

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ESSAI RANDOMISÉ CONTRÔLÉ DESTINÉ À MESURER LES EFFETS D'UNE
INTERVENTION BASÉE SUR L'APPROCHE D'ACCEPTATION ET
D'ENGAGEMENT SUR LA FLEXIBILITÉ PSYCHOLOGIQUE, L'AUTO-
COMPASSION ET LE STRESS EN MILIEU DE TRAVAIL

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

CLOÉ FORTIN

JUIN 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Impossible d'imaginer cette aventure sans toi, Simon Grégoire. Merci Simon d'avoir été un directeur et un humain d'exception à mes côtés pendant ces 4 années. Merci de m'avoir soutenue sans pression, avec ouverture, humilité et patience. Tu as été bien plus qu'un guide tout au long de mon parcours et j'ai pris plaisir à danser avec toi dans cet équilibre précaire, entre les objectifs à atteindre et la vie qui fait ce qu'elle veut. Je ne saurais exprimer toute la gratitude qui m'habite aujourd'hui en pensant à la chance que j'ai eue de croiser ta route.

Merci AriLoup d'être pour moi, cette personne qui m'appuie inconditionnellement dans mes projets plus rocambolesques les uns que les autres. Je sais que je peux compter sur toi bien au-delà de la routine et du bien-être et je nous trouve magnifiques dans cette humanité pleine de courbes qui nous unit.

Merci à mes parents de ne pas avoir mis de doutes sur ma route.

Merci Louis Baron d'avoir été la première figure académique « avec privilège » à avoir cru en moi.

Merci Benji de m'avoir donné tous les outils pour apprendre de l'épreuve à laquelle tu m'as confrontée. Je te dois ma passion pour l'ACT ainsi que bien des cauchemars. Il y a pour moi une richesse infinie dans ce paradoxe et je sens que ton rôle dans mon histoire va m'accompagner encore longtemps.

Merci Julie et la gang de Hors Piste de m'avoir ouvert les bras dans une période de doutes et de vulnérabilité. J'ai trouvé en vous une famille avec qui j'ai envie de vivre encore et encore une tonne de voyages.

Merci Lau d'avoir ouvert le chemin, de m'avoir accueillie dans l'arène et d'être venue nager les vagues avec moi. Merci Jéjo de créer avec moi, l'espace pour vivre tout le sérieux et l'importance du jeu dans son expression la plus ridicule. Merci Gie d'être un havre de paix. Tout le temps, n'importe quand, 4 ever yes. Merci Seb et Franfadet de m'avoir accompagnée sur mon chemin les deux pieds sur terre, en short jaune, les dents et le cœur au vent. Merci Élie et Gab de m'avoir donné l'occasion de me remettre en question.

Merci Fab de m'avoir permis de briser bien des croyances et de rester avec amour dans ces espaces vides à reconstruire.

Merci à mes collègues du GRIPA d'être aussi beaux et inspirants.

Merci Jacqueline et Elsa d'avoir accepté de me donner la main à la toute fin.

DÉDICACE

“Maybe the fear is that we are less than we
think we are, when the actuality of it is that
we are much much
more.”

(Jon Kabat-Zinn, 2007)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
RÉSUMÉ.....	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE	4
CHAPITRE II CADRE THÉORIQUE	10
2.1 La rigidité psychologique	10
2.2 La flexibilité psychologique	13
2.3 La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)	16
2.3.1 Théorie des cadres relationnels	16
2.3.2 Contextualisme fonctionnel	18
2.4 Le stress	19
2.5 La compassion et l'auto-compassion.....	22
2.6 ACT, rigidité et flexibilité psychologique	24
2.7 ACT et stress.....	28
2.8 ACT et auto-compassion	30
2.9 Objectifs de recherche	33
2.10 Hypothèses de recherche	34
CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE	35
3.1 Participants	35

3.2	Description de l'intervention	36
3.3	Devis de recherche.....	38
3.3.1	Procédure.....	38
3.4	Instruments de mesure	39
3.4.1	Rigidité et flexibilité psychologique	40
3.4.2	Stress	40
3.4.3	Auto-compassion.....	41
3.5	Attrition.....	41
3.6	Stratégies d'analyse de données	43
CHAPITRE IV RÉSULTATS		44
4.1	Analyses préliminaires.....	44
4.2	Analyses liées aux hypothèses.....	45
CHAPITRE V DISCUSSION.....		47
5.1	Commentaires sur les résultats	48
5.1.1	Effet de plafond.....	48
5.1.2	Besoins particuliers de la population à l'étude	49
5.1.3	Durée de l'intervention	50
5.1.4	Temps nécessaire pour observer des changements significatifs	51
5.1.5	Utilisation des modules en ligne	52
5.1.6	Formation des facilitatrices	53
5.2	Forces et limites.....	53
5.2.1	Forces	53
5.2.2	Limites.....	54
5.3	Avenues de recherches	55
5.3.1	Vers des mesures qualitatives et comportementales	55
5.3.2	Adhérence au traitement	56
5.3.3	Expérience des facilitateurs.....	56
5.3.4	Durée de l'intervention	57
5.3.5	Instrumentalisation de l'approche	57
CONCLUSION		60
ANNEXE A FORMULAIRE DE PARTICIPATION ET DE CONSENTEMENT		61

ANNEXE B QUESTIONNAIRE	63
ANNEXE C PROTOCOLE ADAPTÉ PAR L'ENTREPRISE	67
ANNEXE D CERTIFICAT ÉTHIQUE	70
ANNEXE E PUBLICITÉ DU PROGRAMME	71
RÉFÉRENCES.....	72

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1.1 Le modèle de la rigidité psychologique.....	11
1.2 Le modèle de la flexibilité psychologique.....	14
1.3 Le modèle transactionnel du stress	20
3.1 Diagramme de flux	42

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
3.1 Programme <i>Agir en pleine conscience</i>	37
3.2 Devis de recherche utilisé dans le cadre de l'étude	38
4.1 Analyses statistiques.....	46

RÉSUMÉ

À l'automne 2017, le Groupe de recherche et d'intervention sur la présence attentive (GRIPA) de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) a été approché afin d'évaluer l'impact d'une intervention (*Agir en pleine conscience*) basée sur la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et développée par des travailleurs d'une entreprise privée d'assurances. Afin de répondre à cette requête, et en cohérence avec les écrits scientifiques sur le sujet, nous avons évalué les effets de l'intervention sur la rigidité et la flexibilité psychologique, le stress et l'auto-compassion des employés. Cinquante et un employés ($n = 51$) ont pris part à un essai randomisé contrôlé de type liste d'attente à trois temps de mesure. Les analyses de covariance (ANCOVA) de même que les tests t appariés utilisés dans cette étude révèlent que les employés qui ont pris part à l'intervention rapportent des indices de rigidité psychologique et de stress plus bas de même que des indices de flexibilité psychologique et d'auto-compassion plus élevés que ceux qui se trouvaient sur la liste d'attente. Cependant, les différences entre les groupes ne sont pas significatives. En outre, seule l'auto-compassion a continué d'augmenter de façon significative chez les travailleurs du groupe expérimental entre le T2 et le T3. Pris dans leur ensemble, ces résultats indiquent que l'intervention *Agir en pleine conscience* n'a pas eu les résultats escomptés.

Mots-clés : ACT, rigidité et flexibilité psychologique, stress, auto-compassion.

ABSTRACT

In fall 2017, the mindfulness-based intervention research group of the Université du Québec à Montréal (UQAM) was approached to assess the impact of an intervention (Acting mindfully) based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and developed by workers of a private insurance company. In order to fulfill this request, and in compliance with the results of similar researches on the same subject, we were interested in the impact of the intervention based on four variables: psychological flexibility and rigidity, stress, and self-compassion. Fifty employees ($n = 51$) took part to a randomized wait-list control trial at 3 different measurement times. Analyses of covariance (ANCOVA) as well as the paired t-tests used in this study reveal that the employees who took part in the intervention report lower index of psychological rigidity and stress, as well as higher index of psychological flexibility and self-compassion than those who were on the wait-list. However, the differences between groups were not significant. In addition, only self-compassion kept increasing significantly in the experimental group of workers between T2 and T3. Overall, these preliminary results indicate that the “Acting mindfully” intervention did not lead to the expected results.

Keywords: ACT, psychological flexibility and rigidity, stress, self-compassion.

INTRODUCTION

Le contexte économique et social actuel entraîne de plus en plus d'organisations dans une recherche de productivité, d'efficacité et de renouveau constant. De ce fait, un grand nombre de travailleurs vivent un niveau de stress élevé, ce qui nuit à leur capacité d'adaptation dans ce contexte mouvant.

Bien que l'environnement de travail influence grandement les variabilités individuelles de stress vécu par les travailleurs, la recherche montre que la manière dont une personne interagit avec son environnement influence directement sa santé physique et mentale (Gloster *et al.*, 2017). Nombre de chercheurs se sont penchés sur ces mécanismes d'interaction afin de cibler quelles variables étaient en cause et comment soutenir leur développement. La rigidité psychologique, c'est-à-dire la tendance d'une personne à agir par automatisme plutôt qu'en fonction de ce qui est important pour elle (Levin *et al.*, 2014), la flexibilité psychologique qui peut être définie sommairement comme son contraire et l'auto-compassion, définie comme une compassion dirigée vers l'intérieur (Neff et Tirsch, 2012) seraient des variables qui influenceraient la possibilité qu'une personne interagisse sainement avec son environnement.

Plusieurs essais cliniques suggèrent aussi que la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy*; ACT) (Hayes *et al.*, 2012) constitue une façon efficace de réduire le stress des travailleurs (Rudaz *et al.*, 2017). Des études suggèrent aussi que l'ACT est efficace pour diminuer la rigidité psychologique et augmenter la flexibilité psychologique en milieu de travail (Biglan *et al.*, 2013) de même que l'auto-compassion dans différents contextes (Pakenham, 2015).

Ceci dit, la plupart des études dont on dispose à ce jour sont basées sur des interventions offertes par des chercheurs ou des cliniciens, et non par des intervenants sur le terrain. En comparaison à une personne de l'interne, un chercheur ou un consultant externe invité à offrir une intervention au sein d'une organisation ne possède pas autant de connaissances par rapport à la culture ou au climat de cette organisation, pour ne donner ici que quelques exemples. En outre, son intervention est la plupart du temps ponctuelle et ne s'inscrit pas dans la durée. La provenance des formateurs appelés à offrir des interventions de type ACT en milieu de travail a peu retenu l'attention des chercheurs à ce jour, et ce en dépit du fait qu'il puisse s'agir d'un facteur important. Les études menées dans les écoles, par exemple, suggèrent que les interventions basées sur l'acceptation et la présence attentive ont des tailles d'effet plus élevées lorsqu'elles sont offertes par les enseignants, que par des consultants externes (Zenner *et al.*, 2014).

Il semble donc pertinent de se pencher sur la question : est-ce qu'une intervention ACT brève menée en milieu de travail par des facilitateurs à l'interne peut avoir un impact sur la rigidité et la flexibilité psychologiques, le stress perçu et l'auto-compassion des travailleurs? Et est-il possible que ces effets se maintiennent dans le temps? Afin de contribuer à l'avancement des connaissances liées à l'apport des interventions ACT en milieu de travail et de répondre à la demande organisationnelle d'offrir aux travailleurs des interventions de courte durée, cette recherche porte sur ces questions dans un contexte organisationnel, auprès de 51 travailleurs francophones.

Pour ce faire, nous avons mis en place un essai randomisé contrôlé de type liste d'attente. Les résultats ont été récoltés en trois temps; avant l'intervention, à la suite de l'intervention, et trois mois après celle-ci. Les hypothèses ont été testées à l'aide d'analyses de covariance (ANCOVA) et de tests *t* appariés.

Dans les pages qui suivent, la problématique sera développée, quelques repères théoriques liés à la rigidité et à la flexibilité psychologiques, au stress et à l'auto-compassion seront offerts, puis les résultats d'études empiriques réalisées à partir de

protocoles ACT en milieu de travail seront brièvement présentés. Les objectifs du projet de recherche, ses hypothèses et sa méthodologie seront par la suite détaillés. Finalement, les résultats des analyses seront présentés et une discussion fera ressortir les éléments saillants de cette étude, ses forces et ses limites de même que des pistes de recherches futures.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Une enquête menée au Québec en 2016 révèle que près de 25 % des travailleurs rapportent un niveau élevé de stress au quotidien et que 60 % d'entre eux identifient le travail comme étant le principal facteur de stress dans leur vie (Statistique Canada, 2016). Dans les écrits scientifiques, le stress est considéré comme un important facteur de risque pouvant mener à des problèmes de santé mentale et physique, mais aussi à une plus grande utilisation des soins de santé (Cohen *et al.*, 2007). Selon l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS, 2018), le stress prolongé au-delà de quelques semaines peut engendrer des problèmes métaboliques (p. ex., hypertension artérielle, obésité abdominale, résistance à l'insuline), des maladies cardiovasculaires, des troubles musculosquelettiques et des problèmes de santé mentale (p. ex., dépression, anxiété, burnout) (INRS, 2018). En effet, le stress chronique en milieu de travail est associé à un risque accru de dépression, d'anxiété et d'épuisement émotionnel, et peut mener à l'absentéisme et à la retraite anticipée (Granerud et Severinsson, 2006). De plus, bon nombre d'études effectuées en milieux de travail suggèrent que le stress réduit l'attention et la concentration des travailleurs (Liu *et al.*, 2020), en plus de nuire à leurs habiletés d'empathie, de prise de décision et de communication (Beddoe et Murphy, 2004; Enochs et Etzbach, 2004; Skosnik *et al.*, 2000).

Le stress entraîne aussi des coûts importants. Par exemple, les coûts liés au présentéisme – le travailleur est présent au travail, mais est non productif –

représenteraient quatre heures de travail perdues par semaine et une perte annuelle de 36 milliards de dollars pour les entreprises américaines (Centre d'étude sur le stress humain, 2017). Ces données mettent en lumière un phénomène dont l'ampleur était sous-estimée jusqu'à présent : les travailleurs qui souffrent de stress se présentent au travail, mais leur performance diminue considérablement (Centre d'études sur le stress humain, 2017).

Un nombre grandissant de praticiens et de chercheurs sont d'avis que le stress vécu par une personne dans le cadre de son travail est en partie tributaire de la rigidité psychologique dont elle fait preuve (Flaxman *et al.*, 2013). Cette rigidité est définie. La rigidité psychologique renvoie à des schémas de comportements dans lesquels les actions sont guidées de façon rigide par des expériences internes (c'est-à-dire, des pensées, des sensations ou des émotions difficiles) plutôt que par des valeurs personnelles (Levin *et al.*, 2016). En d'autres mots, cette rigidité s'exprime comme une tendance à agir par automatisme plutôt qu'en fonction de ce qui est utile et/ou important (Levin *et al.*, 2014). Par exemple, un travailleur refuse de se présenter au travail le jour d'une présentation importante devant son équipe, car il est terrorisé à l'idée de se ridiculiser en public, alors que le fait de réussir brillamment son parcours professionnel fait pourtant partie de ses valeurs. À l'opposé, la flexibilité psychologique renvoie à la capacité de s'engager dans des activités valorisées (p. ex., faire du sport) et ce, indépendamment des expériences internes qui peuvent surgir (p. ex., la fatigue ou le découragement) (Levin *et al.*, 2016). Ainsi, la flexibilité psychologique consiste en une orientation consciente où les personnes sont en mesure d'observer leurs pensées, leurs sensations et leurs sentiments et, en parallèle, d'agir de manière cohérente avec leurs valeurs, même si elles ont des pensées, des sensations ou des sentiments qui les découragent de le faire (Hayes *et al.*, 2006).

Un nombre grandissant d'études transversales et corrélationnelles suggèrent une relation positive entre la flexibilité psychologique et la santé des travailleurs (Rudaz *et*

al., 2017). Ceux qui interagissent de manière flexible avec les exigences stressantes de leur environnement sont notamment en meilleure santé physique et mentale que ceux qui font preuve de rigidité psychologique (Gloster *et al.*, 2017). Dans le même ordre d'idée, Bond, Bunce et Flaxman suggèrent que les travailleurs qui sont plus flexibles psychologiquement auraient l'impression d'avoir plus de contrôle sur leur tâche et/ou sur leur situation, ce qui leur permettrait de vivre moins de stress (Bond et Bunce, 2001; Bond *et al.*, 2008). Des études suggèrent aussi une relation négative entre la flexibilité psychologique et le taux de cortisol, une hormone associée au stress (Creswell *et al.*, 2005; Gregg *et al.*, 2014).

En outre, plusieurs essais cliniques suggèrent que des interventions telles que l'ACT destinées à accroître la flexibilité psychologique des travailleurs constituent une façon efficace de réduire leur stress (Rudaz *et al.*, 2017). L'ACT fait partie de la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales (TCC). Plutôt que de tenter de modifier la fréquence ou l'intensité des expériences internes désagréables (pensées, sentiments, sensations) comme c'est généralement le cas dans le cadre de TCC classiques, l'ACT se concentre sur la façon dont les gens interagissent avec leurs expériences internes et mise sur l'identification et la mise en place d'actions valorisées (Hayes *et al.*, 2012). En outre, l'ACT vise à aider la personne à développer un plus vaste répertoire comportemental et à l'amener à décider avec plus de discernement quand et comment utiliser ces comportements (Gloster *et al.*, 2017). Sur le plan conceptuel, l'ACT met en relation six dimensions de rigidité psychologique (l'évitement expérientiel, la fusion cognitive, la perte de contact avec le moment présent, le soi comme contenu, la perte de contact avec les valeurs et l'inaction) et six dimensions de flexibilité psychologique (l'acceptation, la défusion cognitive, le contact avec le moment présent, le soi observateur, les valeurs et les actions engagées), lesquelles sont décrites plus bas (Hayes *et al.* 2006).

Les études dont nous disposons à ce jour suggèrent que les interventions ACT en milieu de travail favorisent le développement de la flexibilité psychologique chez les travailleurs œuvrant en milieu scolaire (Biglan *et al.*, 2013), gouvernemental (Lloyd, *et al.*, 2013), de la santé (Luoma et Vilardaga, 2013), ainsi qu’auprès d’étudiants (Azadeh *et al.*, 2015; Frögéli *et al.*, 2016). De plus, certaines études suggèrent que ce type d’intervention contribue à réduire le stress au travail (Rudaz *et al.*, 2017).

Bien qu’encourageantes, les études menées à partir d’interventions basées sur l’ACT en milieu de travail sont peu nombreuses et diverses questions demeurent sans réponse. D’une part, les protocoles d’intervention qui ont été utilisés jusqu’ici en milieu de travail ont pour la plupart été offerts 1) en présentiel, 2) par des chercheurs et 3) sur une longue période de temps. En ce sens, on connaît encore mal la portée de protocoles hybrides comportant à la fois des modules en mode présentiel et virtuel. En outre, peu d’informations concernant l’efficacité de protocoles offerts sur une courte durée par des intervenants du milieu (plutôt que des chercheurs) sont disponibles. Ce dernier point n’est pas trivial puisque, dans un contexte où les organisations ont des ressources financières restreintes et ne peuvent permettre à leurs employés de s’absenter durant de longues périodes de temps, elles sont souvent tentées d’implanter des interventions brèves. À cet égard, Archer (2018, p. 8) soutient :

Due to the variety of implementation in terms of the content and design of interventions, it is not possible to draw firm conclusions about the most effective format of ACT training. In future it may be necessary to experiment with shorter interventions to see if they can still yield positive outcomes, whilst maintaining clarity over the mechanisms of change.

D’autre part, on connaît encore mal les effets des interventions ACT sur des variables autres que le stress ou la détresse psychologique. Récemment, certains auteurs ont suggéré que ces interventions puissent aussi aider les travailleurs à développer plus d’auto-compassion (Rudaz *et al.*, 2017). Dans les écrits scientifiques, l’auto-compassion est opérationnalisée à partir de trois dimensions : 1) la bienveillance 2) le sens de l’humanité commune et 3) la présence attentive (Neff, 2003). Ces dimensions

se combinent et interagissent mutuellement pour créer une posture d'auto-compassion. Certaines études montrent un lien entre stress et auto-compassion. Par exemple, Rockliff *et al.*, (2008) (n = 184) ont découvert qu'un exercice conçu pour accroître l'auto-compassion était associé à une diminution du cortisol. D'autres chercheurs ont montré que des scores élevés aux questionnaires d'auto-compassion étaient associés à un niveau de stress plus bas (Breines *et al.*, 2014; Duarte et Pinto-Gouveia, 2017b; Neff et Faso, 2015; Shapiro *et al.*, 2007).

Finalement, ajoutons que les études qui ont été menées jusqu'à présent en milieu de travail à partir d'interventions ACT comportent une limite méthodologique non négligeable : elles reposent presque toutes sur l'*Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ) (Hayes *et al.*, 2004) et l'*Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II) (Bond *et al.*, 2011). Ces échelles de mesure ont été développées afin de mesurer la flexibilité psychologique. Or, bon nombre de chercheurs ont sévèrement critiqué ces échelles. Ils soutiennent notamment que les items qu'elles contiennent sont trop peu nombreux pour mesurer convenablement l'ensemble des dimensions de flexibilité et de rigidité psychologiques (Gámez *et al.*, 2011), et qu'ils portent presque exclusivement sur l'évitement expérientiel, soit l'une des six dimensions de la rigidité psychologique (Monestès, 2016).

Récemment, Rolffs, Rogge et Wilson (2016) ont développé le *Multidimensional Psychological Flexibility Inventory* (MPFI) dans l'espoir de combler ces limites et d'évaluer toutes les dimensions de flexibilité et de rigidité psychologiques à l'aide d'un seul inventaire. Le MPFI est disponible en deux versions (60 et 24 items). Pour les auteurs, ces deux versions comportent de nombreux avantages par rapport aux autres questionnaires. Par exemple, le MPFI permet de mesurer l'ensemble des 12 dimensions de la flexibilité et de la rigidité psychologiques, d'identifier celles qui prédisent le mieux les bénéfices de l'ACT ou encore celles qui aident à distinguer certains troubles de santé mentale apparentés (p. ex., le trouble dépressif caractérisé et le trouble

dysthymique). Rolffs *et al.*, (2016) ajoutent que le MPFI peut aussi servir de cadre de référence pour étudier les antécédents, les médiateurs et les modérateurs de divers indicateurs de santé (p. ex., le bien-être).

La présente étude repose sur un certain nombre de questions de recherche. Est-ce qu'une intervention brève basée sur l'ACT peut aider les travailleurs à réduire leur rigidité psychologique et à développer leur flexibilité psychologique? Est-ce que ce type d'intervention peut les aider à réduire leur stress perçu et à développer plus d'auto-compassion? Est-ce que de tels effets se maintiennent dans le temps une fois l'intervention terminée? L'objectif de cette étude est d'évaluer, à l'aide d'un essai randomisé contrôlé de type liste d'attente, les effets d'une intervention brève inspirée de l'ACT sur quatre variables (la rigidité psychologique, la flexibilité psychologique, le stress perçu et l'auto-compassion) et déterminer si de tels effets se maintiennent dans le temps. Cette étude se distingue de celles publiées dans le passé du fait qu'elle porte sur une intervention novatrice développée par une organisation québécoise, qu'elle inclut une variable encore peu étudiée (l'auto-compassion) et que la flexibilité y est mesurée à l'aide d'un nouvel instrument de mesure (MPFI-24).

CHAPITRE II

CADRE THÉORIQUE

2.1 La rigidité psychologique

La rigidité psychologique constitue un mode d'action dans lequel le comportement est grandement contrôlé par des pensées évaluatives (p. ex., je devrais ou ne devrais pas faire ça) et auto-descriptives (p. ex., je suis ou ne suis pas comme ça) ainsi que par des sentiments et autres expériences internes transitoires – ou par l'évitement de ces expériences internes indésirables – au détriment d'actions plus significatives et valorisées (Levin *et al.*, 2014). Bond *et al.*, (2011, p. 678) définissent la rigidité psychologique comme « [...] the rigid dominance of psychological reactions, over chosen values and contingencies, in guiding action [...] ». Lorsque rigide sur le plan psychologique, une personne a de la difficulté à se connecter au moment présent, ou encore, a tendance à suivre des règles fixes et à tenter de contrôler ou d'éviter des expériences internes difficiles (Hayes *et al.*, 2006). Conséquemment, elle a du mal à mettre en place des comportements cohérents avec ses valeurs et ses objectifs (Bond *et al.*, 2011). La rigidité psychologique est un construit qui constitue, selon les auteurs, le mode de fonctionnement par défaut de la grande majorité des êtres humains.

Ce construit est composé d'un ensemble de sous-dimensions interdépendantes : 1) *l'évitement expérientiel* (émettre des comportements destinés à changer, contrôler ou éviter certaines pensées, émotions ou sensations désagréables); 2) *la fusion cognitive* (ne pas arriver à se distancer de ses pensées, les considérer comme le reflet de la réalité

ou encore comme une extension de soi); 3) *la perte de contact avec l'instant présent* (faire les choses par automatisme, réflexe ou habitude); 4) *le soi comme contenu* (définir son identité de manière fixe en fonction d'éléments extérieurs à soi comme ses expériences passées et son environnement social); 5) *la perte de contact avec ses valeurs* (ne plus savoir qui ou quoi est important pour soi et ce qui donne un sens à sa vie); et 6) *l'inaction et l'impulsivité dans l'action* (être incapable de poser des gestes concrets pour enrichir sa vie et faire vivre ses valeurs ou agir « en réaction à » plutôt « qu'en direction vers ») Hayes *et al.*, (2012).

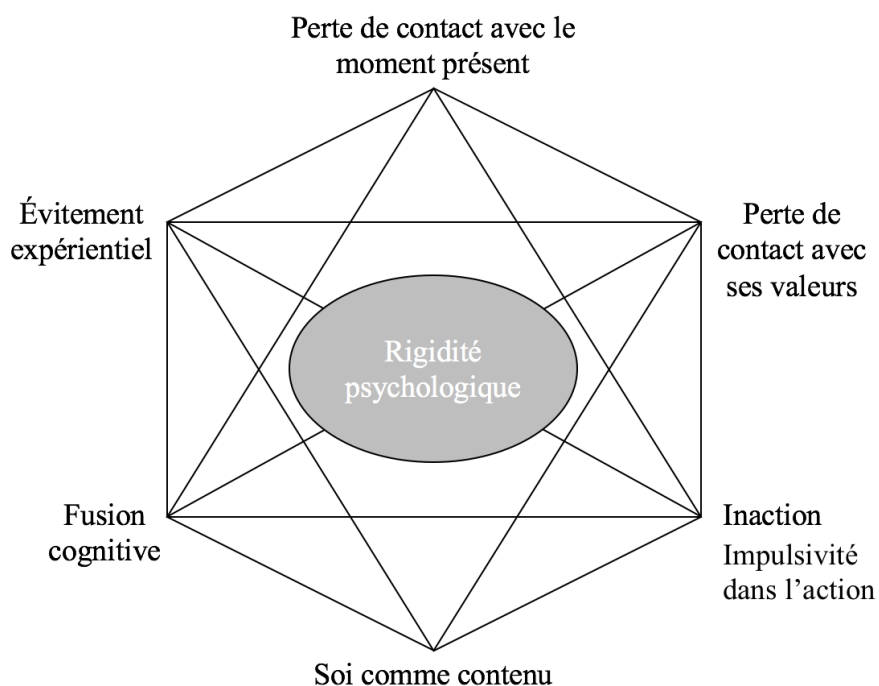


Figure 1.1 Le modèle de la rigidité psychologique. L'hexaflex de Hayes *et al.*, (1999)

L'évitement expérientiel se produit lorsqu'une personne refuse d'être en contact avec ses expériences internes (p. ex., émotions) et tente de modifier la forme ou la fréquence de celles-ci ainsi que les contextes qui les provoquent, même lorsque cela lui cause un préjudice psychologique (Hayes *et al.*, 1996). La fusion cognitive réfère, quant à elle, à la manière qu'une personne a d'interagir avec ses pensées comme si celles-ci étaient

des faits objectifs. Une personne fusionnée avec ses pensées pourrait, par exemple, être convaincue qu'un de ses collègues ne l'apprécie pas parce qu'il ne lui adresse pas la parole alors que le fait est qu'il ne lui adresse pas la parole et non qu'il ne l'apprécie pas. « There is often an excessive literal quality to human thought. In ACT this termed cognitive fusion » (Hayes *et al.*, 2012, p. 982). La perte de contact avec l'instant présent se produit lorsque l'attention d'une personne est déployée de manière rigide vers le passé ou le futur (p. ex., un travailleur qui rumine à propos d'une réunion qui s'est mal déroulée ou qui passerait plusieurs heures à imaginer différents scénarios pour anticiper comment pourrait se dérouler sa présentation à venir) (Hayes *et al.*, 2012). Le soi comme contenu est défini comme une « sur identification de soi » aux éléments extérieurs (p. ex., ce que la personne a accompli, les diplômes qu'elle a ou qu'elle n'a pas, l'argent qu'elle possède). Lorsqu'interrogées sur elles-mêmes, les personnes coincées dans cette dimension (soi comme contenu) ont tendance à décrire leur identité de manière conceptualisée et rigide en fonction de leur passé ou de leurs acquis : elles confondent leur récit personnel (p. ex., « je suis quelqu'un de persévérant », « je suis riche », « j'ai réussi dans la vie ») à leur être – qui référerait plutôt à leur vécu intérieur. La perte de contact avec ses valeurs réfère à la difficulté qu'éprouve une personne à identifier ce qui est important pour elle (Hayes *et al.*, 2012). Cette sous-dimension est notamment observable lorsque le changement de comportement d'une personne est motivé par la culpabilité, la conformité ou l'atteinte d'objectifs plutôt que par le sens ou la cohérence. Finalement, l'inaction – ou l'impulsivité dans l'action – est l'incapacité de générer un mouvement qui va dans le sens des valeurs de la personne (Hayes *et al.*, 2012). Soit la personne ne prendra pas action pour orienter sa vie vers ce qui est important pour elle (p. ex., elle n'ira pas demander à son employeur de lui accorder un congé pour aller à une fête de famille qui lui est importante), soit elle agira en réaction à quelque chose (p. ex., elle décidera de prendre congé parce que son employeur lui a donné une rétroaction désagréable).

La recherche montre que la rigidité psychologique – qui est le produit des six dimensions présentées dans la section précédente – contribue au développement, au maintien et à l'exacerbation d'un large éventail de problèmes psychologiques (Levin *et al.*, 2014), incluant le stress (Duarte et Pinto-Gouveia, 2017a). Soutenus par un vaste programme de recherche fondamentale sur une théorie du langage et de la cognition (soit la théorie des cadres relationnels (RFT) – voir plus bas), les tenants de l'ACT sont d'avis qu'essayer de changer les pensées et les sentiments difficiles, comme moyen de faire face à la souffrance, s'avère contre-productif (Hayes *et al.*, 2012). Ils soutiennent par ailleurs que le développement de la flexibilité psychologique permet de contrecarrer les effets délétères de la rigidité psychologique.

2.2 La flexibilité psychologique

Développé par Steven Hayes et ses collègues à l'Université du Nevada à Reno, la flexibilité psychologique représente l'antithèse souhaitée à la rigidité psychologique. Kashdan et Rottenberg (2010, p. 865) définissent la flexibilité psychologique comme la capacité de :

[...] recognize and adapt to various situational demands; shift mindsets or behavioral repertoires when these strategies compromise personal or social functioning; maintain balance among important life domains; and be aware, open, and committed to behaviors that are congruent with deeply held values.

Hayes *et al.*, (2006), pour leur part, définissent la flexibilité psychologique la capacité de prendre contact avec le moment présent et d'agir conformément à ses valeurs personnelles, plutôt que sur la base d'actions automatiques, conditionnées, impulsives et non fonctionnelles (Ciarrochi *et al.*, 2010). Ils maintiennent que la flexibilité psychologique est composée de six dimensions distinctes et complémentaires, soit : a) *l'acceptation* (être ouvert aux pensées, émotions ou sensations désagréables, sans chercher à les éviter ou les contrôler), b) la *défusion cognitive* (prendre une distance par rapport à ses pensées), c) *le contact avec le moment présent* (porter attention à son expérience [interne et externe] dans l'instant présent), d) *le soi-observateur – ou soi en*

contexte – (conserver une perspective plus large que soi dans une situation), e) *les valeurs* (être en contact avec les personnes et les choses qui sont importantes pour soi) et f) *les actions engagées* (être engagé dans des actions congruentes avec ses valeurs).

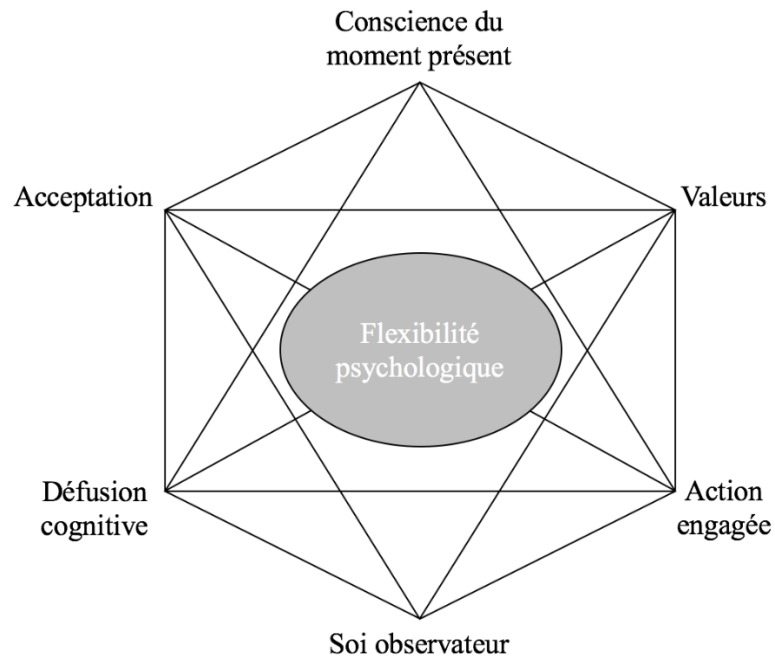


Figure 1.2 Le modèle de la flexibilité psychologique. L'hexaflex de Hayes *et al.*, (1999)

L'acceptation peut être définie comme une volonté active de remarquer et d'avoir conscience de ses propres réponses émotionnelles (p. ex., tristesse, fatigue, découragement) et cognitives (p. ex., la pensée que quelque chose est impossible) sans essayer de les éviter ou de les changer (Hayes *et al.*, 2006). La défusion cognitive est définie par Atkins et Parker (2012) comme le fait de reconnaître ses pensées et ses sentiments comme des événements psychologiques passagers. La défusion est une forme d'exposition aux stimuli verbaux où la personne perçoit une pensée pour ce qu'elle est, plutôt que pour ce qu'elle raconte. C'est la capacité à percevoir les conceptions de soi-même et des autres comme des conceptions, les évaluations des autres et de soi-même comme des évaluations, etc. Ainsi, la personne en vient à ne plus

considérer ses cognitions comme des faits ou des vérités à partir desquelles elle doit agir (Hayes *et al.*, 2006). Le contact avec le moment présent consiste à diriger son attention vers ce qui se passe dans l'instant présent. La personne qui en fait l'expérience est consciente de ce qu'elle vit, elle est en contact avec son expérience personnelle intérieure (pensées, émotions, etc.) et extérieure (expérience des 5 sens et contact avec son environnement) (Hayes *et al.*, 2006). Le soi observateur – ou soi en contexte – est le lieu où se déroule *l'expérience de soi* d'une personne (Bach et Moran, 2008). C'est la capacité à prendre du recul par rapport à son histoire, ses expériences et ses acquis dans la définition de son identité; une personne qui fait l'expérience du soi observateur peut constater ce qu'il lui arrive sans contester ses expériences ni les utiliser pour s'apposer une étiquette. Une personne psychologiquement flexible se rapportera donc à soi en fonction du contexte en tant qu'observateur de son expérience. Pour Wilson *et al.* (2001) cités dans Atkins et Parker (2012, p.535), les valeurs – ou la clarté des valeurs – sont définies comme des « directions de vie globales souhaitées verbalement construites ». Ces auteurs décrivent les valeurs comme des « qualités choisies de schèmes d'action » (p. ex., être un bon leader et un partenaire) vers lesquelles il est possible de travailler, mais qui ne pourront jamais être atteintes de manière définitive. Finalement, les actions engagées réfèrent à la propension qu'une personne a à se mobiliser dans des « modèles d'actions efficaces liées aux valeurs choisies » (Hayes *et al.*, 2006, p. 9). Alors que la dimension des valeurs consiste à savoir quelles sont ses valeurs et à les avoir « *consciemment accessibles* », l'action engagée implique une détermination et un engagement à agir de manière cohérente (Atkins et Parker, 2012).

Définie en ces termes, la flexibilité psychologique renvoie donc à une capacité, soit celle de choisir parmi un ensemble de comportements ceux qui sont les mieux adaptés au contexte et qui génèrent le plus de bénéfices à long terme. Par exemple, une personne est flexible sur le plan psychologique si elle émet des comportements (p. ex., prendre l'avion) qui contribuent à enrichir sa vie (p. ex., parce que cette action lui

permet d'être présente à un congrès qui porte sur des sujets qui sont importants pour elle et ainsi de se développer professionnellement), même en présence de pensées (p. ex., « je vais faire une crise de panique lorsque les portes de l'avion se fermeront »), d'émotions (p. ex., la peur) et de sensations (p. ex., maux de ventre) désagréables. Hayes *et al.*, (2012) précisent qu'une personne est flexible sur le plan psychologique lorsqu'elle est investie dans une ou plusieurs des sous-dimensions présentées ci-haut. Cela peut se refléter par la façon dont elle : (1) s'adapte aux demandes situationnelles fluctuantes, (2) reconfigure ses ressources mentales, (3) change sa perspective et (4) équilibre ses désirs et ses besoins (Kashdan et Rottenberg, 2010).

Ainsi, la flexibilité psychologique favorise un mode d'interaction différent avec les facteurs de stress ainsi que la construction de nouveaux répertoires comportementaux (p. ex., explorer avec curiosité et ouverture les manifestations de l'anxiété plutôt que de les fuir ou les ignorer) (Gloster *et al.*, 2017). Ce faisant, la flexibilité psychologique est de plus en plus considérée comme un aspect fondamental de la santé (Kashdan et Rottenberg, 2010).

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

L'ACT est une thérapie comportementale et cognitive de troisième vague qui vise le développement de la flexibilité psychologique (Hayes *et al.*, 1999). Elle prend ses racines dans la théorie des cadres relationnels (Hayes *et al.*, 2001, Hayes *et al.*, 2012) et la philosophie du contextualisme fonctionnel (Hayes *et al.*, 1988), lesquelles sont définies succinctement dans les lignes qui suivent.

2.3.1 Théorie des cadres relationnels

La théorie des cadres relationnels (TCR) a permis de mettre en lumière la manière avec laquelle il est possible d'apprendre en construisant des règles mentales – ou verbales – c'est-à-dire, la capacité de mettre en relation des événements (p. ex., sensations, pensées, comportements) sans les avoir directement vécus (Villatte et Monestès, 2010).

Pour ce faire, la TCR considère le langage et la cognition comme des comportements; ce ne sont pas des choses que les humains « ont », mais des choses que les humains « font ». La théorie postule que la capacité de relier des événements (p. ex., la sensation de stress, la pensée « il y a un danger » et le comportement de fuite) et de changer les fonctions de ces événements selon leurs relations les uns avec les autres (p. ex., lorsque la sensation de stress est liée à la pensée « il y a un danger » celle-ci aura alors la fonction « préparation à la fuite ») est la clé de la compréhension des mécanismes du langage et des cognitions (Hayes *et al.*, 2001). En d'autres mots, le langage est le comportement consistant à construire et à comprendre les relations symboliques entre les choses, et à interagir avec ces choses à travers ces relations.

Pour interagir avec le monde qui les entoure, les humains construisent des cadres relationnels (relation apprise entre deux événements) de manière continue, arbitraire et automatique (Neveu et Dionne, 2009). Bien que ces relations offrent une capacité d'adaptation rapide et efficace (p. ex., il n'est pas nécessaire de faire l'expérience directe d'un danger pour apprendre à l'éviter), la construction et la dérivation des relations font en sorte que la fonction des événements se transforme et se propage indépendamment de la volonté (Villatte et Monestès, 2010). La rapidité et l'étendue de ces relations peuvent alors s'avérer problématiques, car certains éléments acquièrent une fonction qui ne correspond pas toujours à la réalité (p. ex., sensation de stress mis en relation avec « danger » = fonction de préparation à la fuite), ce qui peut alors mener à des comportements qui vont à l'encontre de l'intérêt de la personne qui les émet (p. ex., une personne qui a associé stress et danger pourrait ne pas se présenter à un rendez-vous d'affaires important si elle vit du stress avant ce rendez-vous) (Villatte et Monestès, 2010). À l'opposé, la fonction « recherche de solution » aurait pu déclencher un comportement complètement différent si la relation « sensation de stress – perception de défi » avait existé. Considérant l'infinité de directions dans lesquelles l'activité relationnelle – construction de règles verbales – peut se propager et la manière

automatique avec laquelle elle opère, on perçoit facilement l'impossibilité de contrôler les événements mentaux de façon durable (Villatte et Monestès, 2010).

La TCR a ainsi 1) mis en lumière la manière avec laquelle les événements psychologiques peuvent devenir source de souffrance, de crainte et d'évitement, 2) normalisé la souffrance en révélant qu'elle est inhérente au langage humain et 3) révélé la futilité des tentatives d'atténuer les émotions ou de modifier le contenu des pensées (Hayes *et al.*, 2001)

2.3.2 Contextualisme fonctionnel

Le contextualisme fonctionnel offre une perspective holistique des comportements humains dans laquelle les variables liées à l'environnement jouent un rôle central dans l'émergence, le développement et le maintien des difficultés d'une personne (Hayes *et al.*, 2006). Plus spécifiquement, le contextualisme fonctionnel considère les événements psychologiques (p. ex., règle verbale, pensée, souvenir, sensation) comme des actions de l'organisme qui interagissent dans et avec un contexte historique et situationnel (Hayes *et al.*, 2006). En d'autres mots, les expériences internes (p. ex., les pensées) et externes (p. ex., les comportements) sont le résultat de l'interaction entre la personne et son contexte (p. ex., la situation dans laquelle la personne se trouve) et historique (p. ex., ses conditionnements). En ce sens, les comportements adoptés par une personne face à une situation stressante (p. ex., demander de l'aide, s'absenter du travail, se mettre en colère), mais aussi les pensées et les émotions qui sont associées à son stress, ne peuvent être interprétés qu'à partir du contexte dans lesquels ils s'insèrent. En outre, les tenants du contextualisme fonctionnel soutiennent que des comportements similaires peuvent avoir une fonction différente. Une personne qui s'absente du travail, par exemple, peut le faire parce qu'elle souhaite éviter une réunion stressante, tout comme il est possible qu'elle s'absente pour prendre soin d'elle. Ce cadre d'analyse fait ressortir la pluralité des variables du contexte et la difficulté d'établir une compréhension univoque d'un comportement (Neveu et Dionne, 2009).

Ainsi, tel que mentionné plus haut, plutôt que de tenter de modifier la fréquence ou l'intensité des expériences internes pénibles (pensées, sentiments, sensations), les tenants de l'ACT se concentrent sur la façon dont les personnes interagissent avec ces expériences internes. Pour ce faire, ils misent notamment sur l'identification et la mise en place d'actions valorisées et ce, indépendamment de ces expériences difficiles, et en présence de celles-ci (A-Tjak *et al.*, 2015). Pour ce faire, ils utilisent des méthodes expérientielles telles que les exercices ou les métaphores, lesquelles sont particulièrement utiles pour réduire la domination des règles verbales sur l'expérience (Hayes *et al.*, 2011). En se basant sur la TCR et le contextualisme fonctionnel pour concevoir leurs interventions, les tenants de l'ACT apportent une clarté sur les mécanismes par lesquels les changements de comportements et de postures s'opèrent chez les travailleurs. Cela nous permet non seulement de comprendre pourquoi ce type d'intervention est efficace, mais cela permet aussi aux interventions d'être précises quant au type de problématique et de population visées (Archer, 2018). Afin de mieux comprendre comment les interventions ACT peuvent avoir un impact sur le stress, il est nécessaire de définir ce dernier. Dans la section qui suit, le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1987) est brièvement défini.

2.4 Le stress

Le stress a été défini d'une multitude de façons dans les écrits scientifiques. Parmi les définitions les plus communes, on retrouve celle de Lazarus et Folkman (1984) (voir Figure 1.3).

Les auteurs définissent le stress comme étant le processus d'interaction d'une personne avec les demandes de son environnement. En d'autres mots, le stress peut selon eux être défini comme un processus transactionnel qui se produit lorsqu'un événement – qui est perçu comme étant lié au bien-être d'une personne – a le potentiel d'entraîner une perte ou un préjudice et nécessite des efforts psychologiques, physiologiques et/ou

comportementaux pour le gérer ou gérer les conséquences qui en découlent (Salomon, 2013).

La théorie du stress et de l'adaptation (ou modèle transactionnel) de Lazarus et Folkman (1987), souligne l'importance de deux processus médiateurs de la relation continue entre la personne et l'environnement : l'évaluation et l'adaptation.

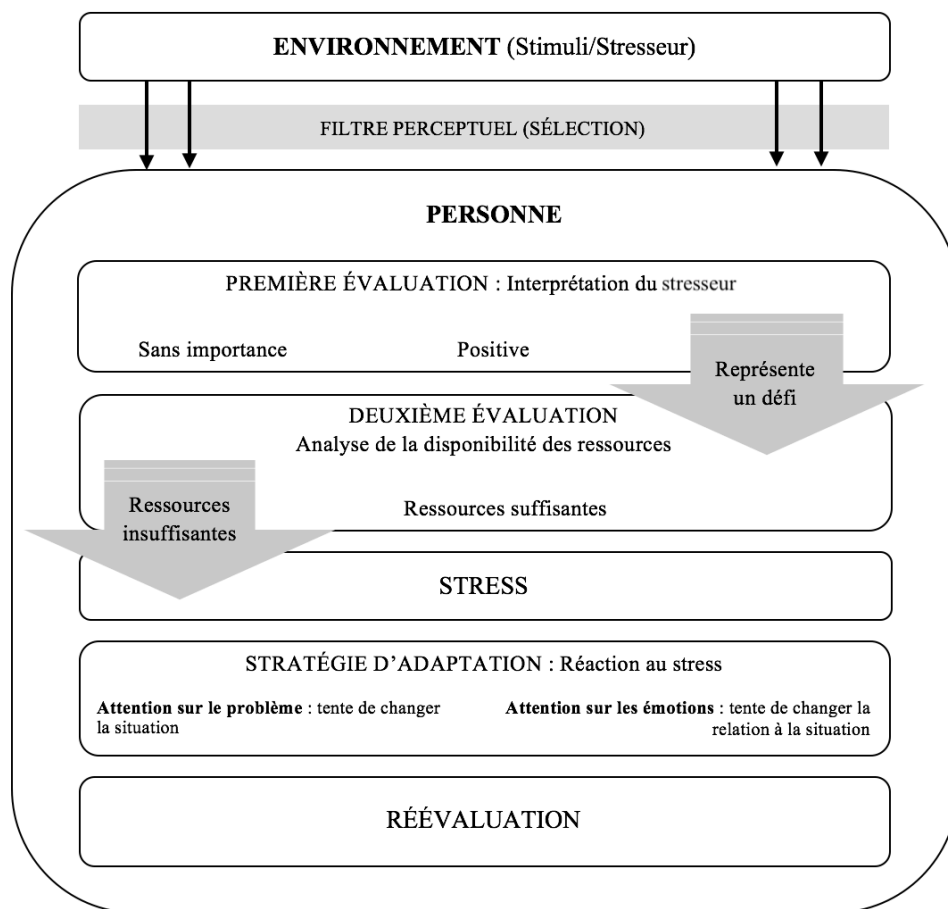


Figure 1.3 Le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1987)

L'évaluation (première évaluation) réfère à l'interprétation des stresseurs (événement pouvant générer du stress) en fonction des objectifs, valeurs et croyances de l'individu.

Les stressseurs sont généralement regroupés en trois catégories : les évaluations de stress (qui comprennent le préjudice ou la perte, et qui se rapportent aux dommages déjà causés), les évaluations de menace (qui se réfèrent au jugement que quelque chose de dangereux pourrait arriver) et les évaluations de défi où l'individu interprète l'événement comme une possibilité de maîtrise ou de gain comprenant certains risques. Dans tous les cas, les stressseurs sont évalués en fonction de l'importance qu'ils ont sur la personne (p. ex., « est-ce que je vais bien ? », « est-ce que je suis profondément touché par ce qui arrive ? ») et selon la perception de contrôle sur la situation (p. ex., « qu'est-ce que je peux y faire ? »). Les situations évaluées comme ayant une grande importance personnelle et une faible possibilité de contrôle sont généralement évaluées comme des menaces alors que les situations qui ont une grande importance personnelle et où l'individu perçoit une grande contrôlabilité sont plus susceptibles d'être considérées comme des défis.

L'adaptation (deuxième évaluation) est l'interprétation de la disponibilité des ressources internes et externes pour répondre au stressseur. En d'autres mots, l'adaptation fait référence aux pensées et aux actions qu'une personne pourra utiliser pour interagir avec l'évènement stressant. L'efficacité de l'adaptation est déterminée contextuellement; une stratégie (c'est-à-dire, la combinaison de pensées et d'actions) peut être efficace dans une situation, mais pas dans une autre. En effet, les personnes qui ont un large répertoire de stratégies et qui sont capables de modifier celles-ci en fonction des situations ont plus de chance de s'adapter efficacement. Comme l'évaluation, l'adaptation explique la variabilité des réponses et des résultats qu'une personne peut vivre dans une situation stressante. Dans le même ordre d'idées, deux personnes peuvent faire face différemment à la même situation stressante en fonction de 1) la manière dont elles perçoivent la situation (est-ce que leurs objectifs, leurs valeurs et leurs croyances sont interpellés ? Ont-elles l'impression d'avoir du contrôle sur ce qui leur arrive ?) et 2) en fonction de leur manière d'interagir avec la situation (ont-elles un large répertoire de stratégies d'adaptation (pensées/actions) et

l'utilisent-elles de manière flexible en fonction du contexte ?). Le modèle de Lazarus et Folkman (1987) fournit un cadre utile pour formuler et tester des hypothèses sur le processus du stress et sa relation avec la santé physique et mentale.

En 2008, Rockliff *et al.* ont découvert qu'un exercice conçu pour accroître le sentiment d'auto-compassion était associé à une diminution du taux de cortisol. Depuis, d'autres études ont montré que l'augmentation de l'auto-compassion avait un impact positif sur le stress (Breines *et al.*, 2014; Duarte et Pinto-Gouveia, 2017b; Neff et Faso, 2015) et d'autres auteurs ont suggéré récemment que l'ACT pourrait aider les travailleurs à développer plus d'auto-compassion (Rudaz *et al.*, 2017). Dans les lignes qui suivent, les notions de compassion et d'auto-compassion sont brièvement définies.

2.5 La compassion et l'auto-compassion

Goetz *et al.*, (2010) définissent la compassion comme le sentiment qui se manifeste lorsqu'une personne qui assiste à la souffrance d'autrui est motivée par un désir d'aider (pour des définitions similaires, voir Lazarus, 1991). En d'autres mots, la compassion est conceptualisée comme un état affectif défini par un sentiment subjectif spécifique. La compassion implique une sensibilité à l'expérience de la souffrance, associée à un désir profond de soulager cette souffrance (Goetz *et al.*, 2010).

L'auto-compassion, ou la compassion envers soi, est « une compassion dirigée vers l'intérieur » (Neff et Tirsch, 2012). Selon Neff (2003), l'auto-compassion est composée de trois éléments qui sont tous définis en opposition à leur contraire : 1) la bienveillance : adopter une attitude bienveillante envers soi-même plutôt que de faire preuve d'autocritique et de jugement, 2) le sens de l'humanité commune : reconnaître ses expériences comme faisant partie de la condition humaine plutôt que séparées et isolées (je reconnais que je suis un être humain qui souffre et qui vit des échecs et je reconnais que ces expériences me lient aux autres qui vivent aussi des expériences difficiles), et 3) la présence attentive : apporter une conscience sans jugement sur ses

expériences douloureuses plutôt que de s'identifier à celles-ci (je reconnais que ma vie est ponctuée de multiples expériences difficiles sans que ces expériences définissent qui je suis).

Adopter une attitude bienveillante envers soi consiste à être solidaire et sympathique envers soi lorsque l'on remarque ses lacunes plutôt que d'adopter une attitude jugeante et critique (Neff et Tirsch, 2012). Cet élément de l'auto-compassion implique d'interagir avec ses erreurs et ses échecs avec tolérance et compréhension. Le concept d'humanité commune est une prise de perspective (Neff et Tirsch, 2012). C'est la capacité de considérer ses difficultés et ses souffrances dans un contexte inclusif : nous sommes tous imparfaits d'une manière ou d'une autre et la souffrance que cette imperfection peut nous faire vivre fait partie de l'expérience humaine (Neff et Tirsch, 2012). L'attitude opposée serait de se sentir isolé, différent et seul dans l'expérience des difficultés. Finalement, l'élément de présence attentive, tel qu'intégré dans l'auto-compassion, implique d'être conscient de l'expérience du moment présent d'une manière claire et équilibrée, en permettant à toutes pensées, émotions et sensations d'exister sans jugement, évitement ou répression (Neff et Tirsch, 2012). L'attitude opposée est décrite par Neff et Tirsch (2012) comme la sur-identification : plutôt que d'observer avec équanimité ses pensées, émotions et sensations, la personne est envahie par ces expériences et s'identifie à celles-ci (p. ex., se définir comme quelqu'un de triste) plutôt que de les considérer comme un vécu transitoire (p. ex., observer l'expérience de la tristesse en soi).

En résumé, l'auto-compassion renvoie à la capacité d'éprouver des émotions difficiles (p. ex., culpabilité, honte) sans leur permettre de contrôler ses comportements ou ses états d'esprit, et en les considérant comme des parties normales de l'expérience humaine, qui n'ont pas besoin d'être évitées, changées ou fuies (Duarte et Pinto-Gouveia, 2017a).

Dans cet essai, les variables à l'étude sont la rigidité et la flexibilité psychologique, le stress et l'auto-compassion. La flexibilité psychologique et l'auto-compassion sont des variables déterminantes sur le plan de la santé psychologique et, à l'opposé, la rigidité psychologique et le stress sont d'importants facteurs de risque pour la santé mentale et physique. Il convient à présent de se pencher sur les relations qui existent entre l'ACT et ces 4 variables.

Dans les sections suivantes, les résultats d'études portant sur la relation entre l'ACT, la rigidité psychologique, la flexibilité psychologique, le stress et l'auto-compassion seront brièvement présentés. Les deux premières sections (*ACT, rigidité et flexibilité psychologiques* ainsi que *ACT et stress*) présentent uniquement les études empiriques, réalisées à partir de protocoles ACT, menées en milieu de travail alors que la dernière section présente les études conceptuelles et les études empiriques qui ont porté sur la relation entre l'ACT et l'auto-compassion dans différents contextes.

2.6 ACT, rigidité et flexibilité psychologique

Plus de 450 essais contrôlés randomisés ont porté sur l'efficacité d'interventions ACT destinées à un large éventail de problèmes psychologiques¹. De ces essais, plusieurs suggèrent que ces interventions permettent d'améliorer certaines dimensions de la flexibilité psychologique et/ou de diminuer certaines dimensions de la rigidité psychologique au sein d'une multitude de population : étudiants (Azadeh *et al.*, 2015), joueurs de hockey (Lundgren *et al.*, 2020), travailleurs (Puolakanaho *et al.*, 2020), adolescents (Namani & Yousefi, 2021), groupes (Kirca & Eksi, 2020), prisonniers

¹ L'explosion de la recherche en ACT dans les pays en développement et non anglophones présente un défi pour l'indexation, en particulier dans les langues qui ne sont pas entièrement indexées dans Web of Science et autres médias similaires, il est possible de trouver une listes à jour des essais randomisés contrôlés sur ce site web : https://contextualscience.org/act_randomized_controlled_trials_since_1986#

(Valizadeh *et al.*, 2020), etc. Parmi ceux-ci, six essais randomisés ont été réalisés en milieu de travail auprès de travailleurs.

Un premier essai randomisé contrôlé a été mené aux États-Unis auprès d'enseignants préscolaires travaillant avec des enfants ayant une déficience intellectuelle (Biglan *et al.*, 2013). Les chercheurs ont développé une série d'ateliers inspirés de l'ACT (deux ateliers de 3h30) et ont évalué ceux-ci à l'aide du AAQ (Hayes *et al.*, 2004), du questionnaire des cinq facettes de la présence attentive (*FFMQ : Five-Facet Mindfulness Questionnaire*) (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006) et du questionnaire sur les actions valorisées (*VLQ : The Valued Living Questionnaire*) (Wilson *et al.*, 2010). Les résultats de cet essai (n = 42) montrent que, comparativement aux enseignants issus du groupe contrôle de type « liste d'attente », ceux qui ont pris part aux ateliers ont rapporté des indices de contact avec le moment présent et d'actions engagées plus élevés ainsi que des indices d'évitement expérientiel plus bas. Les chercheurs en concluent que l'intervention permet d'augmenter la flexibilité psychologique des enseignants (Biglan *et al.*, 2013).

Pour leur part, Lloyd *et al.*, (2013) ont mené un essai randomisé contrôlé auprès de cent (n = 100) fonctionnaires britanniques. La moitié des fonctionnaires ont été assignés à une liste d'attente alors que l'autre moitié a pris part à une intervention ACT comportant trois sessions d'une demi-journée réparties sur deux mois et demi. Les résultats de cette étude ont révélé que, comparativement aux travailleurs du groupe contrôle, ceux du groupe intervention ont rapporté une augmentation de la flexibilité psychologique – telle que mesurée à l'aide du AAQ-II (Bond *et al.*, 2011; Lloyd *et al.*, 2013) suite au troisième atelier et six mois après. De tels résultats suggèrent que l'intervention a pu aider à accroître l'acceptation et les actions engagées (voir Figure 1.2) des travailleurs qui ont pris part aux ateliers, et inversement à réduire leur propension à l'évitement expérientiel.

Luoma et Vilardaga (2013), quant à eux, ont mené un essai randomisé avec groupe contrôle actif afin d'examiner les effets d'une intervention ACT téléphonique sur la flexibilité psychologique et l'épuisement professionnel de thérapeutes. Les chercheurs souhaitaient évaluer si l'ajout de six consultations téléphoniques personnalisées permettrait d'accroître la portée d'un atelier ACT de deux jours. Au terme de ce dernier, les thérapeutes ont été assignés au hasard à six séances de consultation téléphonique de 30 minutes ($n = 10$) ou à aucun contact supplémentaire ($n = 10$). Les auteurs se sont eux aussi tournés vers le AAQ (Hayes *et al.*, 2004) afin d'évaluer les effets de ces consultations téléphoniques. Au suivi de trois mois, leurs résultats indiquent que ceux qui se trouvaient dans la condition de consultation ont rapporté une plus grande flexibilité psychologique (augmentation des indices d'acceptation et d'actions engagées) par rapport à ceux qui se trouvaient dans la condition contrôle.

En 2016, Stewart *et al.*, ont mené une étude pilote auprès de travailleurs et de professionnels d'ONG en Sierra Leone. Comme aucune recherche précédente n'avait été menée sur l'ACT dans un contexte ouest-africain, l'objectif de cette recherche était notamment de déterminer l'acceptabilité de ce type d'intervention. L'intervention visait aussi à évaluer si les participants ($n = 57$) feraient preuve d'une flexibilité psychologique et d'un bien-être améliorés après l'intervention. Les chercheurs ont utilisé l'AAQ-II, le *Valuing Questionnaire* et le *Satisfaction with Life Scale* ainsi qu'un questionnaire qualitatif incluant des questions évaluatives à l'égard de l'intervention. La recherche représente aussi une tentative préliminaire d'explorer les propriétés psychométriques de ces instruments en Sierra Leone. L'intervention de 3 jours était offerte en anglais (la langue officielle de la Sierra Leone) par des formateurs ACT expérimentés en provenance d'Allemagne, du Royaume-Uni et des États-Unis. Les résultats indiquent que les participants ont évalué les ateliers de manière positive et ont démontré des améliorations significatives en termes de flexibilité psychologique et de bien-être. Les mesures de suivi ont été effectuées entre 14 et 16 semaines après le début de l'intervention.

Waters *et al.*, (2018) ont examiné les effets d'une intervention ACT d'une journée sur la santé mentale de 37 travailleurs d'une grande organisation de soins de santé au Pays de Galles qui présentaient des niveaux élevés de détresse. Cette étude quasi-expérimentale visait aussi à explorer les processus de changement impliqués dans l'intervention. Celle-ci, d'une durée d'une journée, était déjà régulièrement dispensée dans l'organisation avant cette étude. Elle a été conçue à partir du protocole de Flaxman et Bond (2006) et mise en place par un thérapeute ACT d'expérience œuvrant au sein du service de soutien psychologique de l'organisation et ayant reçu une supervision clinique régulière tout au long de l'étude. Trois mois après l'intervention, les participants du groupe expérimental ont montré un niveau de détresse psychologique significativement plus faible que le groupe contrôle ($d = 1,41$). L'intervention a également entraîné des améliorations significatives aux scores de flexibilité psychologique et de présence attentive, mais n'a pas réduit de manière significative la fréquence des cognitions négatives. Des analyses de médiation ont montré que la réduction de la détresse était principalement associée à une augmentation des scores de présence attentive, en particulier la capacité d'observation et de non-jugement.

Finalement, Puolakanaho *et al.*, (2020) ont évalué l'efficacité d'un nouveau programme de huit semaines basé sur l'ACT qu'ils ont créé pour améliorer le bien-être et soulager le mal-être lié à l'épuisement professionnel. Cet essai randomisé contrôlé a été mené auprès de travailleurs d'horizons professionnels variés ($n = 168$) ayant un diagnostic d'épuisement professionnel. Les résultats des analyses montrent que le mal-être lié à l'épuisement professionnel au travail et les symptômes psychologiques ont diminué et que le bien-être et la flexibilité psychologique ont augmenté significativement plus pour les participants du groupe expérimental ($n = 88$) au cours de l'intervention que ceux des participants du groupe témoin ($n = 80$). De plus, les changements au niveau de la flexibilité psychologique ont médiatisé presque complètement les changements observés pour les autres variables (épuisement

professionnel, bien-être et symptômes psychologiques). Ces gains ont été maintenus pendant une période de suivi d'un an.

2.7 ACT et stress

Une littérature grandissante montre que les interventions ACT contribuent à diminuer les effets négatifs du stress et, plus spécifiquement, que ces interventions permettent de réduire le stress vécu au travail (Rudaz *et al.*, 2017). À notre connaissance, quatre études ont fait la démonstration de cette relation.

La première a été réalisée par Bond et Bunce (2000). Ces derniers ont mené un essai randomisé contrôlé auprès de 90 ($n = 90$) travailleurs dans une organisation de médias : un groupe a reçu une intervention ACT, un groupe a reçu une intervention pour promouvoir l'innovation et un groupe était en liste d'attente. Les deux interventions, d'une durée de neuf heures ont été réparties sur trois mois (trois séances d'une demi-journée: deux semaines consécutives et une troisième trois mois plus tard). Elles ont été mesurées à l'aide du *Dysfunctional Attitude Survey*, du *Work change*, du *General Health Questionnaire-12* et d'autres instruments – pour consultation complète voir Bond et Bunce (2000). L'étude de Bond et Bunce (2000) montre qu'en comparaison au groupe contrôle, les deux interventions ont eu des effets positifs sur le stress perçu par les participants. Des analyses supplémentaires indiquent que la diminution du stress des participants du groupe ACT a été médiée par l'acceptation des pensées et des sentiments indésirables alors qu'elle a plutôt été médiée par les tentatives de modification des facteurs de stress dans le groupe innovation. Les auteurs en concluent que l'ACT favorise le développement de la flexibilité psychologique, laquelle à son tour aide à réduire le stress perçu.

Brinkborg *et al.*, (2011) ont étudié l'effet d'une intervention (4 fois 3h) de gestion du stress basée sur l'ACT auprès d'une population de travailleurs sociaux suédois. Les résultats de cet essai randomisé contrôlé montrent que 42 % des participants qui avaient

un stress élevé au départ ont atteint les critères de changement cliniquement significatif et qu'aucun effet significatif n'a été observé chez les personnes ayant un faible niveau de stress au départ. Les auteurs en concluent que l'intervention diminue significativement les niveaux de stress perçu – mesurée à l'aide du *Perceived Stress Scale (PSS)* (Cohen *et al.*, 1983) – par rapport à un groupe contrôle de type liste d'attente.

Ly *et al.*, (2014) ont mené une étude afin d'évaluer l'efficacité d'une intervention ACT dispensée à l'aide de téléphones intelligents et offerte à des cadres intermédiaires en Suède. L'intervention comportait six modules (un par semaine) durant lesquels les cadres apprenaient divers principes de base de l'ACT pour mieux gérer leur stress. L'application contenait notamment des exercices expérientiels simples qui visaient, par exemple, à explorer la sensation de stress dans le corps. Soixante-treize ($n = 73$) participants ont été répartis aléatoirement, soit dans un groupe contrôle de type liste d'attente, soit dans le groupe intervention. L'intervention durait six semaines (± 15 minutes par jour pour un total d'environ 10h d'intervention). Les résultats – issus de la version courte du *Perceived Stress Scale (PSS-10)* (Cohen *et al.*, 1994) – ont montré des tailles d'effets faibles à modérées pour le groupe traitement ($n = 36$), et des effets petits à modérés entre les groupes traitement et contrôle. Les chercheurs concluent qu'une intervention ACT administrée à l'aide de téléphones intelligents peut réduire le stress perçu et améliorer la santé générale des cadres intermédiaires suédois dans le secteur privé.

L'étude quasi-expérimentale (pré-post avec groupe contrôle) de Harvey *et al.*, (2017) a étudié l'efficacité d'une intervention ACT sur la gestion des émotions, la consommation d'alcool, l'agressivité, l'anxiété, le stress et le locus de contrôle (c'est-à-dire, la perception que les autres étaient responsables de leur situation) auprès de 262 militaires des Forces de défense néo-zélandaises. L'inclusion dans l'intervention, d'une durée d'une semaine, était déterminée par le commandement militaire. Les principaux

critères de référence étaient les problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues impliquant des difficultés psychologiques, sociales, professionnelles ou juridiques. L'intervention a été développée par l'auteur principal de l'étude et était co-animée par un psychologue clinicien et un conseiller, avec le soutien d'étudiants de troisième cycle en psychologie clinique. Le stress perçu a été évalué à l'aide du PSS-10. Conformément aux prévisions, le groupe expérimental a montré des changements significatifs quant aux niveaux de stress, de locus de contrôle, de gestion des émotions et d'agressivité dans les mesures post intervention et un mois après l'intervention.

2.8 ACT et auto-compassion

Outre leurs effets sur la flexibilité, la rigidité et le stress, il est permis de croire que les interventions ACT puissent aussi avoir un impact sur l'auto-compassion des travailleurs.

D'un point de vue conceptuel, Luoma et Platt (2015) soutiennent que l'auto-compassion est implicite dans l'ACT. Les auteurs sont d'avis que l'acceptation, les valeurs et les actions engagées sont des dimensions qui peuvent être liées à l'attitude bienveillante envers soi qui est, rappelons-le, la tendance à être solidaire et sympathique envers elle-même lorsqu'une personne remarque ses lacunes, plutôt que d'adopter une attitude critique et dénigrante (Neff et Tirsch, 2012). L'acceptation comprend l'acceptation de soi et l'acceptation de l'expérience telle qu'elle est. Les valeurs se définissent souvent en lien avec la relation qu'une personne souhaite entretenir envers elle-même (p. ex., prendre soin, être authentique). Ces valeurs informent ensuite les actions engagées qui seraient cohérentes (p. ex., les soins personnels, le respect de ses limites) (Luoma et Platt, 2015). Toujours selon Luoma et Platt (2015), la défusion et le soi en contexte renvoient, pour leur part, à cette notion d'humanité commune introduite plus haut. La défusion consiste notamment à prendre conscience de sa pensée autocritique et à réduire l'attachement à un soi conceptualisé. Le soi en contexte implique, quant à lui, le contact avec un sens transcendant de soi qui

est plus grand que les histoires personnelles contraignantes, la honte et l'autostigmatisation (Luoma et Platt, 2015). De la même manière, les interventions contextuelles (c'est-à-dire, les interventions qui s'appuient sur les fondements du contextualisme fonctionnel décrit plus haut) se concentrent généralement sur des façons plus flexibles et empathiques de se rapporter à soi-même, et encouragent l'interconnexion avec les autres (Luoma et Platt, 2015). Finalement, le contact avec le moment présent dont il est question dans l'ACT ainsi que l'élément « présence attentive » tel qu'intégré dans l'auto-compassion impliquent tous deux d'être conscient de l'expérience du moment en permettant à toutes pensées, émotions et sensations d'exister sans jugement, évitement ou répression (Neff et Tirsch, 2012). De la perspective de l'ACT, le contact avec le moment présent inclut la conscience et la sensibilité à l'expérience émotionnelle du moment et une réponse flexible à cette expérience, plutôt que d'ignorer ou de juger de manière rigide ces émotions. Ceci est cohérent avec la description de la présence attentive telle que présentée dans l'auto-compassion.

Atkins et Parker (2012) ont, quant à eux, développé un modèle des composantes de la réponse compatissante qui inclut l'observation, l'évaluation, les émotions et l'action. Ces auteurs soutiennent que la flexibilité psychologique contribue à améliorer les aspects perceptuels, cognitifs, affectifs et comportementaux de l'auto-compassion. Plus précisément, la présence attentive soutiendrait la capacité d'être compatissant, tandis que les valeurs motiveraient les efforts pour s'engager dans une action d'auto-compassion. Les auteurs sont d'avis que les interventions ayant comme objectif de développer la flexibilité psychologique en milieu de travail ont aussi le potentiel d'accroître l'auto-compassion. Malheureusement, une telle hypothèse a peu été testée empiriquement et les seules études dont nous disposons à ce jour ont été menées en milieu scolaire.

D'un point de vue empirique, quatre études ont fait la démonstration du lien entre les interventions ACT et l'auto-compassion, auprès de différentes populations.

Pakenham (2015) a étudié l'effet d'une intervention ACT de 12 semaines sur l'auto-compassion. Cette intervention a été offerte en séances hebdomadaires de deux heures à des étudiants de psychologie clinique en première année de formation doctorale ($n = 32$). Les données ont été recueillies avant et après l'intervention. L'auto-compassion des étudiants, mesurée à l'aide du *Self-Compassion Scale (SCS)* (Neff, 2003), n'a pas changé de manière significative au terme de l'intervention, mais les auteurs ont observé qu'une dimension de l'auto-compassion – adopter une attitude bienveillante envers soi-même – a considérablement augmenté. Les chercheurs concluent qu'une intervention ACT peut contribuer à accroître la bienveillance envers soi chez les étudiants en psychologie.

Pour leur part, Stafford-Brown et Pakenham (2012) ont étudié l'effet d'une intervention ACT de quatre semaines, comportant des séances hebdomadaires de 3 heures, sur la flexibilité psychologique et l'auto-compassion de stagiaires en psychologie clinique. Les stagiaires de deux universités ont été placés dans le groupe recevant l'intervention ACT ($n = 28$) alors que les stagiaires de deux autres universités ont plutôt été assignés à un groupe témoin ($n = 28$). Les données ont été recueillies avant et après l'intervention dans les deux groupes et dix semaines après la fin de l'intervention dans le groupe ACT seulement. Les résultats montrent que, bien que l'intervention ACT ait conduit à une amélioration de la flexibilité psychologique (*AAQ*) (Hayes *et al.*, 2004), aucune différence entre les groupes au niveau de l'auto-compassion globale n'a été observée (*SCS*) (Neff, 2003). Cela dit, les auteurs notent que la sur-identification (dimension opposée à la présence attentive dans l'échelle d'auto-compassion), a significativement diminué dans le groupe ACT par rapport au groupe contrôle.

Yadavaia *et al.*, (2014) ont mené un essai randomisé auprès d'étudiants de premier cycle ($n = 73$) âgés de 18 ans et plus, inscrits à des cours de psychologie à l'Université

du Nevada. Les chercheurs souhaitent ainsi évaluer l'efficacité d'une intervention ACT d'une durée de six heures. Après avoir pris des mesures immédiatement après l'intervention, et deux mois après la fin de celle-ci, ils concluent que l'intervention a permis d'accroître de manière significative l'auto-compassion des étudiants du groupe expérimental comparativement au groupe contrôle. Leurs résultats révèlent aussi que la flexibilité psychologique constitue un médiateur des changements à l'égard de l'auto-compassion.

Finalement, l'étude de Jahromi et Abudi (2019) a mesuré l'efficacité d'une intervention ACT sur l'auto-compassion et le bien-être psychologique, auprès de 30 femmes victimes d'infidélité et s'étant référées aux centres de conseil de Shiraz, en Iran. Leur participation était volontaire et déterminée sur la base de critères d'inclusion : (1) avoir subi l'infidélité d'un partenaire, (2) avoir un faible score sur l'échelle d'auto-compassion, (3) avoir un faible score sur l'échelle de bien-être psychologique et (4) ne pas consommer de drogue. L'intervention était d'une durée de huit séances de 90 minutes. Les participantes ont été divisées aléatoirement en deux groupes – contrôle ($n = 15$) et expérimental ($n = 15$). L'auto-compassion a été mesurée à l'aide du SCS. Les résultats de cet essai randomisé contrôlé indiquent que l'intervention a entraîné une augmentation de l'auto-compassion et du bien-être psychologique. Il est possible d'en conclure qu'une intervention ACT favorise le développement de l'auto-compassion et du bien-être psychologique chez les femmes iraniennes victimes d'infidélité ayant un faible score avant l'intervention.

2.9 Objectifs de recherche

Les objectifs de cet essai randomisé contrôlé sont d'évaluer les effets d'une brève intervention ACT, menée en milieu de travail, sur quatre variables (la rigidité et la flexibilité psychologique, le stress perçu et l'auto-compassion), et de déterminer si de tels effets se maintiennent dans le temps.

Cette étude se distingue de celles présentées dans la revue des écrits du fait qu'elle porte sur une intervention offerte en français, développée par le département des ressources humaines d'une entreprise d'assurance québécoise (et non par une équipe de chercheurs comme c'est souvent le cas dans les études citées plus haut). En outre, cette intervention est offerte en format hybride (3 fois 1h30 en présentiel et 2 fois 30 minutes en ligne en mode asynchrone). La majeure partie des interventions dont il est question précédemment ont été offertes en présentiel seulement. Finalement, cette étude se distingue du fait qu'elle porte sur une variable encore peu étudiée en milieu de travail (l'auto-compassion) et que la flexibilité psychologique y est mesurée à l'aide d'un nouvel instrument (le MPFI-24) de mesure qui permet de pallier aux lacunes du AAQ et du AAQ-II et d'évaluer simultanément flexibilité et rigidité psychologique.

2.10 Hypothèses de recherche

Il est attendu qu'en comparaison au groupe contrôle de type liste d'attente, les travailleurs qui auront pris part à l'intervention rapporteront des indices de rigidité psychologique plus bas (H1), de flexibilité psychologique plus élevés (H2), de stress perçu plus bas (H3) et d'auto-compassion plus élevés (H4) au terme de l'intervention. Il est aussi attendu que les effets observés se maintiennent jusqu'à trois mois après la fin de l'intervention (H5).

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Ce projet de recherche est issu d'une requête provenant d'une entreprise d'assurances québécoise. Au cours de l'automne 2017, l'entreprise a sollicité l'aide du Groupe de recherche et d'intervention sur la présence attentive (GRIPA) de l'UQAM pour évaluer une série d'ateliers ACT qu'elle a développée au cours de l'hiver 2017. C'est dans le cadre de cette collaboration que l'intervention intitulée *Agir en pleine conscience* a été implantée et évaluée à l'hiver et au printemps 2018.

3.1 Participants

Cinquante et un ($n = 51$) travailleurs (43 % de femmes, 57 % d'hommes) âgés entre 30 et 54 ans ($M = 40.03$, $ET = 5.52$) ont pris part à cette étude entre janvier et avril 2018. La majorité de ces travailleurs (96 %) occupent un poste de coordonnateur au siège social de l'entreprise d'assurances à Québec (ce rôle dans l'organisation implique des responsabilités liées à la gestion d'équipe et de projet). Tous parlent français et ont en moyenne 9 années d'ancienneté au sein de l'entreprise. Pour ce qui est de la scolarité, 61 % des participants ont un baccalauréat, 15 % ont une maîtrise, 9 % ont un diplôme d'études collégial et 15 % ont d'autres types de diplômes universitaires (p. ex., diplôme d'études supérieures spécialisées, certificat). La présente étude ne comporte aucun critère d'exclusion.

3.2 Description de l'intervention

Le programme *Agir en pleine conscience* (voir Tableau 3.1), développé par des membres des ressources humaines de l'entreprise, est une adaptation du modèle de Flaxman *et al.*, (2013). Le modèle d'intervention proposé par Flaxman *et al.*, (2013) a été spécialement conçu pour être appliqué en milieu de travail auprès de travailleurs. Flaxman et Bond sont des pionniers dans la recherche appliquée sur l'ACT en milieu de travail et leur protocole d'intervention est reconnu et appuyé par le père de l'approche, Dr Steven Hayes.

Le programme a été réparti sur une période de huit semaines, il contient trois rencontres en personne d'une heure et demie chacune, deux modules en ligne et asynchrones d'environ 30 minutes chacun et des exercices à faire sur une base hebdomadaire (environ deux heures par semaine) (voir Tableau 3.1). Les deux premières rencontres se sont déroulées à une semaine d'intervalle alors que la troisième rencontre a eu lieu un mois plus tard (voir Annexe C pour plus de détails). Le premier module en ligne a été offert entre la première et la deuxième rencontre, alors que le deuxième module a pour sa part été offert entre la deuxième et la troisième rencontre. Le programme n'est pas de nature thérapeutique, son objectif étant plutôt de transmettre aux travailleurs des habiletés, des outils ainsi que des stratégies susceptibles de les aider à mieux gérer diverses situations difficiles dans le cadre de leur travail et d'accroître leur mieux-être.

Diverses mesures ont été prises afin que le programme soit dispensé de manière éthique. D'une part, les ateliers en présentiel de même que les modules en ligne ont été offerts par deux professionnelles ayant une expertise en intervention de groupe et ayant suivi une formation d'introduction à l'ACT. D'autre part, tel que mentionné plus haut, l'intervention s'appuie sur un protocole détaillé (Flaxman *et al.*, 2013), lequel a été conçu de manière à ce que les ateliers soient offerts uniformément, mais aussi pour que les exercices qu'ils contiennent soient menés de manière irréprochable sur le plan

éthique. Le protocole adapté (Annexe C) documente pas à pas le déroulement des ateliers et des modules en ligne et permet d'assurer la qualité et l'uniformité de ceux-ci.

Tableau 3.1 Programme *Agir en pleine conscience*

Ateliers	Objectifs	Exercices et métaphores
Atelier 1. La présence attentive, les valeurs et l'engagement dans l'action	Introduire la notion de présence attentive. Amener les participants à clarifier leurs valeurs, mais aussi se fixer des buts et poser des gestes cohérents avec celles-ci.	Exercice de la canneberge (Kabat-Zinn, 1990). Exercice « les deux feuilles de papier » (Flaxman <i>et al.</i> , 2013)
Module 1 (en ligne). Les actions basées sur ce qui est important	Aider les participants à explorer davantage les notions présentées dans l'atelier 1 soit définir ce qui est important pour eux ainsi que les actions qu'ils sont prêts à prendre pour s'en approcher.	Exercice de la matrice (Polk et Schoendorff, 2014)
Atelier 2. Le soi observateur et la défusion cognitive	Revenir sur les concepts présentés à la séance 1 et lier ceux-ci aux difficultés et souffrances des participants. Introduire la notion d'observateur : amener les participants à porter délibérément leur attention sur leur expérience (interne et externe), tel qu'elle se déploie dans l'instant présent, sans jugement.	Méditation assise et marchée (Kabat-Zinn, 2010)
Module 2 (en ligne). Les obstacles intérieurs	Aider les participants à explorer davantage les notions présentées dans l'atelier 2 soit définir leurs obstacles intérieurs et identifier leurs mécanismes automatiques d'interaction avec ceux-ci. Présentation de nouveaux exercices pour les aider à se distancer des pensées et des émotions douloureuses qui les habitent sans pour autant chercher à les changer, les contrôler ou les éviter.	La métaphore des passagers de l'autobus (Harris, 2009) Méditation guidée « les feuilles sur la rivière » (Harris, 2009)
Atelier 3. Consolidation des apprentissages	Amener les participants à faire un retour sur les apprentissages réalisés durant les ateliers précédents. Revenir sur les principaux concepts afin de les amener à développer une perspective différente par rapport à leurs difficultés.	Exercice « les deux feuilles de papier » (Flaxman <i>et al.</i> , 2013) La méditation sur le souffle (Kabat-Zinn, 2010)

3.3 Devis de recherche

Pour évaluer les effets de l'intervention, un essai randomisé avec groupe contrôle de type « liste d'attente » a été mis en place. Ce devis repose sur la création de deux groupes (expérimental et contrôle) et sur trois temps de mesure : a) la semaine précédant l'intervention, b) immédiatement après que le groupe expérimental ait terminé l'intervention et c) 3 mois après que le groupe expérimental ait terminé l'intervention. Dans la première portion du devis (février 2018), les 25 participants du groupe *expérimental* (49 % des participants) ont pris part aux ateliers alors que les 26 participants du groupe *contrôle* (51 % des participants) ont été mis sur une liste d'attente. Dans la seconde portion du devis (avril 2018), les ateliers ont été offerts aux travailleurs du groupe contrôle. La répartition aléatoire des participants a été effectuée par notre équipe de recherche à l'aide de la plateforme www.randomization.com.

Tableau 3.2 : Devis de recherche utilisé dans le cadre de l'étude

	T1				T2				T3
	S1	S2	S3	S7	S8	S10	S11	S15	S20
Gr_EXP	o	X1	X2	X3	o				o
Gr_CONT	o				o	X1	X2	X3	o

Note: T = Temps de mesure; S = Semaines; Gr = Groupes randomisés; X = Ateliers; o = Collectes de données.

3.3.1 Procédure

La directrice du développement organisationnel et responsable du programme a partagé une publicité (Annexe E) aux coordonnateurs en les invitant par courriel à s'inscrire à une séance d'information. Lors de celle-ci, plusieurs renseignements ont été transmis aux travailleurs (p. ex., la nature et les objectifs du programme *Agir en pleine conscience*, ainsi que les modalités et la logistique de la recherche). Notons que l'auteure de cet essai doctoral était présente à cette rencontre et qu'elle a informé les

coordonnateurs que leur participation à la recherche était volontaire, qu'ils pouvaient se désister à tout moment sans aucun préjudice et que leurs réponses aux questionnaires (voir plus bas) étaient anonymes. Bien que les travailleurs étaient libres de prendre part ou non à ce programme, il est à noter que leur participation à l'intervention était fortement encouragée par l'employeur. Les participants ont aussi été informés que personne ne serait exclu de la recherche sur la base de son âge, sa culture, son sexe ou sa religion. L'intervention était offerte durant les heures de travail et les travailleurs étaient rémunérés pour y prendre part. Aucune autre forme de compensation ne leur a été promise. Les coordonnateurs ont aussi été avisés qu'ils pouvaient prendre part à l'intervention sans participer à l'étude. Finalement, la séance d'information s'est terminée avec une période de questions afin de s'assurer que les participants aient toutes les informations nécessaires pour prendre une décision éclairée par rapport à leur participation à cette recherche.

Au terme de la séance d'information, un formulaire de participation et de consentement (Annexe A) – incluant toutes les informations relatives au projet de recherche, aux avantages et inconvénients potentiels, aux démarches de plaintes, etc. – a été remis aux participants. Seuls les travailleurs ayant signé ce formulaire ont été invités à remplir les questionnaires liés à l'étude (Annexe B). Compte tenu de la nature longitudinale du devis de recherche (trois temps de mesure) et de l'utilisation de questionnaires électroniques (SurveyMonkey), les participants ont été invités à s'identifier à l'aide de leur adresse électronique (sans quoi il aurait été impossible de leur envoyer par courriel leurs questionnaires T2 et T3). Cette procédure a également permis de jumeler les questionnaires. Une fois les trois questionnaires complétés, l'adresse électronique des participants a été convertie en code alphanumérique ne permettant pas de les identifier. Le certificat éthique de cette étude est présenté à l'Annexe D.

3.4 Instruments de mesure

La collecte des données a été menée à l'aide de trois questionnaires, soit un pour chaque

temps de mesure (T1, T2 et T3). Ils visaient à mesurer quatre indicateurs : 1) la rigidité psychologique, 2) la flexibilité psychologique, 3) le stress perçu et 4) l'auto-compassion. Précisons que dans le questionnaire T1, les données sociodémographiques suivantes ont été récoltées : âge, sexe, titre du poste, ancienneté au sein de l'entreprise, dernier diplôme obtenu. En outre, tel que mentionné plus haut, ce questionnaire a été complété au terme de la séance d'information alors que les questionnaires T2 et T3 ont été envoyés aux participants à partir de la plateforme de sondage SurveyMonkey. Les questionnaires utilisés dans cette étude sont présentés à l'Annexe B.

3.4.1 Rigidité et flexibilité psychologique

Les questionnaires sont composés de diverses échelles. La rigidité et la flexibilité psychologiques ont été mesurées à l'aide de la version française du *Multidimensional Psychological Flexibility Inventory* (MPFI-24) (Grégoire *et al.*, 2020). Celle-ci contient 24 items et permet de mesurer la flexibilité (p. ex., « j'ai été attentif à mes pensées et à mes émotions à chaque instant ») et la rigidité psychologiques (p. ex., « j'ai essayé de me distraire lorsque j'ai ressenti des émotions désagréables ») dont font preuve les répondants. Les items sont basés sur une échelle de réponse de type Likert à 6 points allant de 1 (jamais vrai) à 6 (toujours vrai). La moyenne des 12 items destinés à évaluer la flexibilité psychologique est effectuée afin d'obtenir un score composite de flexibilité, alors que les 12 items de rigidité sont, quant à eux, utilisés pour créer un score composite de rigidité. La fiabilité des sous-échelles MPFI-24 et des composites ont été évalués au moyen d'alpha de Cronbach. Les sous-échelles et les scores composites ont démontré une cohérence interne adéquate dans l'échantillon complet et lorsqu'ils sont estimés séparément entre les hommes et les femmes (les alphas oscillent entre 0,71 à 0,92) (Grégoire *et al.*, 2020).

3.4.2 Stress

Le stress perçu a été mesuré à l'aide de la version courte du *Perceived Stress Scale* (PSS-10) (Cohen *et al.*, 1994). Celle-ci contient 10 items et elle est élaborée à partir du

modèle de stress de Lazarus et Folkman (1987). Elle porte sur l'auto-évaluation de la perception de contrôlabilité et de prévisibilité vécue par le répondant au cours des dernières semaines (p. ex., « Combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ? »). Les items du PSS-10 reposent sur une échelle de réponse de type Likert à 5 points allant de 0 (jamais) à 4 (très souvent) et quelques items sont inversés. Un score élevé sur la PSS-10 indique un niveau élevé de stress perçu. Lee (2012) a recensé les articles liés aux propriétés psychométriques de l'échelle de stress perçu (PSS). En général, les propriétés psychométriques du PSS-10 se sont révélées supérieures à celles du PSS-14. Les alpha de Cronbach oscillent de 0,74 à 0,91 (avec une moyenne $\alpha = 0,83$).

3.4.3 Auto-compassion

L'auto-compassion a été mesurée à l'aide de la version courte francophone du *Self Compassion Scale* (SCS) (Kotsou et Leys, 2016; Neff, 2003; Raes *et al.*, 2011). Cette version contient 12 items permettant de mesurer 6 sous facteurs (attitude bienveillante, jugement, humanité commune, isolement, présence attentive et sur-identification) en plus du facteur global d'auto-compassion. Chaque énoncé (p. ex., « quand j'échoue à quelque chose d'important pour moi, je suis envahi par un sentiment de ne pas être à la hauteur ») est noté sur une échelle de réponse de type Likert à 5 points, allant de 1 (presque jamais) à 5 (presque toujours), et vise à évaluer la manière dont le participant interagit avec ses pensées ou ses émotions lorsqu'il vit des situations difficiles. Lors de l'examen des scores totaux de validation de l'échelle courte, celle-ci a obtenu une corrélation presque parfaite avec l'échelle longue ($\alpha = 0,94$) (Kotsou et Leys, 2016).

3.5 Attrition

Cinquante-quatre travailleurs ($n = 54$) étaient éligibles à prendre part à l'étude, mais trois ont décidé de ne pas y participer. Cinquante et un ($n = 51$) ont complété le questionnaire T1 et ont été répartis aléatoirement dans les groupes expérimental et

contrôle. Au total, 22 travailleurs du groupe expérimental ont complété l'intervention et rempli les trois questionnaires de l'étude (taux d'attrition = 12 %) alors que 13 travailleurs du groupe contrôle ont pris part à l'ensemble de l'intervention et ont complété tous les questionnaires (taux d'attrition = 53 %). La Figure 3.1 illustre en détail de quelle manière l'attrition s'est répartie durant l'étude.

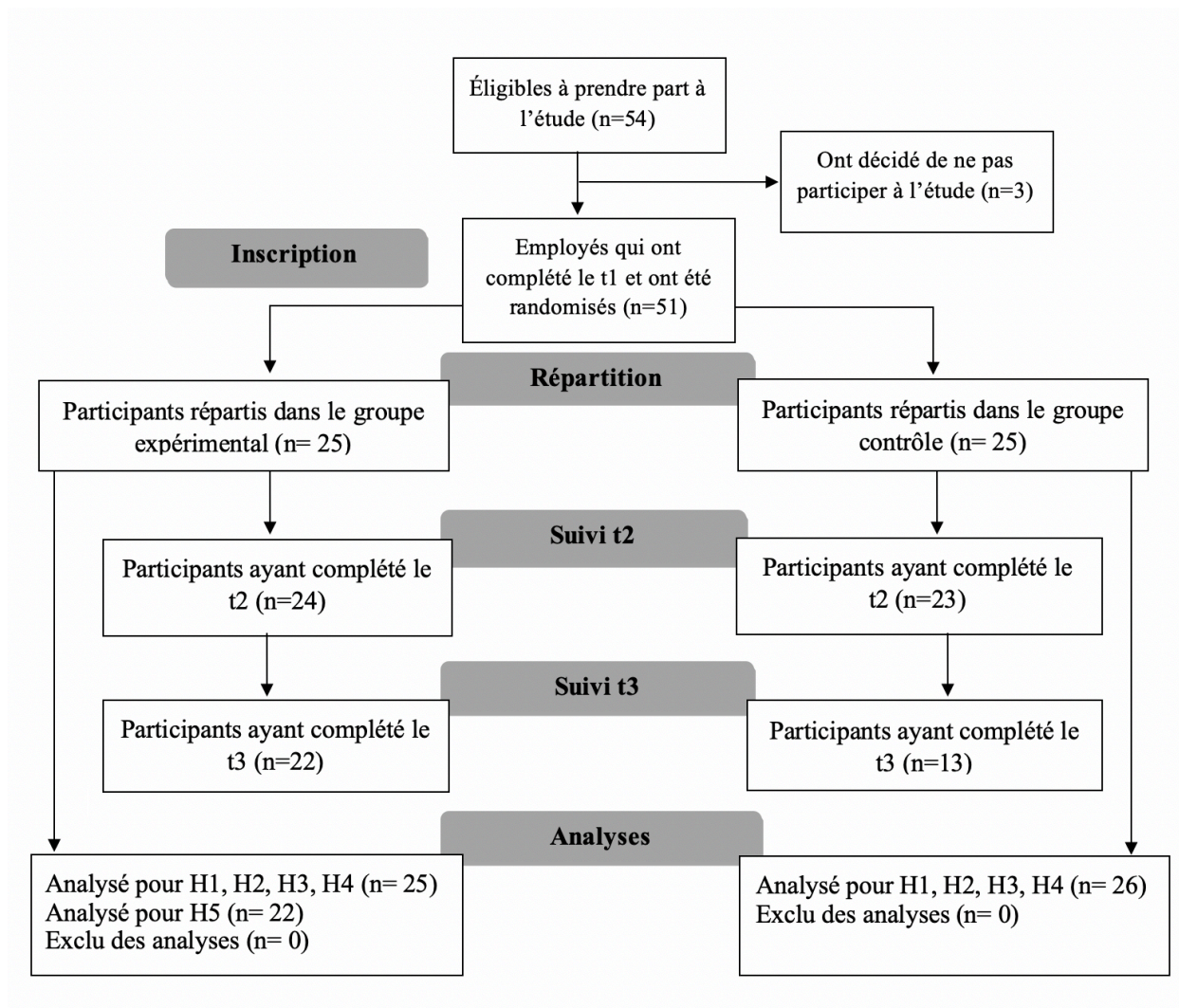


Figure 3.1 Diagramme de flux

3.6 Stratégies d'analyse de données

Les hypothèses 1 à 4 ont été testées à l'aide d'analyses de covariance (ANCOVA) afin de vérifier la présence ou non d'un effet de groupe au temps 2, en contrôlant pour les scores obtenus par les participants au temps 1. L'analyse de la covariance permet de contrôler pour les différences entre les groupes au temps 1 et est associée à une meilleure puissance statistique que l'ANOVA pour détecter les changements dans les plans randomisés (Van Breukelen, 2006). Les analyses principales ont été faites avec la méthode « intention de traiter » (voir Tableau 3.2) à l'aide du *last-observation-carried-forward* (Twisk et de Vente, 2002) sur l'ensemble des travailleurs qui ont participé à l'étude ($n = 51$). Des analyses secondaires ont aussi été menées à l'aide de la méthode « par protocole » en y incluant les participants ayant complété au moins 60 % de l'intervention, soit trois ateliers et plus ($n = 47$).

L'hypothèse 5, a été testée à l'aide d'un test t pour échantillons appariés afin de vérifier un maintien des gains entre le T2 et le T3 chez les participants du groupe expérimental. Le nombre de participants nécessaire à cette étude a été calculé à l'aide du programme G*Power 3. Une taille échantillonnale de 55 participants s'est avérée nécessaire pour mener les analyses souhaitées en maintenant un alpha de 0,05 et une puissance de 0,95.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

4.1 Analyses préliminaires

La normalité des données a été vérifiée à l'aide des tests de Kolmogorov–Smirnov et de Shapiro-Wilk. L'homogénéité des matrices de variance et de covariance, pour sa part, a été validée à l'aide du test M de Box. Le test de Little (MCAR; Little, 1988) a été utilisé afin de s'assurer que les données manquantes, pour chaque variable dépendante, à chaque temps de mesure, soient aléatoires. Le résultat de ce test s'est avéré non significatif, ce qui suggère que les données manquantes sont aléatoires. Ces données ont donc été imputées à l'aide de l'algorithme *Expectation-maximization* (EM) (Dempster *et al.*, 1977).

L'équivalence entre le groupe expérimental et le groupe contrôle a aussi été vérifiée de diverses façons. Des tests de chi-carrés avec valeurs résiduelles ajustées standardisées montrent que les groupes ne se distinguent pas de manière significative en ce qui a trait à leur sexe, leur poste, leur ancienneté ou leur niveau de scolarité. Des analyses de la variance univariées (ANOVA) révèlent, pour leur part, que les groupes ne se distinguent pas de manière significative quant à leur âge ($F(1, 50) = 0.51, p = .47$) ou le nombre d'ateliers qu'ils ont complétés durant l'intervention ($F(1, 50) = 0.00, p = .98$). L'équivalence entre les groupes quant à leurs scores au T1 a été vérifiée à l'aide d'une analyse de la variance multivariée (MANOVA) dans laquelle le groupe

(expérimental vs contrôle) a été intégré comme facteur inter-sujet. Cette analyse n'a permis de faire ressortir aucune différence significative par rapport aux scores de rigidité psychologique, de flexibilité psychologique, de stress perçu et d'auto-compassion au niveau de base. Ajoutons que des tests de chi-carrés avec valeurs résiduelles ajustées standardisées indiquent que les groupes ne se distinguent pas entre eux quant au nombre d'ateliers auxquels ils ont assisté.

Des ANOVAs ont aussi été menées afin de déterminer si les participants qui ont complété tous les ateliers se distinguent de ceux qui ont manqué un ou plusieurs ateliers au T1. Ces analyses indiquent que ceux qui ont complété l'ensemble de l'intervention percevaient plus de stress au T1 que ceux qui n'ont pas fait l'ensemble des ateliers [$F(1, 53) = 4.06, p < .05$]. Au total, 2 % des participants ont pris part à aucun atelier, 5,9 % à deux ateliers, 19,6 % à trois ateliers, 23,5 % à 4 ateliers et 49 % aux cinq ateliers prévus dans l'intervention. En moyenne, les participants ont pris part à quatre ateliers.

4.2 Analyses liées aux hypothèses

Rappelons qu'il est attendu que les participants du groupe expérimental rapportent des indices de rigidité psychologique plus bas (H1), de flexibilité psychologique plus élevés (H2), de stress perçu plus bas (H3) et d'auto-compassion plus élevés (H4) que les participants du groupe *contrôle* au terme de l'intervention (T2). Il est aussi attendu que les effets observés chez les participants du groupe intervention se maintiennent jusqu'à trois mois après la fin de l'intervention (H5).

Les hypothèses 1 à 4 ont été testées à l'aide d'ANCOVAS. Avant de mener ces analyses, leurs postulats ont été vérifiés (p. ex., homogénéité des régressions) sans qu'aucune anomalie ne soit décelée. Contrairement aux quatre premières hypothèses de cette étude, les ANCOVAS révèlent que les participants qui ont pris part à l'intervention ne se distinguent pas de manière significative au T2 de ceux qui ont été mis sur la liste d'attente, et ce pour aucune des variables à l'étude. En outre, les tailles d'effet pour

chacune des variables, tant sous la méthode « intentions de traiter » que « par protocole » sont petites et en deçà d'un d de Cohen de .5.

Tableau 4.1 Analyses statistiques

Effets de la randomisation sur la flexibilité et la rigidité psychologique, la compassion et le stress des participants après le programme

Mesures de résultat			Groupe expérimental (n=25)				Groupe contrôle (n=26)				ANCOVA			
	Pre	Post	Pre		Post		Pre		Post					
	α	α	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET	F	dl	d (itt)	d (pp)
Rigidité psychologique	.84	.79	2.78	.72	2.61	.64	2.58	.52	2.61	.64	0.11	1.50	.30	.40
Flexibilité psychologique	.87	.89	3.96	.69	3.84	.73	4.05	.55	4.04	.55	0.97	1.50	.17	.42
Stress	.82	.87	2.68	.58	2.61	.66	2.55	.49	2.58	.58	0.39	1.50	.17	.11
Auto-compassion	.65	.75	3.26	.47	3.46	.56	3.38	.46	3.41	.58	2.04	1.50	.36	.25

α = Alpha de Cronbach; M = moyenne du groupe non ajustée; ET = écart type; F = valeurs F de l'ANCOVA; dl = degrés de liberté; d = d de Cohen

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Bien que les différences entre le groupe *expérimental* et le groupe *contrôle* au T2 soient marginales, elles correspondent à ce qui était attendu (c'est-à-dire, moins de rigidité psychologique, une plus grande flexibilité psychologique, moins de stress perçu et plus d'auto-compassion au sein du groupe expérimental), ce pourquoi l'hypothèse 5 a tout de même été vérifiée. Des tests t appariés indiquent que seule l'auto-compassion ($t(24) = -2.87, p = .00$) a continué d'augmenter de façon significative chez les membres du groupe intervention entre le T2 et le T3. Les scores aux autres variables n'ont pas changé de manière significative entre ces deux temps de mesure ce qui suggère que les effets se sont maintenus.

CHAPITRE V

DISCUSSION

L'objectif de cette recherche était d'évaluer les effets d'une brève intervention ACT selon quatre variables : la flexibilité psychologique, la rigidité psychologique, le stress perçu et l'auto-compassion. Nous avons postulé qu'en comparaison au groupe contrôle, les travailleurs qui prendraient part à cette intervention rapporteraient, au terme de celle-ci, des indices de rigidité psychologique plus bas (H1), de flexibilité psychologique plus élevés (H2), de stress perçu plus bas (H3) et d'auto-compassion plus élevés (H4). Nous avons aussi postulé que de tels effets se maintiendraient jusqu'à trois mois après la fin de l'intervention (H5). Or, les résultats récoltés dans le cadre de cette étude permettent de soutenir aucune de ces hypothèses. Bien que les ANCOVAs soient généralement recommandées dans le cadre d'essais randomisés comme celui mis en place dans cette étude, nous avons aussi mené à des fins exploratoires des analyses de la variance à mesures répétées (ANOVAs) de type mixtes (intra-inter sujets) (une par variable dépendante) afin de tester nos hypothèses. De telles analyses n'ont permis de déceler aucun effet d'interaction, ce qui corrobore les résultats issus des ANCOVAs pour les hypothèses 1 à 4. Ceci dit, les ANOVAs ont permis de déceler un effet temps pour la rigidité psychologique [$F(2, 49) = 6.79, p < .002$] et l'auto-compassion [$F(2, 49) = 19.02, p < .000$]. Ceci suggère une différence de moyenne significative dans les deux groupes entre le T1 et le T3, mais aussi qu'au terme de l'intervention, le niveau d'auto-compassion des membres du groupe expérimental a continué d'augmenter et que leur niveau de rigidité psychologique, pour sa part, a continué à diminuer. Ce résultat

permet de jeter un éclairage différent sur les résultats issus des tests t présentés dans la section résultats.

5.1 Commentaires sur les résultats

Dans les lignes qui suivent, nous tentons d'expliquer les résultats de cet essai à la lumière des modèles théoriques présentés précédemment, mais aussi à partir de diverses considérations méthodologiques et pratiques. Nous le faisons non pas en discutant séparément de chacune des variables à l'étude, comme il est coutume de le faire, mais bien de manière globale.

5.1.1 Effet de plafond

D'une part, le fait qu'aucun changement significatif n'ait été observé dans le cadre de cette étude peut s'expliquer par un effet de plafond. Au terme de sa revue systématique des écrits, Archer (2018) conclut que les interventions ACT sont plus efficaces auprès des personnes qui présentent d'avantage de détresse psychologique au niveau de base (c'est-à-dire avant l'intervention). Ceci suggère que les travailleurs qui présentent des degrés de détresse élevés (p. ex., stress, anxiété, fatigue) au moment d'entreprendre une intervention ACT retirent davantage de bénéfice de celle-ci. Un certain nombre d'auteurs (p. ex., Waters *et al.*, 2018) vont même jusqu'à recommander de cibler ces populations à l'avenir et à offrir les interventions ACT uniquement à des populations qui présentent des symptômes de détresse élevés.

Dans cette étude, les travailleurs avaient des niveaux de stress perçu relativement bas avant d'amorcer l'intervention (en moyenne 2.6 sur 5 dans nos deux groupes) et notre échantillon présentait peu de variabilité à cet effet. Comme les participants ont amorcé l'intervention en étant peu stressés, il y avait peu de place à l'amélioration. De ce fait, il n'est pas surprenant que le niveau de stress perçu n'ait pas significativement diminué au terme de l'intervention. Le même rationnel vaut pour nos autres variables : les travailleurs ont amorcé l'intervention avec des niveaux de flexibilité et d'auto-

compassion relativement élevés, et un niveau de rigidité plutôt bas. D'autres études, avec des échantillons plus grands, seraient nécessaires afin de vérifier si l'intervention *Agir en pleine conscience* permet d'influencer les variables à l'étude dans cette recherche. Aussi, il serait important d'évaluer la portée de cette intervention avec un échantillon de travailleurs qui présentent des niveaux élevés de détresse psychologique (p. ex., stress, épuisement).

5.1.2 Besoins particuliers de la population à l'étude

D'autre part, l'intervention évaluée dans cette étude a été implantée sans qu'aucune analyse des besoins individuels n'ait été menée en amont (p. ex., via un sondage ou des entrevues) ou que les caractéristiques des travailleurs ayant pu modérer les effets de l'intervention n'aient été évaluées. Une analyse des besoins aurait peut-être permis de réaliser que le stress des travailleurs était plutôt faible, ou qu'il était tributaire de facteurs contextuels (p. ex., organisation du travail dysfonctionnelle, pratiques de gestion malsaines) qui ne faisaient pas l'objet de l'intervention. Les propos de Purser (2019) vont dans le même sens :

Reducing suffering is a noble aim and it should be encouraged. But to do this effectively, teachers of mindfulness need to acknowledge that personal stress also has societal causes. By failing to address collective suffering, and systemic change that might remove it, they rob mindfulness of its real revolutionary potential, reducing it to something banal that keeps people focused on themselves.

Dans cet ordre d'idée, il est possible que l'intervention n'ait pas eu les résultats escomptés parce qu'elle ne répondait pas aux besoins des participants et qu'elle portait sur des facteurs individuels plutôt qu'organisationnels.

De plus, cette analyse aurait pu nous renseigner sur les différences individuelles liées à la personnalité et à la motivation des travailleurs. Dans une étude récente, Pyszkowska (2020) a montré que 53 % de la variance de l'auto-compassion et 34 % de la variance de la flexibilité psychologique s'expliquent par des facettes de la

personnalité des participants. On peut postuler, par exemple, qu'une personne avec des traits de personnalité perfectionniste ou évitante aura plus de difficulté à développer sa flexibilité psychologique et son auto-compassion qu'une personne ouverte ou qui a une bonne estime d'elle-même.

Au regard de la motivation, rappelons que si les travailleurs étaient libres de prendre part ou non à cette étude, nous avons appris en cours de route que leur participation à l'intervention avait été fortement encouragée par leur employeur. Est-ce que certains d'entre eux se sont sentis contraints de prendre part à cette intervention ? Est-ce que certains y ont pris part, non pas par intérêt ou par nécessité, mais par crainte de réprimandes ? Dans le futur, il serait important de vérifier si les effets de l'intervention *Agir en pleine conscience* sont modérés par des variables individuelles comme la personnalité et la motivation. Comme le soulignent Villatte *et al.*, (2016, p. 59) : « un traitement personnalisé efficace repose sur une compréhension des caractéristiques des individus qui influencent les processus d'intervention et les résultats ».

5.1.3 Durée de l'intervention

Est-ce que l'intervention était trop courte? Cette question n'est pas triviale. Il est possible que nous n'ayons pas décelé de différences significatives simplement parce que l'intervention *Agir en pleine conscience* était trop brève. De manière informelle, certains participants ont d'ailleurs mentionné avoir manqué de temps, de soutien et de pratique durant l'intervention. À cela, il faut ajouter que les habiletés que les participants sont amenés à cultiver durant une intervention ACT sont contre-intuitives pour plusieurs (p. ex., notre réflexe est de lutter, contrôler, solutionner nos difficultés plutôt que de les accepter). Conséquemment, de telles postures nécessitent du temps pour se développer. Comprendre ces postures psychologiques (apprendre à observer son monde intérieur, être connecté avec ses valeurs et agir en cohérence avec celles-ci, interagir avec soi avec douceur, ouverture et compassion, etc.) puis les mettre en application au quotidien nécessitent possiblement plus de 3 rencontres en personne

d'une heure et demie et 2 modules en ligne de 30 minutes. La recherche montre par ailleurs que « le maintien des effets nécessite que les personnes aient l'opportunité d'une pratique continue qu'ils apprendront à intégrer dans leur vie au-delà des séances d'entraînement à proprement parler » (Steiler *et al.*, 2018, p. 79). En considérant notamment que l'intervention *Agir en pleine conscience* n'incluait pas d'enseignements ni d'opportunités de pratique continue lorsque nous l'avons évaluée², est-il possible que nous n'ayons pas obtenu les résultats souhaités puisque celle-ci n'était pas assez longue? Les conclusions de la revue systématique d'Archer (2018) vont d'ailleurs en ce sens. L'intervention la plus courte recensée dans leur revue des écrits, celle de Bethay *et al.*, (2013) est aussi celle qui a généré le moins de résultats probants.

5.1.4 Temps nécessaire pour observer des changements significatifs

Il est aussi possible que les mesures aient été prises trop rapidement après l'intervention pour observer des changements significatifs. Steiler *et al.*, (2018) soulignent à ce propos la difficulté d'évaluer un « état naissant ». À titre d'exemple, évaluer les premiers pas vers plus d'auto-compassion (p. ex., la capacité à s'observer dans le moment présent, la capacité à s'accueillir dans les moments difficiles) peut s'avérer complexe. Certaines recherches suggèrent que les effets de l'ACT (p. ex., le développement de la flexibilité psychologique) prennent du temps à se manifester (Archer, 2018). Bien que les participants puissent rapporter un peu plus de flexibilité psychologique à la suite de l'intervention, ce gain ne se manifeste véritablement que lorsqu'ils font face à des crises, des difficultés ou autres problèmes. Est-il possible que

² Afin de répondre aux suggestions des participants et de suivre les recommandations des chercheurs quant aux meilleures pratiques, l'entreprise avec qui nous avons travaillé a, à la suite de cette étude, a mis en place un réseau d'ambassadeurs, une salle de méditation, et a intégré une deuxième phase à l'intervention.

nous n'ayons pas observé de changements significatifs sur nos variables parce que nous avons tenté de mesurer celles-ci trop rapidement suite à l'intervention (T2)? Afin d'explorer cette question, nous avons mené des analyses post-hoc, soit des test *t* appariés. Ces tests ne montrent aucune différence significative au sein du groupe expérimental entre les T1 et T3, sauf pour l'auto-compassion, laquelle est significativement plus élevée au T3 ($t(24) = -4.03, p = .00$).

5.1.5 Utilisation des modules en ligne

Les modules en ligne de l'intervention ont peu été utilisés. Des 50 participants qui ont complété le programme, seulement 30 ont fait les deux modules en ligne qui étaient suggérés. Les facilitatrices ont par ailleurs indiqué qu'elles n'avaient pas suffisamment souligné l'importance de faire ces modules auprès des participants. La recherche sur le sujet montre que les interventions en ligne basées sur la présence attentive ont tendance à avoir des taux d'abandon plus élevés et des effets plus faibles lorsqu'elles sont administrées de manière autonome que lorsqu'elles sont soutenues par un facilitateur ou un thérapeute (Viskovich, 2019). Dans leur étude exploratoire d'une intervention ACT en ligne, Levin *et al.*, (2016) ont rapporté qu'uniquement les participants ayant choisi de recevoir du soutien (p. ex., des messages textes de rappel afin de compléter l'intervention) avaient amélioré leur flexibilité psychologique.

De plus, très peu de temps a été accordé aux retours sur l'expérience des participants, en lien avec les modules en ligne (environ 15 minutes par séance). Si on en croit Steiler *et al.*, (2018) ce manque d'échanges pourrait avoir eu un impact sur l'intégration des apprentissages puisque la pratique de la présence attentive, entre autres, se bâtit aussi dans le dialogue, dans les moments de connexion au groupe et dans la variété et la richesse des partages. En ce sens, on peut postuler que l'absence de résultats significatifs dans cette étude soit due, tout au moins en partie, au fait que les modules en ligne aient été mal compris, peu consultés par les participants ou encore mal intégrés à travers le dialogue.

5.1.6 Formation des facilitatrices

La majorité des interventions évaluées dans les études antécédentes ont été menées par des chercheurs ou des cliniciens ACT expérimentés (Archer, 2018). Dans ce projet, l'intervention a plutôt été offerte par des employées du milieu qui n'étaient ni des chercheuses, ni des psychologues cliniciennes. C'était par ailleurs la première fois que ces travailleuses offraient une intervention ACT. Au terme de l'étude, les formatrices ont dit avoir une meilleure compréhension de l'approche et des besoins des participants. L'ACT, en apparence simple est complexe, et criblée de subtilités, d'écueils et de postures psychologiques à incarner (p. ex., la pleine conscience, l'ouverture, la patience). Cette approche nécessite aussi de bien connaître la théorie des cadres relationnels et le contextualisme fonctionnel dont il est question plus haut. En ce sens, on peut se demander si les résultats de cette étude auraient été différents si l'intervention avait été offerte par des facilitateurs ACT expérimentés.

5.2 Forces et limites

5.2.1 Forces

Cette recherche a plusieurs forces. Elle s'appuie sur un devis expérimental rigoureux de type « essai randomisé contrôlé » et sur un nouvel outil d'évaluation de la flexibilité psychologique (MPFI-24), lequel permet de pallier aux limites du AAQ et du AAQ-II dont il est question plus haut. Elle intègre une variable encore peu étudiée auprès de travailleurs par la communauté ACT (l'auto-compassion) et comporte une mesure de suivi (trois mois), ce qui nous a permis d'évaluer les effets de l'intervention à plus long terme. Ajoutons que cette recherche porte sur une intervention hybride de courte durée développée par une organisation québécoise et offerte par des facilitatrices à l'interne. Ce faisant, nous avons pu modestement contribuer à l'avancement des connaissances en regard de l'utilisation de l'ACT en milieu organisationnel.

5.2.2 Limites

Cette recherche a aussi des limites. Premièrement, nous étions contraints quant au nombre de participants et nous avons uniquement eu accès à un petit échantillon, ce qui a limité la puissance statistique de nos analyses ainsi que notre capacité de détecter un effet de petite taille. Rappelons que la taille de notre échantillon était de 51 participants alors qu'une taille échantillonnale de 55 participants aurait été nécessaire pour détecter obtenir un d de Cohen de 0.76 et observer une grande taille d'effet ($f=0.38$) avec une puissance de 80%. Ainsi, pour parvenir à détecter une taille d'effet moyenne, il aurait fallu 128 participants, soit 64 par groupe. En raison de la petite taille de notre échantillon, nous n'avons donc pas eu la puissance statistique nécessaire afin de détecter des tailles d'effet généralement considérées comme « cliniquement significatives ». Il est donc possible que nous n'ayons pas eu suffisamment de participants pour détecter les changements.

Deuxièmement, cette étude s'appuie uniquement sur des questionnaires auto-rapportés. Bien que cette méthode de collecte soit courante et efficiente (Baumard *et al.*, 1999), elle peut entraîner de la désirabilité sociale. Il se peut que les travailleurs, par crainte de décevoir leur employeur ou par peur que leurs résultats soient révélés, aient tronqué consciemment ou inconsciemment leurs réponses aux questionnaires. Dans l'avenir, d'autres types de méthodes de collecte de données (l'évaluation écologique instantanée, les mesures physiologiques) pourraient être utilisés pour évaluer l'intervention *Agir en pleine conscience* (Wersebe *et al.*, 2018).

Une autre limite est liée au contexte organisationnel. Considérant que les membres du groupe *expérimental* et du groupe *contrôle* travaillaient au sein de la même organisation et parfois au sein d'un même département, on peut penser qu'ils ont échangé entre eux par rapport à l'intervention, durant l'étude, ce qui peut avoir miné la validité interne de celle-ci.

Finalement, nous n'avons pas été en mesure de contrôler la manière dont l'intervention a été offerte (p. ex., en filmant la manière dont les séances ont été animées) ni la formation des animatrices à l'égard de l'ACT. À cet égard, Karekla *et al.*, (2019, p. 1) soutiennent que l'expérience des animateurs peut parfois expliquer l'attrition dans le cadre d'une intervention. Ils écrivent à ce sujet : « le type de problématique avec lequel vivent les participants, le contexte et la manière dont s'est fait le recrutement et le niveau d'expérience des formateurs sont d'importants modérateurs d'abandon en cours d'intervention. »

5.3 Avenues de recherches

Cette étude laisse entrevoir diverses avenues de recherche. Dans les lignes qui suivent, nous en présentons brièvement quelques-unes.

5.3.1 Vers des mesures qualitatives et comportementales

Curieusement, peu de recherches qualitatives ont jusqu'ici été publiées afin de mieux comprendre les mécanismes d'action de l'ACT, cerner l'expérience des participants qui prennent part à ce type d'intervention ou encore les effets sur ceux-ci. Tel que mentionné plus haut, les effets de cette approche peuvent être subtils et mettre du temps à se développer. Mesurer des « *états naissants* » (Steiler *et al.*, 2018) et suivre le développement de variables telles que la flexibilité psychologique ou l'auto-compassion, à l'aide de questionnaires auto-rapportés, sont nécessairement limités. L'utilisation de journaux de bord, d'entretiens individuels ou de groupes de discussion permettrait d'enrichir les connaissances dont on dispose au regard de l'ACT. Il serait tout aussi intéressant d'intégrer davantage de mesures comportementales, à l'aide de la méthode de l'évaluation écologique instantanée, par exemple. Ceci permettrait d'évaluer de nouvelles questions de recherche et de déterminer si, par exemple, les travailleurs sont plus enclins à s'investir au quotidien dans des actions engagées au terme d'une intervention ACT, et ce, même lorsqu'ils doivent composer avec un niveau

de stress élevé dans le cadre de leurs fonctions. Or, comme le notent (Vilardaga *et al.*, 2015), l'évaluation écologique instantanée a peu retenu l'attention des chercheurs de la communauté ACT jusqu'à présent (Vilardaga *et al.*, 2015).

5.3.2 Adhérence au traitement

On dispose encore de bien peu d'informations sur l'impact de l'adhérence aux interventions ACT. Reitz *et al.*, (2016) soutiennent que l'efficacité des interventions basées sur la présence attentive (comme l'ACT) dépend du temps que les participants consacrent à la pratique à domicile. Or, au terme de sa revue des écrits, Archer (2018) conclut que le fait que les participants fassent ou non les activités qui leur sont proposées à la maison n'a pas d'impact sur l'efficacité des interventions ACT en milieu de travail. Dans le futur, il sera important de mieux comprendre le rôle que joue l'adhésion au traitement sur les effets récoltés au terme d'interventions ACT. Il sera tout aussi critique d'identifier les pratiques qui sont les plus efficaces pour favoriser le transfert des apprentissages, d'évaluer l'attitude des participants à l'égard de ces pratiques et ce qui peut être fait par les facilitateurs pour favoriser l'adhésion des participants au protocole entre les séances.

5.3.3 Expérience des facilitateurs

Afin d'étendre la portée des interventions ACT, il serait utile de mieux comprendre le rôle que joue l'expérience des facilitateurs sur l'efficacité de l'approche. Deux études sur l'efficacité d'interventions ACT menées auprès de travailleurs suggèrent que l'expérience des facilitateurs n'a pas d'effet sur l'efficacité des interventions (Brinkborg *et al.*, 2011; Waters *et al.*, 2018). À l'avenir, des essais randomisés comportant deux conditions expérimentales (ACT offert par des facilitateurs expérimentés et ACT offert par des facilitateurs peu expérimentés) pourraient, par exemple, être mis en place afin d'isoler cette variable. En outre, considérant les connaissances que nous avons par rapport à l'impact de la relation thérapeutique sur l'évolution de la santé mentale des patients en psychothérapie, il serait tout aussi

pertinent d'en arriver à mieux comprendre s'il est plus important pour les facilitateurs ACT de maîtriser le contenu de l'approche, ou d'instaurer une alliance de travail de qualité avec leurs clients. Un facilitateur ayant peu d'expérience au regard de l'ACT, mais étant habile à instaurer un climat de confiance avec son client, pourrait-il en arriver aux mêmes résultats qu'un facilitateur travaillant avec l'ACT depuis des années? Dans tous les cas, ces questionnements suggèrent que les interventions ACT pourraient bénéficier d'une plus grande importance accordée à l'expérience des facilitateurs.

5.3.4 Durée de l'intervention

Bien qu'il y ait de plus en plus de connaissances sur la durée nécessaire à utiliser pour les interventions ACT cliniques (Wasson *et al.*, 2020), nous savons encore très peu de choses sur cette question dans le contexte où les interventions ACT sont menées en milieu de travail (Eby *et al.*, 2019). Bien que ce questionnement ne soit pas nouveau, il est très complexe puisque qu'une gamme de formats d'intervention (incluant le nombre de sessions, le nombre d'heures d'intervention, l'intervalle de temps entre les sessions et l'étalement global de la durée de l'intervention dans le temps) ont montré des effets positifs sur la santé mentale des travailleurs (c'est-à-dire sur les variables à l'étude). La durée du protocole de Flaxman *et al.*, (2013) (3 sessions d'une durée de 2h30) sur lequel est basé le protocole *Agir en pleine conscience* est d'ailleurs légèrement différente de celui-ci. Si la demande en milieu organisationnel est, telle que nous la comprenons, principalement d'offrir des programmes courts aux travailleurs, il sera nécessaire d'identifier la durée appropriée et, conséquemment, le contenu essentiel des interventions afin de produire des résultats positifs.

5.3.5 Instrumentalisation de l'approche

Étude des discours dominants

À l'avenir, plus d'attention devrait être accordée à la manière dont la promotion des interventions ACT est faite en milieu de travail et aux discours dominants utilisés pour

justifier ces interventions. Selon nos observations, l'ACT est parfois instrumentalisée et « vendue » comme une solution alignée à une quête du bien-être, comme une « méthode » ou un « outil » pour vivre une forme de bien-être en entreprise, ou, par exemple, ne plus devoir affronter le stress au quotidien. Réduire l'approche à une forme d'outil qu'on utilise comme une recette pourrait restreindre son potentiel de développement, notamment en créant chez les individus des attentes de résultats irréalistes. L'ACT serait-elle une intervention miracle? Si l'approche est présentée comme quelque chose qui produit nécessairement des résultats positifs spécifiques (p. ex., le bien-être ou l'engagement), les personnes qui y participent s'attendent sans doute à observer ces changements chez eux. Dans ce contexte, comment une pratique ainsi instrumentalisée pourrait-elle permettre une observation éclairée de la situation et de soi? Ainsi, le risque est que, plutôt que d'être attentifs à ce qui est présent, les participants tentent de reproduire les comportements qu'ils perçoivent comme ceux qui sont attendus de la part d'une personne « bien dans sa peau et engagée » (p. ex., être calme et serein, se présenter en forme, reposé et motivé au travail), comportements qui, comme le mentionnent Steiler *et al.*, (2018, p. 81) sont, par le fait même, ceux qui sont valorisés dans l'environnement professionnel :

La personne manifeste alors les émotions ou les comportements requis une fois encore dans le seul but de répondre stratégiquement à des injonctions extérieures, et non d'accéder à une forme de liberté et d'endosser les responsabilités associées à une situation donnée. La pleine conscience ne sert ainsi plus une forme d'émancipation, mais alimente au contraire une nouvelle forme d'aliénation.

Dans le même ordre d'idée, les participants pourraient ainsi être tentés de repousser les comportements qui ne sont pas valorisés par leur milieu. À ce jour, les chercheurs se sont surtout attardés à l'efficacité de l'ACT. Bien peu d'entre eux ont exploré les discours utilisés pour en faire la promotion, et surtout les conséquences de tels discours sur les attentes des participants ou encore sur la manière dont ils vivent l'expérience de ces interventions.

Si la pratique de la présence attentive est, dans les discours dominants, réduite à apaiser les sentiments d'anxiété et d'inquiétude au niveau individuel et ne cherche pas à servir une forme de contestation des inégalités sociales, politiques et économiques qui participent à causer de telles détresses, le risque est de passer collectivement à côté de l'intention initiale. Sommes-nous entrain de nourrir, comme le souligne Purser (2019) une optimisation thérapeutique des individus pour les rendre mentalement aptes?

Effets délétères de l'ACT

En terminant, soulignons que l'on en connaît encore bien peu sur les effets délétères possibles de l'ACT. Des recherches récentes montrent notamment que la pratique de la méditation peut avoir de fâcheuses conséquences chez certains (p. ex., augmentation de l'anxiété ou de la dépression) (Lindahl *et al.*, 2017). Dans un contexte où la demande organisationnelle pour l'implantation d'interventions brèves qui visent des résultats rapides et orientés vers l'atteinte d'objectifs financiers est élevée, il peut être tentant pour la communauté scientifique de profiter de ces opportunités afin de « faire avancer la science ». Le risque est donc réel pour les chercheurs de se borner à démontrer uniquement les effets positifs de l'approche, en omettant parfois que celle-ci peut avoir des effets délétères et que les résultats se basent sur des recherches qui ont rarement mesuré les effets des interventions au-delà de 15 jours suivant celle-ci (Hülshager *et al.*, 2014; Hülshager *et al.*, 2013, cités dans Steiler *et al.*, 2018).

CONCLUSION

L'intention initiale de l'ACT, qui se veut être transdiagnostique, est de soutenir le développement de la santé mentale et, de manière spécifique, la croissance de la flexibilité psychologique (Hayes *et al.*, 2006). Bien que modeste, cette étude contribue à l'avancement des connaissances liées à l'apport des interventions ACT sur la santé mentale en milieu de travail. Elle a notamment permis d'explorer les effets de ce type d'intervention sur la rigidité psychologique, la flexibilité psychologique, le stress et l'auto-compassion et ce, chez des travailleurs ne présentant pas un haut niveau de détresse psychologique. Elle a aussi permis de considérer des éléments clés (p. ex., l'importance de la formation des facilitateurs, la durée de l'intervention, l'utilisation de modules en ligne, la condition initiale des sujets à l'étude) et de soulever des questionnements de fond (p. ex., quelles sont les conditions de réussite de base – type de formation des facilitateurs, durée minimale, type de soutien dans l'accomplissement des modules en ligne – nécessaires à l'efficacité de l'intervention en milieu de travail. Est-ce que les interventions ACT devraient être offertes aux travailleurs présentant de hauts niveaux de stress avant l'intervention? Quelle est la bonne manière de parler de l'approche et quels sont les impacts de présenter l'ACT comme une méthode pour atteindre un certain bien-être? Toutes ces questions méritent d'être abordées dans le cadre de recherches futures.

ANNEXE A

FORMULAIRE DE PARTICIPATION ET DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE DE PARTICIPATION ET DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude : Essai randomisé contrôlé destiné à évaluer l'efficacité d'une intervention basée sur l'approche d'acceptation et d'engagement en milieu de travail.

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche dont l'objectif est d'évaluer l'efficacité des ateliers AGIR EN PLEINE CONSCIENCE qui vous seront offerts au cours des prochaines semaines en regard de divers indicateurs, notamment votre niveau de stress. Ces ateliers visent à transmettre aux employés des habiletés, des outils, des stratégies susceptibles de les aider à mieux gérer leur stress au travail et promouvoir leur mieux-être. Avant d'accepter de participer à ce projet, il est important de lire les renseignements ci-dessous.

Responsables : Simon Grégoire, psychologue du travail et professeur (UQAM); Cloé Fortin, étudiante au doctorat en psychologie du travail (UQAM)

Partenaires : Chantal Tardif, directrice du développement organisationnel (IA); Simon-Pierre Harvey, conseiller intelligence RH (IA); Maude Montplaisir, conseillère en développement organisationnel (IA); Julie-Christine Lavoie, conseillère en développement organisationnel (IA).

Tâches demandées aux participants : Si vous acceptez de participer à cette étude, vous devrez répondre à trois questionnaires. Le premier vous est remis aujourd'hui alors que les deux autres vous seront distribués en ligne dans huit et vingt semaines respectivement. Ces questionnaires, d'une durée d'environ 15 minutes, contiennent notamment des questions sociodémographiques (p. ex., âge, sexe) de même que des questions portant sur votre vie professionnelle et votre état de santé.

Confidentialité : Il est entendu que les informations que vous divulgerez dans les questionnaires demeureront strictement confidentielles et que seuls les responsables de la recherche auront accès à ces renseignements. Ces données ne seront utilisées pour aucune autre fin que celles de cette étude et seront détruites après une période de cinq ans suivant la fin des publications. Ajoutons que seuls des résultats globaux seront présentés au terme de cette étude. D'aucune manière les acteurs de chez Industrielle Alliance impliqués dans cette étude auront accès à vos réponses. Les responsables de la recherche s'engagent à assurer la confidentialité de vos renseignements.

Prenez note que de manière à pouvoir retracer vos informations tout au long de l'étude, il vous sera demandé d'inscrire votre adresse électronique sur vos questionnaires. Une fois dans la base de données, celle-ci sera convertie en code alphanumérique permettant ainsi d'assurer l'anonymat de vos informations.

Avantages et inconvénients : Nous sommes d'avis que les avantages à prendre part à cette étude sont plus nombreux que les inconvénients. Aussi, si vos réponses aux questionnaires révélaient de la détresse, le responsable du projet pourrait vous contacter afin de vous diriger vers une telle ressource.

Participation volontaire et gratuite: Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer sans aucune contrainte ou pression extérieure. De plus, vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette étude sans préjudice de la part des chercheurs ou des membres d'Industrielle Alliance. Votre accord à participer à cette étude implique également que vous acceptez que les responsables de la recherche puissent utiliser les renseignements recueillis à des fins de recherche (articles, mémoires, thèses et conférences scientifiques) ou encore à des fins pédagogiques.

CLAUDE DE RESPONSABILITÉ

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS ?

Pour des questions additionnelles sur l'étude destinée à évaluer l'efficacité du programme AGIR EN PLEINE CONSCIENCE, sur votre participation et sur vos droits en tant que participant de recherche, ou pour vous retirer du projet, vous pouvez communiquer avec :

Simon Grégoire, Ph.D.
 Professeur au Département d'éducation et pédagogie
 Université du Québec à Montréal
 C.P. 8888 succursale Centre-ville
 Montréal (Québec), H3C 3P8, Canada
 Téléphone : 514.987.3000, 5028
gregoire.simon@uqam.ca

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIÉR) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la présidence du CIÉR, par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro (514) 987-3000 # 7753 ou par courriel à CIEREH@UQAM.CA

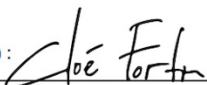
Je, _____
 (Nom et prénom en lettres majuscules)

reconnais avoir lu le présent formulaire et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer le responsable du projet.

Signature du participant : _____

Date : _____

Signature du chercheur responsable ou de son, sa délégué(e) :



Date : Le 10 janvier 2018

REMERCIEMENTS : Votre collaboration est essentielle à la réalisation de ce projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

ANNEXE B

QUESTIONNAIRE

IMPORTANT : INSCRIVEZ VOTRE COURRIEL

*Celui-ci sera uniquement utilisé à des fins de pairage avec les autres questionnaires qui vous seront distribués au cours des prochaines semaines.

QUESTIONNAIRE 1

Lisez attentivement chaque énoncé avant de répondre.

Au cours des deux dernières semaines, indiquez à quelle fréquence vous vous êtes comporté de cette façon, en utilisant l'échelle de 1 à 5.

1	2	3	4	5
PRESQUE JAMAIS				PRESQUE TOUJOURS
1. Quand j'échoue à quelque chose d'important pour moi, je suis envahi par un sentiment de ne pas être à la hauteur.				1 2 3 4 5
2. Je suis intolérant et impatient envers les aspects de ma personnalité que je n'aime pas.				1 2 3 4 5
3. Quand quelque chose de douloureux se produit, j'essaie d'avoir une vision équilibrée de la situation.				1 2 3 4 5
4. Quand je me sens mal, j'ai tendance à avoir l'impression que les autres sont plus heureux que moi.				1 2 3 4 5
5. J'essaie de voir mes défauts comme faisant partie de la condition humaine.				1 2 3 4 5
6. Quand je traverse une période très difficile, je me donne le soin et la tendresse dont j'ai besoin.				1 2 3 4 5
7. Quand quelque chose me contrarie, j'essaie de garder mes émotions en équilibre.				1 2 3 4 5
8. Quand j'échoue à quelque chose d'important pour moi, j'ai tendance à me sentir seul dans mon échec.				1 2 3 4 5
9. Lorsque je me sens mal, j'ai tendance à être obsédé et à focaliser sur tout ce qui ne va pas.				1 2 3 4 5
10. Quand je ne me sens pas à la hauteur d'une quelconque façon, j'essaie de me rappeler que ce sentiment est partagé pas la plupart des gens.				1 2 3 4 5
11. Je désapprouve et je juge mes propres défauts et insuffisances.				1 2 3 4 5
12. Je suis intolérant et impatient envers les aspects de ma personnalité que je n'aime pas.				1 2 3 4 5

QUESTIONNAIRE 2					
Merci de répondre aux questions suivantes en encerclant le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Indiquez à quel point chaque énoncé correspond à votre expérience des deux dernières semaines.					
1 JAMAIS VRAI	2 RAREMENT VRAI	3 OCCASIONNELLEMENT VRAI	4 SOUVENT VRAI	5 TRÈS SOUVENT VRAI	6 TOUJOURS VRAI
1. J'ai été ouvert à observer les pensées et les émotions désagréables sans interférer avec celles-ci.					1 2 3 4 5 6
2. J'ai essayé de faire la paix avec mes pensées et mes émotions négatives plutôt que de leur résister.					1 2 3 4 5 6
3. J'ai été conscient de mes émotions.					1 2 3 4 5 6
4. J'ai été attentif à mes pensées et à mes émotions à chaque instant.					1 2 3 4 5 6
5. Même lorsque je me suis senti blessé ou contrarié, j'ai essayé de garder une perspective plus large.					1 2 3 4 5 6
6. J'ai surmonté des moments difficiles en observant ma vie sous un angle plus large.					1 2 3 4 5 6
7. J'ai été capable de laisser les émotions négatives aller et venir sans me laisser envahir par elles.					1 2 3 4 5 6
8. Lorsque je me suis senti contrarié, je suis parvenu à laisser passer ces émotions négatives sans m'y accrocher.					1 2 3 4 5 6
9. J'ai été vraiment conscient de ce qui est important pour moi et pour ma vie.					1 2 3 4 5 6
10. Je suis resté focalisé sur mes priorités de vie.					1 2 3 4 5 6
11. Même après avoir échoué, je n'ai pas cessé de travailler en direction de ce qui est important pour moi.					1 2 3 4 5 6
12. Même dans les moments difficiles, je suis parvenu à avancer en direction de ce qui compte pour moi.					1 2 3 4 5 6
13. Lorsqu'un mauvais souvenir m'est revenu, j'ai essayé de me distraire pour le chasser.					1 2 3 4 5 6
14. J'ai essayé de me distraire lorsque j'ai ressenti des émotions désagréables.					1 2 3 4 5 6
15. J'ai fait la plupart des choses « par automatisme » en ayant peu conscience de ce que je faisais.					1 2 3 4 5 6
16. J'ai fait la plupart des choses machinalement, sans prêter vraiment attention.					1 2 3 4 5 6
17. Je me suis dit que certaines de mes émotions étaient mauvaises ou inappropriées et que je ne devrais pas les ressentir.					1 2 3 4 5 6
18. Je me suis jugé parce que j'ai eu des émotions irrationnelles ou inappropriées.					1 2 3 4 5 6
19. Les pensées et les émotions négatives ont eu tendance à m'habiter pendant longtemps.					1 2 3 4 5 6
20. Les pensées pénibles ont eu tendance à tourner en boucle dans ma tête.					1 2 3 4 5 6
21. Mes priorités et mes valeurs ont souvent été mises de côté dans ma vie quotidienne.					1 2 3 4 5 6
22. Quand ma vie a été chaotique, j'ai souvent perdu le lien avec les choses importantes pour moi.					1 2 3 4 5 6
23. Les émotions négatives m'ont souvent empêché d'agir.					1 2 3 4 5 6
24. La moindre émotion négative m'a empêché de réaliser mes projets.					1 2 3 4 5 6

QUESTIONNAIRE 3						
À l'aide de l'échelle ci-dessous, veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les énoncés qui suivent sur la façon dont vous vous comportez quand vous êtes avec vos collègues. Quand je suis avec mes collègues, je...						
1 PAS DU TOUT D'ACCORD	2	3	4 MODÉRÉMENT D'ACCORD	5	6	7 COMPLÈTEMENT D'ACCORD
1. Leur donne la liberté de faire leurs propres choix.						1 2 3 4 5 6 7
2. Supporte leurs décisions.						1 2 3 4 5 6 7
3. Supporte les choix qu'ils font pour eux-mêmes.						1 2 3 4 5 6 7
4. Les encourage à prendre leurs propres décisions.						1 2 3 4 5 6 7
5. Fais pression pour qu'ils fassent les choses à ma façon.						1 2 3 4 5 6 7
6. Impose mes opinions.						1 2 3 4 5 6 7
7. Fais pression pour qu'ils adoptent certains comportements.						1 2 3 4 5 6 7
8. Limite leurs choix.						1 2 3 4 5 6 7
9. Les encourage à améliorer leurs habiletés.						1 2 3 4 5 6 7
10. Donne des rétroactions utiles.						1 2 3 4 5 6 7
11. Reconnais leurs habiletés pour atteindre leurs objectifs.						1 2 3 4 5 6 7
12. Leur dis qu'ils peuvent accomplir des choses.						1 2 3 4 5 6 7
13. Leur signal qu'ils vont probablement échouer.						1 2 3 4 5 6 7
14. Leur envoie le message qu'ils sont incompetents.						1 2 3 4 5 6 7
15. Doute de leurs capacités à s'améliorer.						1 2 3 4 5 6 7
16. Remets en question leurs habiletés à surmonter les défis.						1 2 3 4 5 6 7
17. Suis intéressé par ce qu'ils font.						1 2 3 4 5 6 7
18. Prends le temps d'apprendre à les connaître.						1 2 3 4 5 6 7
19. Prends un plaisir honnête à passer du temps avec eux.						1 2 3 4 5 6 7
20. Entretiens un lien étroit avec eux.						1 2 3 4 5 6 7
21. Ne les reconforte pas lorsqu'ils se sentent déprimés.						1 2 3 4 5 6 7
22. Suis distant lorsque nous passons du temps ensemble.						1 2 3 4 5 6 7
23. Ne connecte pas avec eux.						1 2 3 4 5 6 7
24. Ne me soucie pas d'eux.						1 2 3 4 5 6 7

QUESTIONNAIRE 4				
Les questions ci-dessous concernent vos sensations et vos pensées. Essayez de répondre spontanément en indiquant la fréquence de ces sensations et pensées parmi les 5 choix proposés. Ne donnez qu'une réponse pour chaque question. Concernant votre activité professionnelle durant les deux dernières semaines ...				
1 JAMAIS	2 RAREMENT	3 PARFOIS	4 ASSEZ SOUVENT	5 TRÈS SOUVENT
1. Combien de fois avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?				1 2 3 4 5
2. Combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?				1 2 3 4 5
3. Combien de fois vous êtes-vous senti nerveux ou stressé ?				1 2 3 4 5
4. Combien de fois vous êtes-vous senti confiant à prendre en main vos problèmes personnels ?				1 2 3 4 5
5. Combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?				1 2 3 4 5
6. Combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?				1 2 3 4 5
7. Combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?				1 2 3 4 5
8. Combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ?				1 2 3 4 5
9. Combien de fois vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?				1 2 3 4 5
10. Combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?				1 2 3 4 5

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES
1) Âge :
2) Sexe :
3) Titre du poste :
4) Ancienneté au sein de l'entreprise :
5) Dernier diplôme obtenu :

Pour toutes questions additionnelles sur le projet ou sur vos droits en tant que participant, vous pouvez contacter les responsables de cette étude : Simon Grégoire (gregoire.simon@uqam.ca) et Cloé Fortin (cf.cloe@gmail.com).

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE PARTICIPATION !!!!

ANNEXE C

PROTOCOLE ADAPTÉ PAR L'ENTREPRISE

Programme Agir en pleine conscience

****Avant d'animer ces rencontres, l'animateur devrait lire les chapitres 2 et 8 du livre « The Mindful and Effective Employee »****

- Groupes de + ou – 10 employés idéalement ou plus grand groupe avec plus d'un animateur et discussions en sous-groupes
- L'animateur devrait s'asseoir avec les participants vs debout devant l'auditoire
- « Ce qui est important » peut être teinté par le but et l'auditoire de la formation : gestion du changement, développement de leadership, etc. C'est à l'animateur de prendre l'angle désiré selon l'objectif poursuivi par la formation.

Avant le programme : Envoyer le one-pager explicatif du programme + question suivante à laquelle ils devront réfléchir *Quelles sont les choses les plus fondamentales que je devrais mettre de l'avant pour améliorer ma performance et mon bien-être dans mon rôle actuel ?* + vidéo de Jon Kabat-Zinn : <https://www.youtube.com/watch?v=vBhimxmhCpl&t=637s> à regarder avant de faire le programme

Rencontre 1 : Introduction au programme et à la pleine conscience (1h00) :

Matériel :

- Flipchart
- Raisins secs
- Post-it « action consciente »
- Vidéo sur le développement vertical : [R:\Développement Organisationnel\Développement des gestionnaires\Leadership conscient\Cohortes\Cohorte \(4\)_automne 2017\Rencontre 1_Lancement \(engagement + concepts\)\version2_verticalvshorizontal.mp4](#)

Déroulement :

- Présentation de l'animateur et des participants (incluant warm-up exercice) : 20 min
- Présentation de la formation et du format : 5 min
- Présentation des 2 habiletés : 10 min
- Établissement des règles d'équipe : 5 min
- Exercice du raisin + debrief : 15 min
- Conclusion : 5 min

Articles à mettre en ligne :

- Gérer en pleine conscience
- Mindfulness works but only if you work at it

Module 1 : Introduction à ce qui est important pour soi (20 minutes) : à faire dans un environnement « intime », peu après la Rencontre 1

- Introduction : 2 min
- Exercice de pleine conscience : 3 min
- Ce qui est important : 7 min
- «Two sheets of paper»: 3 min
- Explication des exercices : 5 min

Délai d'environ 1-2 semaines

Rencontre 2 : Retour sur les exercices (1h00) :

Matériel :

- Flipchart
- Capsule de Christophe André (Suivre sa respiration)
- Post-it « action consciente »

Déroulement:

- Retour sur les 2 habiletés de base : 10 min
- Séance de méditation de pleine conscience + retour exercices pleine conscience : 20 min
- Retour sur l'Exercice 1 : 20 min
- Conclusion : 10 min

Articles à mettre en ligne :

- Être et faire
- Encourager le mode Être

Module 2 : Prendre conscience et se défaire de ses obstacles intérieurs (20 minutes) : à faire dans un environnement « intime », peu après la Rencontre 2

- Introduction : 1 min
- Métaphore de l'autobus : 4 min
- Définition : 5 min
- Pensées sur l'écran : 5 min
- Explication des exercices : 5 min

Délai d'environ 4-6 semaines (leur envoyer un courriel de rappel durant cette période)

Rencontre 3 : Retour sur les exercices et conclusion (1h30) :

Matériel :

- Flipchart
- « Two-sheets of paper »
- Les attentes de la Rencontre 1

Déroulement :

- Retour sur les 2 habiletés : 10 min
- Espace de respiration : 5 min
- Retour sur exercices de pleine conscience : 10 min
- Retour sur les exercices sur les actions : 20 min
- « Two-sheets of paper » : 5 min
- Exercice de physicalisation + debrief : 20 min
- Conclusion : 20 min

Articles à mettre en ligne :

- L'espace de respiration
- Pleine conscience au quotidien
- How to practice mindfulness throughout your workday
- Mindfulness in the Age of Complexity
- Capsule/video sur la matrice

Utilisation possible :

- Groupes de coordos (développement de leadership)
- Équipe de travail
- Gestion du changement (acceptation et défusion)
- Pedia (définition des objectifs de développement)

ANNEXE D

CERTIFICAT ÉTHIQUE



No du certificat : 2327_e_2017

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM, a examiné le protocole de recherche suivant et jugé qu'il est conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par la Politique no 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains (décembre 2015).

Protocole de recherche

Chercheur principal : Simon Grégoire

Unité de rattachement : Département d'éducation et pédagogie

Équipe de recherche :

Partenaires : Maude Montplaisir, Simon-Pierre Harvey, Chantal Tardif et Julie-Christine Lavoie (Industrielle Alliance)

Étudiante réalisant son projet de thèse dans le cadre de cette recherche : Cloé Fortin

Titre du protocole de recherche : *Essai randomisé contrôlé destiné à évaluer l'efficacité d'une intervention basée sur l'approche d'acceptation et d'engagement en milieu de travail*

Sources de financement (le cas échéant): s/o

Durée du projet : 1 an

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiquées au comitéⁱ.

Tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiqué au comité.

Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat d'éthique est valide jusqu'au **31 décembre 2018**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificatⁱⁱ.

Yanick Farmer, Ph.D.
Professeur
Président

12 janvier 2018

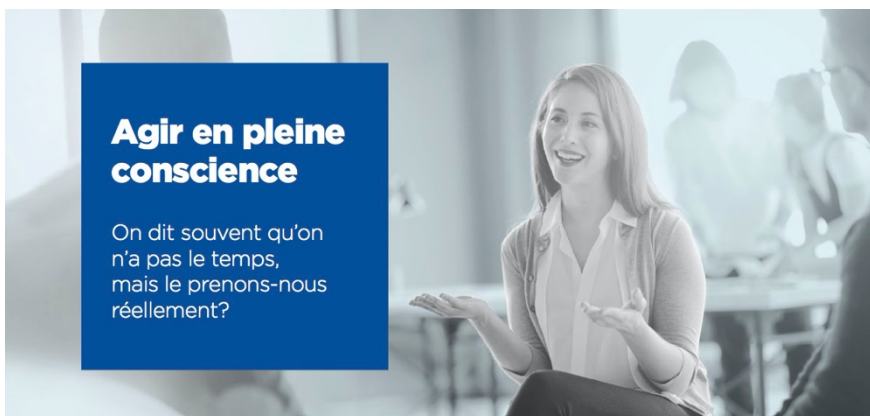
Date d'émission initiale du certificat

ⁱ <http://recherche.uqam.ca/ethique/humains/modifications-apportees-a-un-projet-en-cours.html>

ⁱⁱ <http://recherche.uqam.ca/ethique/humains/rapport-annuel-ou-final-de-suivi.html>

ANNEXE E

PUBLICITÉ DU PROGRAMME



Agir en pleine conscience

On dit souvent qu'on n'a pas le temps, mais le prenons-nous réellement?

Dans la vie de tous les jours, nous sommes souvent confrontés au branle-bas de combat et nous finissons inévitablement par oublier de prendre le temps de déterminer ce qui est important pour nous et le mettre au centre de nos actions.

Afin de vous aider à sortir du « pilote automatique » et de vous permettre de vous réaliser pleinement dans un environnement complexe en constants changements, nous vous proposons de prendre part au nouveau programme *Agir en pleine conscience*.

Ce programme vise à **vous adapter plus aisément aux défis du quotidien**, en misant sur l'entraînement et le développement d'habiletés de pleine conscience, **dans le but de déterminer et d'agir selon ce que vous souhaitez réaliser.**

Pourquoi moi?

La réelle question est : pourquoi pas?
Ce programme s'adresse à tout gestionnaire désireux de constamment s'améliorer et d'apprendre sur de nouvelles approches prouvées scientifiquement qui pourront facilement être transposées dans la vie de tous les jours.

Ce à quoi s'attendre :

- Programme réparti sur environ 8 à 10 semaines
- 3 rencontres en personne d'environ 1 h 30
- 2 modules d'environ 20 minutes à écouter en ligne
- Des exercices à faire sur une base hebdomadaire (environ 2 heures par semaine)

Ce que vous en retirerez :

- **Meilleurs leadership et gestion des relations** : meilleure communication et collaboration, plus de patience et d'écoute
- **Meilleur rendement au travail** : amélioration de la productivité, de l'efficacité, de la concentration et de l'attention et meilleure prise de décisions
- **Plus de créativité et meilleure résolution de problèmes**
- **Bien-être et satisfaction au travail et dans votre vie personnelle** : réduction du stress et des émotions négatives, meilleur sommeil

Pour plus d'information, nous vous invitons à prendre le temps de communiquer avec Maude D. Montplaisir, poste 105633, ou Julie-Christine Lavoie, poste 105265.

RÉFÉRENCES

- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Archer, R. (2018). *The Impact of a Focused Acceptance and Commitment Training Workplace Intervention : Is Less, Less ?* Kingston Business School.
- Atkins, P. W. B., & Parker, S. K. (2012). Understanding individual compassion in organizations : The role of appraisals and psychological flexibility. *Academy of Management Review*, 37(4), 524–546.
- Azadeh, S. M., Kazemi-Zahrani, H., & Besharat, M. A. (2015). 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. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n3p131>
- Bach, P. A., & Moran, D. J. (2008). *ACT in practice: Case conceptualization in acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Baumard, P., Donada, C., Ibert, J., & Xuereb, J.-M. (1999). La collecte des données et la gestion de leurs sources. In *Méthodes de recherche en management* (pp. 223–256).
- Beddoe, A. E., & Murphy, S. O. (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? *The Journal of Nursing Education*, 43(7), 305–312. <https://doi.org/10.3928/01484834-20040701-07>
- Bethay, J. S., Wilson, K. G., Schnetzer, L. W., Nassar, S. L., & Bordieri, M. J. (2013). A Controlled Pilot Evaluation of Acceptance and Commitment Training for

- Intellectual Disability Staff. *Mindfulness*, 4(2), 113–121. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0103-8>
- Biglan, A., Layton, G. L., Jones, L. B., Hankins, M., & Rusby, J. C. (2013). The Value of Workshops on Psychological Flexibility for Early Childhood Special Education Staff. *Topics in Early Childhood Special Education*, 32(4), 196–210. <https://doi.org/10.1177/0271121411425191>
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 156–163. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.1.156>
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2001). Job control mediates change in a work reorganization intervention for stress reduction. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), 290–302. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.6.4.290>
- Bond, F. W., Flaxman, P. E., & Bunce, D. (2008). The influence of psychological flexibility on work redesign: Mediated moderation of a work reorganization intervention. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 645–654. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.645>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Breines, J. G., Thoma, M. V., Gianferante, D., Hanlin, L., Chen, X., & Rohleder, N. (2014). Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress. *Brain, Behavior, and Immunity*, 37, 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2013.11.006>
- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6–7), 389–398. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.009>
- Centre d'étude sur le stress humain. (2017). Dans *Burnout vs dépression*. Récupéré de <http://www.stresshumain.ca/stress-et-vous/travailleurs/burnout-vs-depression/>
- Ciarrochi, J., Bilich, L., & Godsell, C. (2010). Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy. In *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*.

- (pp. 51–75). Oakland, CA, US: Context Press/New Harbinger Publications.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1994). Perceived Stress Scale. In *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. <https://doi.org/10.1037/t02889-000>
- Cohen, Sheldon, Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *The Journal of the American Medical Association*, 298(14), 1685–1687. <https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>
- Creswell, J. D., Creswell, J. D., Welch, W. T., Welch, W. T., Taylor, S. E., Taylor, S. E., ... Mann, T. (2005). Affirmation of Personal Values Buffers Neuroendocrine and Psychological Stress Responses. *Society*, 16(11), 846–852. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01624.x>
- Dempster, A. P., Laird, N. M., & Rubin, D. B. (1977). Maximum Likelihood from Incomplete Data via the EM Algorithm. *Journal of the Royal Statistical Society*, 39(1), 1–38.
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017a). Correlates of psychological inflexibility mediate the relation between alexithymic traits and positive emotions. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.12.002>
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017b). Mindfulness, self-compassion and psychological inflexibility mediate the effects of a mindfulness-based intervention in a sample of oncology nurses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 125–133. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.03.002>
- Eby, L. T., Allen, T. D., Conley, K. M., Williamson, R. L., Henderson, T. G., & Mancini, V. S. (2019). Mindfulness-based training interventions for employees: A qualitative review of the literature. *Human Resource Management Review*, 29(2), 156–178. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2017.03.004>
- Enochs, W. K., & Etzbach, C. A. (2004). Impaired Student Counselors: Ethical and Legal Considerations for the Family. *The Family Journal*, 12(4), 396–400. <https://doi.org/10.1177/1066480704267240>
- Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*. (2016). Institut national de santé publique du Québec. Récupéré de <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien->

etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/stress-quotidien-eleve-au-travail/

- Flaxman, P. E., Bond, F. W., & Livheim, F. (2013). *The mindful and effective employee: An acceptance and commitment therapy training manual for improving well-being and performance*. New Harbinger Publications.
- Frögéli, E., Djordjevic, A., Rudman, A., Livheim, F., & Gustavsson, P. (2016). A randomized controlled pilot trial of acceptance and commitment training (ACT) for preventing stress-related ill health among future nurses. *Anxiety, Stress and Coping*, 29(2), 202–218. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1025765>
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 23(3), 692–713.
- Gloster, A. T., Meyer, A. H., & Lieb, R. (2017). Psychological flexibility as a malleable public health target: Evidence from a representative sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 166–171. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.003>
- Goetz, J., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351–374. <https://doi.org/10.1037/a0018807>.Compassion
- Granerud, A., & Severinsson, E. (2006). The struggle for social integration in the community-the experiences of people with mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(3), 288–293. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00950.x>
- Gregg, J. A., Namekata, M. S., Louie, W. A., & Chancellor-Freeland, C. (2014). Impact of values clarification on cortisol reactivity to an acute stressor. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 299–304. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.08.002>
- Grégoire, S., Gagnon, J., Lachance, L., Shankland, R., Dionne, F., Kotsou, I., ... Rogge, R. D. (2020). Validation of the english and french versions of the multidimensional psychological flexibility inventory short form (MPFI-24). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 99–110. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.06.004>
- Harvey, S. T., Henricksen, A., Bimler, D., & Dickson, D. (2017). Addressing anger, stress, and alcohol-related difficulties in the military: An ACT intervention. *Military Psychology*, 29(5), 464–476. <https://doi.org/10.1037/mil0000173>

- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York. Guilford Press.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hayes, S., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer Science & Business Media.
- Hayes, S., Bunting, K., Herbst, S., Bond, F., & Barnes-holmes, D. (2006). Expanding the Scope of Organizational Behavior Management : Relational Frame Theory and the Experimental Analysis of Complex Human Behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26(1–2), 1–23. <https://doi.org/10.1300/J075v26n01>
- Hayes, S., Hayes, L., & Reese, H. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50, 97–111.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy : Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S., Pistorello, J., & Levin, M. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976–1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hayes, S., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition: The Process and Practice of Mindful Change*. The Guilford Press; Second Edition edition.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Hayes, S., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... Mccurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553–578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- INRS. (2018). Dans *Santé et sécurité au travail*. Récupéré de <http://www.inrs.fr/risques/stress/effets-sante.html>

- Jahromi, N. J., & Abudi, A. (2019). Investigating the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Self-compassion and Psychological Well-being of the Experienced-Infidelity Women Referring to the Counseling Centers of Shiraz. *J Biochem Tech*, 2, 118–124.
- Karekla, M., Constantinou, P., Ioannou, M., Gloster, A. T., & Kareklas, I. (2019). The Phenomenon of Treatment Dropout, Reasons and Moderators in Acceptance and Commitment Therapy and Other Active Treatments: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology in Europe*, 1(3). <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i3.33058>
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kirca, B., & Ekşi, H. (2020). A mixed-method study exploring the effectiveness of acceptance and commitment therapy based group psychoeducation program on psychological flexibility. *Spiritual Psychology and Counseling*, 5(3), 355-375.
- Kotsou, I., & Leys, C. (2016). Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric properties of the French translation and its relations with psychological well-being, affect and depression. *PLoS ONE*, 11(4), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152880>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In *The handbook of behavioral medicine* (pp. 282–235).
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotion and coping. *European Journal of Personality*, 1(May), 141–169.
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46(8), 819–834. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.8.819>
- Lee, E.-H. (2012). Review of the Psychometric Evidence of the Perceived Stress Scale. *Asian Nursing Research*, 6(4), 121–127. doi:10.1016/j.anr.2012.08.004
- Levin, M. E., Hayes, S. C., Pistorello, J., & Seeley, J. R. (2016). Web-Based Self-Help for Preventing Mental Health Problems in Universities: Comparing Acceptance and Commitment Training to Mental Health Education. *Journal of Clinical Psychology*, 72(3), 207–225. <https://doi.org/10.1002/jclp.22254>
- Levin, M. E., Luoma, J. B., Vilardaga, R., Lillis, J., Nobles, R., & Hayes, S. C. (2016). Examining the role of psychological inflexibility, perspective taking, and empathic concern in generalized prejudice. *Journal of Applied Social Psychology*,

46(3), 180–191. <https://doi.org/10.1111/jasp.12355>

- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>
- Lindahl, J. R., Fisher, N. E., Cooper, D. J., Rosen, R. K., & Britton, W. B. (2017). *The varieties of contemplative experience: A mixed-methods study of meditation-related challenges in Western Buddhists*. *PLoS ONE* (Vol. 12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176239>
- Liu, Q., Liu, Y., Leng, X., Han, J., Xia, F., & Chen, H. (2020). Impact of Chronic Stress on Attention Control: Evidence from Behavioral and Event-Related Potential Analyses. *Neuroscience Bulletin*, 36(11), 1395–1410
- Lloyd, J., Bond, F. W., & Flaxman, P. E. (2013). The value of psychological flexibility: Examining psychological mechanisms underpinning a cognitive behavioural therapy intervention for burnout. *Work and Stress*, 27(2), 181–199. <https://doi.org/10.1080/02678373.2013.782157>
- Lundgren, T., Reinebo, G., Näslund, M., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment training to promote psychological flexibility in ice hockey performance: A controlled group feasibility study. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 14(2), 170–181.
- Luoma, J. B., & Platt, M. G. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in Acceptance and Commitment Therapy. *Current Opinion in Psychology*, 2, 97–101. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.016>
- Luoma, J. B., & Vilardaga, J. P. (2013). Improving Therapist Psychological Flexibility While Training Acceptance and Commitment Therapy: A Pilot Study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/16506073.2012.701662>
- Ly, K. H., Asplund, K., & Andersson, G. (2014). Stress management for middle managers via an acceptance and commitment-based smartphone application: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 1(3), 95–101. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.06.003>
- Monestès, J. L. (2016). La flexibilité psychologique: Un méta-processus responsable des difficultés psychologiques. In *L'approche transdiagnostique en psychopathologie—Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques* (pp. 85–99). Paris: Dunod.

- Namani, E. & Yousefi, A. M. (2021). The effectiveness of the combination of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and mindfulness methods on cognitive flexibility and dysfunctional attitudes among orphan adolescent girls. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 9(2), 5 – 27.
- Neff, K. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K., & Faso, D. (2015). Self-Compassion and Well-Being in Parents of Children with Autism. *Mindfulness*, 6(4), 938–947. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0359-2>
- Neff, K., & Tirch, D. (2012). Self-compassion and ACT. In *Mindfulness and Acceptance for Positive Psychology* (pp. 78–106).
- Neveu, C., & Dionne, F. (2009). La thérapie d'acceptation et d'engagement : une approche novatrice. *Revue Québécoise de Psychologie*, 26(06), 29–31.
- Pakenham, K. I. (2015). Effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Training on Clinical Psychology Trainee Stress, Therapist Skills and Attributes, and ACT Processes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(6), 647–655. <https://doi.org/10.1002/cpp.1924>
- Puolakanaho, A., Tolvanen, A., Kinnunen, S. M., & Lappalainen, R. (2020). A psychological flexibility-based intervention for burnout: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 52-67.
- Purser, The Gardian. (2019, juin). Dans *Mindfulness : The mindfulness conspiracy*. Récupéré de <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2019/jun/14/the-mindfulness-conspiracy-capitalist-spirituality?>
- Pyszkowska, A. (2020). Personality predictors of self-compassion, ego-resiliency and psychological flexibility in the context of quality of life. *Personality and Individual Differences*, 161, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109932>
- Raes, P., Neff, K., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale . *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 250–255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Reitz, M., Chaskalson, M., Olivier, S., & Waller, L. (2016). *The Mindful Leader: Developing the Capacity for Resilience and Collaboration in Complex Times Through Mindfulness Practice*. (Ashridge Management College, Ed.).

- Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A Pilot Exploration of Heart rate Variability and Salivary Cortisol Responses to Compassion-Focus Imagery. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(3), 132–139.
- Rolffs, J. L., Rogge, R. D., & Wilson, K. G. (2016). Disentangling Components of Flexibility via the Hexaflex Model: Development and Validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Assessment*, 1073191116645905-. <https://doi.org/10.1177/1073191116645905>
- Rudaz, M., Twohig, M. P., Ong, C. W., & Levin, M. E. (2017). Mindfulness and acceptance-based trainings for fostering self-care and reducing stress in mental health professionals: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 380–390. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.10.001>
- Salomon, K. (2013). Stress. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (p. 1886). Springer, New York, NY. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9>
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105–115. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105>
- Skosnik, P. D., Chatterton, R. T., Swisher, T., & Park, S. (2000). Modulation of attentional inhibition by norepinephrine and cortisol after psychological stress. *International Journal of Psychophysiology*, 36(1), 59–68. [https://doi.org/10.1016/S0167-8760\(99\)00100-2](https://doi.org/10.1016/S0167-8760(99)00100-2)
- Stafford-Brown, J., & Pakenham, K. I. (2012). The Effectiveness of an ACT Informed Intervention for Managing Stress and Improving Therapist Qualities in Clinical Psychology Trainees. *Journal of Clinical Psychology*, 68(6), 592–513. <https://doi.org/10.1002/jclp.21844>
- Steiler, D., Tarquinio, C., Grégoire, S., Strub, L., & Kotsou, I. (2018). Les dangers liés à l'instrumentalisation de la pleine conscience. *Ad Machina*, 2(1), 73–84. <https://doi.org/10.1522.radm.no1.916> Affiliation
- Twisk, J., & de Vente, W. (2002). Attrition in longitudinal studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(4), 329–337. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(01\)00476-0](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(01)00476-0)
- Valizadeh, S., Makvandi, B., Bakhtiarpour, S., & Hafezi, F. (2020). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on resilience and cognitive flexibility in prisoners. *Journal of Health Promotion Management*, 9(4), 78–89.

- Van Breukelen, G. J. P. (2006). ANCOVA versus change from baseline had more power in randomized studies and more bias in nonrandomized studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59(9), 920–925. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.02.007>
- Vilardaga, R., McDonell, M., Leickly, E., & Ries, R. (2015). Ecological momentary assessments in psychosis: A contextual behavioral approach to studying mindfulness and acceptance. In B. A. Gaudiano (Ed.), *Incorporating acceptance and mindfulness into the treatment of psychosis: Current trends and future directions* (pp. 25–54). Oxford University Press.
- Villatte, J. L., Vilardaga, R., Villatte, M., Plumb Vilardaga, J. C., Atkins, D. C., & Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 52–61. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.001>
- Villatte, M., & Monestès, J.-L. (2010). La théorie des cadres relationnels : la place du langage dans la thérapie d'acceptation et d'engagement. *Revue Québécoise de Psychologie*, 31(3), 85–104.
- Viskovich, S. (2019). *Evaluation of a web-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) program to increase self-care and mental health skills in university students*. University of Queensland.
- Wasson, R. S., Barratt, C., & O'Brien, W. H. (2020). Effects of Mindfulness-Based Interventions on Self-compassion in Health Care Professionals: a Meta-analysis. *Mindfulness*, 11(8), 1914–1934. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01342-5>
- Waters, C. S., Frude, N., Flaxman, P. E., & Boyd, J. (2018). Acceptance and commitment therapy (ACT) for clinically distressed health care workers: Waitlist-controlled evaluation of an ACT workshop in a routine practice setting. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 82–98. <https://doi.org/10.1111/bjc.12155>
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., & Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 60–68. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002>
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010). The valued living questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *Psychological Record*, 60(2), 249–272. <https://doi.org/10.1007/BF03395706>

- Yadavaia, J. E., Hayes, S. C., & Vilardaga, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 248–257. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.09.002>
- Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S., & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools- A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6(603), 1–20.