

PSYCHO

PAP



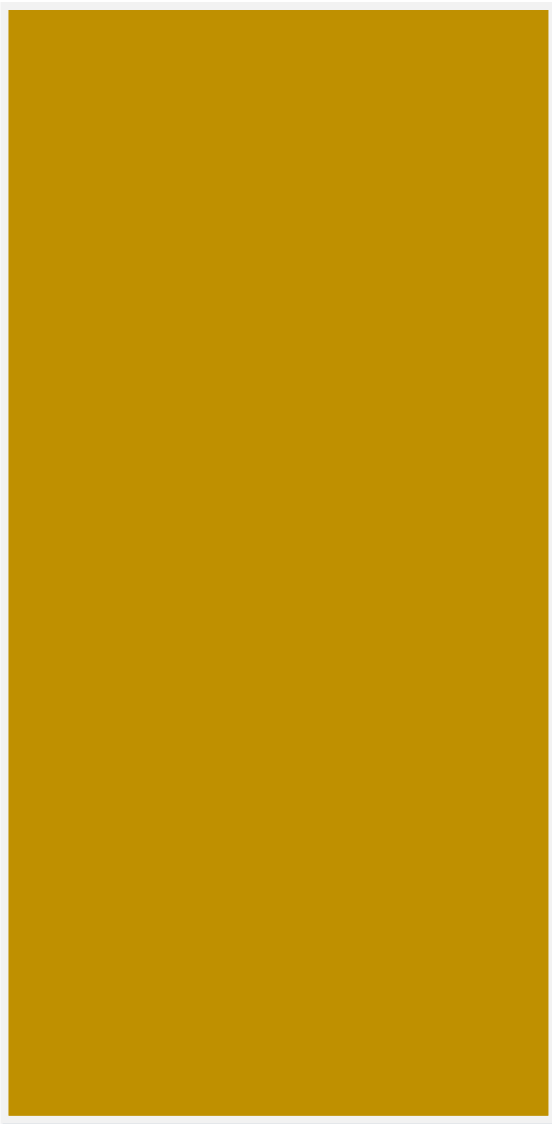
Les mini-guides

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) Un mini-guide de pratique

Première édition

Thanh-Lan Ngô

Éditeur: Thanh-Lan Ngô-psychopap



**Éditeur: Thanh-Lan Ngô –
psychopap
Montréal, QC, Canada
2026**

**ISBN 978-2-925053-50-7
Dépôt légal 2e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives
nationales du Québec 2026**

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	4
INTRODUCTION	5
OBJECTIFS DE L'ACT	5
INDICATIONS CLINIQUES	6
DONNÉES PROBANTES	6
INTRODUCTION AU MODÈLE THÉORIQUE	7
LE CONTEXTUALISME FONCTIONNEL.....	7
LA THÉORIE DES CADRES RELATIONNELS (TCR).....	8
LES PROCESSUS CENTRAUX DE LA SOUFFRANCE.....	10
LE MODÈLE DE L'HEXAFLEX	11
POSTURE THÉRAPEUTIQUE	13
LES ÉTAPES : LE MODÈLE FACT (FOCUSED ACT)	14
OUTILS ET INSTRUMENTS.....	18
INSTRUMENTS DE MESURE ET SUPPORTS D'ÉVALUATION.....	18
RÉPERTOIRE DE MÉTAPHORES ET D'EXERCICES EXPÉRIENTIELS PAR PROCESSUS.....	18
VIDEOS SUR YOUTUBE :.....	21
FICHES THÉRAPEUTIQUES	22
FORMATION SUPPLÉMENTAIRE	23
RESSOURCES POUR LES CLIENTS ET LES THÉRAPEUTES.....	23
POUR LES THÉRAPEUTES:.....	23
POUR LES PATIENTS :	24
CONCLUSION.....	24
BIBLIOGRAPHIE	25

RÉSUMÉ

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) est une thérapie cognitivo-comportementale contextuelle dite de « troisième vague ». Plutôt que de chercher à modifier le contenu ou la fréquence des pensées et des émotions difficiles, elle vise à transformer la relation que la personne entretient avec ses expériences internes. Son objectif transdiagnostique central est d'accroître la flexibilité psychologique : la capacité à demeurer en contact avec le moment présent, à s'ouvrir aux expériences internes inconfortables et à agir en direction de ses valeurs. L'ACT combine des processus de pleine conscience et d'acceptation avec des processus d'engagement comportemental. Sa forme brève, la Focused ACT (FACT), transpose ces méthodes en une à six rencontres et se prête bien aux soins primaires et aux interventions de faible intensité (Levin, Krafft et Twohig, *Psychiatric Clinics of North America*, 2024).

Mots-clés

Thérapie d'acceptation et d'engagement ; ACT ; FACT ; flexibilité psychologique ; pleine conscience ; défusion cognitive ; évitement expérientiel ; valeurs ; action engagée ; troisième vague ; approche transdiagnostique.

INTRODUCTION

Les thérapies comportementales ont évolué en trois vagues successives. La première, la thérapie comportementale classique, s'appuie sur les principes du conditionnement opérant et répondant. La deuxième, la thérapie cognitive puis la TCC dite traditionnelle, place les cognitions au cœur du modèle et postule qu'une modification des pensées entraîne un changement émotionnel et comportemental. À partir des années 2000, une troisième vague, dont l'ACT est prototypique, propose une autre voie : ne pas contester ni corriger les pensées, même biaisées, mais cultiver une posture d'ouverture et d'acceptation envers les événements internes. Le point de bascule conceptuel est que la souffrance psychologique n'est pas causée principalement par le contenu des pensées, mais par la façon rigide dont la personne y réagit. L'ACT s'inscrit dans une longue tradition de recherche : les revues récentes recensent un vaste corpus d'essais contrôlés randomisés (Levin, Krafft et Twohig, 2024).

OBJECTIFS DE L'ACT

L'objectif fondamental de l'ACT n'est pas la disparition des symptômes, mais l'accroissement de la **flexibilité psychologique**. Concrètement, la thérapie vise à :

- Réduire l'emprise de l'**évitement expérientiel** (la tendance à fuir pensées, émotions, souvenirs et sensations pénibles) et de la **fusion cognitive** (le fait de traiter les pensées comme des vérités littérales qui dictent le comportement).
- Développer une posture d'acceptation et d'ouverture face aux expériences internes inconfortables.
- Clarifier ce qui compte véritablement pour la personne (ses valeurs) et soutenir un engagement comportemental durable dans cette direction.

- Élargir le répertoire comportemental afin que la personne puisse agir de façon souple et efficace, y compris en présence d'inconfort. La réduction des symptômes, lorsqu'elle survient, est un sous-produit du traitement plutôt que sa cible directe (Churchill et al., *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013).

INDICATIONS CLINIQUES

L'ACT est une approche transdiagnostique dont l'appui empirique s'étend à un large éventail de conditions. Les revues systématiques et méta-analyses récentes soutiennent son efficacité pour la dépression, les troubles anxieux, les troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés, la psychose, les troubles liés à l'usage de substances, la douleur chronique, l'adaptation aux maladies chroniques, l'obésité, la stigmatisation ainsi que le stress et l'épuisement professionnel (Levin, Krafft et Twohig, 2024). Elle est également étudiée dans les troubles alimentaires, notamment comme intervention d'attente avant un traitement spécialisé (Tone, Chelius et Miller, 2025). Sa nature processuelle et transdiagnostique la rend particulièrement pertinente pour les tableaux comorbides et pour les milieux de soins où l'accès à des psychothérapies longues est limité.

DONNÉES PROBANTES

Une méta-analyse de l'ACT de groupe pour l'anxiété et la dépression (48 ECR, 3 292 participants) rapporte un effet moyen à large sur les symptômes anxieux ($g = 0,52$) et un effet petit à moyen sur les symptômes dépressifs ($g = 0,47$) ; l'ACT y était supérieure aux témoins actifs (dont la TCC) pour la dépression, mais non pour l'anxiété (Ferreira et al., 2022). Une méta-analyse de 2025 ciblant spécifiquement les patients déprimés retrouve des effets significatifs sur la dépression ($SMD = -0,69$) et l'anxiété ($SMD = -0,64$), ainsi qu'un effet favorable

sur la flexibilité psychologique ($SMD = 0,35$), l'ACT de groupe se montrant supérieure à l'ACT individuelle (Kong et al., 2025).

Comparée à des traitements actifs bien établis, l'ACT apparaît généralement d'efficacité comparable plutôt que supérieure, et la certitude des données varie de très faible à modérée selon l'évaluation GRADE (Zou et al., 2025). L'ACT est efficace en format numérique et en auto-assistance, avec des effets petits à moyens (Han et Kim, 2022). La recherche sur les mécanismes confirme que l'ACT agit spécifiquement par l'augmentation de la flexibilité psychologique (Apolinário-Hagen et al., 2024).

INTRODUCTION AU MODÈLE THÉORIQUE

Le contextualisme fonctionnel.

Selon Pepper (1942), les chercheurs adhèrent implicitement à certaines présomptions philosophiques sur la nature même de la science. Le mécanisme et le contextualisme fonctionnel en offrent deux illustrations contrastées.

Dans la perspective mécaniste, une théorie est jugée vraie si elle correspond fidèlement à la réalité. Les tenants de cette vision considèrent qu'une théorie psychologique doit révéler la nature réelle des processus mentaux et de leurs liens causaux, dans le but de prédire le comportement humain selon les circonstances. L'esprit y est conçu comme une mécanique : les pensées « dysfonctionnelles » et les émotions « problématiques » sont alors vues comme des défauts qu'il convient de corriger, de modifier ou d'éliminer.

Le contextualisme fonctionnel, à l'inverse, postule que la réalité objective demeure inaccessible de façon absolue, notamment en raison des biais de perception, de mesure et d'interprétation inhérents à toute démarche scientifique ou clinique. Une théorie n'est donc pas validée par sa correspondance à une « Vérité » ultime, mais par sa capacité à organiser notre compréhension du monde de manière à agir

efficacement — c'est-à-dire à prédire et à influencer le comportement. Dans cette optique, il n'existe pas de vérité objective indépendante du contexte : la valeur d'un comportement (ou d'une pensée) ne peut s'évaluer qu'à la lumière de la fonction qu'elle remplit dans une situation donnée.

Ainsi, un athlète qui se dit avant une compétition importante « je ne suis pas assez préparé » pourrait sembler entretenir une pensée négative ou irrationnelle. Mais si l'on considère le contexte et l'effet produit par cette pensée — sa fonction —, on pourrait constater qu'elle sert en réalité à maintenir un niveau de vigilance et à pousser l'athlète à redoubler d'efforts dans les derniers moments de sa préparation.

C'est pourquoi, dans l'ACT, les pensées et les émotions ne sont plus traitées comme des symptômes à éliminer, mais comme des expériences humaines normales, indissociables du contexte dans lequel elles surviennent.

La théorie des cadres relationnels (TCR).

La Théorie des cadres relationnels (TCR) propose une explication comportementale du langage et de la cognition humaine. Elle postule que le langage, en tant que comportement verbal, constitue un comportement opérant : ce que nous faisons, disons ou pensons est façonné par ce qui a été renforcé dans des situations similaires antérieures. Alors que Skinner (1957) traitait le comportement verbal comme un opérant parmi d'autres, Hayes, Blackledge et Barnes-Holmes (2001) le conçoivent plutôt comme un opérant relationnel. Le langage établit continuellement des liens entre divers stimuli (objets, personnes, pensées, souvenirs, émotions, etc.), ce qui transforme notre façon de les percevoir et d'y réagir. Ces liens, nommés « cadres relationnels », peuvent être de nature hiérarchique, temporelle, d'opposition, de distinction, de comparaison, entre autres.

Par le biais d'une relation d'équivalence, une image ou une pensée peut susciter la même charge émotionnelle que l'événement réel auquel elle renvoie. Un

individu peut ainsi chercher à fuir des pensées ou des émotions désagréables, tout comme il éviterait, par exemple, les lieux d'un accident. De même, par une relation d'opposition, l'évocation d'un moment heureux peut paradoxalement provoquer de la souffrance. Un patient pourrait ainsi penser : « Je me sens enfin bien », pour ensuite ressentir de l'anxiété en se demandant : « et si ça ne durait pas? ». L'élaboration verbale rend presque impossible l'évitement des expériences psychologiques, puisque ces stimuli peuvent être associés entre eux de manière arbitraire et pratiquement illimitée.

Le langage relie les stimuli entre eux de façon à en transformer la fonction. L'application de simples déductions logiques à ces stimuli peut mener à des conclusions erronées, abstraites et fragiles. Par exemple : « les élèves intelligents ont de bonnes notes », « les élèves aux mauvaises notes sont inférieurs », « j'ai eu une mauvaise note », « Julie a eu une bonne note ». Par un processus de dérivation, la personne en vient à conclure : « je ne suis pas intelligent », « je suis inférieur », « je suis moins intelligent que Julie ». Les individus apprennent ainsi à juger leurs expériences de manière arbitraire (par exemple : « les femmes sans conjoint sont indésirables ») et à se comporter comme si ces évaluations et ces règles constituaient des vérités absolues (par exemple, se dévaloriser parce qu'on se croit indésirable). Comme le langage est omniprésent et permet de résoudre de nombreux problèmes, les humains ont tendance à surestimer la véracité de leurs propres pensées. Le langage exerce souvent une influence plus forte que l'expérience directe, même lorsque celle-ci contredit ces pensées. Par exemple, une personne peut se croire indésirable malgré des compliments répétés sur son apparence.

Selon la TCR, le langage permet d'établir rapidement des liens entre les stimuli, de manière abstraite et formelle, ce qui nous permet d'agir efficacement. Ce processus repose sur trois mécanismes : 1) la dérivation de relations entre les événements, 2) la construction de vastes réseaux relationnels entre ces événements, et 3) le transfert de fonctions entre les événements ainsi reliés. C'est là le fondement du langage humain et de la cognition. Cette même faculté

cognitive peut toutefois accroître la détresse et engendrer des comportements rigides et inefficaces.

Les processus centraux de la souffrance.

Plusieurs auteurs identifient l'évitement expérientiel comme un mécanisme sous-jacent commun à un large éventail de troubles psychologiques, dont l'anxiété et la dépression (Hayes et al., 2006; Ruiz, 2010). Ce concept désigne la tendance à fuir le contact avec des pensées, des images mentales, des souvenirs, des émotions ou des sensations corporelles perçus comme désagréables. Ainsi, une personne pourrait avoir recours à une consommation excessive d'alcool pour se soustraire à des souvenirs douloureux liés à un vécu d'abus. Or, les études montrent que les efforts de suppression des pensées et des émotions produisent plutôt l'effet inverse : les contenus évités reviennent avec plus de force et de fréquence, un phénomène connu sous le nom d'effet rebond (Wenzlaff et Wegner, 2000).

Cette stratégie d'évitement entraîne également une perte de flexibilité comportementale. En cherchant constamment à minimiser le contact avec des états internes pénibles, l'individu restreint progressivement l'éventail de ses actions possibles. Ainsi, une personne anxieuse qui s'efforce sans cesse de maîtriser ou de fuir ses peurs dès leur apparition verra sa capacité à agir selon ce qui compte réellement pour elle s'éroder peu à peu. Lorsque les comportements sont dictés par la volonté d'échapper aux expériences internes plutôt que par la poursuite de ses valeurs et de ses objectifs personnels, la qualité de vie s'en trouve considérablement affectée. C'est pourquoi le modèle de l'ACT postule que la plupart des troubles psychologiques découlent de cette réduction de la variabilité comportementale et psychologique.

La fusion cognitive constitue le second processus central : elle correspond à la tendance à prendre ses pensées au pied de la lettre et à y répondre de façon quasi automatique (Blackledge, 2015). Prenons l'exemple d'une personne souffrant d'un trouble obsessionnel-compulsif : après avoir touché une poignée de porte, elle se dit « mes mains sont contaminées, je dois les laver pour éviter de tomber malade

», puis exécute son rituel de lavage. Ce mécanisme, bien que problématique dans certains contextes, demeure un processus cognitif naturel. Ici, c'est le contenu mental qui prend le dessus sur l'action, poussant la personne à agir en fonction de ses pensées même lorsque ce comportement s'avère contre-productif. Quand cette fusion s'articule autour de règles socialement véhiculées (par exemple : « l'anxiété est dangereuse », « il faut contrôler ses émotions »), elle peut directement alimenter l'évitement expérientiel. C'est précisément sur ces deux processus — fusion cognitive et évitement expérientiel — que l'ACT cherche à intervenir pour en atténuer l'emprise.

Le modèle de l'hexaflex

Le modèle de l'hexaflex illustre l'ensemble des processus mobilisés dans une thérapie ACT. Comme le montre la Figure 1, il s'articule autour de trois grands axes thérapeutiques. Le premier, l'ouverture, vise à favoriser l'accueil de l'expérience à travers l'acceptation des symptômes pénibles et la défusion vis-à-vis des pensées qui s'y rattachent. Le deuxième axe, la présence, encourage le contact avec le moment présent, le développement d'une plus grande souplesse attentionnelle, ainsi qu'une prise de distance face à ses propres contenus psychologiques grâce au soi comme contexte. Le troisième axe, l'engagement, porte sur la clarification des valeurs personnelles et sur la mise en action concrète en fonction de ce qui importe véritablement à la personne (Monestès et Villatte, 2011). Ce modèle sert de fondement à l'évaluation clinique du patient ainsi qu'aux interventions thérapeutiques qui en découlent, pour permettre à l'individu de développer une plus grande flexibilité psychologique (figure 2).

Figure 1 Hexaflex de ACT (adapté de Harris, 2009; Flaxman, Blackledge et Bond, 2011, Flaxman, Bond et Liveheim, 2013; Hayes et al., 2012).

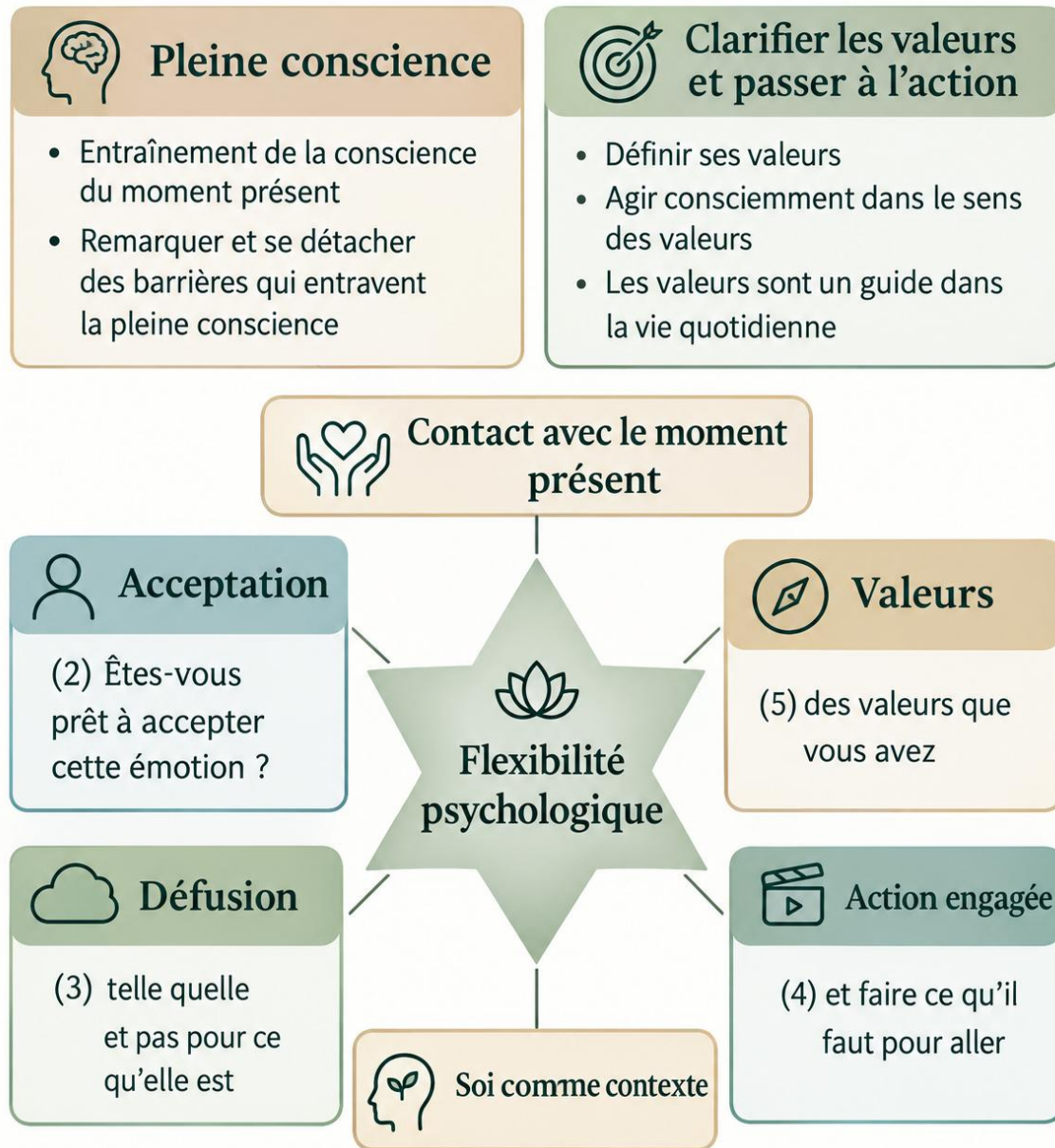
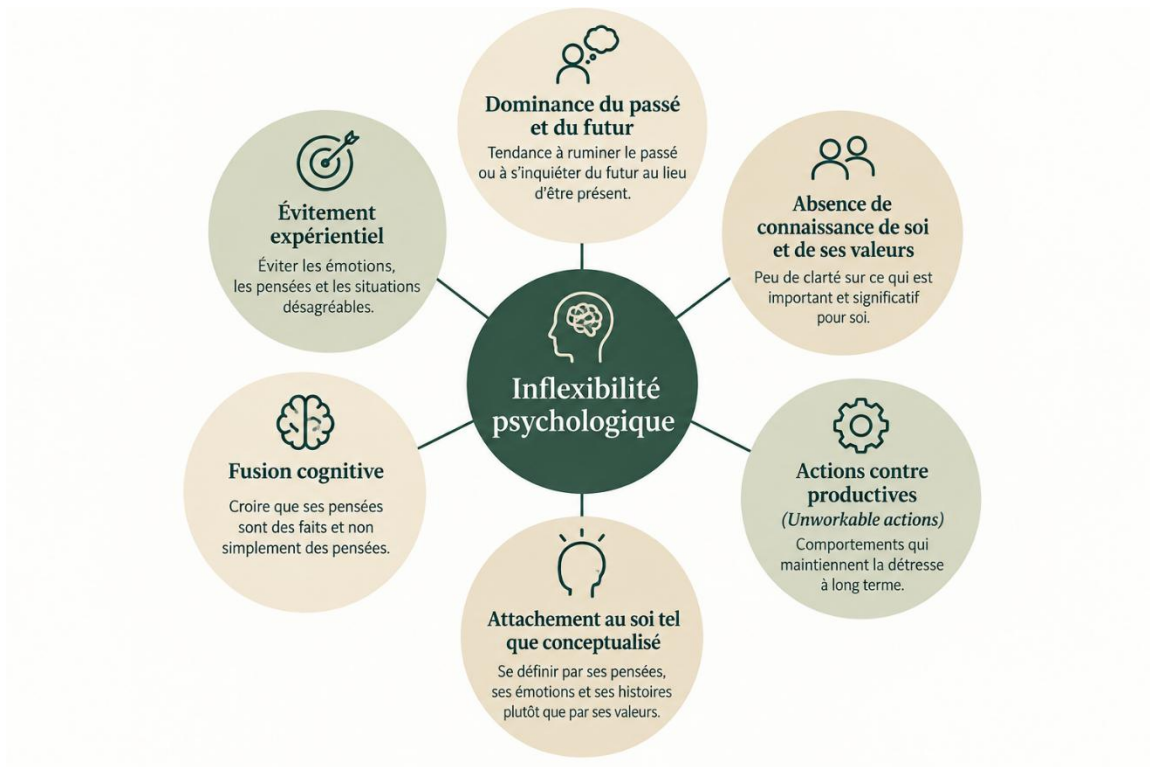


Figure 2 Inflexibilité psychologique



POSTURE THÉRAPEUTIQUE

Le thérapeute ACT adopte une posture non jugeante, respectueuse, compatissante et fondamentalement expérientielle. Plutôt que d'expliquer ou de raisonner (apprentissage par règles), il crée des occasions pour que le patient entre directement en contact avec ses expériences internes et leurs conséquences. Il recourt à des métaphores, des paradoxes, des exercices expérientiels et des exercices de pleine conscience. Le thérapeute se positionne aux côtés du patient dans une relation égalitaire : il reconnaît partager la même condition humaine et peut évoquer ses propres pensées difficiles pour normaliser l'expérience. Il tient les pensées « avec légèreté », modélisant lui-même la défusion et l'acceptation. Il peut emprunter des techniques à d'autres traditions

(gestalt, thérapie centrée sur les solutions, TCC, traditions contemplatives), mais toujours en les intégrant à la conceptualisation de la flexibilité psychologique.

LES ÉTAPES : LE MODÈLE FACT (FOCUSED ACT)

La FACT (Focused ACT) est la forme brève de l'ACT, développée par Strosahl et Robinson, qui livre les méthodes essentielles de l'ACT en une à six rencontres et convient aux interventions ciblées et aux soins primaires (Kanzler et al., 2022). Elle organise le travail autour de **trois piliers**, Ouvert, Conscient, Engagé, qui correspondent aux trois axes de l'hexaflex :

- **Ouvert (Open)** : accepter les pensées et émotions pénibles, créer une distance d'observation sécuritaire à leur égard, et laisser l'expérience directe (plutôt que les habitudes et les règles rigides) guider l'action.
- **Conscient (Aware)** : porter intentionnellement l'attention sur le moment présent, utiliser une conscience réflexive de soi et pouvoir changer de perspective sur les récits que l'on se raconte à propos de soi et des autres.
- **Engagé (Engaged)** : parler de ses valeurs avec émotion, se souvenir de moments de valeurs-en-action, accepter la vulnérabilité qu'implique le fait de tenir à quelque chose, puis planifier et mettre en œuvre des expériences comportementales qui favorisent la vitalité.

La séquence d'une rencontre initiale FACT se déroule typiquement ainsi :

La rencontre initiale FACT dure environ 30 minutes et suit huit temps. Le tableau ci-dessous en résume l'intention, la façon de procéder et des exemples de questions ou de formulations que l'étudiant peut réutiliser tels quels.

1. Poser le cadre (Setting the stage) (environ 2 minutes). *Intention* : clarifier le rôle du clinicien, le déroulement, le rythme et le but de la rencontre, tout en semant

la possibilité d'un changement réel. *Comment faire* : se présenter, annoncer la durée et la structure, préciser que l'on cherchera ensemble un plan concret, et mentionner l'éventualité (ou non) d'un suivi. *Exemple de script* : « Bonjour, je suis [rôle/titre]. Mon travail est d'aider avec le stress, les habitudes de santé et les difficultés de la vie courante. Je vais vous poser beaucoup de questions pendant une dizaine de minutes pour bien saisir votre situation, puis nous mettrons nos têtes ensemble pour bâtir un plan. Notre rencontre durera environ 30 minutes. Avez-vous des questions? »

2. Amour, travail, jeu, santé (Love, Work, Play, Health). *Intention* : dresser un portrait rapide de l'intégrité fonctionnelle des grands domaines de vie. *Comment faire* : explorer brièvement chacun des quatre domaines par des questions ouvertes. *Exemples de questions* : Amour — « Où et avec qui vivez-vous? Avez-vous des relations affectueuses avec vos proches? » ; Travail — « Travaillez-vous ou étudiez-vous? Est-ce que cela vous plaît? » ; Jeu — « Que faites-vous pour vous amuser, pour vous détendre? » ; Santé — « Comment sont votre sommeil, votre alimentation, votre activité physique? Consommez-vous tabac, alcool, drogues? »

3. Temps, déclencheurs, trajectoire (Time, Triggers, Trajectory). *Intention* : situer le problème dans le temps et dans son contexte. *Exemples de questions* : « Quand cela a-t-il commencé? À quelle fréquence cela survient-il? » (temps) ; « Y a-t-il une situation ou une personne qui semble déclencher cela? » (déclencheurs) ; « Comment ce problème a-t-il évolué? Est-ce mieux ou pire ces derniers temps? » (trajectoire).

4. Sévérité du problème (Problem severity). *Intention* : obtenir une mesure subjective de départ. *Exemple de question* : « Sur une échelle de 1 à 10, où 1 signifie “pas du tout un problème” et 10 “un très gros problème”, à combien situez-vous ce problème en ce moment? »

5. Faisabilité et utilité des stratégies (Workability). *Intention* : c'est le cœur du travail sur l'évitement expérientiel — aider le patient à évaluer lui-même si ce qu'il fait fonctionne réellement, à court comme à long terme. *Exemples de questions* : « Qu'avez-vous essayé pour régler ce problème? Comment cela a-t-il fonctionné à court terme? Et à long terme, est-ce que cela vous aide à être la personne que vous voulez être? » Pour un enfant ou un adolescent : « Qui t'aide? Est-ce que ça marche? Est-ce que ça t'aide à être la meilleure version de toi-même? »

6. Entente et options. *Intention* : convenir d'une conceptualisation partagée reliée aux valeurs, puis offrir un choix. *Comment faire* : reformuler les forces du patient, ses valeurs liées au problème et les obstacles rencontrés, puis proposer **deux options** — l'Option A, moins exigeante et à résultat plus certain, et l'Option B, plus exigeante mais porteuse d'un changement plus profond. Le fait d'offrir un choix soutient l'autonomie et l'engagement.

7. Intervention. *Intention* : intervenir activement sur le ou les piliers ciblés. *Comment faire* : recourir à des exercices expérientiels, à l'entraînement aux habiletés (pleine conscience, défusion, clarification des valeurs) et à la psychoéducation, puis formuler avec le patient une **expérience comportementale** concrète à réaliser après la rencontre.

8. Confiance et utilité (Confidence and helpfulness). *Intention* : vérifier l'adhésion au plan et recueillir une rétroaction. *Exemples de questions* : « Sur 1 à 10, quelle est votre confiance de réaliser ce plan? » et « Sur 1 à 10, à quel point cette rencontre vous a-t-elle été utile? »

Pour la conceptualisation de cas, la FACT propose des outils comme la grille des quatre cases (qui classe actions et événements internes selon qu'ils relèvent de l'évitement/contrôle de la souffrance ou de l'approche/soutien de l'épanouissement) et l'outil d'évaluation des piliers (qui repère forces, déficits et cibles pour chacun des trois piliers-ouvert, conscient, engagé). Le modèle rappelle par ailleurs que, bien que les protocoles suggèrent un ordre (défusion et

acceptation, moment présent, soi comme contexte, valeurs et action engagée), il est souvent avantageux, notamment auprès des patients peu motivés, de débiter par les valeurs afin de mobiliser la motivation et de faciliter l'exposition.

Les outils de conceptualisation de cas FACT

Deux grilles structurent le raisonnement clinique entre les étapes et guident le choix de l'intervention :

- **La grille des quatre cases.** On dispose un tableau à deux colonnes — *Évitement / contrôle de la souffrance* et *Approche / soutien de l'épanouissement* — et deux rangées : *Actions* (comportements observables) et *Événements internes* (pensées, émotions, tendances à l'action, souvenirs, sensations). On y consigne, pour le patient, ce qu'il fait et ce qu'il vit dans chacune de ces catégories. La grille rend visibles d'un coup d'œil les comportements d'évitement à réduire et les actions engagées à renforcer.
- **La grille d'évaluation des piliers.** Pour chacun des trois piliers (Ouvert, Conscient, Engagé), on note les *forces*, les *déficits* et les *cibles* d'intervention. Deux questions guident l'analyse : quelles sont les forces et les faiblesses du patient? et y a-t-il un pilier prioritaire à développer maintenant?

La séquence CARE pour organiser l'entretien

Pour structurer l'entretien orienté vers le changement, la FACT propose le repère mnémorique **CARE** : *Contextual assessment* (évaluer le contexte de vie et du problème, ainsi que la conscience qu'a le patient de ses comportements automatiques), *Avoidance assessment* (clarifier ce que le patient recherche, analyser ses tentatives d'évitement et leur efficacité), *Reformulation moves* (co-construire une description du problème reliée aux valeurs et présenter l'acceptation comme alternative à l'évitement) et *Experimentation* (traduire les

valeurs en nouvelles actions observables et planifier une expérience comportementale contextualisée).

Ordre des processus

Bien que les protocoles classiques suggèrent une séquence (défusion et acceptation, puis moment présent, puis soi comme contexte, enfin valeurs et action engagée), la FACT reste souple : il est souvent avantageux — notamment auprès des patients peu motivés, non volontaires ou en couple — de **débuter par les valeurs** afin de mobiliser la motivation, de favoriser l'activation comportementale et de faciliter l'exposition aux expériences redoutées.

OUTILS ET INSTRUMENTS

Instruments de mesure et supports d'évaluation

AAQ-2 (Acceptance and Action Questionnaire) : mesure de la flexibilité/inflexibilité psychologique et de l'évitement expérientiel.

Répertoire de métaphores et d'exercices expérientiels par processus

Les métaphores et exercices ci-dessous sont formulés pour être utilisés tels quels en séance. Chaque entrée précise l'objectif, la marche à suivre et le processus de l'hexaflex visé.

Acceptation (au lieu de l'évitement expérientiel)

- **La souque à la corde (Tug of War).** *Objectif* : montrer le coût de la lutte contre les symptômes. *Marche à suivre* : décrire le patient tirant sur une corde contre un « monstre » (l'anxiété, la douleur) au-dessus d'un gouffre ; plus il tire, plus il s'épuise. Faire remarquer que la solution n'est pas de tirer

plus fort, mais de **lâcher la corde** — cesser la lutte pour libérer de l'énergie vers ce qui compte.

- **Le désespoir créatif.** *Objectif* : aider le patient très attaché au contrôle à en constater l'inefficacité. *Marche à suivre* : par questionnement socratique, passer en revue (1) les stratégies déjà essayées, (2) leur efficacité réelle à long terme, (3) leur coût. Laisser émerger le constat que le contrôle a échoué, sans le formuler à sa place.
- **Respirer dans la sensation.** *Objectif* : faire de la place à une émotion plutôt que la combattre. *Marche à suivre* : inviter le patient à localiser la sensation dans le corps, à en observer les contours, la température et les nuances « comme un scientifique », à y « respirer » et à poser une main bienveillante sur la zone la plus intense.
- **Objectiver l'émotion.** *Objectif* : créer une distance et modifier la relation à l'émotion. *Marche à suivre* : imaginer sortir l'émotion du corps, lui prêter une couleur, une forme, une texture, la contempler, puis la réintégrer avec douceur.

Défusion cognitive (au lieu de la fusion)

- **Les passagers dans l'autobus.** *Objectif* : illustrer que l'on peut avancer vers ses valeurs malgré des pensées bruyantes. *Marche à suivre* : le patient conduit un autobus dont les passagers (pensées, peurs) crient des directives ; il peut les laisser crier sans changer de route, car **lui seul tient le volant**.
- **Les feuilles sur le ruisseau.** *Objectif* : observer les pensées sans s'y accrocher. *Marche à suivre* : imaginer déposer chaque pensée sur une feuille qui descend le courant, puis revenir à la respiration.
- **« J'ai la pensée que... ».** *Objectif* : défaire la fusion au contenu littéral. *Marche à suivre* : transformer « je suis nul » en « j'ai la pensée que je suis nul », puis « je remarque que j'ai la pensée que je suis nul ». Chaque reformulation ajoute une distance.
- **Répétition et changement de forme.** *Objectif* : vider un mot de sa charge. *Marche à suivre* : répéter une pensée pénible à voix haute pendant

30 secondes, ou la chanter sur un air connu, jusqu'à n'entendre qu'un stimulus sonore.

- **Remercier son esprit / « le cerveau raconte des histoires ».** *Objectif* : traiter l'esprit comme une entité distincte. *Marche à suivre* : accueillir une pensée par « merci, mon esprit, pour cette pensée » ou nommer « voilà que mon cerveau raconte encore une histoire ».
- **Remplacer « mais » par « et ».** *Objectif* : défaire la hiérarchie implicite entre pensée et action. *Marche à suivre* : transformer « je veux marcher mais je n'ai pas d'énergie » en « je veux marcher et je n'ai pas d'énergie ».

Contact avec le moment présent

- **Ancrage sur la respiration / balayage corporel.** *Objectif* : ramener l'attention au présent de façon flexible. *Marche à suivre* : guider une centration sur les sensations respiratoires ou un balayage corporel, en revenant sans jugement chaque fois que l'esprit vagabonde.
- **Phrases FACT pour susciter la présence (Notice / Name / Let it be).** *Objectif* : faire contact avec l'expérience en séance. *Exemples* : « Qu'est-ce qui vient de surgir en vous à l'instant? » (remarquer) ; « Pouvez-vous nommer cette émotion, sans la juger? » (nommer) ; « Pouvez-vous simplement laisser cela être là, tel quel? » (laisser être).

Soi comme contexte (au lieu du soi conceptualisé)

- **Le ciel et la météo.** *Objectif* : distinguer l'observateur de ce qui est observé. *Marche à suivre* : le patient est le ciel, immuable ; les pensées et émotions sont la météo, changeante — orages et éclaircies passent sans détruire le ciel.
- **L'échiquier.** *Objectif* : se désengager de la bataille entre pensées « positives » et « négatives ». *Marche à suivre* : les pièces blanches et noires s'affrontent, mais le patient est **l'échiquier** qui les porte toutes sans être gagné ou perdu par la partie.
- **« Remarquez qui remarque ».** *Objectif* : accéder à la conscience observatrice. *Marche à suivre* : au cours d'une méditation, inviter à

remarquer non pas le contenu, mais celui qui remarque — ce « soi qui observe » demeure stable alors que les contenus changent.

Valeurs (au lieu de l'absence de sens)

- **Questions de clarification.** *Objectif* : identifier ce qui compte vraiment. *Exemples* : « Qu'aimeriez-vous que votre vie représente? » ; « Lors de vos 80 ans, qu'aimeriez-vous qu'on dise de vous et de ce qui vous tenait à cœur? » ; « Que feriez-vous s'il n'y avait aucun obstacle? ».
- **Cartes de valeurs / la cible.** *Objectif* : prioriser et visualiser l'écart entre valeurs et actions. *Marche à suivre* : faire choisir trois valeurs prioritaires parmi un jeu de cartes, puis situer sur une « cible » à quel point la vie actuelle en est proche ou éloignée. Débusquer au passage les valeurs « empruntées » (« je devrais valoriser X ») issues de la fusion ou de la soumission sociale.

Action engagée (au lieu de l'inaction ou de l'impulsivité)

- **Plan d'action SPORT.** *Objectif* : traduire les valeurs en gestes concrets. *Marche à suivre* : choisir un domaine de vie, nommer la qualité personnelle à incarner, fixer un objectif **Spécifique, Positif, Observable, Réaliste et Temporel**, hiérarchiser les actions du plus facile au plus difficile, puis en choisir une à poser cette semaine.
- **L'expérience comportementale FACT.** *Objectif* : ancrer un nouvel apprentissage entre les séances. *Marche à suivre* : définir avec le patient une action observable, dans un contexte précis, à tester d'ici la prochaine rencontre, puis coter sa confiance de la réaliser (1 à 10).

[Vidéos sur youtube :](#)

Métaphores de :

- [L'invité non bienvenu](#)
- [Passagers sur l'autobus](#)
- [Démons sur le bateau](#)
- [Le polygraphe](#)

Explications du modèle ACT sur la chaîne de Russ Harris

Explications de la Matrice sur la chaîne de Kevin Polk

Learning ACT avec Steven Hayes

Explications sur ACT par Benjamin Schoendorff

Fiches thérapeutiques sur le site www.thehappinesstrap.com de l'auteur Russ Harris qui a écrit « Le piège du bonheur » destiné aux patients intéressés par l'ACT et « ACT made simple » destiné pour les thérapeutes :

1. Questionnaire sur la maîtrise des pensées et des émotions
2. La fiche d'exercices sur les coûts de l'évitement
3. Le journal sur l'évitement et la souffrance
4. Fiche pour l'entraînement à la défusion
5. Fiche pour l'entraînement à l'expansion
6. Exercices informels de pleine conscience
7. Fiche pour l'entraînement à la respiration pleine conscience
8. Questionnaire sur les valeurs
9. Fiche d'évaluation de vos valeurs
10. La fiche d'exercice de la cible
11. La fiche d'exercice de la cible-format abrégé
12. Fiche d'exercice pour fixer ses buts
13. Surmonter sa peur
14. Plan d'engagement et d'action
15. Quoi faire lors d'une crise

Fiches sur le site www.actmindfully.com.au/free-stuff

FORMATION SUPPLÉMENTAIRE

Le développement des compétences en ACT passe par des ateliers expérientiels, la supervision et la pratique personnelle des processus (le thérapeute est invité à appliquer l'ACT à sa propre expérience).

Praxis offre des formations sur FACT avec Kirk Strosahl et Patricia Robinson.

Psychwire offre des formations avec Russ Harris (ACT made simple).

L'Association for Contextual Behavioral Science (ACBS) constitue la principale communauté scientifique et professionnelle de référence, offrant protocoles, mesures et occasions de formation continue.

L'Institut de formation en thérapie comportementale et cognitive et L'institut de Psychologie Contextuelle à Montréal offrent plusieurs formations en français.

RESSOURCES POUR LES CLIENTS ET LES THÉRAPEUTES

Pour les thérapeutes:

Harris, R. (2009). ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy: New Harbinger Publications.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford Press.

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists. New Harbinger Publications.

Ouellet, G et Ngô, TL (2024) [Guide de pratique pour le traitement des troubles psychotiques par les thérapies de groupe cognitivo-comportementales de la troisième vague. www.tccmontreal.com](http://www.tccmontreal.com)

Strosahl, K. D., Robinson, P. J., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

Pour les patients :

[Démarche d'autosoins guidée en ACT](#) (Olivier Poitras) sur www.tccmontreal.com

Le piège du bonheur. Russ Harris (Editions de l'homme)

[Faire ce qui compte en période de stress : un guide illustré](#). Russ Harris pour l'OMS

Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy. Steven Hayes. New Harbinger Publications.

CONCLUSION

L'ACT propose un changement de paradigme : les pensées et les émotions pénibles ne sont plus des obstacles à éliminer, mais des événements psychologiques transitoires qui accompagnent inévitablement une vie engagée. En cultivant l'acceptation, la défusion, le contact avec le présent et le soi comme contexte, tout en clarifiant les valeurs et en soutenant l'action, l'ACT aide la personne à construire une vie qui vaut la peine d'être vécue, non pas « se sentir mieux », mais « se sentir vivant ». Sa version brève, la FACT, en étend l'accès à des milieux et à des formats variés. L'ensemble de l'approche bénéficie d'un appui empirique solide, tout en appelant à des essais de plus grande envergure et de meilleure qualité méthodologique pour préciser sa place relative face aux autres psychothérapies fondées sur des données probantes.

BIBLIOGRAPHIE

Apolinário-Hagen, J., Drüge, M., Guthardt, L., & Haller, E. (2024). Acceptance and commitment therapy for major depressive disorder: Navigating depression treatment in traditional and digital settings with insights from current research. *Recent advances and challenges in the treatment of major depressive disorder*, 227-256.

Blackledge, J. T. (2015). *Cognitive defusion in practice: A clinician's guide to assessing, observing, and supporting change in your client*. New Harbinger Publications.

Bond, F. W., Lloyd, J., & Guenole, N. (2013). The work-related acceptance and action questionnaire: Initial psychometric findings and their implications for measuring psychological flexibility in specific contexts. *Journal of occupational and organizational psychology*, 86(3), 331-347.

Churchill, R., Moore, T. H., Furukawa, T. A., Caldwell, D. M., Davies, P., Jones, H., ... & Hunot, V. (2013). 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).

Ferreira, M. G., Mariano, L. I., de Rezende, J. V., Caramelli, P., & 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.

Han, A., & Kim, T. H. (2022). Efficacy of internet-based acceptance and commitment therapy for depressive symptoms, anxiety, stress, psychological distress, and quality of life: systematic review and meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, 24(12), e39727.

Hayes, S. C, Blackledge, J. T, et Barnes-Holmes, D. (2001). Language and cognition: Constructing an alternative approach within the behavioral tradition. Dans S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, et B. Roche (Éds), *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp. 3-20). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum

Kanzler, K. E., Robinson, P. J., McGeary, D. D., Mintz, J., Kilpela, L. S., Finley, E. P., ... & Pugh, J. (2022). Addressing chronic pain with Focused Acceptance and Commitment Therapy in integrated primary care: findings from a mixed methods pilot randomized controlled trial. *BMC primary care*, 23(1), 77.

Kong, Q., Yan, S., Huang, K., Han, B., Han, R., Jiao, Y., ... & Jia, Y. (2025). The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) for depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 116701.

Levin, M. E., Krafft, J., & Twohig, M. P. (2024). An overview of research on acceptance and commitment therapy. *Psychiatric Clinics*, 47(2), 419-431..

Monestès, J.-L., et Villatte, M. (2011). La thérapie d'acceptation et d'engagement : ACT. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Pepper, S. C. (1942). World hypotheses: A study in evidence. Berkeley, CA: University of California Press.

Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts.

Strosahl, K. D., Robinson, P. J., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

Tone, J., Chelius, B., & Miller, Y. D. (2025). A Pilot Evaluation of a Focused Acceptance and Commitment Therapy Program for Individuals With an Eating Disorder Waitlisted for Treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 58(11), 2116-2125.

Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual review of psychology*, 51(1), 59-91.

Zou, Y., Wang, R., Xiong, X., Bian, C., Yan, S., & 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.

AAQ-II

Vous trouverez ci-dessous une liste d'affirmations. Veuillez indiquer à quel point chaque affirmation est vraie pour vous en entourant un chiffre à côté de celle-ci. Utilisez l'échelle ci-dessous pour faire votre choix.

1	2	3	4	5	6	7
jamais vrai	très rarement vrai	rarement vrai	parfois vrai	souvent vrai	presque toujours vrai	toujours vrai
1. Mes expériences et mes souvenirs douloureux m'empêchent de mener une vie qui a du sens pour moi.				1	2	3
2. J'ai peur de mes sentiments.				1	2	3
3. Je m'inquiète de ne pas réussir à contrôler mes inquiétudes et mes sentiments.				1	2	3
4. Mes souvenirs douloureux m'empêchent d'avoir une vie épanouie.				1	2	3
5. Les émotions me posent des problèmes dans ma vie.				1	2	3
6. J'ai l'impression que la plupart des gens gèrent leur vie mieux que moi.				1	2	3
7. Mes inquiétudes font obstacle à ma réussite.				1	2	3

Il s'agit d'une mesure à facteur unique de l'inflexibilité psychologique ou de l'évitement expérientiel. Le score s'obtient en faisant la somme des sept items. Un score plus élevé indique un niveau plus élevé d'inflexibilité psychologique.
Validation française : Monestès, J.-L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. W. (2009).

L'ACT en résumé

Qu'est-ce que l'ACT? L'ACT est une approche cognitivo-comportementale de la 3e vague. Il s'agit d'une approche transdiagnostique qui propose au client d'accepter ce sur quoi nous n'avons pas de contrôle et de s'engager à poser les actions nécessaires pour cultiver une vie riche en résonance avec ses valeurs. La souffrance n'est pas conceptualisée comme étant intrinsèquement pathologique, mais résultant plutôt d'une situation coincée où se retrouve le client. Le thérapeute ACT amène son client à cultiver la flexibilité psychologique nécessaire à se décoincer. Cette flexibilité se cultive à travers 6 compétences : la pleine conscience, l'acceptation, la défusion cognitive, les valeurs, l'action engagée et le soi-en-contexte.

Qu'est-ce que l'ACT? L'ACT est une approche cognitivo-comportementale de la 3e vague. Il s'agit d'une approche transdiagnostique qui propose au client d'accepter ce sur quoi nous n'avons pas de contrôle et de s'engager à poser les actions nécessaires pour cultiver une vie riche en résonance avec ses valeurs. La souffrance n'est pas conceptualisée comme étant intrinsèquement pathologique, mais résultant plutôt d'une situation coincée où se retrouve le client. Le thérapeute ACT amène son client à cultiver la flexibilité psychologique nécessaire à se décoincer. Cette flexibilité se cultive à travers 6 compétences : la pleine conscience, l'acceptation, la défusion cognitive, les valeurs, l'action engagée et le soi-en-contexte.

Comment l'appliquer?

En ciblant les 6 pointes de l'hexaflex



Étapes de l'approche FACT

1. Poser le cadre
2. Amour, travail, jeu, santé
3. Temps, déclencheurs, trajectoire
4. Sévérité du problème
5. Faisabilité et utilité des stratégies
6. Entente et options
7. Intervention
8. Confiance et utilité

Quels outils sont disponibles?

Vidéos sur YouTube :

Chaîne Youtube de Dr Russ Harris

Chaîne Youtube de Dr Kevin Polk

Learning ACT avec Steven Hayes (chaîne Youtube de New Harbinger)

Explications sur ACT par Benjamin Schoendorff (chaîne Youtube Vos valeurs en action)

Métaphores

- L'invité non bienvenu (the unwelcome party guest)
- Passagers sur l'autobus (passengers on a bus)
- Démons sur le bateau (demons on the boat)
- Le polygraphe (the polygraph metaphor)

Fiches thérapeutiques

(www.thehappinesstrap.com) de Dr Russ Harris

1. Questionnaire sur la maîtrise des pensées et des émotions
2. Exercices sur les coûts de l'évitement
3. Le journal sur l'évitement et la souffrance
4. Entraînement à la défusion
5. Entraînement à l'expansion
6. Exercices informels de pleine conscience
7. Entraînement à la respiration pleine conscience
8. Questionnaire sur les valeurs
9. Évaluation de vos valeurs
10. Exercice de la cible
11. Exercice de la cible-format abrégé
12. Exercice pour fixer ses buts
13. Surmonter sa peur
14. Plan d'engagement et d'action
15. Quoi faire lors d'une crise

Fiches sur le site www.actmindfully.com.au/free-stuff

Comment se former?

Instituts : www.iftcc.com, www.contextpsy.com

Formations en ligne : Praxis, Psychwire

