

## **LES EFFETS DE LA THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT (ACT) EN FORMAT DE GROUPE AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE ADOLESCENTE EN PÉDOPSYCHIATRIE**

**Maude Lafond, Frédérick Dionne et Joël Gagnon**

Université du Québec à Trois-Rivières, Département de psychologie

### **Introduction**

La thérapie d'acceptation et d'engagement compte à ce jour un nombre considérable d'études scientifiques qui appuient son application auprès d'une population adulte. Bien que prometteuses, les études auprès des adolescentes demeurent cependant limitées. À l'aide d'un devis pré-expérimental, cette étude vise à évaluer les effets d'un programme de groupe basé sur la thérapie d'acceptation et d'engagement, sur les symptômes anxieux et dépressifs et sur la flexibilité psychologique, auprès d'un échantillon de 55 adolescents présentant divers troubles de santé mentale. À la suite de la participation au programme, les participants rapportent une réduction significative des symptômes anxieux et dépressifs. De plus, les résultats suggèrent une amélioration de la flexibilité psychologique, soit une diminution des niveaux de fusion cognitive et d'évitement expérientiel ainsi qu'une amélioration des niveaux de pleine conscience et d'acceptation émotionnelle. Cette étude amène un appui supplémentaire quant aux effets potentiels d'un programme d'intervention basé sur la thérapie d'acceptation et d'engagement offert en format de groupe auprès d'une population adolescente qui consulte en pédopsychiatrie.

*See end of text for English abstract.*

---

**Mots-clés :** Thérapie d'acceptation et d'engagement, adolescents, flexibilité psychologique, programme d'intervention, pédopsychiatrie, santé mentale.

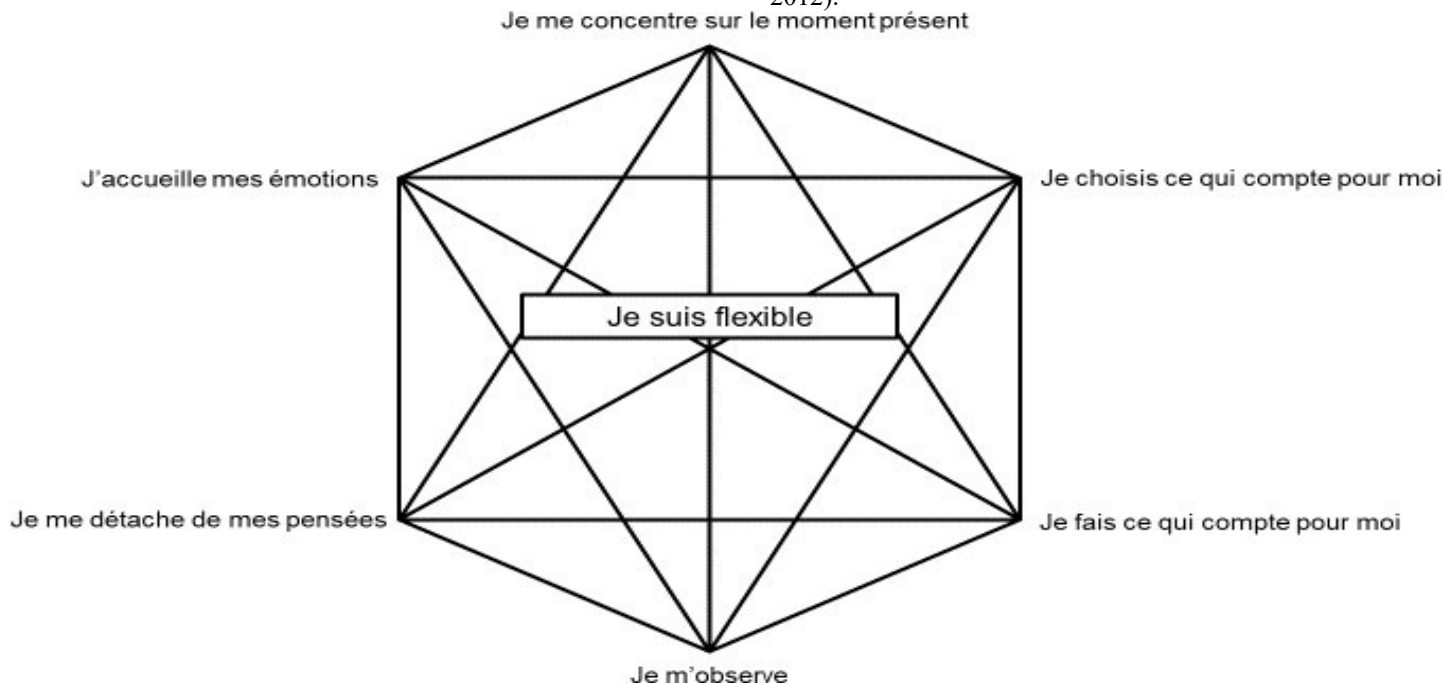
**Correspondance :** Maude Lafond, Département de psychologie, 3600 rue Sainte-Marguerite, local 2008, Pavillon Michel Sarrazin, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières (Québec), G9A 5H7 Courriel : [maude.lafond@uqtr.ca](mailto:maude.lafond@uqtr.ca)

**Remerciements :** Les auteurs tiennent à remercier le CIUSSS Chaudière-Appalaches site l'Hôtel Dieu de Lévis pour sa contribution à cette recherche, notamment les psychologues Pascale Saint-Amand et Isabelle Rose créatrice et responsable du programme ACT.

Une enquête épidémiologique menée par l'Association américaine de psychologie (APA, 2014) révèle que 30 % des adolescents affirment être accablés, déprimés ou tristes en raison du stress. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il est estimé qu'au moins 20 % des adolescents vont devoir composer avec un trouble de santé mentale au cours de leur adolescence (OMS, 2019). Une analyse réalisée par le service d'information et de recherche parlementaire qui traite de la santé mentale des enfants et adolescents au Canada, rapporte que les troubles anxieux et de l'humeur (dépression) comptent parmi les plus fréquents (Norris, 2018). Lorsqu'aucune prise en charge n'est entreprise pour traiter ces troubles, ils peuvent se chroniciser et engendrer diverses conséquences comme des problèmes de toxicomanie, un plus grand risque au décrochage scolaire, de faibles résultats scolaires et des idéations suicidaires (OMS, 2019; Kessler et al., 2005; Lee et al. 2014). La thérapie cognitive comportementale (TCC) dite traditionnelle, qui utilise notamment des méthodes comme la restructuration cognitive et l'activation comportementale, demeure actuellement le traitement de choix pour intervenir auprès des adolescents présentant un trouble de santé mentale comme l'anxiété et la dépression (Wergeland et al., 2021). Toutefois, son principal mécanisme de changement est d'ordre cognitif et n'est pas toujours associé aux changements cliniques (Longmore et Worrell., 2007 ; Parent et Turgeon., 2012). De plus, son efficacité auprès d'une population clinique adolescente demeure limitée. En effet, certaines études rapportent des taux de rémission qui varient entre 36 % (Baker et al., 2021) et 50 % (James et al., 2020) auprès d'une clientèle adolescente. Une proportion considérable des jeunes demeure toujours aux prises avec des symptômes cliniquement significatifs au terme de l'intervention. Devant ces constats, il est donc primordial de développer et d'évaluer de nouvelles modalités d'intervention afin de pallier ces limites de la TCC traditionnelle et ainsi offrir des interventions complémentaires et efficaces aux adolescents qui présentent un problème de santé mentale.

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT ; Dionne al. 2013 ; Hayes et al., 1999 ; 2012) suscite un intérêt considérable au sein de la communauté scientifique pour son efficacité auprès d'une clientèle adulte (p. ex., Glosser et al., 2020) et plus récemment, pour les clientèles en enfance et en adolescence (Perkins et al., 2022). Le modèle théorique de l'ACT vise le développement de la flexibilité psychologique, un processus psychologique transdiagnostique associé à la santé mentale (Kashdan et Rottenberg, 2010). L'adolescent «

flexible » agit conformément à ce qui est important pour lui (ses valeurs personnelles), il s'adapte avec souplesse aux situations en dépit des sensations, émotions et pensées difficiles (Hayes et al., 2012). La flexibilité se développe par le biais de six processus psychologiques interreliés (Hayes et al., 2012). La Figure 1 offre une représentation visuelle de ces processus, que l'on appelle le « KidFlex ». Il s'agit d'un outil adapté aux jeunes (Black., 2022) qui permet d'illustrer l'hexaflex, le modèle de la flexibilité psychologique de l'ACT (Hayes., 2012).



L'ACT en groupe s'avère particulièrement adaptée à la clientèle adolescente, et ce, pour au moins quatre raisons (Dionne et al., 2017; Turrell et Bell., 2016). Premièrement, la modalité de groupe apparaît un format optimal pour les adolescents étant donné leur mouvement de distanciation vis-à-vis des figures parentales parallèlement à l'investissement plus grand vers leurs pairs (Claes, 1983). À travers ce que Yalom et Leszcz (2020) appellent l'apprentissage interpersonnel (Interpersonal learning output), un groupe offre un contexte pour tenter de nouveaux comportements et développer des compétences relationnelles. Du point de vue de l'ACT, il permet d'expérimenter dans la vie réelle les principes de la flexibilité psychologique (Westrup et Wright., 2017). Deuxièmement, l'approche expérientielle, comme le recours aux dessins, aux mouvements du corps et aux métaphores (Dionne et al., 2017; Hayes et al., 2012) offre un style moins directif qui convient aux adolescents, eux qui sont généralement motivés par le gain d'autonomie (Greco et Hayes 2008 ; Greco et al., 2008; Hadlandsmyth, et al., 2013). Troisièmement, en raison du fait que certaines parties de leur cerveau demeurent en développement, les adolescents ont généralement tendance à utiliser l'évitement comme stratégie de gestion des émotions (Jensen et Nutt, 2015; Turrell et Bell, 2016), une cible d'intervention centrale en ACT.

Quatrièmement, la clarification des valeurs est particulièrement appropriée à une cette étape de la vie où se forme leur identité (Turrell et Bell, 2016). Le lecteur francophone intéressé à en savoir plus sur l'ACT adaptée à l'enfant et l'adolescent est invité à consulter les travaux de Lafond et al. (2017) et Liratni (2021).

Une recherche menée sur les bases de données Medline, PsychINFO, EBSCO host et le site Web [www.actcontextual.org](http://www.actcontextual.org) ont permis de constater qu'il existait plus d'une trentaine d'études qui porte sur les effets d'une intervention basée sur l'ACT auprès des enfants et adolescents Parmi celles-ci, plus de la moitié porte sur des échantillons cliniques. En plus de symptomatologie anxieuse (p.ex., Azadeh et al., 2016; Burckhardt et al., 2017; Livheim et al., 2014b) et dépressive (p.ex., Hayes et al., 2011; Burckhardt et al., 2017; Kallesøe et al., 2019 ; Levheim et al, 2014a; Petts et al., 2017), l'ACT a été utilisée auprès d'une clientèle présentant des problématiques variées comme la douleur chronique (Gauntlett-Gilbert et al., 2013; Kanstrup et al., 2016; Madusa et al., 2011; Martin et al., 2016; Wicksell et al., 2005; Wicksell et al., 2007; Wicksell, et al., 2009), le trouble obsessionnel compulsif (Armstrong, 2013) et les problèmes de comportement (Gucht et al., 2017; Luciano et al., 2011), le trouble du comportement alimentaire (Heffner et al., 2002), le stress post-traumatique (Woidneck et al., 2014),

la trichotillomanie (Fine et al., 2012; Twohig et al., 2021), les comportements sexuels à risque (Metzler et al., 2000) et le syndrome somatique fonctionnel (Kallesøe et al., 2019).

Une méta-analyse de Fang et Ding (2020 ; N = 14 essais aléatoires, 1 189 enfants et adolescents) visant à évaluer l'efficacité de l'ACT et d'en comparer les résultats avec ceux d'autres thérapies offertes à une clientèle jeunesse. Les résultats suggèrent que l'ACT engendre une réduction significativement plus grande sur la dépression, l'anxiété, les problèmes comportementaux comparativement à une liste d'attente ou des traitements habituels (TAU) comme la prise de médicaments, l'éducation psychologique et la thérapie de soutien. La taille d'effet est élevée comparativement à liste d'attente alors qu'elle est modérée pour les traitements actifs (Fan et Ding., 2020). Aucune différence significative entre n'est toutefois observée entre l'efficacité de l'ACT et celle de la TCC traditionnelle (Fan et Ding., 2020).

Une récente méta-analyse de Burley et McAloon (2024 : N = 9 études ; 1011 participants) qui portent sur les effets de l'ACT sur l'anxiété chez les adolescents (10 - 20 ans), dispensés en format de groupe, montre que l'ACT a des effets significatifs et positifs sur les symptômes d'anxiété des adolescents entre le pré et le post-traitement avec une taille d'effet global modérée ( $g = 0.54$ ). De plus grandes améliorations au suivi, comparativement aux groupes contrôles, sont également rapportées avec un effet global modéré entre les groupes ( $g = 0.36$ ). Cela suggère que les améliorations continuent d'augmenter aux mesures de suivi. D'autre part, des analyses inter groupe ( $n = 8$ ) ont permis d'observer une grande taille d'effet ( $g = 0,71$ ) après l'intervention et à la mesure de suivi (entre 2 et 12 mois) chez les adolescents présentant des symptômes d'anxiété cliniquement significatifs, par rapport à ceux se situant sous le seuil clinique ( $g = 0.22$ ). En ce qui concerne les mesures de processus, l'ACT démontre une diminution de l'inflexibilité psychologique chez les adolescents et notamment, de l'évitement expérientiel et de la fusion cognitive significativement plus importante chez le groupe ACT que le groupe de contrôle post-traitement. L'effet global entre les groupes était modéré ( $g = 0.5$ ). Ces améliorations se maintiennent au suivi de 1 à 12 mois (Burley et McAloon, 2024).

À plus petite échelle et façon similaire à notre étude, Smith et ses collègues (2020) ont mesuré les effets d'un groupe ACT d'une durée de six semaines (N = 10) offert dans les écoles, également basées sur le livre de Ciarrochi et al., (2014), soit l'écrit sur lequel se base le programme d'intervention de la présente étude. Smith et al. (2020) ont trouvé une réduction significative des symptômes anxieux (taille d'effet modérée) ainsi qu'une amélioration de la flexibilité psychologique (taille d'effet faible). La diminution des symptômes dépressifs s'avère toutefois non significative (Smith et al., 2020). Pour les processus spécifiques à l'ACT auprès des adolescents, les études cliniques qui s'y intéressent révèlent qu'elle agit généralement positivement sur les médiateurs de changements associés au modèle théorique, comme l'évitement expérientiel et la fusion cognitive (Lappalainen et al., 2021; Livheim et al.,

2014; Luciano et al., 2011; Madusa et la., 2011; Makki et al., 2018; Petts et al., 2017; Smith et al., 2020; Takahashi et al., 2020; Woidneck et al., 2014; Xu et al., 2021), les processus d'acceptation (Azadeh Kazemi-Zahrani et Besharat., 2016; Gauntlett-Gilbert et al., 2013; Kemani et al., 2020; Luciano et al., 2011), les processus de pleine conscience (Livheim et al., 2014; Takahashi et al., 2020) et des valeurs (Bernal-Manrique et al., 2020).

L'ACT se montre prometteuse auprès des adolescents, mais il n'en demeure pas moins qu'une majorité d'études portent davantage sur la population adulte et celles s'intéressant aux adolescents présentent quelques limites. Premièrement, les recherches auprès des adolescents demeurent peu nombreuses et présentent parfois des résultats contradictoires. Notamment, certaines études n'observent aucune différence statistiquement significative entre l'ACT et les conditions de contrôle sur les variables comme les symptômes dépressifs (Van der Gucht et al., 2017), le stress, l'anxiété ou le bien-être (Burckhardt et al., 2017). Deuxièmement, les mesures des processus de changement ne sont pas toujours incluses dans les études et plus de travaux sont nécessaires pour vérifier si le programme agit sur le modèle théorique qui le sous-tend. Troisièmement, ces études comportent souvent des échantillons de petite taille (Hayes et al., 2011 ; Smith et al., 2020) ou consistent en des études de cas (Heffner et al., 2002 ; Masuda et al., 2011). Quatrièmement, l'ACT est rarement comparée à un traitement actif équivalent, ce qui limite les conclusions sur les effets réels liés au traitement (Hayes et al., 2011 ; Wicksell et al., 2009). Cinquièmement, les résultats divergents sur les retombées de l'ACT selon que la population étudiée, qu'elle soit clinique ou non clinique (milieu scolaire : Burckhardt et al., 2017 ; Van der Guch et al., 2017) et les connaissances auprès d'une population clinique demeurent sous-représentées dans la littérature (N = 4 : Gauntlett-Gilbert et al., 2013 ; Kallseo et al., 2020 ; Makki et al., 2018 ; Woidneck et al., 2014). Sixièmement, il n'est pas possible de calculer les tailles d'effets dans de nombreuses études en raison des limites méthodologiques mentionnées, telles que la petite taille de l'échantillon (Swain et al., 2015b). Bien que notre étude ne puisse combler l'ensemble des limites énumérées, plus d'études sont nécessaires pour mieux comprendre les retombées d'un programme ACT auprès des adolescents de la population clinique.

## Objectifs

L'objectif de cette étude est d'évaluer les effets d'un groupe ACT de six semaines pour les adolescents consultant en pédopsychiatrie sur les symptômes antidépressifs et sur divers processus de la flexibilité psychologique (évitement et fusion, acceptation et pleine conscience). Cette étude comporte quatre hypothèses. Il est attendu que l'intervention engendrera entre le prétest et le post-test :

Hypothèse 1 : une réduction significative des symptômes anxieux ;

Hypothèse 2 : une diminution significative des symptômes dépressifs ;

Hypothèse 3 : une réduction des processus de fusion

cognitive et d'évitement expérientiel ;

Hypothèse 4 : une amélioration des processus d'acceptation et de pleine conscience.

Les tailles d'effet seront également calculées. En regard aux études similaires dans le domaine, des tailles d'effets variant de modérées à élevées sont également attendues.

La présente recherche a fait l'objet d'une approbation éthique par le Comité d'Éthique - Psychologie et Psychoéducation (CÉRPPÉ ; CER-16-229-07.28) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et du Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA ; # 2017-404).

### Méthode

**Participants.** Les participants (n = 55) sont recrutés au CISSS de Chaudière-Appalaches, site Hôtel-Dieu de Lévis, au Québec (Canada) en lien avec leur participation à une intervention de groupe basée sur l'ACT *Deviens maître de ta vie*. Les adolescents doivent être recommandés à ce programme par un pédopsychiatre. À la suite de la référence, une psychologue clinicienne rencontre l'adolescent pour un entretien individuel qui visent à mieux connaître le jeune et à évaluer son intérêt et son aptitude à participer au groupe d'intervention. Les critères d'inclusion à l'étude étaient les suivants :

1. Être âgé de 14 à 17 ans au moment de démarrer l'intervention ;
2. Présenter une problématique de santé mentale qui engendre une souffrance ou qui un impact sur la qualité de vie ;
3. Être un candidat adéquat à la modalité de groupe (facultés cognitives suffisantes, habiletés sociales minimales).

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

1. Vivre une situation de crise aiguë ;
2. Avoir des problèmes importants de consommation ;
3. Avoir des symptômes actifs de psychose ;
4. Présenter un état de stress post-traumatique.

Si le participant répond aux critères et accepte de participer au programme, ils complètent alors lors de cette rencontre les instruments de mesure pré-test.

Sur les 55 participants, les troubles de santé mentale principaux, répertoriés dans les dossiers médicaux, sont le trouble anxieux (27,2 %), trouble dépressif (25,5 %), trouble d'adaptation avec humeur dépressive (16,4 %), trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (9,1 %), trouble de comportement alimentaire / symptômes de restriction alimentaire (3,6 %), symptômes antidépressifs (3,6 %), trouble du spectre de l'autisme (3,6 %), trait de personnalité de groupe B (3,6), trouble maniaco-dépressif (3,6 %), syndrome de Gilles la Tourette (1,8 %). La

plupart des participants rapportaient prendre de la médication (94,5 %), soit des antidépresseurs (71,4 %), des psychostimulants (13,3 %) et des antipsychotiques (6,7 %). Les origines ethniques sont caucasiennes à 94,5. Des 63 participants qui ont réalisé le programme *Deviens maître de ta vie* entre 2014 et 2019, 8 ont été retirés de l'étude puisqu'ils n'avaient pas réalisé plus de 3 séances ou encore il y avait 20 % ou plus de données manquantes dans leurs questionnaires. L'échantillon de la présente étude (n = 55 participants) se compose de 43 filles et 12 garçons âgés entre 12 et 17 ans ( $M = 15,56$  ans ;  $ÉT = 1,13$  ans).

**Déroulement et intervention.** Le programme de groupe *Deviens maître de ta vie* vise une meilleure adaptation du jeune à son environnement par l'application de méthodes d'intervention propre à l'ACT. Le programme est développé et animé par deux psychologues cliniciennes sur les bases du livre *Deviens maître de ta vie* (Ciarrochi et al., 2014). Le programme est composé de 6 rencontres de 90 minutes. Les thèmes abordés selon les séances ainsi que le contenu plus spécifique sont présentés dans le Tableau 1. Une rencontre individuelle de 50 minutes de type bilan était également offerte en individuel une semaine après l'intervention, moment où le participant complète également les questionnaires post-tests.

**Tableau 1***ACT pour adolescents : Deviens maître de ta vie*

Rencontre	Contenu
1. Devenir un guerrier conscient pour mieux faire face à la vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercice d'introduction au groupe afin de favoriser l'implication et la cohésion.</li> <li>- Métaphore d'initiation à la pleine conscience visant à présenter et développer des habiletés du guerrier conscient :</li> <li>- <i>Respirer profondément pour retrouver son calme</i> (exercice de la respiration en pleine conscience et son utilisation comme point d'ancrage. Partage d'expérience)</li> <li>- <i>Observer pour prendre conscience des ressentis internes et pensées</i> (Exercice pour observer ce qui se passe dans votre propre histoire, mettre en lumière sa bataille, son défi.)</li> <li>- <i>Être à l'écoute de ses valeurs</i> (Exercice pour observer ce qui se passe dans votre propre histoire, mettre en lumière sa bataille, son défi.)</li> <li>- <i>S'engager vers celles-ci</i> (faire un choix d'un objectif personnel à travailler)</li> <li>- Exercice : les monstres intérieurs (ce qui fait souffrir), exemple de Julie et/ou Samuel tiré du livre <i>Deviens maître de ta vie</i></li> <li>- Choix d'un objectif personnel</li> <li>- Exercice expérientielle de pleine conscience</li> </ul>
2. La lutte contre les émotions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercice de pleine conscience pour développe l'attitude du débutant : observer un raisin et partage d'expérience</li> <li>- Compréhension des émotions (exercices : le lien entre les pensées et les émotions ; les émotions universelles)</li> <li>- Identification des stratégies de lutte d'évitement émotionnel (exercice : la métaphore du monstre des émotions pour observer votre propre bataille contre vos émotions)</li> <li>- Réflexion quant à l'inutilité de la lutte (exercice pour expérimenter les effets du contrôle ; retour sur la métaphore du monstre des émotions ; réflexion personnelle)</li> <li>- Exercice de respiration en pleine conscience</li> </ul>
3. L'acceptation, alternative à la lutte émotionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercice de respiration en pleine conscience et partage d'expérience</li> <li>- Exercice de l'acceptation de l'inconfort (chaise au mur) ; histoire de Samuel tiré du livre « <i>Deviens maître de ta vie</i> »</li> <li>- Exercice de réflexion sur l'acceptation et la prise de risque</li> <li>- Mise en action par la « formule pour l'engagement »</li> <li>- Exercice de pleine conscience, écoute d'une pièce de musique et partage d'expérience</li> </ul>
4. Reconnaître ce qui a de la valeur pour soi (identifier ses valeurs personnelles, agir en fonction de ce qui compte pour soi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercice de respiration en pleine conscience pour s'arrêter et s'ancrer et partage d'expérience.</li> <li>- Exercice du coup de dés, un jeu pour tracer son chemin de vie sous le hasard</li> <li>- Vivre en accord avec ses valeurs (exercice pour clarifier ses valeurs et retour sur l'exercice ; exercice de la cible)</li> <li>- Comment mettre ses valeurs en action (exemple de Julie tiré du livre « <i>Deviens maître de ta vie</i> » ; exercice d'écrire son histoire dans 5 ans ; exercice du « sweet spot » pour être attentif aux situations significatives qui engendre un sentiment de bien-être d'accomplissement</li> </ul>
5. Ne pas croire tout ce que l'esprit raconte (observer les jugements de l'esprit, apprendre à ne pas écouter son esprit quand ses conseils ne sont pas utiles)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercice du gâteau au chocolat</li> <li>- Exercice de pleine conscience sur les pensées</li> <li>- Apprendre à ne pas écouter son esprit quand ses conseils ne sont pas utiles (jeux de rôle <i>les passagers de l'autobus</i>)</li> <li>- Observer ce que votre esprit raconte et son impact sur vos comportements (exercices : ce que l'esprit raconte et son impact sur les comportements ; choisir de ne pas écouter son esprit ; apprendre à ne pas écouter son esprit)</li> </ul>
6. Le regard du sage (Prendre un recul face au jugement de)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre un recul face au jugement de l'esprit (exercices : un voyage à travers le temps ; avoir et être une pensée ; Analogie du verre)</li> <li>- Développer la compassion pour soi (exercice : développer la compassion envers soi-même ; l'image du Le Choice point)</li> <li>- Retour sur l'objectif de départ</li> <li>- Exercice de pleine conscience avec un objet symbolique</li> <li>- Conclusion du groupe</li> </ul>

*Note.* La structure des séances est similaire à chaque séance. Un retour sur la semaine est effectué à chaque début de séance. Un exercice à réaliser au cours de la semaine est demandé à la fin de chaque séance. Un retour sur ce devoir est effectué en début de chaque séance.

**Instruments de mesure.** Les instruments de mesure visent à évaluer les symptômes anxiodépressif et les variables des processus de la flexibilité psychologique.

**Évaluation des troubles associés à l'anxiété version enfant / adolescent** (SCARED-R-41 ; Birmaher al., 1999 ; Martin et Gosselin., 2012). Le questionnaire d'évaluation des troubles associés à l'anxiété version enfant/adolescent est utilisé afin de mesurer la présence et la gravité des symptômes anxieux chez les adolescents. Il s'agit d'un outil en 41 items ou le répondant doit identifier, sur une échelle de type Likert en trois points allant de « pas ou presque jamais vrai » (score de 0) à « très vrai ou très souvent vrai » (score de 2), le niveau de correspondance entre chacun des énoncés et son ressenti subjectif au cours des trois derniers mois (p.ex. je m'inquiète de devoir dormir seul/e). Les symptômes évalués à l'aide de cet outil sont inclus dans le diagnostic de cinq différents troubles anxieux (panique/somatique, anxiété généralisée, anxiété de séparation, phobie sociale et phobie scolaire) selon le *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994). Le SCARED- R- 41 est validé en anglais et présente de bonnes qualités psychométriques avec une cohérence interne 0,90 pour le total des scores et variant entre 0,76 et 0,87 pour chacune des catégories de trouble (Birmaher al., 1999). Pour cette recherche, les 41 items utilisés dans la version anglaise ont été utilisés afin de constituer la version courte en français. Les 41 items correspondent à la validation française du questionnaire SCARED-R pour adolescents de Martin et Gosselin (2012). Leur outil comporte un coefficient de cohérence interne de 0,90 pour l'ensemble des items et un coefficient qui oscille entre 0,69 et 0,90 pour chacune des sous-échelles après l'ajustement de Spearman-Brown. Dans la présente étude, le score global fut utilisé pour évaluer l'intensité de la symptomatologie anxieuse. Les alphas au prétest correspondent à 0,86 ce qui témoigne d'une très bonne cohérence interne.

**Inventaire de Dépression de Beck Deuxième Édition** (BDI-II ; Beck et al., 1996). Cet instrument est constitué de 21 items qui mesurent la présence et la gravité des symptômes dépressifs, chez les adultes et les adolescents de 13 ans et plus. Le répondant est amené à choisir, pour chacune des catégories d'énoncés, l'item qui correspond le mieux à son ressenti subjectif au cours des deux dernières semaines (p. ex., « Je ne me sens pas triste » ; score de 0). Les qualités psychométriques de cet outil ont montré un haut niveau de précision avec un coefficient alpha de 0,92 dans un groupe constitué de 500 patients externes et de 0,93 dans un groupe de 120 collégiens (Beck et al., 1988 ; Steer et al., 1986). De plus, ce questionnaire a démontré une bonne validité de convergence avec deux autres mesures des symptômes dépressifs, avec une corrélation de 0,93 (Beck et al., 1996). Le alpha de la présente étude présente une très bonne cohérence interne avec 0,88 au prétest.

**Questionnaire d'Évitement et de Fusion pour les Jeunes** (AFQ-Y ; Greco et al., 2008 ; Letellier, 2018). Le questionnaire d'évitement et de fusion pour les jeunes est une mesure autorapportée de 17 items constituant la seule mesure

valide de l'inflexibilité psychologique (l'inverse de la flexibilité psychologique) chez les enfants et adolescents (8 à 18 ans). Les items sont répartis en deux sous-échelles : le niveau de fusion cognitive chez les jeunes (p. ex. : « Les mauvaises choses que je pense de moi doivent être vraies ») et l'évitement expérientiel (p. ex. : « j'arrête de faire des choses importantes pour moi quand je me sens mal » ; Greco et al., 2008). De hauts niveaux de fusion cognitive et d'évitement expérientiel sont associés à la présence d'inflexibilité psychologique (Greco et al., 2008). Le répondant doit situer entre « Pas du tout vrai » (score de 0) et « Tout à fait vrai » (score de 4) ce qui lui paraît vrai pour lui. La validation française du AFQ-Y chez une population québécoise, utilisée dans la présente recherche, fait preuve d'une cohérence interne satisfaisante avec un alpha de Cronbach de 0,73 et démontre une bonne validité de convergence avec des mesures autorapportées de symptômes et de fonctionnement global (Letellier., 2018). Les alphas de Cronbach de la présente étude (0,76) sont satisfaisants.

**Questionnaire d'acceptation et de pleine conscience** (CAMM ; Greco et al., 2011 ; Letellier., 2018). Le questionnaire d'acceptation et de pleine conscience comporte 10 items vérifiant les habiletés de pleine conscience et d'acceptation chez les adolescents. Les répondants doivent situer, sur une échelle de type Likert en cinq points s'échelonnant de « jamais vrai » (score de 0) à « toujours vrai » (score de 4), leur degré d'accord avec des énoncés vérifiant en premier lieu l'observation ou la remarque de leurs sensations internes, pensées ou émotions (p. ex. : « Je m'occupe pour ne pas remarquer ce que je pense ou ressens » - score inversé). En second lieu, des affirmations se référant à l'attention centrée sur le moment présent lors d'activité de leur vie courante et en dernier lieu des items qui portent sur une attention non jugeante et l'ouverture aux expériences internes diverses (p. ex. : « Je repousse les pensées que je n'aime pas » - score inversé). La version utilisée dans cette étude est l'adaptation française par une équipe de la Belgique dont les items correspondent en tout point à la version originale anglophone, tant par rapport à l'ordre des items qu'à leur contenu. Une validation de cet outil auprès d'une population québécoise par Letellier et al., (2018). La cohérence interne des 10 items est de 0,80 (Greco et al., 2011). L'alpha de Cronbach de la présente étude présente une fidélité satisfaisante  $\alpha = 0,73$ .

**Plan d'analyse.** Des tests *t* pour échantillons appariés sont réalisés afin d'évaluer les effets du programme *Deviens maître de ta vie* entre le pré et le post test. Préalablement aux analyses de comparaisons de moyennes, le postulat de normalité des données pour chaque variable à l'étude est vérifié. Dans la présente étude, le score global sera utilisé pour évaluer l'intensité des symptômes anxieux et dépressifs. Les tailles d'effet, soit la proportion de variances de la variable mesurée qui est expliquée par la variable indépendante, sont calculées avec les *d* de Cohen (Cohen, 1998), qui utilise le barème d'interprétation des tailles d'effets suivant : faible (0.2), moyenne (0.5) et importante (0.8) (Field., 2012). Puisque plusieurs hypothèses sont testées, les probabilités d'observer un événement rare sont plus grandes et donc, augmentent la probabilité de commettre l'erreur de type 1 (rejeter à tort

l'hypothèse nulle). La correction Bonferroni est donc appliquée afin de compenser cette augmentation en testant individuellement chaque hypothèse à un seuil de signification correspondant au niveau d'alpha souhaité, diviser par le nombre de comparaisons (Field, 2013). En appliquant la correction de Bonferroni, le seuil utilisé est  $p < 0,125$  (le seuil de signification utilisé dans la présente étude est de :  $0,05$  (seuil de signification initial) /  $4$  (nombre de comparaisons) =  $p < 0,125$ ). Des analyses descriptives sont également effectuées pour décrire l'échantillon. Les analyses sont menées avec le logiciel libre de droits R (R Core Team, 2023).

## Résultats

**Comparaison de moyenne observant les effets du programme.** Le Tableau 2 présente des résultats des comparaisons de moyennes aux mesures de symptômes dépressifs et de symptômes anxieux. On observe des résultats statistiquement significatifs dans la diminution de la symptomatologie anxieuse entre le prétest (*score de 38,5*) et le post-test (*score de 30,7* :  $t(46) = 5,00, p < 0,001, d = 0,73$ ). Les résultats aux symptômes dépressifs s'avèrent également statistiquement significatifs et présente une diminution entre le prétest (*score de 23,3*) et le post-test (*score de 16,40* :  $t(46) = 5,00, p < 0,001, d = 0,72$ ).

**Tableau 2**

*Comparaison entre les mesures récoltées avant et après le programme d'intervention sur les variables d'anxiété et de dépression*

Variable	Pré-test		Post-test		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>		
SCARED (anxiété)	38,5 (n = 46)	11,6	30,7 (n = 46)	12,1	5*	0,7 3
BDI-II (dépression)	23,3 (n = 46)	11,0	16,4 (n = 46)	11,9	5*	0,7 2

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

Les résultats des comparaisons de moyennes, présentés au tableau 3, suggèrent une réduction statistiquement significative de ces processus associés à la flexibilité psychologique entre le prétest (*score de 33,5*) et le post-test (*score de 22,9* :  $t(46) = 5,7, p < 0,001$  avec une taille d'effet large ( $d = 0,83$ ) selon Cohen (1988).

Enfin, les résultats sont statistiquement significatifs de l'acceptation et de la pleine conscience rapportent une amélioration au terme de l'intervention entre le prétest (*score*

*de 16,7*) et le post-test (*score de 23,0* :  $t(54) = 4, p < 0,001$ , avec une taille d'effet modérée ( $d = 0,54$ ) selon (Cohen, 1988).

L'amélioration de l'acceptation et de la pleine conscience ainsi que la diminution de la fusion cognitive et de l'évitement expérientiel entre le prétest et le post-test suggèrent une augmentation de la flexibilité psychologique chez les participants.

**Tableau 3**

*Comparaison entre les mesures récoltées avant le programme d'intervention et celles récoltées après le programme d'intervention sur les variables d'inflexibilité psychologique et d'habiletés de pleine conscience*

Variable	Pré-test		Post-test		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>		
CAMM (pleine conscience)	16,7 (n = 54)	6,4	23,0 (n = 52)	7,4	4*	0,54
AFQ-Y (fusion cognitive)	33,5 (n = 46)	9,9	22,9 (n = 46)	10,2	5,7*	0,83

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

## Discussion

Cette étude visait à évaluer les effets d'une intervention de groupe basée sur l'ACT auprès de 55 adolescents avec des troubles de santé mentale. Suite à la participation au programme *Deviens maître de ta vie*, une amélioration sur l'ensemble des variables à l'étude (symptômes anxieux, symptômes dépressifs, fusion cognitive et évitement expérientiel, habiletés de pleine conscience et d'acceptation) est observée entre le pré et le post-test. Des tailles d'effet modérées ont été rapportées sur les symptômes antidépressifs alors que pour les mesures de processus associés à la flexibilité psychologique (acceptation et habiletés de pleine conscience ainsi que fusion cognitive et évitement expérientiel), elles vont de modérées à élevées. Globalement, ces résultats suggèrent que l'ACT peut s'avérer prometteuse auprès d'adolescents présentant des troubles de santé mentale.

Comme le suggérait l'hypothèse 1, les adolescents ayant pris part au programme ont rapporté une diminution significative des symptômes anxieux avec des tailles d'effet modérées. Ces résultats sont comparables à d'autres études qui se sont intéressées aux effets d'intervention ACT sur la symptomatologie anxieuse auprès d'adolescents (Burley et McAloon, 2024 ; Livheim., 2015 ; Smith et al., 2020). Par exemple, l'étude de Smith et al. (2020) évaluant les effets d'un programme de groupe manualisé, similaire à celui de la présente recherche (Ciarrochi, et al, 2014) rapporte également une réduction significative des symptômes anxieux avec des tailles d'effet variant de modérées à élevées aux mesures prétest et post-test (Smith et al., 2020). La présente recherche a cependant l'avantage d'avoir un échantillon plus grand (55 participants comparativement à 10). Notons également que le questionnaire SCARED (Birmaher al., 1999) a été utilisé dans cette étude alors que Smith et al. (2020) ont plutôt utilisé la sous-échelle d'anxiété du Beck Youth Inventory (BYI-II ; Beck, et al., 2005). Tout comme la méta-analyse Burley et McAloon (2024) sur les interventions en ACT de groupe, cette étude suggère que ce type d'intervention peut contribuer à réduire les symptômes anxieux chez les adolescents et particulièrement ceux qui présente une anxiété clinique.

À la suite de la participation au programme, comme le suggérait l'hypothèse 2, les résultats ont montré une amélioration significative des symptômes dépressifs avec une taille d'effet modérée. Dans l'ensemble, ces résultats rejoignent ceux rapportés dans des études antérieures qui portent sur les enfants et les adolescents (Fang et Ding, 2020 ; Hayes et al., 2011 ; Smith et al., 2020 ; Swain et al., 2015). À titre d'exemple, dans l'essai aléatoire de Hayes et al. (2011) mené auprès d'une population clinique d'adolescents (n = 30) répondant aux critères de dépression majeure, les mesures au post-test suggèrent que les participants ayant reçu l'ACT ont montré une diminution des symptômes dépressifs significativement plus élevée que dans la condition traitement habituel (TAU). Bien que le protocole d'intervention fût administré en individuel plutôt qu'en groupe, ces résultats montrent que l'ACT aurait un effet positif sur l'amélioration des symptômes dépressifs chez cette population. Notons que

l'instrument de mesure pour évaluer les symptômes dépressifs dans l'étude de Hayes et al. (2011) était le RADS-2 (Reynolds Adolescent Depression Scale-2 ; Reynold's., 2002) alors que le BDI-II (Beck et al., 1996) a été utilisé dans la présente étude. En revanche, les résultats de Smith et al. (2020) auprès d'une population scolaire, ne montrent aucune amélioration significative après une intervention basée sur l'ACT sur les symptômes dépressifs tout comme celle de Van der Gucht et al. (2017) réalisée dans un contexte similaire. Il semble de plus en plus clair que l'ACT est particulièrement bénéfique auprès d'une population clinique.

En regard aux hypothèses 3 et 4, une amélioration significative des processus de la flexibilité psychologiques a été observée et plus précisément, une réduction de la fusion cognitive et de l'évitement expérientiel ainsi qu'une amélioration de l'acceptation et de la pleine conscience. Les tailles d'effets varient de modérées à élevées. Ces résultats corroborent ceux de la littérature antérieure. À titre d'exemple, dans l'étude de Maki et al. (2018) utilisant un devis pré-post rapporte aussi une diminution statistiquement significative de l'évitement expérientiel et de la fusion cognitive à la suite d'un groupe ACT visant à augmenter les capacités d'adaptation d'adolescents (N = 43) hospitalisés en soins de courte durée à l'unité pédopsychiatrique (Maki et al., 2018). Des résultats similaires à la présente étude ont été retrouvés auprès d'échantillons non clinique également (Takahashi et al., 2020 ; Smith et al., 2021) où l'on observe une réduction de l'évitement expérientiel, de l'inattention au moment présente et de la fusion cognitive (Takahashi et al., 2020 ; Smith et al., 2021). Dans notre étude, les tailles d'effet semblent plus importantes sur les mesures de processus (flexibilité psychologique) que sur les mesures de symptômes (anxiété et dépression). Cela n'est pas surprenant, car les processus de l'ACT sont ciblés de façon plus directe ou proximale dans le travail thérapeutique et sont donc plus susceptibles de s'améliorer à court terme. Intervenir sur les processus de la flexibilité psychologique est pertinent en clinique en raison de leur caractère transdiagnostique (Dionne et al., 2013 ; Hayes et al., 2012). En intervenant sur ces processus communs aux troubles de santé mentale, il est possible d'agir à la fois sur la dépression et l'anxiété, par exemple, même s'il s'agit de deux entités diagnostiques différentes, ce qui est utile dans des contextes cliniques où il y a une forte comorbidité entre les troubles de santé mentale. En somme, ces constats montrent que l'ACT est applicable et utile pour la clientèle adolescente, à condition de savoir adapter l'intervention aux particularités et enjeux de cette clientèle.

### Limites et apports de l'étude

Bien que les résultats soient encourageants, un certain nombre de limites doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats. En premier lieu, l'étude repose sur un devis pré et post test, ce qui nous empêche de tirer d'établir des liens de cause à effet entre la participation au programme et les changements observés. À l'avenir, malgré les défis cliniques que cela engendre, un groupe contrôle et une répartition aléatoire entre les groupes seraient idéals pour

mieux appuyer les conclusions. Un groupe de comparaison actif serait particulièrement utile (et non seulement une liste d'attente ; Swain et al., 2015b), car il permettrait de mieux départager les effets propres à l'ACT comparativement à ceux attribuables aux effets non spécifiques du groupe tels que la cohésion, sentiment d'appartenance, lieu d'apprentissage d'habiletés sociales, de communication et de résolution de problème pouvant également moduler les résultats (Marcotte, 2013). Il est également possible que certains facteurs externes tels que des activités de loisirs, des événements fortuits, l'aide provenant d'autres ressources (parents, professionnel de la santé, médication), aient contribué au changement durant la participation aux séances de groupe. En deuxième lieu, le projet actuel n'avait pas de mesure de suivi, par exemple à 3 ou 6 mois après l'intervention, qui aurait permis d'évaluer le maintien des acquis et d'avoir un regard à plus long terme. Cela serait souhaitable pour des recherches futures. En troisième lieu, cette étude a pu démontrer que l'ACT permettrait d'améliorer les processus de flexibilité psychologique des adolescents entre le pré et le post test. Cependant, pour le futur, il serait pertinent d'évaluer le rôle médiateur de la flexibilité psychologique sur les symptômes anxieux et dépressifs à l'aide de modèles de médiation plus sophistiqués comme les analyses en bootstrap. De plus, il serait intéressant d'observer le profil des jeunes qui paraissent répondre le mieux à la thérapie et peut-être ainsi potentialiser les effets de la thérapie. Quatrièmement, l'utilisation de questionnaires autorapportés représente une limite certaine à cette étude, notamment car les réponses des participants ont pu être influencées par la désirabilité sociale, phénomène qui serait particulièrement présent chez les jeunes lorsqu'ils sont en situation d'évaluation par un adulte (Camerini et Schulz 2018). Il est à noter que ce sont les psychologues cliniciennes qui administraient les instruments de mesure. Dans l'étude de validation de la version française du CAMM (Roux et al., 2019), des corrélations ont d'ailleurs été trouvées entre la désirabilité sociale et cet outil mesurant les habiletés de pleine conscience et l'acceptation chez les jeunes. Le CAMM présente tout de même de moins grandes corrélations avec la désirabilité sociale chez les adolescents que le FFMQ-A, un questionnaire autorapporté mesurant le même concept, et peut ainsi présenter des scores plus fiables (Roux et al., 2019). En plus des recherches quantitatives, la recherche qualitative s'avère une avenue prometteuse en offrant un accès direct au vécu personnel des participants et permettant ainsi une compréhension plus spécifique et approfondie de leur expérience individuelle, notamment chez les adolescents (Kazdin, 2008). En cinquième lieu, bien que le programme offre un manuel thérapeutique fournissant des indications sur le contenu de chaque séance et que les psychologues cliniciennes étaient bien formées à l'approche, cette étude ne comportait pas de mesure d'intégrité au programme. Ces mesures auraient permis de s'assurer que le programme soit déployé de manière fidèle au modèle théorique de l'ACT. En dépit de ces limites, cette étude est l'une des rares réalisées au Québec en contexte clinique et qui offre des résultats prometteurs quant au déploiement d'un groupe ACT dans les réseaux de soins. En raison de son caractère bref, manualisé et

son format de groupe, le programme de groupe ACT *Deviens maître de ta vie* cette intervention pourrait s'avérer une solution facilement transposable au Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM), instauré par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, qui vise à favoriser l'accès aux soins pour les personnes présentant un trouble de santé mentale.

---

#### Abstract

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) have gathered considerable empirical support for its application with an adult population. Despite promising and relevant with adolescents, there are limited studies on this population. This study aims to assess the effects of a group-based program using Acceptance and Commitment Therapy with a sample of 55 adolescents presenting various mental health disorders, on anxiety and depressive symptoms as well as psychological flexibility. Using a pre-experimental design (pretest and post-test), changes in anxiety and depression symptoms, as well as psychological flexibility, are observed in participants who completed the 6-week group program. Following participation in the program, the results suggest a significant reduction in anxious and depressive symptoms as well as an increase in psychological flexibility (reduction in cognitive fusion and experiential avoidance, and improvement in mindfulness and acceptance skills). This study provides preliminary support for the effectiveness of a group-based intervention program using Acceptance and Commitment Therapy for adolescents in an outpatient setting.

*Keywords:* Acceptance and Commitment Therapy, adolescents, program, child psychiatry, mental health.

---

#### Références

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Stress in America*, repéré en novembre 2017 URL : <http://www.apa.org/news/press/releases/2014/02/teen-stress.aspx>
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>e</sup> éd.). Washington D.C., American Psychiatric Association.
- Azadeh, S. M., Kazemi-Zahrani, H., et Besharat, M. A. (2016). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on interpersonal problems and psychological flexibility in female high school students with social anxiety disorder. *Global Journal of health science*, 8(3), 131-138. 10.5539/gjhs.v8n3
- Baker, H. J., Lawrence, P. J., Karalus, J., Creswell, C., et Waite, P. (2021). The effectiveness of psychological therapies for anxiety disorders in adolescents: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(4), 765–782. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00364-2>
- Beck, J.S., Beck, A.T., et Jolly, J.B. (2005). *Beck Youth Inventories* (2nd ed.) Bloomington, MN: Pearson.
- Beck, A. T., Steer, R. A., et Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., et Garbin, M. G. (1988).

- Psychometric properties of the Beck Depression Inventory : Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bernal-Manrique, K. N., García-Martín, M. B., et Ruiz, F.J. (2020). Effect of acceptance and commitment therapy in improving interpersonal skills in adolescents: A randomized waitlist control trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 86-94. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.06.008>
- Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., et Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230-1236.
- Black, T. D. (2022). *ACT for treatment children: The Essential Guide to Acceptance and Commitment Therapy for Kids*. New Harbinger Publications.
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J., et Hadzi-Pavlovic, D. (2016). A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. *Journal of School Psychology*, 57, 41–52. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2016.05.008>
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P.J., Hadzi-Pavlovic, D., et Shand, F. (2017). Acceptance and commitment therapy as a universal prevention program for adolescents : a feasibility study. *Child Adolescent Psychiatry Mental Health*. 11 (1), 27–37. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0164-5>
- Ciarrochi, J., Hayes, L., et Bailey, A. (2014). *Deviens maître de ta vie*. La boîte à livres.
- Camerini, A. L., et Schulz, P. J. (2018). Social desirability bias in child-report social well-being: Evaluation of the children's social desirability short scale using item response theory and examination of its impact on self-report family and peer relationships. *Child Indicators Research*, 11, 1159-1174.
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2iem ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Claes, M. (1983). *L'expérience adolescente*. Bruxelles : Pierre Mardaga. [https://books.google.ca/books/about/L\\_exp%C3%A9rience\\_adolescente.html?id=FpUiAQAAAJetredir\\_esc=y](https://books.google.ca/books/about/L_exp%C3%A9rience_adolescente.html?id=FpUiAQAAAJetredir_esc=y)
- Dion, J., Paquette, L., Daigneault, I., Godbout, N., et Hébert, M. (2018). Validation of the french version of the child and adolescent mindfulness measure (CAMM) among samples of french and indigenous youth. *Mindfulness*, doi:10.1007/s12671-017-0807-x
- Dionne, F., Lafond, M., et Rose, I. (2017). *Érika prend ses pensées pour des vérités*. Dans JL. Monestès (dir.), *ACT : la thérapie d'acceptation et d'engagement en pratique*. Paris : Elsevier-Masson.
- Dionne, F., et Neveu, C. (2010). Introduction à la troisième génération de thérapie comportementale et cognitive. *Revue québécoise de psychologie*.
- Dionne, F., Lafond, M., et Rose, I. (2017). *Érika prend ses pensées pour des vérités*. Dans JL. Monestès (dir.), *ACT : la thérapie d'acceptation et d'engagement en pratique*. Paris : Elsevier-Masson.
- Dionne, F., Ngô, T. L., et Blais, M. C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 111-130. Doi: 10.7202/1023992ar
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics: And sex and drugs and rock 'n' roll*. Washington, DC: Sage.
- Gauntlett-gilbert, J., Connell, H., Clinch, J., et McCracken, L. M. (2013). Acceptance and values-based treatment of adolescents with chronic pain : Outcomes and their relationship to acceptance. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(1), 72-81. doi: [10.1093/jpepsy/jss098](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jss098)
- Greco, L. A., Baer, R. A., et Smith, G. T. (2011). Assessing mindfulness in children and adolescents: development and validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Psychological Assessment*, 23(3), 606-614. doi : 10.1037/a0022819
- Greco, L. A., et Hayes, S. C. (2008). *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's guide*. Oakland, CA : New Harbinger.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., et Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York : Guilford.
- Hayes, S.C., Luoma, J. B., Bond, F.W., Masuda, A., et Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, L., Boyd, C. P., et Sewell, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*, 2(86-94). doi: 10.1007/s1267-011-0046-5
- Hayes, S.C, Strosahl, K.D., et Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2 edition). New York, NY: The Guilford Press
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., et Detweiler, M. (2002). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of an Adolescent Female with Anorexia Nervosa: a Case Example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3) 232-236. doi: 10.1016/S1077-7229(02)80053-0
- James, A. C., Reardon, T., Soler, A., James, G., et Creswell, C. (2020). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(11). <https://doi.org/10.1002/14651858>.
- Kashdan, T. B. et Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878. <https://doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kanstrup, M., Wicksell, R. K., Kemani, M., Wiwe, Lipsker, C.,

- Lekander, M., et Holmström, L. (2016). A clinical pilot study of individual and group treatment for adolescents with chronic pain and their Parents: effects of acceptance and commitment therapy on functioning. *Children*, 3(4), 30. doi : 10.3390/children3040030
- Kallesøe, K. H., Schröder, A., Wicksell, R. K., Preuss, T., Jensen, J. S., et Rask, C. U. (2020). Feasibility of group-based acceptance and commitment therapy for adolescents (AHEAD) with multiple functional somatic syndromes: a pilot study. *BMC psychiatry*, 20, 1-16
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-Based Treatment and Practice: New Opportunities to Bridge Clinical Research and Practice, Enhance the Knowledge Base, and Improve Patient Care. *American Psychologist*, 63(3), 146–159. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146>
- Kemani, M. K., Kanstrup, M., Jordan, A., Caes, L., et Gauntlett-Gilbert, J. (2018). Evaluation of an intensive interdisciplinary pain treatment based on acceptance and commitment therapy for adolescents with chronic pain and their parents: A nonrandomized clinical trial. *Journal of pediatric psychology*, 43(9), 981-994. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/isy031>
- 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. doi :10.1002/mpr.1359
- Kiuru, N., Puolakanaho, A., Lappalainen, P., Keinonen, K., Mauno, S., Muotka, J., et Lappalainen, R. (2021). Effectiveness of a web-based acceptance and commitment therapy program for adolescent career preparation: a randomized controlled trial. *Journal of Vocational Behavior*, 127. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2021.103578>
- 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(September 2020), 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.01.007>
- Lee, C. M., Horvath, C., et Hunsley, J. (2013). Does it work in the real world? the effectiveness of treatments for psychological problems in children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(2), 81–88.
- Lee, F. S., Heimer, H., Giedd, J. N., Lein, E. S., Šestan, N., Wein-berger, D. R., et Casey, B. J. (2014). Adolescent mental health Opportunity and obligation. *Science*, 346(6209), 547–549. <https://doi.org/10.1126/science.1260497>
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeldt, A., Rowse, J., Turner, S., Hayes, S. C. et Tengström, A. (2015). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Mental Health: Swedish and Australian Pilot Outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1016–1030. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2021.103578>
- Longmore, R. J., et Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy?. *Clinical psychology review*, 27(2), 173–187. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.001>
- Luciano, C., Ruiz, F. J., Torres, R. M. V., Martín, V. S., Martínez, O. G., et López, J. C. L. (2011). A relational frame analysis of defusion interactions in acceptance and commitment therapy. a preliminary and quasi-experimental study with at-risk adolescents. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 11(2).
- Madusa, A., Cohen, L L., Wicksell, R. K., Kemani, M. K., et Johnson, A. (2011). A case study : Acceptance and commitment therapy for pediatric sickle cell disease. *Journal of pediatric psychology*, 36(4), 398-408. doi : 10.1093/jpepsy/jsq118
- Makki, M., Hill, J. F., Bounds, D. T., Mccammon, S., Mc, M., Delaney, K. R. et Delaney, K. R. (2018). Implementation of an ACT Curriculum on an Adolescent Inpatient Psychiatric Unit : A Quality Improvement Project. *Journal of Child and Family Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1132-2>
- Marcotte, D. (2013). *La dépression chez les adolescents*. Presses de l'Université du Québec.
- Martin, A., et Gosselin, P. (2012). Propriétés psychométriques de l'adaptation francophone d'une mesure de symptômes des troubles anxieux auprès d'enfants et d'adolescents (SCARED-R). *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 44(1), 70.
- Martin, S., Wolters, P. L., Toledo-Tamula, M. A., Schmitt, S. N., Baldwin, A., Starosta, A., Gillespie, A. et Widemann, B. (2016). Acceptance and commitment therapy in youth with neurofibromatosis type 1 (NF1) and chronic pain and their parents: A pilot study of feasibility and preliminary efficacy. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 170(6), 1462-1470. doi : 10.1002/ajmg.a.37623
- Norris, S., et Norris, S. (2018). *La santé mentale des enfants et des adolescents au Canada*. Bibliothèque du Parlement= Library of Parliament.
- Organisation mondiale de la santé. Adolescents: health risks and solutions. Fact sheet. (2019). Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- 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. *The British Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 209–227. <https://doi.org/10.1111/bjc.12404>
- Petts, R.A., Duenas, J.A., et Gaynor, S.T. (2017). Acceptance and commitment therapy for adolescent depression: Application with a diverse and predominantly socioeconomically disadvantaged sample. *Journal of contextual Behavioral Science*, 6(2), 134-144. doi : 10.1016/j.jcbs.2017.02.006
- Puolakanaho, A., Lappalainen, R., Muotka, J. S., Hirvonen,

- R., Ahonen, T. P. S., Kiuru, N., Lappalainen, P., et Eklund, K. M. (2018). Reducing stress and enhancing academic buoyancy among adolescents using a brief web-based program based on acceptance and commitment therapy: a randomized controlled trial. *Journal of Youth and Adolescence*, (2018). <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0973-8>
- R Core Team (2023). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>.
- Reynolds, W. M. (2002). Reynold's adolescent depression scale-2nd edition: Professional manual. Lutz : Psychological Assessment Resources, Inc.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., et Teasdale, J. D. (2006). *Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : une nouvelle approche pour prévenir la rechute*. De Boeck.
- 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>
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., et Bowman, J. (2015a). Mechanisms of change: Exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, (), 56-67.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., et Bowman, J. (2015b). Acceptance and Commitment Therapy for children: A systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 73-85. doi: 10.1016/j.jcbs.2015.02.001
- Takahashi, F., Ishizu, K., Matsubara, K., Ohtsuki, T. et Shimoda, Y. (2020). Acceptance and commitment therapy as a school-based group intervention for adolescents: An open-label trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16(March), 71–79. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.03.001>
- Twohig, M. P., Petersen, J. M., Fruge, J., Ong, C. W., Barney, J. L., Krafft, J., Lee, E. B. et Levin, M. E. (2021). A Pilot Randomized Controlled Trial of Online-Delivered ACT-Enhanced Behavior Therapy for Trichotillomania in Adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.01.004>
- Turrell, S., et Bell, M. (2016). *ACT for Adolescents: Treating Teens and Adolescents in Individual and Group Therapy*. Oakland, CA: Context Press
- Van der Gucht, K., Griffith, J. W., Hellemans, R., Bockstaele, M., Pascal-Claes, F. et Raes, F. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Adolescents: Outcomes of a Large-Sample, School-Based, Cluster-Randomized Controlled Trial. *Mindfulness*, 8(2), 408–416. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0612-y>
- Wergeland, G. J. H., Riise, E. N., et Öst, L.-G. (2021). Cognitive behavior therapy for internalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101918>
- Westrup, D., et Wright, M. J. (2017). *Learning ACT for group treatment: An acceptance and commitment therapy skills training manual for therapists*. New Harbinger Publications.
- Wicksell, R. K., Dahl, J., Magnusson, B., et Olsson, G. L. (2005). Using acceptance and commitment therapy in the rehabilitation of an adolescent female with chronic pain: a case example. *Cognitive and behavioral practice*, 12(4), 415-423. doi : 10.1016/S1077-7229(05)80069-0
- Wicksell, R. K., Melin, L., et Olsson, G. L. (2007). Exposure and acceptance in the rehabilitation of adolescents with idiopathic chronic pain - A pilot study. *European Journal of Pain*, 11(3), 267-274. doi : 10.1016/j.ejpain.2006.02.012
- Wicksell, R. K., Melin, L., Lekander, M., et Olsson, G. L. (2009). Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain a randomized controlled trial. *Pain*, 141(3), 248-257. 10.1016/j.pain.2008.11.006
- Woidneck, M. R., Morisson, K. L., et Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for the treatment of posttraumatic stress among adolescents, *Behavior Modification*, 38(4) 451-24766. doi: 10.1177/0145445513510527
- Xu, H., O'Brien, W. H. et Chen, Y. (2020). Chinese international student stress and coping: A pilot study of acceptance and commitment therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15(December 2019), 135–141. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.12.010>
- Yalom, I. D. et Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy*. Hachette UK.
- Xu, W., Shen, W., et Wang, S. (2021). Intervention of adolescent' mental health during the outbreak of covid-19 using aerobic exercise combined with acceptance and commitment therapy. *Children and Youth Services Review*, acceptance, 124. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.105960>.