de flux est présenté à l'Appendice B.

Résultats

Après une brève exposition des caractéristiques des études retenues, la présentation des résultats s'organise autour de deux axes, soit l'efficacité de la thérapie de l'ACT et les variables qui influencent son efficacité, dont celles qui sont individuelles et celles qui sont contextuelles. Chaque fois, les résultats des méta-analyses sont présentés en premier, puis ceux des études primaires.

Caractéristiques des études incluses dans l'essai

Au total, 12 études ont été préservées : sept méta-analyses d'études randomisées ou quasi expérimentales (Binder et al., 2024; Burley et McAlloon, 2024; Fang et Ding, 2020; López-Pinar et al., 2025; Mattikoppa et al., 2025; Perkins et al., 2023; Wang et Fang, 2023) et cinq études primaires (Chapman et Evans, 2020; Farley et Twohig, 2024; Livheim et al., 2020; O'Dell et al., 2020; Smith et al., 2020).

En ce qui concerne les méta-analyses, elles s'intéressent toutes, en partie ou en totalité, aux jeunes présentant des symptômes anxieux. Elles adoptent une perspective transdiagnostique, incluant des participants avec divers niveaux et types de symptômes. Les échantillons varient de 392 à 4776 participants, âgés de sept ans et plus, avec une majorité d'adolescents. Certaines ciblent des interventions spécifiques; Mattikoppa et al. (2025) sur l'anxiété sociale, Burley et McAlloon (2024) sur l'ACT en format de groupe, Wang et Fang (2023) sur l'ACT basée sur internet (IACT),

et Binder et al. (2024) sur le stress. L'échantillon de Perkins et al. (2023) comprend quatre thérapies de la 3^e vague², incluant principalement l'ACT, dont seuls les résultats spécifiques à l'ACT ont été retenus. Finalement, deux méta-analyses ont inclus davantage d'études primaires dans leurs analyses spécifiques à l'ACT : Perkins et al. (2023) en a 33 et López-Pinar et al. (2024) en a 27. Ainsi, elles partagent huit études communes, et jusqu'à six avec d'autres méta-analyses. En outre, les méta-analyses de Fang et Ding (2020) et de Burley et McAlloon (2024) comprennent quatre études primaires mutuelles, tandis que les autres en partagent entre une et deux. Chacune présente des spécificités quant aux types de mesures incluses, ce qui rend les résultats complémentaires (par exemple, anxiété vs symptômes intériorisés, ou conditions de contrôles passives vs mixtes). Lorsqu'une redondance est observée, les résultats demeurent toutefois cohérents entre eux.

Pour ce qui est des études primaires, les devis méthodologiques varient. On retrouve deux études de cas longitudinales (Chapman et Evans, 2020; Farley et Twohig, 2024), une étude quasi expérimentale avec groupe témoin (Livheim et al., 2020) ainsi que deux études sans groupe contrôle (O'Dell et al., 2020; Smith et al., 2020). Les échantillons s'étendent de 1 participante (études de cas) à 160 participants (Livheim et al., 2020). Les milieux d'intervention du format de groupe varient considérablement : institutions pour jeunes en difficulté (Livheim et al., 2020), soins primaires pédiatriques (O'Dell et al., 2020) et milieu scolaire (Smith et al., 2020). Deux études de suivi individuel sont également incluses (Chapman & Evans, 2020; Farley et Twohig, 2024).

L'Appendice C présente plus de détails sur les caractéristiques et les résultats des méta-analyses, alors que l'Appendice D expose plus en détail ceux des études primaires. Seuls les résultats relatifs aux variables à l'étude dans cet essai ont été répertoriés, soit ceux en lien avec l'efficacité de l'ACT sur l'anxiété et les variables qui y sont liées.

Effets de l'ACT

Dans un premier temps, nous présenterons les résultats concernant l'anxiété et les variables reliées, soit le stress, la qualité de vie, le bien-être et l'épanouissement. Nous comparerons également

² ACT ($n = 33$), Mindfulness-Based Cognitive Therapy - MBCT ($n = 13$), Compassion-Focused Therapy – CFT ($n = 2$) Metacognitive Therapy – MCT, ACT combinée à la CFT ($n = 1$)

l'efficacité de l'ACT à celle des traitements habituels et à ceux de la TCC dans l'amélioration de l'anxiété. Dans un deuxième temps, les effets concernant les mécanismes psychologiques ciblés par l'ACT seront exposés, soit la flexibilité psychologique et ses composantes, ainsi que les processus de la 3^e vague. Enfin, l'influence de la flexibilité psychologique dans l'amélioration de l'anxiété sera démontrée.

Symptômes de stress et d'anxiété

Toutes les méta-analyses incluses ont examiné l'effet de l'ACT ou de l'IACT sur l'anxiété, l'anxiété sociale, le stress ou les symptômes intérieurisés ainsi que quatre des études primaires (Farley et Twohig, 2024 ; Livheim et al., 2020 ; O'Dell et al., 2020 ; Smith et al., 2020).

Les résultats des méta-analyses démontrent que les effets observés varient selon les conditions de contrôle. À l'issue des interventions, en comparaison avec des conditions de contrôles passives, elles révèlent que l'effet de l'IACT sur l'anxiété est très faible (Wang et fang, 2023), tandis que l'effet de l'ACT sur l'anxiété est modéré (Burley et McAloon, 2024) ou modéré à fort (López-Pinar et al., 2024), et très fort sur l'anxiété sociale (Mattikoppa et al., 2025). À long terme, (moment non précisé), López-Pinar et al. (2024) constate une légère diminution de l'effet dans le temps, mais qui demeure modéré.

Face à des conditions de contrôles semi-actives ou passives (traitements habituels ou liste d'attente), Fang et Ding (2020) ont mis en évidence que l'ACT avait un effet faible à modéré sur l'anxiété à court terme, alors qu'ils n'ont montré aucune différence significative avec les TCC. López-Pinar et al. (2024) obtient des résultats similaires avec des conditions de contrôles actives (comprenant la TCC), où aucun effet n'est relevé après le traitement et lors du suivi.

Sans groupe témoin, les effets pré-post traitement de l'ACT sur l'anxiété présentés sont modéré (Burley et McAloon, 2024) ou modéré à fort (López-Pinar et al., 2024). Concernant la durabilité des bénéfices, les résultats exposent un effet modéré à fort lors du suivi (López-Pinar et al., 2024) et fort lors des évaluations entre quatre semaines et 12 mois (Burley et McAloon, 2024), démontrant tous les deux que l'effet après les traitements se renforce lors du suivi.

Concernant l'amélioration des symptômes intérieurisés, en comparaison avec des conditions de contrôle variées, la méta-analyse de Perkins et al., (2023) a mis en évidence que l'ACT produit un effet modéré à fort à l'issue des interventions. Au niveau de la diminution du stress avec des conditions de contrôles passives, Wang et Fang (2023) ont observé que l'IACT n'avait aucun effet significatif à court terme, tandis que Binder et al. (2024) ont relevé que l'ACT avait un effet faible après l'intervention qui a augmenté lors du suivi à cinq mois.

Les résultats des études primaires confirment les tendances concernant l'efficacité de l'ACT sur l'anxiété. Comparé à un groupe témoin, Livheim et al., (2020) rapporte un effet faible à modérée à court terme et lors du suivi à 18 mois, alors que sans groupe témoin, l'effet révélé après le traitement est modéré à fort (O'Dell et al., 2020 ; Smith et al., 2020). Enfin, l'étude de cas longitudinale de Farley et Twohig (2024) indiquent une diminution de l'anxiété de séparation et de l'anxiété totale après le traitement, passant ainsi sous le seuil clinique, ainsi qu'une diminution de l'anxiété sociale.

Qualité de vie, bien-être et épanouissement

Quatre méta-analyses (Fang et Ding, 2020 ; Mattikoppa et al., 2025 ; Perkins et al., 2023 ; Wang et Fang, 2023) et trois études primaires (Chapman et Evans, 2020 ; Farley et Twohig, 2024 ; O'Dell et al., 2020) ont examiné l'effet de l'ACT ou de l'IACT sur la qualité de vie, le bien-être et l'épanouissement.

Les résultats concernant l'impact de l'ACT sur la qualité de vie présentent des conclusions contrastées après les traitements. La méta-analyse de Mattikoppa et al., (2025) ne révèle aucun effet significatif sur la qualité de vie. À l'inverse, pour la qualité de vie et le bien-être, celle de Fang et Ding (2020) observe un effet de très grande taille comparativement aux groupes témoins sur liste d'attente, mais une absence d'effet significatif face aux groupes recevant un traitement habituel ou la TCC. Les résultats sur le bien-être à court terme sont également divergents. En comparaison avec des groupes témoins passifs, Wang et Fang (2023) n'ont indiqués aucun effet significatif de l'IACT. En revanche, dans des conditions de contrôles variées, Perkins et al. (2023) constatent un effet fort sur le bien-être et l'épanouissement.

Chapman et Evans (2020), dans son étude de cas, ont relevé une hausse du bien-être général après le traitement, passant ainsi sous le seuil clinique, qui a continué d'augmenter lors du suivi à trois mois. En ce qui concerne spécifiquement le bien-être scolaire, celle de Farley et Twohig (2024) révèle une légère augmentation.

Mécanismes psychologiques ciblés par l'ACT

Quatre méta-analyses se sont intéressées aux mécanismes psychologiques ciblés par l'ACT, soit l'inféxibilité psychologique et l'évitement expérientiel, ou aux processus de la 3^e vague (Burley et McAloon, 2024 ; López-Pinar et al., 2025 ; Perkins et al., 2023 ; Wang et Fang, 2023). Les cinq études primaires incluses ont également examiné l'inféxibilité psychologique et l'évitement expérientiel, ainsi que les compétences liées à l'ACT (Chapman et Evans, 2020 ; Farley et Twohig, 2024; Livheim et al., 2020; O'Dell et al., 2020; Smith et al., 2020).

Concernant l'inféxibilité psychologique, les méta-analyses ayant utilisé des conditions de contrôle passives ont révélé qu'à l'issue des traitements, l'ACT avait un effet modéré (Burley et McAloon, 2024 ; López-Pinar et al., 2025), mais qui disparaît à long terme (López-Pinar et al., 2025). Avec des conditions de contrôle actives incluant la TCC, López-Pinar et al. (2025) n'ont observé aucun effet significatif. À propos de l'évitement expérientiel et en comparaison avec des conditions de contrôle passives, Wang et Fang (2023) indiquent un effet faible à la fin de l'intervention IACT. Au sujet des processus de la 3^e vague³ et avec des conditions de contrôle variées, Perkins et al. (2023) révèlent que l'effet l'ACT est faible à modéré.

Les études primaires ayant évalué l'effet de l'ACT sur l'inféxibilité psychologique indiquent toutes des effets positifs, allant de faibles à modérées (Livheim et al., 2020 ; Smith et al., 2020) à modérées (O'Dell et al., 2020), qui, dans une étude, se maintiennent avec le temps (Livheim et al., 2020). L'étude de cas unique de Chapman et Evans (2020) révèle aussi une amélioration constante durant le traitement et lors du suivi à trois mois. Concernant l'évitement expérientiel,

³ Évitement expérientiel, fusion cognitive, valeurs personnelles, pleine conscience et flexibilité psychologique.

celle de Farley et Twohig (2024) constate une diminution après le programme, passant ainsi sous le seuil clinique.

Quant à la progression des compétences liées à l'ACT au cours de l'intervention, les résultats de l'analyse de cas individuel de Chapman et Evans (2020) indiquent une amélioration globale de la clarification des valeurs. Ils révèlent également une diminution globale dans la capacité à reconnaître les pensées utiles, l'acceptation des émotions et l'exploration des nouvelles expériences. Toutefois, les scores initialement élevés ont connu une baisse dans les premières séances, suivi d'une hausse dans les dernières.

Influences de la flexibilité psychologique dans l'amélioration de l'anxiété

Seule la méta-analyse de López-Pinar et al. (2025) s'est intéressé à la flexibilité psychologique en tant que variable médiatrice de l'anxiété lors de l'intervention ACT. Les résultats indiquent que son amélioration prédit une réduction significative des symptômes anxieux à court terme, mais que cet effet devient non significatif lors du suivi. À l'inverse, l'étude quasi expérimentale de Livheim et al. (2020) rapporte un effet prédictif significatif lors de l'évaluation à 18 mois.

Variables modératrices de l'efficacité de l'ACT

Cette section examine les facteurs qui influencent l'efficacité de l'ACT selon deux catégories principales, soit les variables individuelles et les variables contextuelles.

Variables individuelles

Les variables individuelles étudiées incluent l'âge, le genre et la sévérité des symptômes. Deux méta-analyses ont examiné l'effet de l'ACT sur ces variables (Burley et McAloon, 2024 ; López-Pinar et al., 2025).

Âge. López-Pinar et al. (2025) ne révèlent aucune différence selon l'âge des participants.

Genre. López-Pinar et al. (2025) exposent un effet significatif du genre en faveur des filles à l'issue des traitements et lors du suivi.

Sévérité des symptômes. Burley et McAloon (2024) ont évalué l'efficacité de l'ACT selon le niveau initial de symptômes d'anxiété : un effet modéré à fort est observé pour le trouble anxieux clinique, un effet faible pour les symptômes non cliniques et un effet non significatif pour les symptômes subcliniques. Des résultats similaires sont relevés par López-Pinar et al. (2025) : après les traitements et lors du suivi, les interventions ACT sont plus efficaces pour ceux qui ont un diagnostic que pour ceux qui n'en ont pas.

Variables contextuelles

Les variables contextuelles étudiées comprennent, la durée de l'intervention, le format d'intervention, le mode de livraison ainsi que la présence de thérapie en parallèle. Une méta-analyse a étudié les effets de ces variables (López-Pinar et al., 2025), ainsi qu'une étude primaire (O'Dell et al., 2020).

Durée, format et mode de livraison de l'intervention. La méta-analyse de López-Pinar et al. (2025) n'a rapporté aucun effet significatif lié au nombre de séances incluses dans l'intervention ni au type de format (individuel versus de groupe, en présentiel versus en ligne).

Présence de traitements en parallèle. L'étude primaire d'O'Dell et al. (2020) a examiné les effets de la présence d'une thérapie suivie en parallèle sur la diminution de l'anxiété et sur l'augmentation de la flexibilité psychologique. Les résultats sur ces variables n'indiquent aucune différence significative en comparaison avec les participants qui ont reçu exclusivement l'ACT.

Discussion

Cette recension des écrits avait pour objectif d'examiner l'efficacité de l'ACT dans le traitement de l'anxiété et des variables reliées chez les adolescents, en explorant les mécanismes qui sous-tendent ses effets ainsi que les variables individuelles et contextuelles susceptibles d'influencer son impact.

Stress, anxiété et symptômes intérieurisés

Les résultats suggèrent que l'efficacité de l'ACT varie selon le format d'intervention et le type de comparaison. Tandis que les résultats de l'IACT ne présentent pas d'effet significatif sur le stress des adolescents (Wang et Fang, 2023), ceux de l'ACT révèlent un effet de faible ampleur (Binder et al., 2024), ce qui semble cohérent avec les autres études effectuées auprès d'une population adulte (Richardson et Rothstein, 2008).

Pour l'anxiété, les interventions en présentiel produisent des effets prometteurs, surtout sur l'anxiété sociale. Comparativement à des conditions de contrôle passives, les résultats présentent une taille d'effet modérée pour les interventions de groupe (Burley et McAloon, 2024), modérée à forte pour tous les formats confondus (López-Pinar et al., 2024) et de très grande ampleur pour l'anxiété sociale lorsque l'ACT est principalement délivré en format individuel (Mattikoppa et al., 2025). Les études sur les interventions de groupe menées en contexte scolaire (Smith et al., 2020) et en soins primaires pédiatriques (O'Dell et al., 2020) montrent également des effets modérés à forts sur l'anxiété, mais celles-ci ne comprennent pas de groupe de comparaison. Une étude de cas longitudinale a également révélé une réduction significative de l'anxiété sociale (Farley et Twohig, 2024). En revanche, l'IACT présente un effet de très faible ampleur sur l'anxiété, qui est jugé comme cliniquement négligeable (Wang et Fang, 2023). Pourtant, certaines recherches antérieures ont confirmé l'efficacité des interventions de santé mentale en ligne, bien que les effets étaient beaucoup plus faibles chez les adolescents que chez les adultes (Barak et al., 2008). Il est possible que l'ACT auprès de cette clientèle nécessitent la médiation d'intervenants afin de favoriser les prises de conscience.

Concernant les symptômes intérieurisés, les comparaisons avec diverses conditions de contrôle, incluant des groupes actifs, présentent une taille d'effet équivalente, voire supérieure, à celle observée pour l'anxiété face à des groupes témoins passifs, avec une taille d'effet allant de modérée à forte (Fang et Ding, 2020). Ces données suggèrent que l'ACT pourrait exercer un impact plus marqué sur la dépression ou la détresse psychologique que sur l'anxiété. Conformément à

ceste hypothèse, une étude récente rapporte une efficacité supérieure de l'ACT dans la réduction des symptômes dépressifs comparativement aux symptômes anxieux (Yu et al., 2025).

Cependant, lorsque les conditions de contrôle incluent un traitement habituel, les tailles des effets tendent à diminuer, allant de faibles à modérées (Fang et Ding, 2020 ; Livheim et al., 2020). En outre, aucune supériorité de l'ACT par rapport à des approches structurées comme la TCC n'est démontrée (Fang et Ding, 2020 ; López-Pinar et al., 2024). Les résultats varient ainsi selon les conditions de contrôle, avec des effets généralement plus prononcés en l'absence de traitement qu'avec des interventions actives, ce qui confirme que dans le traitement de l'anxiété, l'ACT est plus efficace qu'un groupe témoin (Hacker et al., 2016), mais comparable à la TCC (Bluett et al., 2014).

Qualité de vie, bien-être et épanouissement

Concernant la qualité de vie, le bien-être et l'épanouissement, l'efficacité de l'ACT varie selon le format d'intervention. Alors que l'IACT ne présente pas d'effet significatif sur le bien-être (Wang et Fang, 2023), les interventions en présentiel montrent des effets respectivement forts (Perkins et al., 2023) et très forts (Fang et Ding, 2020) sur le bien-être et les symptômes positifs (c.-à-d. qualité de vie et bien-être combinés). Toutefois, ces effets deviennent non significatifs lorsqu'ils sont comparés à des traitements actifs ou à la TCC, ce qui est conforme aux prédictions théoriques (Bluett et al., 2014). Les études de cas uniques ont également produit les effets attendus, avec une amélioration du bien-être général et scolaire (Chapman et Evans, 2020 ; Farley et Twohig, 2024). De plus, bien que les résultats de la méta-analyse de Mattikoppa et al. (2025) n'aient pas atteint le seuil de significativité statistique, une tendance positive en faveur de l'ACT sur la qualité de vie a été observée. Parmi ses deux études incluses, l'une a révélé un effet non significatif, tandis que l'autre a rapporté un effet de très grande ampleur, suggérant un effet potentiel qui mériterait d'être exploré à l'aide d'échantillons plus larges. À ce jour, aucune étude ne permet de conclure aux effets de l'ACT sur la qualité de vie ou le bien-être en contexte de troubles mentaux, ce qui justifie la nécessité de mener d'autres recherches, notamment avec des interventions plus longues, comme le suggèrent certaines études de cas (Chapman et Evans, 2020 ; Farley et Twohig, 2024).

Mécanismes psychologiques ciblés par l'ACT

Concernant les mécanismes psychologiques ciblés par l'ACT, les résultats varient selon le type de comparaison et le format de l'intervention. Comparativement à des groupes témoins passifs, l'IACT produit un effet faible sur l'évitement expérientiel (Wang et Fang, 2023), tandis que l'ACT en présentiel démontre un effet modéré sur l'infexibilité psychologique (Burley et McAloon, 2024 ; López-Pinar et al., 2024). Face à des traitements habituels, les effets diminuent entre faibles et modérés, tant sur l'infexibilité psychologique que sur les processus de la 3^e vague (Livheim et al., 2020 ; Perkins et al., 2023). Les contextes cliniques (O'Dell et al., 2020) semblent favoriser des effets plus marqués que ceux en scolaire (Smith et al., 2020). Ces constats appuient les prédictions théoriques selon lesquelles l'approche transdiagnostique de l'ACT cible efficacement l'infexibilité psychologique (Harris et Penet, 2022; Liratni, 2021; Ngô et Dionne, 2021; Swain et al., 2015). Cependant, aucune supériorité de l'ACT par rapport à la TCC n'est observée, ce qui suggère des mécanismes de changement partagés, notamment l'exposition et l'activation comportementale (López-Pinar et al., 2025).

L'infexibilité psychologique et l'évitement expérientiel ont été mesurés à l'aide de l'AFQ-Y ou de l'AFQ-Y8. Ces instruments ciblent principalement l'évitement expérientiel et la fusion cognitive, soit les deux composantes clés de l'ACT (Greco et al., 2008), mais négligent les autres processus du modèle, ce qui limite la portée de l'évaluation. Ces instruments présentent également des préoccupations de validité discriminante, étant fortement corrélés à la détresse plutôt qu'à la capacité d'y répondre de manière flexible (Doorley et al., 2020). Dans l'étude longitudinale de Chapman et Evans (2020), seule la clarification des valeurs progresse significativement parmi les quatre composantes du DNA-V Tracker. Les auteurs suggèrent que cette fluctuation pourrait s'expliquer par une compréhension initialement limitée des items liés aux pensées et aux émotions, en raison de la nouveauté de l'approche ACT pour l'adolescente.

Ces résultats soulèvent des limites quant à l'interprétation de l'efficacité de l'ACT sur certaines de ses composantes, et sur l'influence spécifique de la clarification des valeurs sur l'amélioration de la flexibilité psychologique, qui semble ici se démarquer positivement. La

littérature souligne que les adolescents, sensibles à la pression et à la désirabilité sociale, peuvent adopter des comportements de conformité, créant un écart entre leurs actions et leurs valeurs profondes (Liratni, 2021). Ce décalage peut entraîner un manque de cohérence interne dans leur quête identitaire, et être lié à une forme de souffrance psychologique. Ainsi, la clarification des valeurs pourrait revêtir une importance particulière auprès de cette population. Dans cette optique, des recherches supplémentaires permettraient de mieux comprendre l'influence respective de chacune des composantes de l'ACT sur la flexibilité psychologique, et permettraient aux cliniciens de cibler plus efficacement les éléments à privilégier dans leurs interventions.

L'influence de la flexibilité psychologique sur la réduction de l'anxiété demeure mitigée. Une méta-analyse rapporte un effet prédictif significatif à court terme qui s'atténue au suivi (López-Pinar et al., 2025), tandis qu'une étude quasi expérimentale révèle une réduction significative de l'anxiété à 18 mois, malgré un taux d'attrition de 54 %, possiblement biaisé par le départ de l'établissement ou le refus de poursuite de plusieurs participants (Livheim et al., 2020). Par ailleurs, l'analyse de médiation de Figueiredo et al. (2024) renforce les conclusions précédentes en démontrant que les dimensions de l'acceptation et de l'action engagée expliquent une part significative de la variance de la flexibilité psychologique, avec des effets plus marqués pour l'action engagée. Ensemble, flexibilité psychologique, acceptation et action engagée expliquent à leur tour une proportion significative de la variance de l'anxiété sociale (Figueiredo et al., 2024).

Bénéfices de l'ACT à long terme

Les bénéfices à long terme de l'ACT varient selon les variables étudiées et le type de comparaison. Face à des groupes témoins passifs, aucune amélioration significative n'est observée sur l'inflexibilité psychologique lors des suivis, bien qu'une tendance favorable suggère un effet potentiel à explorer avec des échantillons plus larges (López-Pinar et al., 2024). Le stress s'améliore encore au suivi (Binder et al., 2024), et l'anxiété tend à diminuer (López-Pinar et al., 2024). Chez les jeunes en institution, les effets sur l'anxiété et la flexibilité psychologique se maintiennent au moment du suivi (Livheim et al., 2020). Sans groupe de comparaison, les bénéfices s'amplifient légèrement au fil du temps pour l'anxiété, tout format confondu (Chapman et Evans,

2020; López-Pinar et al., 2024), et particulièrement pour les interventions de groupe où les effets passent de modérés à forts (Burley et McAlloon, 2024). Ces résultats indiquent que les effets peuvent se prolonger après la fin de l'intervention pour le stress et, possiblement, pour la flexibilité psychologique. Pour l'anxiété, les données sont plus nuancées et semblent fortement influencées par le type de devis, avec des effets plus marqués en l'absence de groupe témoin. Cette différence peut s'expliquer par la tendance des études sans groupe de contrôle à rapporter des effets généralement plus élevés, mais moins fiables (Cuijpers et al., 2017). Ainsi, les interventions de groupe sont les seules à démontrer une robustesse particulière à long terme.

Après l'intervention, les habiletés et les concepts clés de l'ACT semblent continuer à être intérieurisés et généralisés dans la vie quotidienne (Zou et al., 2025). Des recherches supplémentaires sont toutefois nécessaires afin de mieux cerner ses effets à long terme. Chez les adolescents, les résultats reflètent partiellement ceux obtenus chez les adultes, où certaines études rapportent un maintien des gains pour les interventions de groupe sur la détresse générale, les symptômes affectifs et l'anxiété (Christodoulou et al., 2021; Clarke et al., 2014; Ferreira et al., 2022), ainsi que des bénéfices durables sur l'anxiété et la dépression (Coto-Lesmes et al., 2020; Ferreira et al., 2022). Bien que l'efficacité à long terme soit mieux établie chez les adultes (Gloster et al., 2020), les résultats plus modestes observés chez les adolescents suggèrent la nécessité d'adaptations supplémentaires pour mieux répondre à leurs besoins développementaux spécifiques (Petersen et al., 2024).

Variables influençant les résultats

Les résultats suggèrent que l'ACT pourrait être plus efficace chez les filles (López-Pinar et al., 2025), possiblement en raison de la prévalence plus élevée des troubles anxieux dans cette population (Piché et al., 2017), et de leur plus grande représentation dans les échantillons cliniques, où l'ACT semble particulièrement bénéfique (López-Pinar et al., 2025). Toutefois, en raison de la faiblesse méthodologique de certaines études, cette interprétation doit être considérée avec prudence. Aucune différence significative n'a été relevée selon l'âge (López-Pinar et al., 2025), ce qui concorde avec Swain et al. (2015) qui indiquent que l'ACT produit des effets à tous les âges,

bien que les processus psychologiques mobilisés puissent varier selon les étapes de développement. Le niveau initial de symptômes anxieux semble toutefois modérer l'efficacité de l'intervention, avec des effets plus marqués dans les populations cliniques que subcliniques ou non cliniques (Burley et McAloon, 2024 ; López-Pinar et al., 2025), un constat également observé chez les adultes (Gloster et al., 2020).

Concernant les variables modératrices contextuelles, aucune différence significative n'a été révélée selon la durée de l'intervention, le format (individuel ou de groupe), le mode de livraison (présentiel ou en ligne), ou la présence d'une autre thérapie en parallèle (López-Pinar et al., 2025 ; O'Dell et al., 2020). Toutefois, le faible nombre d'études ayant examiné ces facteurs limite la portée des conclusions, et empêche de vérifier leur cohérence avec les prédictions théoriques.

L'ACT et la pratique psychoéducative

Les résultats de cet essai peuvent éclairer la pratique des psychoéducateurs œuvrant auprès d'adolescents présentant des difficultés d'adaptation liées à l'anxiété. Le cadre de référence du psychoéducateur en santé mentale jeunesse précise qu'il est nécessaire de connaître les approches de traitement préconisées en pédopsychiatrie et appuyées par les données probantes, telles que la thérapie cognitivo-comportementale (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2011). Dans cette perspective, il peut recourir à techniques issues d'un programme basé sur l'ACT, par exemple en utilisant des exercices expérientiels liés à ses composantes, à condition de respecter les balises définissant la psychothérapie (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2022). Les interventions psychoéducatives doivent ainsi s'inscrire dans une logique de soutien à l'adaptation ou de développement des compétences, sans viser la modification du fonctionnement psychique, ni intervenir dans une relation thérapeutique dont l'objectif principal serait le traitement de processus psychiques sous-jacents. La connaissance des données probantes sur l'efficacité des interventions basées sur l'ACT permet alors de mieux répondre aux besoins identifiés lors de la cueillette de données. L'intégration d'une approche transdiagnostique constitue donc une voie pertinente pour enrichir le coffre à outils du psychoéducateur, tout en respectant le cadre de la pratique psychoéducative.

Limites méthodologiques

Cet essai comporte plusieurs limites méthodologiques qu'il convient de souligner. Premièrement, le nombre d'études retenues ($n = 12$) demeure restreint, et aucune n'a été menée au Canada, ce qui limite la transférabilité des résultats au contexte québécois en raison de différences potentielles sur les plans géopolitique, culturel et systémique. Par ailleurs, plusieurs des études incluses dans les méta-analyses comportaient de petites tailles d'échantillon ou présentaient une forte hétérogénéité liée à la diversité des contextes d'intervention, des protocoles utilisés, des instruments de mesure employés ainsi que des types de conditions de contrôle. Cette variabilité nuit à la puissance statistique et à la robustesse des résultats, complexifiant leur interprétation. L'approche transdiagnostique de l'ACT a aussi mené à l'inclusion de participants présentant des problématiques variées et des niveaux de symptômes hétérogènes, ce qui a pu diluer les effets spécifiques sur l'anxiété. Peu d'études ont intégré des mesures de suivi tout en maintenant la présence de groupes témoins, ce qui limite la fiabilité des conclusions sur la durabilité ou l'évolution des effets de l'ACT dans le temps. De plus, peu de recherches ont examiné l'effet différentiel des composantes spécifiques de l'hexaflex, empêchant d'en déterminer l'influence respective. En outre, les analyses de modération n'ont pas permis d'identifier de tendances robustes quant aux variables contextuelles susceptibles d'influencer l'efficacité de l'ACT. Enfin, l'hétérogénéité méthodologique des études examinées limite la possibilité de formuler des recommandations précises sur les modalités d'intervention optimales (ex. : protocole, durée, fréquence, format). Ces limites soulignent la nécessité de mener des recherches mieux contrôlées afin de cerner plus clairement les conditions d'efficacité de l'ACT dans le traitement de l'anxiété.

Conclusion

Cette recension des écrits dénombre sept méta-analyses et cinq études primaires ayant évalué l'efficacité de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) sur l'anxiété chez les adolescents, ainsi que sur des variables associées telles que le stress, la qualité de vie et le bien-être. Les effets de l'ACT sur la flexibilité psychologique et l'influence de cette dernière dans la réduction des symptômes anxieux ont également été examinés. Enfin, des variables modératrices

individuelles et contextuelles susceptibles d'influencer l'efficacité de l'ACT ont été explorées. Les études couvraient plusieurs milieux d'intervention, formats d'intervention, et contextes d'implantation. Il ressort de cette analyse que l'efficacité de l'ACT en ligne est globalement inférieure à celle des formats en présentiel. Bien que plusieurs tendances se dégagent, il demeure difficile d'affirmer avec certitude l'impact de chaque variable contextuelle. Par exemple, les résultats les plus probants ont été observés dans le traitement du trouble d'anxiété sociale (TAS), qui était principalement offert en format individuel. Les interventions de groupe, bien qu'associées à des effets plus modestes que les formats mixtes, semblent produire des résultats plus durables. L'ACT s'est également révélée plus efficace auprès des populations cliniques que subcliniques ou non cliniques. Par ailleurs, certaines données suggèrent que les effets de l'ACT peuvent non seulement se maintenir, mais aussi s'amplifier à long terme, possiblement grâce à l'intégration progressive des habiletés développées durant l'intervention (Zou et al., 2025). Bien que les conclusions demeurent nuancées, les données soutiennent l'idée que l'ACT constitue une approche efficace, notamment dans une visée transdiagnostique, pour les adolescents présentant des symptômes anxieux. Ces résultats appuient les modèles théoriques établis et s'inscrivent dans la lignée d'études confirmant l'efficacité de l'ACT auprès des jeunes pour diverses problématiques (Lappalainen et al., 2021; Petersen et al., 2023). Bien qu'aucune supériorité n'ait été démontrée face à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), l'ACT représente une alternative pertinente, en particulier pour les jeunes réfractaires aux approches traditionnelles. Elle peut ainsi être utilisée en format individuel ou de groupe, en tant que thérapie unique ou en complémentarité avec d'autres approches, notamment lorsqu'une approche expérientielle s'avère plus engageante pour l'adolescent (Petersen et al., 2024).

Références

Alloy, L. B., Hamilton, J. L., Hamlat, E. J. et Abramson, L. Y. (2016). Pubertal development, emotion regulatory styles, and the emergence of sex differences in internalizing disorders and symptoms in adolescence. *Clinical Psychological Science*, 4(5), 867-881.
<https://doi.org/10.1177/2167702616643008>

American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: DSM-5* (5^e éd.). Éditions du Centre Psycho-Pédagogique.

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. et Shapira, N. a. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109-160.
<https://doi.org/10.1080/15228830802094429>

Barber, B. K. et Olsen, J. A. (2004). Assessing the transitions to middle and high school. *Journal of Adolescent Research*, 19(1), 3-30. <https://doi.org/10.1177/0743558403258113>

Binder, F., Mehl, R., Resch, F., Kaess, M. et Koenig, J. (2024). Interventions based on acceptance and commitment therapy for stress reduction in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychopathology*, 57(3), 202-218. <https://karger.com/psp/article-pdf/57/3/202/4235299/000535048.pdf>

Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E. et Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 612-624.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008>

Burley, J. et McAloon, J. (2024). Group acceptance and commitment therapy for adolescent anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 31. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.11.003>

Chapman, R. et Evans, B. (2020). Using art-based acceptance and commitment therapy (ACT) for an adolescent with anxiety and autism. *Clinical Case Studies*, 19(6), 438-455.
<https://doi.org/10.1177/1534650120950527>

Christodoulou, V., Flaxman, P. E. et Lloyd, J. (2021). Acceptance and commitment therapy in group format for college students. *Journal of College Counseling*, 24(3), 210-223.
<https://doi.org/10.1002/jocc.12192>

Clarke, S., Kingston, J., James, K., Bolderston, H. et Remington, B. (2014). Acceptance and commitment therapy group for treatment-resistant participants: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 179-188.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.04.005>

Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C. et González-Fernández, S. (2020). Acceptance and commitment therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263, 107-120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.154>

Cuijpers, P., Weitz, E., Cristea, I. A. et Twisk, J. (2017). Pre-post effect sizes should be avoided in meta-analyses. *Epidemiology Psychiatry Science*, 26(4), 364-368.
<https://doi.org/10.1017/s2045796016000809>

Dahl, R. E. et Gunnar, M. R. (2009). Heightened stress responsiveness and emotional reactivity during pubertal maturation: Implications for psychopathology. *Development and Psychopathology*, 21(1), 1-6. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000017>

Dionne, F., Lafond, M. et Rose, I. (2017). 4 - Érika prend ses pensées pour des vérités. Dans J.-L. Monestès (dir.), *ACT - la Thérapie D'acceptation et D'engagement en Pratique* (p. 45-56). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-75475-3.00004-7>

Doorley, J. D., Goodman, F. R., Kelso, K. C. et Kashdan, T. B. (2020). Psychological flexibility: What we know, what we do not know, and what we think we know. *Social and Personality Psychology Compass*, 14(12), 1-11. <https://doi.org/10.1111/spc.12566>

Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Olaya, B. et Seeley, J. R. (2014). Anxiety disorders in adolescents and psychosocial outcomes at age 30. *Journal of Affective Disorders*, 163, 125-132. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.033>

Fang, S. et Ding, D. (2020). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for children. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 225-234.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.01.007>

Farley, C. D. et Twohig, M. P. (2024). Merging acceptance and commitment therapy with exposure exercises to treat social anxiety in a teen. *Clinical Case Studies*, 23(3), 186-200.
<https://doi.org/10.1177/15346501231217745>

Ferreira, M. G., Mariano, L. I., Rezende, J. V. d., Caramelli, P. et Kishita, N. (2022). Effects of group acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 309, 297-308.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.134>

Figueiredo, D. V., Alves, F. et Vagos, P. (2024). Psychological inflexibility explains social anxiety over time: A mediation analyses with a clinical adolescent sample. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 43(5), 4404-4415. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04650-w>

Ghasemi, F., Beversdorf, D. Q. et Herman, K. C. (2024). Stress and stress responses: A narrative literature review from physiological mechanisms to intervention approaches. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 18. <https://doi.org/10.1177/18344909241289222>

Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P. et 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>

Greco, L. A., Blackledge, J. T., Coyne, L. W. et Ehrenreich, J. (2005). Integrating acceptance and mindfulness into treatments for child and adolescent anxiety disorders. Dans S. M. Orsillo et L. Roemer (dir.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (p. 301-322). Springer US. https://doi.org/10.1007/0-387-25989-9_12

Greco, L. A., Lambert, W. et Baer, R. A. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*, 20(2), 93-102. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.20.2.93>

Hacker, T., Stone, P. et MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy – Do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 190, 551-565. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.053>

Harris, R. et Penet, C. (2022). *Passez à l'ACT. Pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.harri.2022.01>

Hayes, L. J. et Fryling, M. J. (2019). Functional and descriptive contextualism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14, 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.09.002>

Hayes, L. L., Ciarrochi, J. et Hayes, S. C. (2015). *The thriving adolescent : Using acceptance and commitment therapy and positive psychology to help teens manage emotions, achieve goals, and build connection*. Context Press.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. et Roche, B. (2007). *Relational frame theory : A post-skinnerian account of human language and cognition*. Springer.

Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. et Wittchen, H.-U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184. <https://doi.org/10.1002/mpr.1359>

Lappalainen, R., Lappalainen, P., Puolakanaho, A., Hirvonen, R., Eklund, K., Ahonen, T., Muotka, J. et Kiuru, N. (2021). The youth compass -the effectiveness of an online acceptance and commitment therapy program to promote adolescent mental health: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.01.007>

Liratni, M. (2021). *Adapter la thérapie ACT pour les enfants, les adolescents et leurs parents*. Dunod.

Livheim, F., Tengström, A., Andersson, G., Dahl, J., Björck, C. et Rosendahl, I. (2020). A quasi-experimental, multicenter study of acceptance and commitment therapy for antisocial youth in residential care. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 119-127. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.03.008>

López-Pinar, C., Lara-Merín, L. et Macías, J. (2025). Process of change and efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) for anxiety and depression symptoms in adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 368, 633-644. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.09.076>

Mattikoppa, N. V., Harshitha, G. S., Yahiya, G. K. M. et Paluru, M. S. (2025). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Social Anxiety Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Psychiatry Spectrum*, 4(1). https://doi.org/10.4103/jopsys.jopsys_23_24

Merikangas, K. R., He, J.-p., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K. et Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>

Ngô, T.-L. et Dionne, F. (2021). La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) : une approche combinant la pleine conscience et l'action. Dans M.-C. Blais, T.-L. Ngô et F. Dionne (dir.), *Pleine conscience et intervention* (p. 87-105). Presses de l'Université du Québec. <https://tccmontreal.com/wp-content/uploads/2021/06/actngodionne.pdf>

O'Dell, S. M., Hosterman, S. J., Hostutler, C. A., Nordberg, C., Klinger, T., Petts, R. A., Whitehead, M. R., Faulkner, S. A., Garcia, A. et Massura, C. A. (2020). Retrospective cohort study of a novel acceptance and commitment therapy group intervention for adolescents implemented in integrated primary care. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 109-118. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.03.009>

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2011). *Le psychoéducateur en santé mentale jeunesse. Cadre de référence*. https://ordrepsed.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/111_Guide-sante-mentale-jeunesse.pdf

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2022). *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent*. <https://ordrepsed.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/Lexercice-de-la-psychothrapie-et-des-interventions-qui-sy-apparentent.pdf>

Perkins, A. M., Meiser-Stedman, R., Spaul, S. W., Bowers, G., Perkins, A. G. et Pass, L. (2023). The effectiveness of third wave cognitive behavioural therapies for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 209-227. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10100516/pdf/BJC-62-209.pdf>

Petersen, J. M., Davis, C. H., Renshaw, T. L., Levin, M. E. et Twohig, M. P. (2023). School-based acceptance and commitment therapy for adolescents with anxiety: A pilot trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 30(3), 436-452. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.02.021>

Petersen, J. M., Zurita Ona, P. et Twohig, M. P. (2024). A review of acceptance and commitment therapy for adolescents: Developmental and contextual considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 31(1), 72-89. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.08.002>

Piché, G., Cournoyer, M., Bergeron, L., Clément, M.-È. et Smolla, N. (2017). Épidémiologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois. *Santé mentale au Québec*, Vol. 42(1), 19-42. <https://doi.org/10.7202/1040242ar>

Raknes, S., Pallesen, S., Himle, J. A., Bjaastad, J. F., Wergeland, G. J., Hoffart, A., Dyregrov, K., Håland, Å. T. et Haugland, B. S. M. (2017). Quality of life in anxious adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0173-4>

Richard, R. et Marcotte, D. (2013). La relation temporelle entre l'anxiété et la dépression dans le contexte de la transition primaire-secondaire. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 257-275. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1023999ar>

Richardson, K. M. et Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), 69-93. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.13.1.69>

Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(3), 333-357. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=720f109a-82ac-3b44-9e8f-3cebaa28668c>

Schoendorff, B., Grand, J. et Bolduc, M.-F. (2011). *La Thérapie d'acceptation et d'engagement. Guide clinique*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.boldu.2011.01>

Sergeant, J. A., Geurts, H., Huijbregts, S., Scheres, A. et Oosterlaan, J. (2003). The top and the bottom of ADHD: A neuropsychological perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(7), 583-592. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2003.08.004>

Singh, V., Kumar, A. et Gupta, S. (2022, 2022-July-26). Mental health prevention and promotion—A narrative review. *Frontiers in psychiatry*, Volume 13 - 2022. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.898009>

Smith, K. J., Oxman, L. N. et Hayes, L. (2020). ACT for adolescents: Impact of a pilot group intervention on psychological wellbeing. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 30(2), 248-254. <https://doi.org/10.1017/jgc.2019.33>

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U. et Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281-295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>

Stein, D. J., Scott, K. M., de Jonge, P. et Kessler, R. C. (2017). Epidemiology of anxiety disorders: From surveys to nosology and back. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 127-136. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/dstein>

Steinsbekk, S., Ranum, B. et Wichstrøm, L. (2022). Prevalence and course of anxiety disorders and symptoms from preschool to adolescence: A 6-wave community study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(5), 527-534. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13487>

Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C. et Bowman, J. (2015). Mechanisms of change: Exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 56-67. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.09.001>

Tayyebi, G., Alwan, N. H., Hamed, A. F., Shallal, A. A., Abdulrazzaq, T. et Khayayi, R. (2024). Application of acceptance and commitment therapy (ACT) in children and adolescents psychotherapy: An umbrella review. *Iranian Journal of Psychiatry*, 19(3), 337-343. <https://doi.org/10.18502/ijps.v19i3.15809>

Traoré, I., Simard, M. et Julien, D. (2024). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire. Résultats de la troisième édition – 2022-2023.* <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-jeunes-secondaire-2022-2023.pdf>

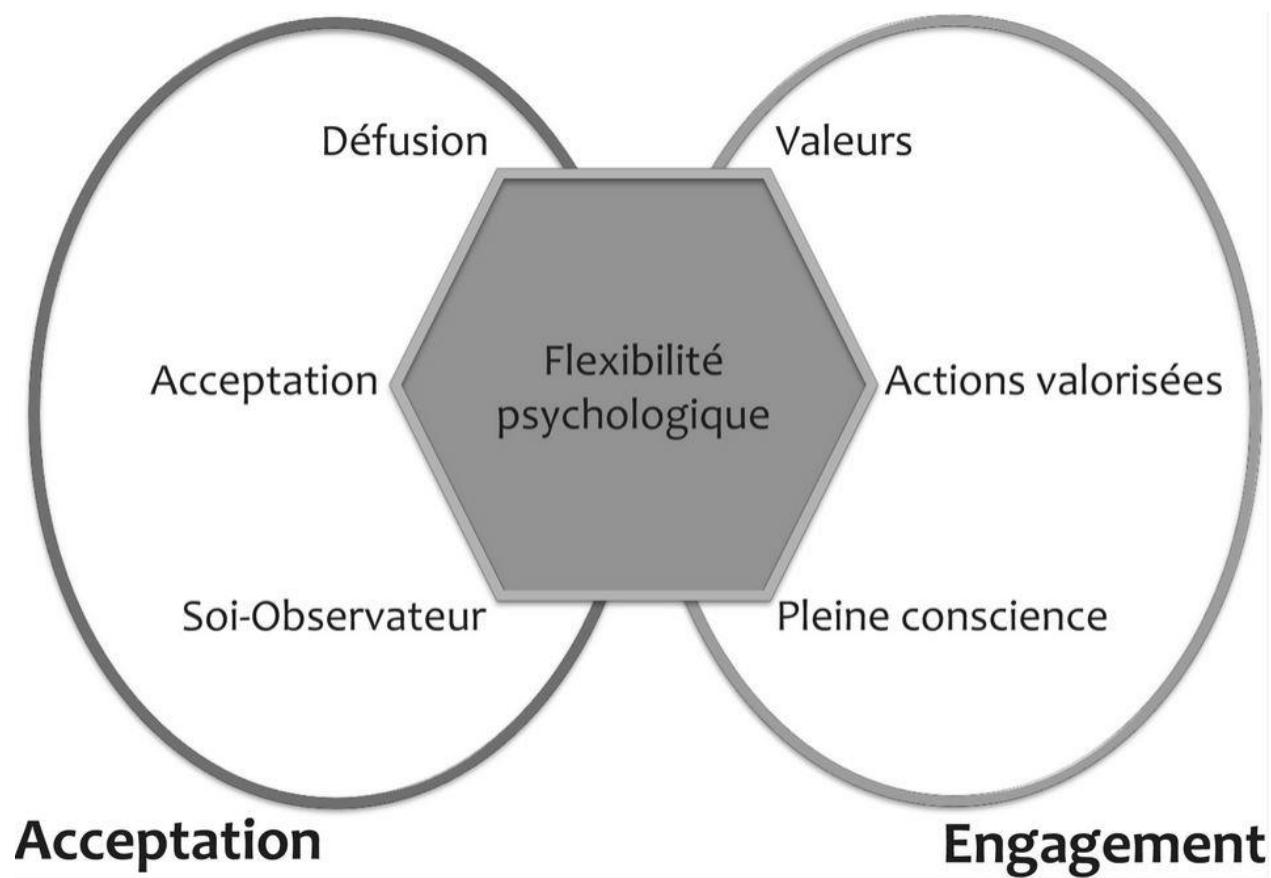
Wang, J. et Fang, S. (2023). Effects of internet-based acceptance and commitment therapy (IACT) on adolescents: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Promotion*, 25(4), 433-448. <https://doi.org/10.32604/ijmhp.2023.025304>

White, S. W., Mazefsky, C. A., Dichter, G. S., Chiu, P. H., Richey, J. A. et Ollendick, T. H. (2014). Social-cognitive, physiological, and neural mechanisms underlying emotion regulation impairments: understanding anxiety in autism spectrum disorder. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 39(1), 22-36. <https://doi.org/10.1016/j.ijdevneu.2014.05.012>

Yu, X., Zhao, B., Yin, T., Qu, H., Zhang, J., Cheng, X. et Chen, X. (2025). Effect of acceptance and commitment therapy for adolescent depression: A meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, Volume 16 - 2025. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1506822>

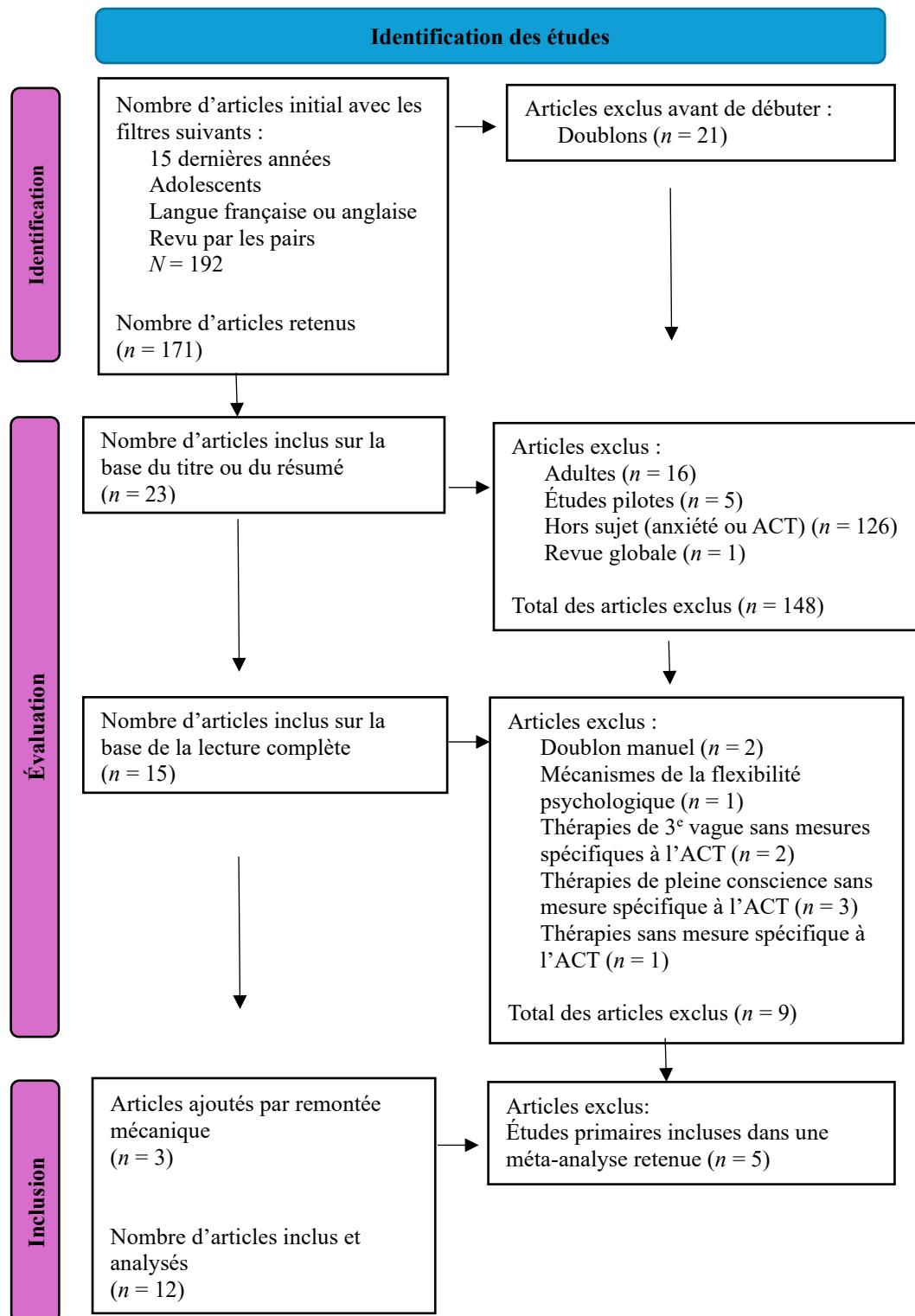
Zou, Y., Wang, R., Xiong, X., Bian, C., Yan, S. et Zhang, Y. (2025). Effects of acceptance and commitment therapy on negative emotions, automatic thoughts and psychological flexibility for depression and its acceptability: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 25(1), 602. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07067-w>

Appendice A
Modèle de l'hexaflex (Liratni, 2021)



Appendice B

Diagramme de flux



Appendice C
Synthèse des caractéristiques et des résultats des sept méta-analyses

Auteurs	Objectif de l'étude	Devis	Échantillon	Résultats
Binder <i>et al.</i> (2024)	Évaluer l'efficacité des interventions basées sur l'ACT pour réduire le stress chez les enfants et adolescents.	Revue systématique ($n = 12$) et méta-analytique de 8 études randomisées ou quasi expérimentales.	$N = 976$ participants âgés de 7 à 18 ans (majorité d'adolescents) dans les 8 études. GT passif : liste d'attente ou traitements habituels. Formats : groupe scolaire et individuel. Suivi post-intervention : 5 mois.	Diminution du stress : GE > GT : effet faible à court terme, amélioration supplémentaire au suivi dans l'étude concernée.
Burley et McAlloon (2024)	Évaluer l'efficacité de l'ACT en format de groupe chez les adolescents pour réduire les symptômes d'anxiété, évaluer son effet en fonction de la gravité des symptômes et évaluer son impact sur l'inflexibilité psychologique.	Revue systématique et méta-analyse de 9 études randomisées ou quasi expérimentales.	$N = 1\,011$ participants âgés de 7 à 24 ans (59,38 % de filles) ; âge moyen = 15,52 ; niveau d'anxiété varié. GT passif : liste d'attente, soins scolaires en classe ordinaire, visionnement de film. Milieu : scolaire ($n = 7$), ambulatoire ($n = 2$). Durée des séances : entre 60 et 120 minutes par semaine. Suivi post-intervention : entre 4 semaines et 12 mois.	Diminution de l'anxiété : GE > GT : effet modéré à court terme ; pré-post-traitement vs suivi sans GT : effet modéré à court terme et effet fort à long terme. Effets selon le niveau initial de symptômes à court terme : GE > GT : effet modéré à fort pour les symptômes d'anxiété clinique, effet faible pour les symptômes non cliniques et effet non significatif pour les symptômes subcliniques. Diminution de l'infexibilité psychologique à court terme : GE > GT : effet modéré.
Fang et Ding (2020)	Évaluer l'efficacité de l'ACT chez les enfants et comparer son effet avec d'autres thérapies.	Méta-analyse de 14 études randomisées (3 études portaient spécifiquement sur l'anxiété, et 6 pour la qualité	$N = 1189$ participants âgés de 7 à 21 ans ; divers niveaux de symptômes. Conditions de contrôle : LA (inactif), TH (semi-actif) et TCC (actif).	Diminution de l'anxiété à court terme : GE > LA + TH : effet faible à modéré : GE = TCC. Augmentation de la qualité de vie et du bien-être à court terme : GE > LA : effet très fort ; GE = TH et TCC.

		de vie et le bien-être).	TH : soins standards, soutien pastoral, psychoéducation, cours scolaire régulier, traitements multidisciplinaires et Stepping Stones Triple P (SSTP).	
López-Pinar <i>et al.</i> (2024)	Évaluer l'efficacité de l'ACT pour réduire les symptômes d'anxiété et de dépression chez les adolescents, évaluer le rôle de la flexibilité psychologique comme mécanisme de changement, comparer l'efficacité de l'ACT avec celle de la TCC, et évaluer les effets modérateurs potentiels sur les résultats.	Méta-analyse de 27 études randomisées (21 études ont des résultats spécifiques à l'anxiété)	<p><i>N</i> = 2860 participants âgés de 10 à 18 ans (63,48 % de filles ; GE = 1442 ; GT = 1418) ; âge moyen = 14,86 ; présentant un trouble anxieux (25%) ou dépressif, ou avec présence de symptômes cliniquement élevé (46 %).</p> <p>Condition de contrôle : GTA (intervention psychologique incluant la TCC ou soins cliniques) et GTI (liste d'attente ou aucune intervention).</p> <p>Format : 64 % interventions de groupe.</p> <p>Contexte : 75 % présentiel.</p> <p>Durée des interventions : moyenne de 8,52 séances.</p> <p>Suivi post-intervention : non précisé</p>	<p>Diminution de l'anxiété : ACT > GTI : effet modéré à fort à court terme et modéré à long terme ; ACT = GTA à court et à long terme ; pré-post-traitement vs suivi sans GT : effet modéré à fort à court terme et à long terme, mais l'effet se renforce à long terme.</p> <p>Effet modérateur sur l'anxiété à court terme et à long terme : effet plus fort dans les groupes avec des pourcentages de filles plus élevés que ceux avec les garçons, les interventions ACT sont plus efficaces chez ceux qui ont un diagnostic que ceux qui n'en ont pas, mais NS pour l'âge moyen, le nombre de séances, le format (groupe ou individuel), le mode de livraison (présentiel ou en ligne) et le format d'intervention (groupe ou individuel).</p> <p>Diminution de l'inflexibilité psychologique : ACT > GTI : effet modéré à court terme et NS à long terme ; ACT > GTA = NS à court terme.</p> <p>Effet médiateur de la flexibilité psychologique : l'amélioration de la FP prédit une réduction significative de l'anxiété à court terme, effet NS à long terme.</p>
Mattikoppa <i>et al.</i> (2025)	Évaluer l'efficacité de l'ACT dans la réduction des symptômes associés à l'anxiété sociale, avec un intérêt secondaire pour l'amélioration de la qualité de vie.	Revue systématique (<i>n</i> = 9) et mét-a-analyse de 6 études randomisées.	<p><i>N</i> = 291 participants âgés de 10 ans et plus dans les 6 études (majorité de filles adolescentes) ; symptômes d'anxiété sociale ou trouble d'anxiété sociale.</p> <p>GT passif : liste d'attente ou sans intervention.</p> <p>Format : individuel (<i>n</i> = 7), groupe (<i>n</i> = 1), internet (<i>n</i> = 1).</p>	<p>Diminution de l'anxiété sociale à court terme : GE > GT : effet très fort.</p> <p>Amélioration de la qualité de vie à court terme : GE > GT = NS.</p>

			Durée de l'intervention : entre 10 et 12 séances de 15 à 90 minutes.	
Perkins <i>et al.</i> (2023)	Évaluer l'efficacité de quatre thérapies de la 3 ^e vague chez les enfants et les adolescents.	Revue systématique et méta-analyse de 50 essais contrôlés randomisés, dont 33 spécifiques à l'ACT.	<p><i>N</i> = 4 476 participants âgés de 7 à 18 ans ; âge moyen = 12,92 (mais 9 données manquantes) ; divers niveaux de symptômes et problématique</p> <p>Conditions de contrôles variées : groupe témoin inactif (<i>n</i> = 22), groupe témoin actif (<i>n</i> = 18), groupe mixte (<i>n</i> = 10).</p> <p>Milieux : école ou communauté (<i>n</i> = 33), clinique de santé physique (<i>n</i> = 11), clinique de santé mentale (<i>n</i> = 6).</p> <p>Formats : groupe (<i>n</i> = 34), individuel (<i>n</i> = 14), inconnu (<i>n</i> = 2).</p> <p>Durée de l'intervention : entre 1 séance de 30 minutes à 50 h répartis sur 20 semaines.</p>	<p>Diminution des symptômes intérieurisés (anxiété, dépression, difficultés intérieurisées, et détresse psychologique) à court terme : ACT > GT : effet modéré à fort.</p> <p>Amélioration du bien-être et de l'épanouissement à court terme : ACT > GT : effet fort.</p> <p>Amélioration des processus de la 3^e vague (évitement expérientiel, fusion cognitive, valeurs personnelles, pleine conscience, flexibilité psychologique) à court terme : ACT > GT : effet faible à modéré.</p>
Wang et Fang (2023)	Évaluer l'efficacité de la thérapie d'acceptation et d'engagement basée sur internet (IACT ⁴) sur la réduction des symptômes de santé mentale des adolescents.	Revue systématique et méta-analyse de 12 essais contrôlés randomisés.	<p><i>N</i> = 2 588 participants (âge moyen de 15,27 à 26,85 ans ; 2 160 étudiants universitaires, 367 élèves du secondaire, 61 jeunes autochtones ; ayant présenté de la détresse, ou non.</p> <p>GT passif : liste d'attente ou sans intervention.</p> <p>Durée de l'intervention : 3 à 12 semaines.</p>	<p>Diminution de l'anxiété à court terme : GE > GT : effet très faible.</p> <p>Diminution du stress à court terme : GE = GT.</p> <p>Amélioration du bien-être à court terme : GE = GT.</p> <p>Diminution de l'évitement expérientiel à court terme : GE > GT : effet faible.</p>

Note. FP = Flexibilité psychologique; GE = Groupe expérimental; GT = Groupe témoin; GTA = Groupe témoin actif; GTI = Groupe témoin inactif; LA = Liste d'attente; NS = Non significatif; TCC = Thérapie cognitivo-comportementale; TH = Traitements habituels.

⁴ Modalité d'intervention IACT : vidéos, plateformes d'entraide en ligne, messages WhatsApp de coachs, exercices audios, programmes d'entraide en ligne, sessions multimédias, applications, images, texte, animations, fichiers MP3 et courriels.

Appendice D
Synthèse des caractéristiques et des résultats des cinq études primaires

Auteurs	Objectif de l'étude	Devis	Échantillon	Résultats
Chapman et Evans (2020)	Examiner l'efficacité d'une approche ACT basée sur l'art pour améliorer le bien-être chez une adolescente présentant un trouble du spectre autistique et une anxiété sévère.	Pré-post-traitement sans groupe témoin (étude de cas longitudinal avec 4 temps de mesure durant l'intervention et suivi, à l'exception de la progression des compétences liées à l'ACT chaque session, $n = 8$).	$N = 1$ participant (adolescente de 15 ans présentant un trouble du spectre autistique et une anxiété sévère). Royaume-Uni. Durée de l'intervention : 8 séances hebdomadaires d'une heure pour l'ACT, 8 rencontres de soutien supplémentaire. Suivi postintervention : 3 mois.	Augmentation du bien-être général à court terme : le score est passé d'un niveau clinique indiquant une dépression probable à un niveau non clinique à court terme, et a continué d'augmenter à long terme. Diminution de l'inflexibilité psychologique à court terme : amélioration constante à court terme, et amélioration supplémentaire à long terme. Progression des compétences liées à l'ACT au cours de l'intervention : amélioration globale de la clarification des valeurs ; au cours des premières séances, diminution dans la capacité à reconnaître les pensées utiles, l'acceptation des émotions et l'exploration des nouvelles expériences, mais augmentation dans les dernières séances (diminution globale).
Farley et Twohig (2024)	Examiner l'efficacité d'une approche combinant l'ACT et des exercices d'exposition pour réduire l'anxiété sociale chez une adolescente.	Pré-post-traitement sans groupe témoin (étude de cas longitudinal avec 16 temps de mesure avant et durant l'intervention).	$N = 1$ participant (adolescente de 16 ans souffrant d'un trouble d'anxiété sociale). États-Unis. Durée de l'intervention : 12 séances hebdomadaires de 50 minutes, suivies de 3 séances aux 2 semaines (total de 15 séances).	Évitement expérientiel, anxiété de séparation et anxiété totale à court terme : les scores d'un niveau clinique sont passés sous le seuil clinique. Anxiété sociale à court terme : le score d'un niveau non clinique a diminué. Bien-être scolaire à court terme : le score est demeuré dans la catégorie « ressent souvent du bien-être à l'école » mais a augmenté.
Livheim et al. (2020)	Tester l'efficacité et la faisabilité d'une intervention brève de groupe transdiagnostique basée sur l'ACT, pour les	Étude quasi expérimentale avec groupes témoin (5 temps de mesure durant l'intervention et suivi à 18 mois).	$N = 160$ participants âgés de 16 à 18 ans (GE = 91 ; TH = 69) ; âge moyen GE = 17,3 ; présentant une toxicomanie, des comportements antisociaux ou des problèmes psychosociaux. Suède.	Diminution de l'anxiété : GE > TH : effet faible à modéré à court terme et à long terme Diminution de l'inflexibilité psychologique : GE > TH : effet faible à modéré à court terme et à long terme.

	adolescents présentant des problèmes comorbides en institution.		TH : traitement habituel administré aux jeunes en soins résidentiels (groupe témoin actif, $n = 3$). GE ($n = 5$) : ACT + TH. Durée de l'intervention : 6 séances de 2 heures.	Effet médiateur de la flexibilité psychologique à long terme: l'amélioration de la FP prédit une réduction significative de l'anxiété dans une large mesure.
O'Dell <i>et al.</i> (2020)	Évaluer l'efficacité d'une intervention de groupe basé sur l'ACT mise en œuvre dans un service de soins primaires pédiatriques.	Étude de cohorte rétrospective sans groupe contrôle (2 temps de mesure, prétest et post-test).	$N = 110$ participants (81,8 % sont des filles ; âge moyen = 15,1) ; présentaient divers troubles psychiatriques (principalement trouble de l'adaptation, dépression et anxiété) ; 44,6 % suivaient une psychothérapie individuelle en parallèle. États-Unis. Durée de l'intervention : 9 séances hebdomadaires de 90 minutes.	Diminution de l'anxiété à court terme: effet modéré à fort. Diminution de l'inflexibilité psychologique à court terme: effet modéré. Effets modérateurs de la présence d'une thérapie en parallèle : NS pour l'anxiété et la FP.
Smith <i>et al.</i> (2020)	Évaluer l'efficacité d'une intervention de groupe basée sur l'ACT sur le bien-être psychologique des adolescentes dans un contexte scolaire.	Étude à mesures répétées sans groupe de contrôle (2 temps de mesure, prétest et post-test).	$N = 10$ participants âgés de 13 à 15 ans (exclusivement féminin) présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression de légers à modérés selon les critères du <i>DSM-5</i> . Australie. Durée de l'intervention : 6 séances hebdomadaires de 60 minutes.	Diminution de l'anxiété à court terme : effet modéré à fort. Diminution de l'inflexibilité psychologique à court terme : effets faibles à modérés.

Note. FP = flexibilité psychologique; GE = groupe expérimental; NS = non significatif; TCC = thérapie cognitivo-comportementale; TH = traitements habituels.