




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

# Introduction à la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)

## *Introduction to acceptance and commitment therapy (ACT)*

Jean-Louis Monestes<sup>a,\*</sup>, M. Villatte<sup>b</sup>, G. Loas<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CNRS UMR 8160, service universitaire de psychiatrie, neurosciences fonctionnelles et pathologies, centre hospitalier P.-Pinel, route de Paris, Dury, 80044 Amiens cedex 1, France

<sup>b</sup> Université de Picardie Jules-Verne, chemin du Thil, 80025 Amiens cedex 1, France

### MOTS CLÉS

Thérapie d'acceptation et d'engagement ;  
ACT ;  
Flexibilité psychologique ;  
Évitements d'expérience

### KEYWORDS

Acceptance and commitment therapy;  
ACT;

**Résumé** Cet article présente les fondements théoriques ainsi que la démarche clinique et les premiers résultats de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT). L'ACT s'est développée depuis une vingtaine d'années, sur la base de travaux en analyse du comportement portant sur le langage et la cognition. Au cœur de cette approche réside le principe selon lequel les propriétés symboliques du langage rendent toute tentative de contrôle des événements psychologiques vaine et contre-productive, même lorsque ces derniers constituent une source de souffrance. À l'inverse, l'ACT vise à augmenter la capacité à accepter les émotions et pensées désagréables et l'engagement dans des comportements valorisés. Cela se traduit dans la pratique clinique par un travail consistant à limiter l'influence du langage en aidant le patient à se remettre le plus possible en contact avec les conséquences directes de ses comportements. Pour ce faire, l'ACT s'appuie en particulier sur l'emploi de métaphores et d'expériences vécues par le patient. Les premiers résultats de cette approche sont présentés dans cet article. Ils apparaissent prometteurs pour une importante variété de troubles psychologiques. La question de l'évaluation de cette nouvelle démarche est discutée au regard de l'objectif qui n'est pas de diminuer la symptomatologie, mais d'augmenter l'adéquation entre comportements effectifs et valeurs du patient.

© 2009 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** This article presents the theoretical foundations, clinical methodology and first results of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). ACT was developed over the past 20 years on the basis of behavior analytic research on language and human cognition. At the core of this approach lies the principle that the symbolic properties of language render any attempt to control psychological events futile and counterproductive, even when it is a source of suffering. Unlike this attempt to control, ACT aims at increasing the capacity to accept negative thoughts

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [jlmonestes@yahoo.fr](mailto:jlmonestes@yahoo.fr) (J.-L. Monestes).

and emotions and the commitment in valued behaviors. In practice, the clinical work consists of limiting the influence of language by helping clients to be in contact with the concrete consequences of their behavior, as much as possible. Especially, ACT emphasizes the use of metaphors and experiences lived by the client. The first results of this new therapy are also presented in the current paper. Though there are still few reaching methodological standards, data appear to be promising for many various psychological disorders. The evaluation of this approach is discussed with regard to its goal, which is not to decrease the symptoms frequency, but to increase the adequacy between behaviors and values of the client.

© 2009 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ou ACT, acronyme à prononcer « acte », agir) fait partie de la troisième vague des TCC, aux côtés de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience<sup>1</sup>, de la thérapie comportementale dialectique<sup>2</sup> et de la psychothérapie analytique fonctionnelle<sup>3</sup>. L'ACT constitue une approche thérapeutique fondée sur des travaux expérimentaux portant sur le langage et la cognition.

La méthodologie de l'ACT repose sur des liens forts entre approches fondamentale et clinique. L'ACT s'appuie en effet sur un corpus théorique qui découle de l'analyse du comportement, ainsi que sur un vaste ensemble de données expérimentales. L'approche thérapeutique est fidèle aux apports fondamentaux et en lien constant avec eux.

Nous présentons ici les fondements de la thérapie ACT, une description de sa mise en œuvre, ainsi que les premiers résultats obtenus par cette approche.

## Les origines de la thérapie d'acceptation et d'engagement

L'ACT s'est développée depuis une vingtaine d'années, mais ses origines théoriques sont plus anciennes. Schématiquement, deux grandes catégories d'observations cliniques ainsi que le développement de deux concepts théoriques ont contribué à l'émergence de l'ACT.

### Origines cliniques

Au niveau clinique, l'ACT découle de l'observation de l'importance des évitements dans l'étiologie des troubles psychologiques. Nous constatons tous l'implication forte des évitements dans notre pratique clinique et de nombreux travaux l'ont notamment mise en évidence dans les troubles anxieux et dépressifs [1]. Hayes et al. [2] vont jusqu'à considérer la plupart des troubles psychopathologiques comme le résultat d'évitements d'expérience.

Par ailleurs, les bénéfices obtenus par le travail sur les pensées dysfonctionnelles dans la thérapie cognitive, au moyen de la restructuration cognitive, montrent qu'il

est important de cibler la fusion cognitive et de développer la distanciation par rapport à ses pensées. En d'autres termes, l'élément actif dans le travail cognitif pourrait être le fait d'observer ses mécanismes de pensées et d'en devenir davantage conscient.

### Origines dans la recherche fondamentale

Au niveau de la recherche fondamentale, deux axes principaux ont contribué à l'émergence de l'ACT. Ils concernent certaines propriétés du langage et de la cognition.

### Travaux sur les caractéristiques de la cognition

Tout un champ de recherche a permis de mettre en évidence les phénomènes de rebond dans les tentatives de suppression de la pensée. Il a ainsi été démontré [3,4] que chercher à faire disparaître une pensée, une émotion, ou un souvenir désagréable, conduit le plus souvent à mettre précisément au centre de l'attention ce dont on cherche à se distraire. L'apprentissage est un mécanisme cumulatif. Plus le temps consacré à une émotion ou une pensée est important – même si c'est pour tenter de la faire disparaître –, plus cette pensée ou cette émotion sera disponible ; on obtient ainsi l'effet inverse de celui recherché. C'est cet effet rebond qui a été mis en évidence : efforcez-vous de ne pas penser ou ressentir, vous penserez ou ressentirez davantage.

### Travaux sur les propriétés du langage

Un grand nombre de travaux en recherche fondamentale sur le langage a mis en évidence deux caractéristiques importantes des comportements langagiers.

La première est l'insensibilité aux contingences lorsqu'un comportement est sous l'influence d'une règle verbale. Suivre une règle verbale conduit à se détacher des conséquences réelles de ses comportements, ce qui engendre un ajustement moindre à l'environnement et à ses changements [5]. Une trop grande proportion de ces « comportements gouvernés par une règle » conduit à une rigidité psychologique et à une moindre adaptation de ses comportements à leurs conséquences directes.

L'autre caractéristique importante du langage est sa capacité à mettre en relation des événements en se basant sur des caractéristiques non-physiques et, souvent, sans apprentissage spécifique. Cet aspect a fait l'objet de nombreux travaux au sein de la théorie des cadres

<sup>1</sup> *Mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT).

<sup>2</sup> *Dialectical behavioral therapy* (DBT).

<sup>3</sup> *Functional analytic psychotherapy* (FAP).

relationnels<sup>4</sup> [6], modèle sur lequel s'adosse l'ACT et qui s'inscrit dans le champ de l'analyse du comportement en proposant une analyse fonctionnelle du langage. Les principaux mécanismes mis à jour par ces travaux permettent d'expliquer comment une personne peut être amenée à essayer d'éviter ses pensées ou émotions, au même titre qu'elle évite une situation concrète désagréable et pour quoi cette tentative est vaine. Ainsi, un mot (par exemple, « accident ») peut déclencher la même émotion (peur) que l'événement concret qui en était à l'origine parce que mot et événement entrent dans une relation arbitraire d'équivalence (c'est la communauté verbale qui définit la relation entre le mot et l'événement concret, et non leurs propriétés physiques). Les mots qui constituent la pensée peuvent donc être aussi désagréables que l'exposition à l'événement qu'ils évoquent. Mais s'il est possible à une personne souffrant d'agoraphobie d'éviter les espaces publics, il semble, en revanche, que la pensée échappe à ce type de contrôle. En effet, parce que les stimulus qui composent l'environnement physique et verbal peuvent être reliés dans d'infinies directions et de façons très variées, un mot ne peut jamais être totalement « mis de côté ». Par exemple, en essayant de penser aux vacances à venir pour se détendre, le stress associé au travail peut être déclenché parce qu'il est en relation d'opposition avec les vacances. La recherche de contrôle de la pensée pour ne pas ressentir d'émotions désagréables apparaît alors vouée à l'échec.

## Le modèle thérapeutique

La thérapie ACT comprend six axes principaux, qui sont travaillés tout au long de la prise en charge [7]. Ils visent à aborder les aspects fonctionnels des comportements ainsi que les difficultés inhérentes aux propriétés du langage. Ces six axes sont les suivants.

### L'acceptation

Il s'agit d'une démarche active qui consiste à limiter les évitements et les échappements face aux événements psychologiques désagréables (pensées, émotions, souvenirs, perceptions). Elle passe par la mise en évidence de la futilité de la lutte et de la tentative de contrôle des événements psychologiques.

### La défusion

La défusion vise à conduire à l'appréhension des pensées comme des événements psychiques dont le contenu n'est pas obligatoirement un reflet fiable du réel. Ce travail passe par la mise en lumière du caractère arbitraire du langage.

### Soi comme contexte

Il est possible de s'appréhender comme le contexte d'apparition de ses pensées et de ses sensations, au lieu de penser en être l'auteur ou l'objet. En avançant dans cette

conception d'un soi comme « théâtre » des événements psychologiques, il est possible de développer un positionnement plus « flexible » par rapports aux émotions et pensées désagréables, notamment en parvenant à ne pas lutter contre elles à ne pas y réagir systématiquement

### Le contact avec l'instant présent

Au cœur des approches de pleine conscience, il consiste à limiter l'influence du verbal en cherchant à focaliser son attention sur l'ici et le maintenant, en essayant de devenir le plus conscient possible de ce qui en train d'être vécu. Cela permet de se remettre directement en contact avec les conséquences de ses comportements, quand le verbal crée, a contrario, une insensibilité à ces conséquences.

### La mise en évidence des valeurs

Il s'agit d'aider le patient à repérer ce qui compte réellement pour lui, quelles sont les grandes orientations qu'il souhaite donner à son existence. Les valeurs constituent une source permanente de renforçateurs. Le simple fait d'agir dans le sens de ses valeurs constitue en soi un renforcement. Mais surtout, la mise en lumière des valeurs permet d'augmenter l'influence des conséquences qui apparaîtront à long terme, et de minimiser celles qui apparaissent à court terme et qui sont souvent à l'origine des évitements.

### L'action

C'est la partie « engagement » de l'ACT. Une fois les valeurs mises en évidence, il est primordial de s'inscrire dans l'action pour développer des comportements en accord avec ces valeurs, quels que soient les événements psychologiques qui en découlent.

La démarche générale consiste à remettre le patient en action dans le sens de ses valeurs, en s'orientant vers les comportements qui « fonctionnent » (pour lesquels il peut constater une efficacité) et en abandonnant ceux qu'il constate être contre-productifs. Le travail sur ces six axes se réalise grâce à l'utilisation de métaphores et d'expériences vécues par le patient. L'objectif est toujours de limiter l'influence du langage, bien qu'il constitue le matériel incontournable de la thérapie, en aidant le patient à se remettre le plus possible en contact avec les conséquences directes de ses comportements.

### Premiers résultats de la thérapie d'acceptation et d'engagement

La question de l'évaluation d'un modèle psychothérapeutique doit évidemment faire partie de nos préoccupations. Elle est légitime à plus d'un titre. La difficulté qui s'est posée à l'ACT est que retenir comme critère d'efficacité une diminution ou une disparition des symptômes revient à conserver ces critères comme objectif de la thérapie. Mais il est important que le thérapeute soit cohérent avec la démarche qu'il propose au patient d'arrêter de lutter en vain contre ses symptômes. Si le thérapeute lui-même

<sup>4</sup> *Relational frame theory* (RFT).

cherche à faire disparaître ou à apaiser certaines émotions, il crédite l'existence d'émotions nuisibles. Il s'agit d'un point qui peut déstabiliser le praticien TCC les premiers temps, mais qui mérite qu'on s'y attarde : l'objectif d'une thérapie ACT n'est pas directement la diminution de la symptomatologie. Cela reviendrait, en effet, à aller dans le sens de ce qui conduit le patient à réaliser des évitements face à ses émotions douloureuses. Cela correspondrait à créditer l'hypothèse que certaines émotions sont impérieusement à fuir.

À l'inverse, l'ACT émet l'hypothèse que toute émotion est intéressante à vivre et, de surcroît, s'appuie sur des résultats expérimentaux ayant mis en évidence que les tentatives de contrôle des émotions sont contre-productives. Aussi, le critère principal retenu pour évaluer l'avancée de la thérapie est la capacité du patient à s'engager dans le changement, et à augmenter sa « flexibilité psychologique », définie comme la capacité à se comporter différemment qu'en cherchant à faire disparaître les émotions et pensées considérées comme désagréables. En d'autres termes, il s'agit de parvenir à ne pas s'engager de façon stéréotypée dans des actions dont la fonction principale est de faire disparaître coûte que coûte les événements psychologiques considérés comme désagréables. Au contraire, l'objectif de la thérapie est de parvenir à augmenter la proportion de comportements qui sont valorisés.

Cette flexibilité psychologique peut être évaluée au moyen du questionnaire d'acceptation et d'action [8] que nous avons récemment validé en français. Cet autoquestionnaire est composé de dix items (par ex. : « *Mes souvenirs douloureux m'empêchent de m'épanouir dans la vie* » ou « *J'ai peur de mes émotions* »), évalués sur une échelle de Likert à sept points. Il présente de bonnes propriétés psychométriques et une corrélation forte avec des mesures de la dépression et de l'anxiété.

Cette flexibilité psychologique est l'objectif central d'une thérapie ACT.

Cela n'exclut pourtant pas que des recherches cliniques aient été menées afin de satisfaire aux modes d'évaluation habituellement retenus [9]. Elles ont concerné un nombre important de troubles différents (dépression, stress, symptômes psychotiques, dépendances, douleur chronique, états limites, trichotillomanie), avec des tailles d'effet significatives.

On compte à ce jour 14 essais cliniques randomisés, qui s'ajoutent aux résultats cliniques et fondamentaux déjà obtenus. Les comparaisons réalisées se font généralement avec le traitement habituel ou avec une TCC classique.

Deux études ont porté sur des patients déprimés. La plus ancienne [10] incluait 18 patients répartis en trois groupes (deux variantes de thérapie cognitive, une version précoce de l'ACT) et montrait une diminution analogue de la symptomatologie, mais plus importante pour le groupe ACT au cours du suivi à deux mois. Une étude sur la prise en charge de la dépression en groupe [11], pendant 12 séances de 90 minutes avec un suivi sur deux mois, a montré une amélioration comparable entre certains éléments de l'ACT et une thérapie cognitive classique.

Un travail sur le stress dans un contexte professionnel [12] a inclu 90 sujets répartis entre un groupe ACT, un groupe d'identification et de modification des événements

stressants<sup>5</sup> et une liste d'attente. Après neuf heures de prise en charge réparties sur trois mois et demi, les sujets du groupe ACT présentaient une amélioration de l'état de santé mentale général et une diminution du stress. Les deux groupes proposant une intervention parvenaient à une diminution du score à l'inventaire de dépression de Beck.

Deux groupes de patients souffrant d'hallucinations auditives ont reçu une prise en charge courte d'ACT (trois ou quatre séances individuelles) au cours de deux études randomisées visant à modifier les réactions des patients face aux symptômes psychotiques. Dans la première étude portant sur 80 patients [13], le taux de réhospitalisation à quatre mois, utilisé comme variable dépendante, était moitié moins important dans le groupe ACT que dans le groupe recevant le traitement habituel. Il n'existait pas de différence entre les groupes quant à la fréquence des symptômes, mais les patients du groupe ACT présentaient une diminution du degré de croyance dans le contenu de leurs hallucinations ou de leurs convictions délirantes. Dans la seconde étude [14], la symptomatologie des 18 patients d'un groupe ACT ne diminuait pas non plus en comparaison de celle du groupe pris en charge avec le traitement habituel, mais il existait une amélioration des patients du groupe ACT quant au fonctionnement social et global, ainsi qu'une diminution des répercussions émotionnelles des hallucinations.

Un travail a été mené sur les rechutes de patients polytoxicomanes sous traitement de substitution [15]. Cent vingt-quatre patients ont été répartis aléatoirement entre un groupe avec traitement substitutif seul, un groupe pris en charge par un traitement standardisé comportant un travail sur l'acceptation<sup>6</sup> et un groupe ACT, pendant 16 semaines, à raison de trois sessions par semaine (une session de groupe, deux rencontres individuelles). La quantité de produits consommée était évaluée objectivement après la prise en charge (tests urinaires), et lors du suivi à six mois. Les deux groupes thérapeutiques montraient une efficacité analogue en termes de rechute après la prise en charge, en comparaison du groupe recevant un traitement substitutif seul.

Une étude randomisée très récente a concerné 21 patients souffrant de douleur chronique suite à un traumatisme des vertèbres cervicales [16]. Les patients étaient pris en charge comme à l'habitude ou recevaient dix séances d'ACT. L'étude a montré des différences significatives entre les groupes quant au handicap généré par la douleur, la qualité de vie, la peur du mouvement, la symptomatologie dépressive et la flexibilité psychologique, bien qu'aucune différence significative ne soit apparue en termes d'intensité de la douleur ressentie.

Enfin, une première méta-analyse sur 13 des 14 essais cliniques a mis en évidence une taille d'effet moyenne modérée (0,68<sup>7</sup>) [17]. Malgré les résultats encourageants obtenus, cette méta-analyse souligne le nombre de recherches encore insuffisant, la taille restreinte des échantillons, et le manque de rigueur des méthodologies utilisées (prises en charge non protocolisées, échantillons

<sup>5</sup> Innovation promotion program (IPP).

<sup>6</sup> Twelve step facilitation.

<sup>7</sup> Pour mémoire, la taille d'effet considérée comme moyenne entre 0,50 et 0,80 et grande au-delà.

341 trop féminins, trop peu d'études ayant recours à plusieurs  
342 thérapeutes, certains travaux n'utilisant pas de classifica-  
343 Q3 tion internationale – DSM ou CIM). La conclusion actuelle de  
344 cette méta-analyse est que les résultats sont encore trop  
345 peu nombreux et fiables pour affirmer l'efficacité de l'ACT  
346 dans les termes des évaluations habituelles. Des travaux plus  
347 nombreux et plus rigoureux sont en cours de réalisation.

## 348 Conclusion

349 L'ACT propose une nouvelle approche dans laquelle  
350 l'objectif à atteindre n'est plus l'élimination des événe-  
351 ments psychologiques qui sont source de souffrance, mais  
352 une mise en adéquation des comportements avec les valeurs  
353 du patient. Cette démarche découle d'un corpus théo-  
354 rique riche qui s'appuie sur une analyse fonctionnelle des  
355 comportements, aussi bien verbaux que non verbaux. Dans la  
356 tradition de l'analyse du comportement, l'ACT se nourrit en  
357 permanence de la recherche fondamentale de laboratoire,  
358 comme en témoigne, entre autres choses, la fréquence  
359 des échanges entre cliniciens et chercheurs, au travers de  
360 la communauté Internet ([www.contextualpsychology.org](http://www.contextualpsychology.org)).  
361 De même, l'ACT prend soin de répondre à la nécessaire  
362 évaluation de toute pratique clinique porteuse d'une  
363 exigence scientifique. Si les résultats répondant à une  
364 méthodologie stricte sont encore trop peu nombreux, ils  
365 apparaissent tout à fait prometteurs pour la prise en charge  
366 d'une grande variété de troubles psychologiques.

367 Pour finir, l'ACT se positionne dans un abord clairement  
368 fonctionnel des comportements. Cela est mis en avant par  
369 le développement d'une psychologie dite « contextuelle »,  
370 dans laquelle l'accent est mis sur le contexte dans lequel  
371 un comportement apparaît (le contexte actuel, mais aussi  
372 l'histoire comportementale). Pour parvenir à comprendre la  
373 fonction d'un comportement – en d'autres termes les consé-  
374 quences qu'il engendre – il est primordial de considérer le  
375 contexte dans lequel il s'exprime.

## 376 Conflits d'intérêts

377 Aucun.

## 378 Références

379 [1] Chowla N, Ostafin B. Experiential avoidance as a func-  
380 tional dimensional approach to psychopathology: An empirical  
review. *J Clin Psychol* 2007;63:871–90.

- [2] Hayes S, Wilson K, Gifford E, Follette V, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:1152–68. 381
- [3] Wegner D, Schneider D, Carter S, White T. Paradoxical effects of thought suppression. *J Pers Soc Psychol* 1987;53:5–13. 382
- [4] Wegner D, Erber R. The hyperaccessibility of suppressed thoughts. *J Pers Soc Psychol* 1992;63:903–12. 383
- [5] Hayes S, Brownstein A, Zettle R, Rosenfarb I, Korn Z. Rule-governed behavior and sensitivity to changing consequences of responding. *J Exp Anal Behav* 1986;45:237–56. 384
- [6] Hayes S, Barnes-Holmes D, Roche B. *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. New York: Plenum; 2001. 385
- [7] Hayes S, Strosahl K, Wilson K. *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press; 2003. 386
- [8] Bond F, Hayes S, Baer R, Carpenter K, Orcutt H, Waltz T, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Soumis*. 387
- [9] Chambless D, Baker M, Baucom D, Beutler L, Calhoun K, Crits-Christoph P, et al. Update on empirically validated therapies, II. *Clin Psychol* 1998;51:3–16. 388
- [10] Zettle R, Hayes S. Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason-giving. *Anal Verbal Behav* 1986;4:30–8. 389
- [11] Zettle R, Rains J. Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *J Clin Psychol* 1989;45:436–45. 390
- [12] Bond F, Bunce D. Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *J Occup Health Psychol* 2000;5:156–63. 391
- [13] Bach P, Hayes S. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:1129–39. 392
- [14] Gaudio B, Herbert J. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behav Res Ther* 2006;44:415–37. 393
- [15] Hayes S, Wilson K, Gifford E, Bissett R, Piasecki M, Batten S, et al. A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behav Ther* 2004;35:667–88. 394
- [16] Wicksell R, Ahlqvist J, Bring A, Melin L, Olsson G. Can exposure and acceptance strategies improve functioning and life satisfaction in people with chronic pain and whiplash-associated disorders (WAD)? A randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther* 2008, doi:10.1080/16506070802078970. 395
- [17] Ost L. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther* 2008;46:296–321. 396

Q4