

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2014

Thèse n°

Thèse pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'Etat

Par
Olivier CUVILLIER-REMACLE

Né le 20 février 1984 à Niort (79)

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin 2014 à Tours (37)

La thérapie d'Acceptation et d'Engagement : Une revue systématique de la littérature

La Pleine Conscience, nouvel outil thérapeutique en médecine générale ?

Président de Jury : Monsieur le Professeur François MAILLOT

Membres du jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD

Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESSEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P. BARDOS
 J. BARSOTTI - A. BENATRE - Ch. BERGER – J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN
 L. CASTELLANI - J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – P. JOBARD
 J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - J. LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY
 Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER E/H. METMAN – J. MOLINE - Cl. MORAINÉ
 H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD - JC. ROLLAND
 Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE
 M.J. THARANNE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation

	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & Cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie)
	HANKARD Regis	Pédiatrie
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel	Dermatologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. HUAS Dominique Médecine Générale
LEBEAU Jean-Pierre Médecine Générale
MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ANGOULVANT Theodora Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
M. BAKHOS David Physiologie
Mme BAULIEU Françoise Biophysique et Médecine nucléaire
M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme BLANCHARD Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire
MM. BOISSINOT Eric Physiologie
DESOUTREUX Guillaume Parasitologie et mycologie
Mme DUFOUR Diane Biophysique et Médecine nucléaire
M. EHRMANN Stephan Réanimation médicale
Mme FOUQUET -BERGEMER Anne-Marie Anatomie et Cytologie pathologiques
M. GATAULT Philippe Néphrologie
Mmes GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie Immunologie
MM. GYAN Emmanuel Hématologie, transfusion
HOARAU Cyrille Immunologie
HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire
Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine Anatomie et Cytologie pathologiques
MM. PIVER Eric Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme SAINT-MARTIN Pauline Médecine légale et Droit de la santé
MM. SAMIMI Mahtab Dermatologie
TERNANT David Pharmacologie – toxicologie
Mme VAALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M. VOUREC'H Patrick Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes BOIRON Michèle Sciences du Médicament
ESNARD Annick Biologie cellulaire
M. LEMOINE Maël Philosophie
Mme MONJAUZE Cécile Sciences du langage – Orthophonie
M. PATIENT Romuald Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes HUAS Caroline Médecine Générale
RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale
M. ROBERT Jean Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

M.	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour la Faculté de Médecine

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier (<i>éthique médicale</i>)
M.	BOULAIN Thierry	Praticien Hospitalier (<i>CSCT</i>)
Mme	CRINIERE Lise	Praticien Hospitalier (<i>endocrinologie</i>)
M.	GAROT Denis	Praticien Hospitalier (<i>sémiologie</i>)
Mmes	MAGNAN Julie	Praticien Hospitalier (<i>sémiologie</i>)
	MERCIER Emmanuelle	Praticien Hospitalier (<i>CSCT</i>)

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité
dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis dans l'intérieur des maisons,
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
ma langue taira les secrets qui me seront confiés
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

REMERCIEMENTS

Un homme a écrit un jour « je pense, donc je suis » (*Cogito Ergo Sum*, pour ceux qui souhaitent briller en société). C'était il y a près de 400 ans. A cette époque, il suffisait de penser pour exister. Penser, tout simplement, quelle belle époque ! En 2014, René Descartes twitterait certainement : « j'échange donc je suis », car aujourd'hui il faut bien plus que penser pour exister. L'individu n'est fait que de ses rencontres et des échanges qui en ont résulté.

Je souhaite commencer par remercier le Dr. Eric LECERF, médecin généraliste du petit village de Bessines (79) dans lequel j'ai grandi et qui m'a donné l'envie de devenir médecin généraliste à mon tour. Cela nous ramène vers 1990 !

Je tiens à remercier tout particulièrement mon directeur de thèse, le Professeur Jean-Pierre LEBEAU, pour sa compétence et son aide précieuse au cours de ce travail mais également lors de mon stage de médecine générale à « la maison médicale du 30 », dans la charmante ville de Vendôme.

J'exprime toute ma gratitude aux membres de mon jury de thèse : Madame Le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD et Monsieur le Professeur François MAILLOT qui m'a tant aidé lors mon premier stage d'internat.

Je remercie les médecins et l'ensemble des équipes paramédicales des stages où j'ai eu le plaisir de travailler au cours de mon internat : à Tours, Orléans, Blois.

Je remercie très chaleureusement les Dr. F. CLUZEAU, T. GAUDUCHON, N. DUTHOIT qui m'ont accueilli pour mon stage de niveau 1 et m'ont fait découvrir la médecine générale dans l'intimité de leur exercice.

Je remercie le Docteur C. PENET, psychiatre à Châteauroux et instructeur de méditation, qui m'a orienté dans mes premières recherches.

Je remercie mes parents. Mon père et sa personnalité littéraire à qui je dois probablement mon imagination et ma mère, médecin du travail (et fière de l'être !), qui m'a donné mon goût pour les sciences et ce précieux conseil lorsque j'ai obtenu le baccalauréat : « dans la vie, fais tout ce que tu veux, sauf médecine !!! ». Oups...

J'embrasse très fort ma grand mère, toujours jeune et ce depuis fort fort fort longtemps !

Je remercie ma sœur pour son soutien ainsi que mon frère qui m'a fait découvrir Matthieu Ricard, le bouddhisme, la méditation. (Tu vois, ça m'a bien intéressé !)

Je remercie par dessus tout mon épouse Johanne, pour notre amour et notre soutien mutuels, partenaire de la vie et dans l'aventure de faire découvrir le monde à notre fils Samuel et à sa petite sœur dont l'arrivée est imminente.

Je remercie enfin mes amis, que j'espère voir plus souvent maintenant que mes études sont finies ! *Le week-end prochain ? Ah non, ça tombe mal, j'ai FMC... !*

RESUME

Introduction : La *thérapie d'acceptation et d'engagement* (ACT) appartient à la 3^e vague des *thérapies-cognitivo-comportementales* (TCC). Elle enseigne la *pleine conscience* et aide à développer une *flexibilité psychologique* afin de parvenir à l'acceptation des émotions, pensées et sensations physiques incontrôlables. Elle offre l'opportunité de réinvestir l'énergie auparavant consommée par les conduites d'évitement ou la lutte contre ces expériences désagréables, dans l'engagement en direction des valeurs personnelles.

Objectif : Evaluer si l'ACT constitue un outil thérapeutique efficace et adapté à la médecine générale.

Méthode : Revue systématique de la littérature présente dans les principales bases de données, à partir des articles en langue anglaise et française, rapportant des essais randomisés contrôlés. Les études déjà incluses dans la revue systématique de *Smout et al.*, (2012) étaient exclues.

Résultats : Quinze études ont été incluses pour un effectif total de 1680 participants. Elles évaluaient l'ACT dans la prise en charge des troubles anxieux, des troubles dépressifs, de la douleur chronique, des troubles du comportement alimentaire, des addictions, des acouphènes et de la fibromyalgie. Les résultats démontrent l'efficacité, avec des tailles d'effets variables pour l'ensemble des pathologies explorées. Sept études montraient l'efficacité de l'ACT en auto-thérapie, réalisée avec un thérapeute et l'apport de différents supports (sites web, manuels...) conçus dans cette optique.

Conclusion : Les résultats obtenus confirment l'assise empirique de l'ACT et permettent de recommander son utilisation dans la prise en charge de nombreuses pathologies psychiatriques et non psychiatriques. L'ACT permet d'infléchir les comportements humains et constitue un outil thérapeutique utile dans le domaine de la prévention. Sa simplicité, son efficacité, son champ thérapeutique large et sa réalisation possible en auto-thérapie en font un outil prometteur en médecine générale. Des études plus rigoureuses dans leur méthode, incluant des effectifs plus importants et assurant un suivi à plus long terme, sont nécessaires pour valider de nouvelles indications.

Mots clés : médecine générale ; *thérapie d'acceptation et d'engagement* (ACT) ; *pleine conscience* ; *flexibilité psychologique* ; *Thérapies-cognitivo-comportementales* (TCC) ; 3^e vague ; auto-thérapie ; revue.

ABSTRACT

Introduction: *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) is a third wave of *cognitive-behavioral therapies* (CBT). It teaches *mindfulness* and *acceptance* skills in order to develop *psychological flexibility* which allows to accept uncontrollable experiences as unpleasant emotions, thoughts and physical sensations. It offers the opportunity to reinvest the energy previously wasted by fighting or avoiding these unpleasant experiences in the service of chosen values.

Objective: To assess the effectiveness of ACT and whether it can be applied by general practitioners in the primary care setting.

Method: Systematic review of literature was conducted in all the major databases, from articles in English and French, reporting randomised controlled trials. Note that studies already included in the review of *Smout et al. (2012)* were excluded.

Results: Fifteen studies were included, involving 1680 participants. They have evaluated the ACT in the field of anxiety disorders, depression, chronic pain, eating disorders, addiction, tinnitus and fibromyalgia. The results demonstrate the benefits of ACT, with diverse size effects, for all of the conditions explored. Seven studies showed the effectiveness of self-help ACT, performed with a therapist and the support of different materials (websites, books ...) designed specially for the purpose.

Conclusion: This review confirms the effectiveness of ACT and warrants its use in the treatment of many psychiatric and non-psychiatric disorders. ACT is able to influence human behavior then it is a useful tool in the field of preventive Medicine. Its simplicity, its effectiveness, the way it can be broadly applicable to a wide range of disorders, and the possible use of self-help materials make it a promising tool for the general practitioners. Larger scale, methodologically rigorous trials are needed to assert the effectiveness of ACT in new conditions.

Keywords: General practitioner; Acceptance and Commitment Therapy (ACT); mindfulness; psychological flexibility; cognitive-behavioral Therapies (CBT); third wave; self-help; review.

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERET

En application de l'article L 4113-13 du Code de Santé Publique, je déclare n'avoir aucun lien, direct ou indirect avec des entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé, y compris dans le domaine de la « *pleine conscience* ».

ABREVIATIONS

AAQ-II : Acceptance and Action Questionnaire
ACT : Acceptance and commitment therapy
APA : American Psychiatric Association

BAI : Beck Anxiety Inventory
BBI-15 : Bergen Burnout Indicator
BDI : Beck Depression Inventory
BMI : Body Mass Index

CAM : Complementary and Alternatives Medicines
CBT : Cognitive Behaviour Therapy
CEDT : Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur
CES-D : Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale
CGI : Clinical Global Impression
CNRS : Centre National de Recherche Scientifique
CPAQ : Chronic Pain Acceptance Questionnaire
CPVI : Chronic Pain Values Inventory
CSQ : Coping Strategy Questionnaire
CSQ-3 : Client Satisfaction Questionnaire-3

DASS-21 : Depression Anxiety Stress Scale
DS : Disability Score

EA : Experiential Avoidance
EBM : Evidence Based Medicine
ERC : Essai Randomisé Contrôlé

FCQ-T : The Food Craving Questionnaire-Trait
FFMQ : Five-Facet Mindfulness Questionnaire
FIQ : Fibromyalgia Impact Questionnaire

GAF : Global Assessment of Functioning
GHQ12 : General Health Questionnaire
GSI : General Symptom Index

HADS : Hospital and Anxiety Depression Scale

IMC : Indice de Masse Corporelle

MA : Mindful Awareness
MBCT : Meditation Based on Cognitive Therapy

MBI : Maslach Burnout Inventory
MBSR : Meditation Based on Stress Reduction
MIT : Massachusetts Institute of Technology
MPI : Multidimensional Pain Inventory

NHS : Nation Health System
NICE : National Institute Health Clinical Excellence
NTT : Number To Treat

OQ : Outcome Questionnaire
OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDI : Pain Disability Index
PFS : Power of Food Scale
PGIC : patient global impression of change
PHQ-9 : Patient Health Questionnaire
PIPS : Psychological Inflexibility in Pain Scale

QOLI : Quality of live inventory

RMDQ : Roland and Morris Disability Questionnaire

TAU : Traitement As Usual
TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales

SES : Self-Efficacy Scale
SF-36 : Short Form-36 Health Survey
SH-ACT : Self-help(ed) ACT
SLS : Social Phobia Scale
SOE : Sense Of Efficacy
SSQ : Staff Stressor Questionnaire
STAI : Spielberger Trait-State Anxiety Inventory

TAQ : Tinnitus Acceptance Questionnaire
TAU : Treatment Au Usual
TCR : Théorie des cadres relationnels
THI : Tinnitus Handicap Inventory

VL(Q) : Valued Living (Questionnaire)

WBSI : White Bear Suppression Inventory
WEMWBS : Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	15
1.1. Un phénomène de société	15
1.2. L'exemple du monde de l'entreprise	17
1.3. Les espoirs déçus de la révolution des psychotropes	18
1.4. La défiance du corps médical.....	19
1.5. La médecine fondée sur les preuves (EBM)	21
1.6. La pleine conscience.....	23
1.6.1. Définition du concept.....	23
1.6.2. Idées reçues sur la <i>pleine conscience</i>	24
1.6.3. De la tradition orientale à la thérapie occidentale	25
1.7. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC).....	25
1.7.1. Présentation du concept.....	25
1.7.2. Les trois vagues des TCC	26
1.8. Les thérapies faisant appel à la pleine conscience	27
1.8.1. La <i>pleine conscience</i> basée sur la réduction du stress (MBSR)	27
1.8.2. La <i>pleine conscience</i> basée sur la thérapie cognitive (MBCT)	28
1.8.3. La thérapie comportementale dialectique (DBT).....	29
1.8.4. La thérapie méta-cognitive (MCT).....	29
1.9. La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT).....	30
1.9.1. Historique	30
1.9.2. Différences TCC classiques / ACT	31
1.9.3. Modèle psychopathologique.....	31
1.9.4. La flexibilité psychologique.....	32
1.9.5. Champ d'application.....	34
1.9.6. Aspects pratiques.....	34
1.9.7. ACT et méditation.....	36
1.9.8. Principales contre-indications	36
1.9.9. ACT et psychotropes.....	36
1.9.10. Intérêts en Médecine Générale :	37
1.9.11. Un exemple concret de l'ACT en médecine générale	37
1.10. Etat des connaissances sur l'ACT	40
1.10.1. Rapports d'évaluation.....	40
1.10.2. Revues de la littérature	43
2. OBJECTIF	46
3. METHODE	46
3.1. Recherche bibliographique.....	46
3.2. Critères d'inclusion.....	47
3.3. Critères d'exclusion.....	47
3.4. Sélection des études	47
3.5. Qualité méthodologique	49
3.6. Analyse des publications	49
4. RESULTATS.....	50
4.1. Design des études	50
4.2. Effectifs et caractéristiques des populations	50
4.3. Analyse des publications	50
4.3.1. Troubles anxieux.....	50
4.3.2. Troubles dépressifs.....	52
4.3.3. Troubles des conduites alimentaires.....	53

4.3.4.	Sevrage tabagique	54
4.3.5.	Douleur chronique	55
4.3.6.	Acouphènes	56
4.3.7.	Syndrome polyalgique idiopathique diffus (SPDI) ou fibromyalgie.....	56
4.3.8.	L'ACT en auto-thérapie	57
4.3.9.	Tableau 1 : Vue synthétique des 15 essais contrôlés randomisés inclus	58
5.	DISCUSSION.....	61
5.1.	Résultats principaux	61
5.2.	L'ACT en auto-thérapie.....	62
5.3.	Rapport cout-efficacité	63
5.4.	ACT en Médecine Générale	64
5.5.	Limitations	65
6.	CONCLUSION.....	67
7.	ANNEXES.....	70
7.1.	Annexe 1 : diagnostic et suivi de progression sur l'Hexaflex.....	70
7.2.	Annexe 2 : Evaluation de la flexibilité psychologique au moyen du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II).....	71
7.3.	Annexe 3 : Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique (HAS - Avril 2013).....	72
7.4.	Annexe 4 : Score de Jadad	73
8.	REFERENCES.....	74

1. INTRODUCTION

Le pratique de la « *pleine conscience* », notion centrale du bouddhisme et des religions orientales, pratiquée depuis près de 4000 ans¹, connaît un développement récent mais rapide en occident, aussi bien à des fins thérapeutiques que de développement personnel ou de bien-être. Si le mouvement débute seulement en France, c'est déjà un phénomène de société dans d'autres pays comme les Etats-Unis où les premières recherches scientifiques ont été conduites il y a près de 30 ans. [1]

1.1. Un phénomène de société

Le Dr. Christophe André, psychiatre spécialiste des *thérapies cognitivo-comportementales* (TCC), exerçant à l'hôpital Sainte-Anne à Paris a été l'un des premiers à importer en France l'usage de la *pleine conscience* en psychothérapie. Pour expliquer l'intérêt que soulève cette pratique, il met en exergue notre mode de vie : « *Tout comme le sport compense les carences liées à la sédentarité, les pratiques méditatives compensent celles liées aux agressions environnementales contemporaines : afflux d'informations, permanence de bruits de fond, manque de temps, de calme et de continuité* [2] ».

La personnalité charismatique de Tenzin Gyatzo, 14^e Dalaï Lama, ainsi que son intérêt prononcé pour la Science [3], ont également contribué à la diffusion des pratiques méditatives. Cette rencontre entre bouddhisme et science est formalisée chaque année depuis 1987 dans le cadre des rencontres organisées par l'association *Mind and Life*, créée par le neurobiologiste chilien Francisco Varela et l'avocat R. Adam Engle.

La *pleine conscience* et la méditation s'invitent de plus en plus souvent dans les médias « grand public ». C'est ainsi qu'en 2007, on a pu entendre dire que la

¹ Des fresques vieilles de 4000 ans mettant en scène des personnages dans des postures de méditation ont été retrouvées en Inde.

méditation de *pleine conscience* « modifiait le cerveau [4] » et que Matthieu Ricard² était « l'homme le plus heureux au monde ».

L'article original de *The Independent* [5], repris abondamment par la presse francophone s'appuyait sur les travaux de recherches de J.M Richardson [6], de l'université du Wisconsin. Au cours d'une étude sur les effets à long terme de la méditation sur le cerveau (chez des pratiquants ayant entre 10 000 et 50 000 heures de méditation) s'appuyant sur l'IRM fonctionnelle, son équipe avait mis en évidence une activité d'une intensité inhabituelle des zones cérébrales associées aux émotions positives.

Matthieu Ricard précise avec « philosophie et amusement » que ce titre d'homme le plus heureux au monde est « juste une blague » mais que ces recherches sont fondamentales car elles démontrent que « la méditation n'est pas simplement un état de béatitude sous un arbre mais que cela change complètement le cerveau et donc ce que nous sommes ». Il ajoute que « la première étude d'Harvard sur les bienfaits du sport date de 1927 [...], aujourd'hui, on accepte de passer, chaque matin, vingt minutes sur une bicyclette d'appartement qui ne va nulle part, même pas dans la cuisine ! ». Il en est convaincu, la méditation trouvera sa place dans notre quotidien d'ici une quinzaine d'années [7].

Ces dernières années, la fréquence des reportages sur le sujet a augmenté. Fin 2012, un reportage d'une heure y a été consacré dans l'émission *Envoyé Spécial*. En novembre 2013, le dossier spécial du journal télévisé de France 2 y était dédié. En avril 2014, le chanteur Yoann Fréget, vainqueur de « *The Voice* » (TF1) racontait au cours de l'émission comment il avait surmonté son bégaiement grâce à la méditation de *pleine conscience* [8].

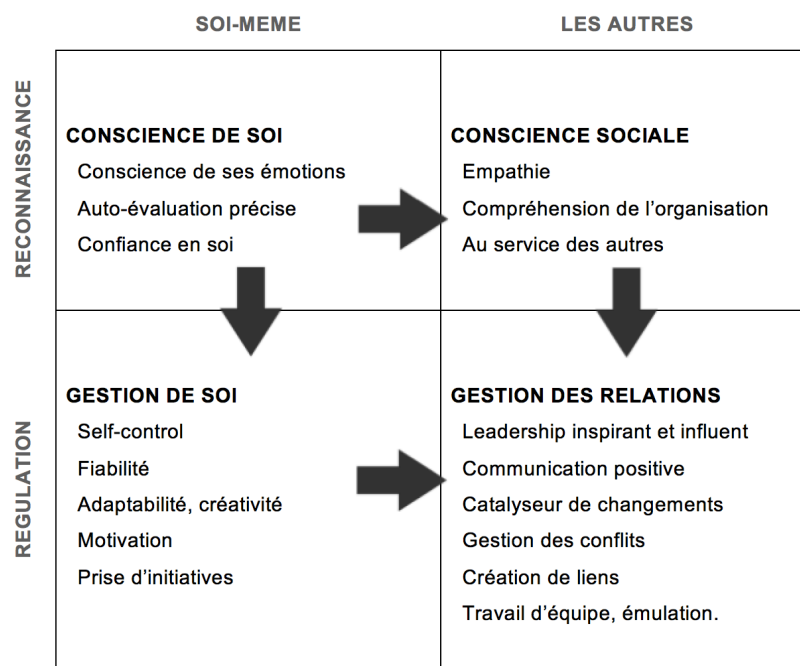
² Fils du philosophe Jean-François Revel, docteur en génétique cellulaire, chercheur à l'institut Pasteur devenu moine bouddhiste tibétain et interprète français du Dalai-lama.

1.2. L'exemple du monde de l'entreprise

La certitude de Matthieu Ricard est partagée par Chade-Meng Tan [9], ingénieur de Google et instructeur de méditation dans l'entreprise, qui a initié plus de 2000 employés depuis 2007. Il rappelle que le jogging est devenu un phénomène de société quand on a voulu copier les pratiques des dirigeants.

Or la pratique de la *pleine conscience* se développe très rapidement dans le monde de l'entreprise. Un article récent à la « une » du *Financial Times* [10] décrit la « révolution tranquille » de la *pleine conscience* qui est en train de s'emparer de la City. Les grands dirigeants et les traders ne l'utilisent pas pour s'évader vers un monde de calme et de sérénité, mais bien pour « rester dans la machine » et pour augmenter leur efficacité dans l'entreprise en développant leur « intelligence émotionnelle ». L'intelligence émotionnelle est la capacité à observer ses propres émotions et celles des autres et à utiliser cette information émotionnelle pour guider les processus de réflexion, les prises de décision et son propre comportement.

Figure 1 : L'intelligence émotionnelle – Modèle de Daniel Goleman [11]



Le chercheur français Antoine Lutz, docteur en neurosciences cognitives, auteur d'une thèse sur la conscience et chercheur au Centre National de Recherche Scientifique (CNRS), est l'un des pionniers dans ce domaine. Ses études s'appuient sur l'utilisation des IRM fonctionnelles et ont prouvé que les circuits attentionnels sont en lien avec le cortex préfrontal et que la méditation renforce ce cortex qui contrôle par ailleurs les émotions.

1.3. Les espoirs déçus de la révolution des psychotropes

Il ne faut oublier non plus, que le contexte actuel favorise le développement de la *pleine conscience*. Les psychotropes, (la chlorpromazine est découverte par le Dr. Henri Laborit dans les années 1950) ont certes révolutionné la prise en charge des troubles mentaux mais ne sont pas la solution miracle à laquelle certains ont pu croire. Ce sont des traitements symptomatiques et non curatifs. Leurs effets indésirables n'ont pas été suffisamment pris en compte.

Plus de 95% des consultations d'un médecin généraliste en France se terminent par la rédaction d'une ordonnance contenant au moins une prescription médicamenteuse, et les psychotropes figurent parmi les classes les plus prescrites [12].

D'autres pays, tels les Pays-Bas affichent des taux plus bas (de l'ordre de 60% des consultations se terminent par une prescription médicamenteuse) ; la consommation médicamenteuse y est d'ailleurs six fois moins importante qu'en France. « On ne peut supprimer une drogue si l'on ne propose rien à la place » explique encore le Dr. Patrick Lemoine. La *pleine conscience* permettrait-elle de désintoxiquer les patients ?!

1.4. La défiance du corps médical

La *pleine conscience* est le plus souvent méconnue du corps médical ; c'est généralement avec frilosité ou mépris qu'elle est accueillie lorsqu'elle lui est présentée. Nombreux sont les médecins qui y voient une pratique mystique ou charlatanesque.

Cette attitude est compréhensible. Elle est liée au principe fondamental de la médecine, *primum non nocere* (*premièrement ne pas nuire*), qui invite le médecin à la circonspection face à une thérapie qu'il ne connaît pas. Cette méfiance est également la conséquence de la formation médicale initiale qui, par souci d'enseigner « une médecine fondée sur les preuves », fait l'impasse sur les « médecines complémentaires et alternatives » et de manière générale les approches de santé non orthodoxes. La Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre des dérives sectaires (Miviludes) émet régulièrement des avis sur ces médecines « non classiques » et met en garde contre le risque de dérive sectaire. Il existe effectivement mais ne doit pas être exagéré.

En France, les médecins découvrent le phénomène via les médias, généralistes la plupart du temps et via les patients, qui pratiquent déjà la *pleine conscience* (parfois « dans le dos de leur médecin de famille ») et continueront de le faire quel que soit l'avis des autorités médicales.

Aux Etats-Unis, les mentalités ont déjà changé comme en témoigne la fondation en 1999 de l'*Academic Consortium of Integrative Medicine*, regroupant à ce jour 57 universités de médecine américaines et canadiennes [13], avec pour mission de promouvoir les pratiques thérapies corps/esprit soins dont la *pleine conscience*.

Il est essentiel que les médecins s'informent sur ces pratiques afin de préserver une relation médecin-patient de qualité, gage de l'efficacité des soins. Comme le souligne J.M. Dilhuydy³ dans un article sur les *médecines alternatives et complémentaires*

³ Chef de service de Radiothérapie Oncologie à l'Institut Bergonié (Bordeaux)

(CAM selon la dénomination anglaise pour *Complementary and Alternative Medicines*) en oncologie [14], les médecins, ne peuvent plus « ignorer ni réfuter ces pratiques, [...] doivent sortir du déni et du mépris envers elles, qui est une forme de déconsidération du patient ». Car certains patients sont bel et bien demandeurs d'une médecine globale et moins consommatrice de médicaments. Il est fondamental que les médecins puissent discuter de ces thérapies avec leurs patients et répondre de manière « claire, loyale et appropriée » à leurs interrogations.

Selon la définition du *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM, agence de l'Institut National de Santé américain) les « médecines alternatives et complémentaires » constituent un « groupe de divers systèmes médicaux, de santé et de produits qui ne sont pas actuellement considérés comme appartenant à la médecine conventionnelle ». Cette définition est complétée par un listing des différents groupes :

- Les médecines corps-esprit : la méditation et les pratiques de *pleine conscience*, la prière, la guérison mentale ou celles utilisant les médiations artistiques.
- Les médecines globales : occidentales comme l'homéopathie ou la naturopathie, et orientales comme la médecine traditionnelle (chinoise) ou ayurvédique (indienne).
- Les pratiques fondées sur la biologie : les suppléments diététiques, certaines plantes.
- Les pratiques de manipulation ou fondées sur le corps : la chiropraxie, l'ostéopathie, les massages.
- Les médecines énergétiques : le Qi Gong, le Reiki et les thérapies des champs électromagnétiques.

1.5. La médecine fondée sur les preuves (EBM)

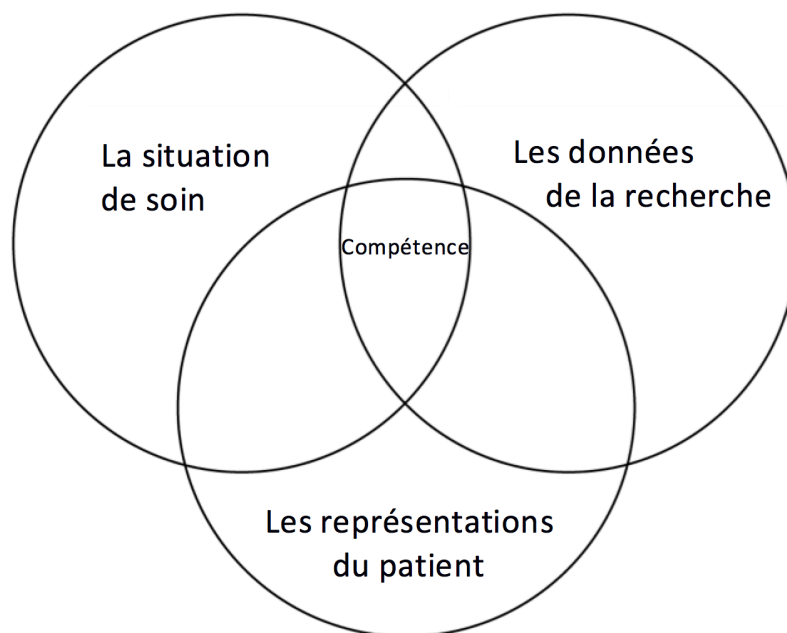
Le terme « Evidence-Based Medicine » a été inventé dans les années 1980 au Canada par *Gordon Guyatt et David Sackett* de la Faculté de médecine McMaster, pour désigner cette pratique que les cliniciens avaient développée depuis les années 1970.

La médecine fondée sur les preuves « *consiste à utiliser de manière rigoureuse, explicite et judicieuse les preuves actuelles les plus pertinentes lors de la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient. Sa pratique implique que l'on conjugue l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves cliniques externes obtenues actuellement par la recherche systématique. Par expertise clinique individuelle, on entend la capacité et le jugement que chaque clinicien acquiert par son expérience et sa pratique clinique* ». (Sackett et al., 1980)

En France, l'utilisation de la médecine fondée sur les preuves est communément admise pour l'évaluation des thérapeutiques médicales ou chirurgicales. Cependant, elle fait encore largement débat pour ce qui est de l'évaluation des psychothérapies.

[15]

Figure 2 : le modèle de la médecine fondée sur les preuves.



En 2004, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) a publié une expertise collective sur les psychothérapies [16] qui a provoqué la polémique par ses conclusions, très favorables aux TCC. Le but de cette évaluation officielle (la première en France) était d'évaluer 3 approches (la psychanalyse, les TCC, la thérapie familiale et de couple) selon les preuves scientifiques disponibles.

Ses conclusions sont « sans appel » : sur les 16 troubles pris en considération (troubles anxieux, troubles de l'humeur, schizophrénie, troubles des comportements alimentaires, troubles de la personnalité, alcoolodépendance), les TCC sont efficaces pour 15 troubles sur 16 ; les thérapies familiales pour 5 troubles sur 16 ; la psychanalyse pour un seul trouble sur 16 (les troubles de la personnalité, en particulier le trouble de la personnalité *borderline*).

Ces conclusions ont déclenché des réactions très hostiles de la part des partisans de la psychanalyse et une critique énergique de la démarche EBM appliquée à la psychanalyse. A l'inverse, les partisans des TCC se sont félicités des ces résultats qui démontrent que « la généralisation de l'EBM à la psychologie et à la psychiatrie est possible et souhaitable »⁴, critiquant un « particularisme français ».

Pour l'anecdote, deux chercheurs, *CGS. Smith et JP. Pell* ont publié en 2003 dans le *British Medical Journal* une « plaisanterie » [17] pour critiquer la place trop importante accordée aux essais randomisés : ils s'étaient demandés sur quelles preuves s'appuyait l'utilisation du parachute « pour prévenir la mort ou les traumatismes lors d'un saut depuis un avion face au challenge de la gravité » ! Ils ont réalisé une revue de la littérature qui n'a pas permis de retrouver le moindre essai contrôlé randomisé traitant du sujet. Ainsi, ont-ils démontré qu'aucune preuve solide ne permettait de recommander l'utilisation d'un parachute et invitaient les défenseurs de l'EBM à participer sans plus attendre à un essai en double aveugle ! Et de rappeler que la même remarque peut-être formulée pour de nombreuses interventions de santé. [18]

⁴ Par exemple, « Collectif des bonnes pratiques en psychiatrie et des professions associées » ; « Colloque La psychiatrie et la psychologie fondées sur des preuves ».

1.6. La pleine conscience

1.6.1. Définition du concept

La *pleine conscience* est la conscience qui émerge quand on porte intentionnellement son attention sur le moment présent, sans le juger ni nous juger [19]. C'est un processus attentionnel se situant à l'exact opposé « d'être pris dans ses pensées » [20]. L'attention est dirigée sur le moment présent, dans une attitude d'ouverture et de curiosité, sans prise en compte du caractère agréable ou désagréable du moment présent. Cette position de « non jugement » évite d'avoir envie de fuir ou de lutter contre l'expérience. La compétence indispensable à acquérir au cours de la pratique est donc une *flexibilité psychologique*.

La *pleine conscience* est un concept désignant la conscience vigilante de ses propres pensées, action et motivations. La plupart des méthodes permettant de développer des compétences de *pleine conscience* reposent sur la méditation.

En pratique, le début d'une session de méditation commence par un exercice dans lequel le pratiquant doit fixer son attention sur « une cible mouvante ». Il s'agit d'un élément en mouvement permanent mais qui ne se déplace pas : sa propre respiration, des vagues en bord de mer ou la flamme d'une bougie par exemple. Les « cibles fixes » sont à éviter car elles ne permettent pas de stabiliser l'esprit. Elles provoquent soit une reprise des ruminations, soit un endormissement. En France, les instructeurs sont essentiellement des psychiatres mais on trouve également fréquemment des médecins non psychiatres, des psychologues, des infirmiers ou des coaches.

Le terme « méditation » en tant que pratique méditative, désigne une pratique mentale qui consiste souvent en une attention portée sur soi. Etymologiquement, les mots sanskrit et tibétain traduits en français par « méditation », sont respectivement *bhavana*, qui signifie « s'entraîner, cultiver » et *gom*, qui signifie « se familiariser ». Il s'agit de s'entraîner, de se familiariser avec une vision claire des choses qui apparaît lorsqu'on arrête d'agir, de remuer, de gesticuler.

La méditation de *pleine conscience* est une technique d'entraînement de l'esprit qui consiste à tourner celui-ci vers l'instant présent et à examiner les sensations qui se présentent à l'esprit dans une position psychologique de non-jugement. Etre présent à ce qui est là en s'efforçant de ne pas y réagir et simplement de l'observer et de le ressentir. Observer comment les sensations - quelles soient agréables, neutres ou désagréables - surgissent à la conscience, persistent puis disparaissent. Au fur et à mesure de la pratique, la méditation est incorporée dans la vie quotidienne pour un certain nombre d'actes, comme se déplacer ou manger. Le pratiquant intensifie sa présence à l'instant.

1.6.2. Idées reçues sur la *pleine conscience*

L'information à destination du grand public véhicule tout un cortège de clichés au sujet de la méditation. Voici les principaux :

« La pleine conscience est synonyme de carpe diem »

Une personne sensibilisée à la *pleine conscience* est généralement perçue comme une sorte de maître zen, détaché affectivement des souffrances du monde et qui ne cèdera jamais à la colère. C'est l'inverse. L'esprit est plus présent au monde, plus attentif et donc plus réceptif à toute la palette des émotions que vont générer les interactions avec l'environnement.

« La pratique de la méditation implique de croire en la religion bouddhiste »

La *pleine conscience* est une pratique qui ne fait référence à aucune spiritualité. Elle s'inspire du bouddhisme dans sa dimension philosophique (art de vivre sa vie) et non spirituelle (notamment le principe de réincarnation).

« Je ne peux pas faire de méditation, je n'ai pas le temps de méditer 8h par jour comme un moine dans sa grotte ».

La méditation regroupe un ensemble de pratiques très différentes. Certains effectuent, c'est vrai, des retraites pour s'adonner à des méditations intensives mais il est possible de pratiquer principalement la méditation « fonctionnelle », intégrée dans les actes de la vie quotidienne. Par exemple, en marchant dans la rue, en prenant son repas ou en faisant sa toilette. La méditation de *pleine conscience* n'a

pas été développée dans l'optique de retirer les gens du monde, tout au contraire, le but est d'être présent à l'instant.

1.6.3. De la tradition orientale à la thérapie occidentale

Dans les années 1970, avec le développement des neurosciences [21], le concept de *pleine conscience* est porté à la connaissance des chercheurs et des cliniciens cherchant à développer d'autres thérapies hors du champ de la psychanalyse et notamment ceux pratiquant les TCC.

Dans son ouvrage « L'art de la méditation », Matthieu Ricard¹ indique « qu'un nombre croissant d'études scientifiques indiquent que la pratique de la méditation à court terme (de trente minutes par jour pendant 8 semaines) diminue significativement :

- le stress et l'anxiété ; la tendance à la colère,
- les risques de rechute chez les personnes qui ont vécu au moins deux épisodes de dépression grave,
- les chiffres de pression artérielle chez les sujets hypertendus
- la durée des poussées de psoriasis.

Et qu'elle s'accompagne d'un renforcement notable du système immunitaire.

1.7. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

1.7.1. Présentation du concept

Les TCC regroupent un ensemble de traitements des troubles psychiatriques, qui fondent leur approche sur la nécessité de s'appuyer sur les connaissances issues de la psychologie scientifique.

Les TCC s'attaquent aux difficultés du patient dans « l'ici et maintenant ». Elles reposent sur des exercices pratiques centrés sur les symptômes observables au travers du comportement et par l'assistance d'un thérapeute qui cible les processus mentaux, dits aussi processus cognitifs, conscients ou non, considérés comme à l'origine des émotions et de leurs désordres.

A l'opposé de la psychanalyse, le schéma d'intervention des TCC consiste à mettre le sujet en confrontation directe avec les situations et les émotions qui posent problème, plutôt que par le seul échange verbal. L'échange verbal est surtout utilisé lors de la phase initiale dans l'établissement du diagnostic pour comprendre ce qui a conduit le patient à rencontrer telles ou telles difficultés.

Alors que la psychanalyse cherche principalement à approfondir les causes du mal-être, les TCC se focalisent surtout sur les moyens de modifier activement la relation aux événements psychologiques (pensées, émotions, sensations) plutôt que de chercher à en modifier le contenu. Le thérapeute cherche à faire comprendre au patient que sa souffrance n'est pas forcément due à l'expérience vécue mais à la lecture qu'il en fait.

Concrètement, pour un patient qui présente une phobie, la TCC consiste à l'exposer de façon graduée aux situations provoquant le trouble pour corriger la distorsion cognitive à l'origine du trouble. La thérapie repose aussi sur l'apprentissage au patient de techniques de relaxation.

1.7.2. Les trois vagues des TCC

Les TCC se sont développées en trois vagues : au début du XX^e siècle, apparaît la vague comportementaliste (qui vise à intervenir sur les comportements) avec notamment les travaux d'Edward Thorndike (1911).

Dans les années 1960-1970, apparaît la 2^e vague, cognitive, avec les travaux de Aaron T. Beck (1967) qui vise cette fois à intervenir sur les cognitions (croyances, représentations mentales, pensées automatiques...). Dans les années 1980 les deux thérapies fusionnent.

Depuis quelques années les thérapies dites « de la 3^e vague » se sont développées. L'objectif poursuivi est toujours le même, à savoir, modifier la relation aux événements plutôt que de chercher à modifier les événements eux-mêmes ou à les fuir, mais la méthode utilisée diffère. Les thérapies de la 3^e vague font appel au *concept d'acceptation* et utilisent des techniques méditatives de *pleine conscience*.

La *thérapie d'acceptation et d'engagement* (ACT) est une des principales thérapies de la 3^e vague et sans doute celle qui se développe le plus rapidement. Elle sera l'objet de cette revue de la littérature, mais dans un souci pédagogique, un bref aperçu des différentes thérapies ayant recours à la *pleine conscience* va être développé.

1.8. Les thérapies faisant appel à la pleine conscience

Depuis près de 20 ans, de nombreux ouvrages et articles scientifiques ont été publiés sur l'utilisation de la *pleine conscience* dans le champ thérapeutique. La plupart de cette littérature est anglo-saxonne, mais le mouvement a démarré en France, avec la traduction d'ouvrages américains comme celui de Jon Kabat-Zinn, « Au cœur de la tourmente, la pleine conscience » [22] et d'articles spécialisés. [23]

La Théorie d'Acceptation et d'Engagement est l'une des principales psychothérapies faisant appel à la pleine conscience. *Avant de l'aborder, voici une présentation succincte des autres modèles.*

1.8.1. La *pleine conscience* basée sur la réduction du stress (MBSR)

La première application médicale de la méditation de *pleine conscience* a été développée par le biologiste américain Jon Kabat-Zinn⁵, qui a été un des premiers à entreprendre, dès 1982, l'adaptation de la méditation bouddhiste en lui ôtant son aspect religieux pour l'intégrer à un programme de soins scientifiquement contrôlable. [19]

Ainsi est née la MSBR (Mindfulness Based on Stress Reduction), basée sur le développement de la *pleine conscience*, via un programme de méditation intensif. La thérapie dure 8 semaines et comprend une séance de groupe hebdomadaire de 2h30 (réunissant 15 à 20 personnes sous la direction d'un instructeur) et une heure par jour de pratique à domicile, à l'aide d'enregistrements sonores.

⁵ Jon Kabat-Zinn a soutenu sa thèse d'université en biologie moléculaire en 1971 au MIT où il a étudié sous la direction de Salvador Luria, Lauréat du Prix Nobel de Médecine en 1969.

Au cours des séances de groupes, une multitude d'exercice est proposée, par exemple :

- *L'exercice du raisin* qui permet de mettre en évidence le processus de pensée automatique
- *L'exercice du balayage corporel* (body-scan) au cours duquel le sujet allongé se focalise de manière séquentielle sur les sensations présentes dans les parties de son corps
- Les exercices de méditation assise axée sur l'ancrage au souffle
- Des exercices de *Hatha Yoga* pour développer encore d'avantage la conscience au corps.

Chaque séance se termine par un « tour de fin » permettant à chaque participant de s'exprimer sur son ressenti. En outre, cet échange permet de tisser des liens entre les participants.

Plus tard, les applications ont été étendues à l'anxiété, aux phobies, aux addictions, à la dépression, à la gestion de la douleur... Au début de l'année 2014, il y avait environ 1000 instructeurs certifiés dans près de 30 pays. [24]

1.8.2. La *pleine conscience* basée sur la thérapie cognitive (MBCT)

La MBCT (Mindfulness Based on Cognitive Therapy) développée en 2002 par Zindel Segal⁶, découle directement de la MBSR, dans laquelle sont ajoutés des éléments des TCC. Elle a été développée pour répondre de manière plus spécifique à la prévention de la rechute dépressive. Il ne s'agit donc pas à proprement parler d'une thérapie de la dépression. [25]

Le programme se déroule également en 8 semaines, sous la forme de sessions de groupes hebdomadaires et d'exercices à réaliser au domicile. Pour intégrer le programme, le patient est reçu en entretien par le thérapeute. Un support pédagogique est fourni au participant pour présenter le programme et insister sur l'importance de l'investissement personnel.

⁶ Professeur de psychiatrie à l'université de Toronto, spécialisé dans les TCC et le traitement de la dépression.

Le programme des 8 séances est établi :

1. Le pilotage automatique
2. Gérer les obstacles
3. Avoir conscience de la respiration
4. Rester présent
5. Permettre/lâcher prise
6. Les pensées ne sont pas des faits
7. Comment prendre soin de soi au mieux
8. Utiliser ce qui a été appris pour gérer les humeurs futures

1.8.3. La thérapie comportementale dialectique (DBT)

La DBT (Dialectic Behavioral Therapy) est une psychothérapie développée en 1993 par la psychologue américaine et chercheuse à l'Université de Washington, Marsha M. Linehan, pour le traitement des patients présentant un trouble de la personnalité *borderline*, [26]. Elle combine des exercices issus des TCC, des exercices de tolérance de la détresse, des techniques de relaxation, d'acceptation et des pratiques de méditation bouddhistes.

1.8.4. La thérapie méta-cognitive (MCT)

La MCT (Meta Cognitive Therapy) est une psychothérapie développée par le Pr. Adrian Wells, en 1994 pour traiter le trouble anxieux généralisé, par la suite étendue pour devenir une *psychothérapie transdiagnostique* (2006). [27]

Une approche transdiagnostique postule que [28] :

- Des signes cliniques identiques s'observent dans des pathologies distinctes.
- Des mécanismes/processus psychologiques communs expliquent ces signes cliniques identiques.
- Des actions thérapeutiques similaires peuvent traiter efficacement ces pathologies.

L'approche transdiagnostique est souvent illustrée par son application dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire.

Les métacognitions sont les « cognitions des cognitions », c'est à dire le savoir de l'individu concernant ses propres pensées (« ce qu'il sait de sa façon de savoir »). Par exemple, c'est par la métacognition que l'on est parfois certain que le nom d'une personne est stockée dans notre mémoire, même s'il nous échappe sur le moment. Néanmoins, cette thérapie n'a encore donné lieu à aucune publication dans une revue à comité de lecture et sa validité ne peut donc être vérifiée.

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

La présentation de cette thérapie s'appuie sur les ouvrages de référence de :

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

- Benjamin Schoendorff, Grand, J., Bolduc M-F (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement. Guide clinique*. Bruxelles. De Boeck

Et sur le site contextualscience.org de l'ACBS (Association for Contextual Behavioral Science).

1.9.1. Historique

La *thérapie d'acceptation et d'engagement* (Acceptance and Commitment Therapy en anglais) dont on prononce le nom comme le mot « acte » (et non comme un sigle) s'inscrit dans le courant de la 3^e vague des TCC. Comme toutes les thérapies comportementales, l'ACT attache toute son importance à la validation de son efficacité par la réalisation d'essais cliniques.

Elle a été élaborée par Steven C. Hayes⁷ et Robert D. Zettle⁸ dans les années 1980. Initialement, elle portait le nom de « distension compréhensive » mais C. Hayes l'a modifiée avec Kirk D. Strosahl et Kelly G. Wilson à la fin des années 1990 pour la rendre plus pragmatique et lui conférer sa structure actuelle. [29]

L'ACT repose sur une théorie du langage et de la cognition, *la théorie des cadres relationnels* (TCR, Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2011), [30] élaborée à partir des travaux sur *le conditionnement opérant* de B.F. Skinner (1957) pour développer une

⁷ Professeur de psychologie à l'université du Nevada (USA), connu pour avoir co-développé la théorie des cadres relationnels. (avec Dermot Barnes-Holmes)

⁸ Professeur de psychologie à l'université de Wichita (USA).

approche scientifique du comportement humain. La TCR a été imaginée pour « comprendre de manière pragmatique des comportements humains complexes »

1.9.2. Différences TCC classiques / ACT

A la différence des TCC de 2^e génération, qui proposent de mettre en doute la réalité et la rationalité des émotions désagréables pour obtenir une baisse de l'émotion ou une réduction des sensations à travers l'exposition graduée, l'ACT suggère plutôt de reconnaître les émotions comme des pensées, ni plus, ni moins. Cela doit permettre de s'en distancer pour analyser leur influence sur nos conduites. Cette influence nous fait-elle avancer vers nos valeurs ?

L'ACT, enseigne la *pleine conscience* et des techniques *d'acceptation* (une attitude d'ouverture, de curiosité, d'accueil) de toutes les émotions, pensées, sensations désagréables ou douloureuses pour renforcer l'engagement vers des actions en phase avec les valeurs personnelles.

1.9.3. Modèle psychopathologique

Pour l'ACT, la psychopathologie « prend naissance et se renforce dans la lutte contre son expérience intérieure » c'est à dire toutes les actions de lutte ou de fuite que l'on entreprend au contact d'une expérience désagréable. C'est ce que l'on nomme *l'évitement expérientiel*. L'énergie investie dans l'évitement expérientiel est perdue pour le sujet, c'est à dire qu'elle n'est plus disponible pour agir vers des valeurs choisies.

L'ACT s'appuie sur le *contextualisme fonctionnel*, qui postule qu'un comportement est la résultante de nombreuses influences, internes (histoire personnelle, pensées, émotions, sensations,...) et externes (normes socio-culturels, régime politique...). Au lieu d'analyser les comportements par leur *origine* supposée (qui est multiple et difficile d'accès), le contextualisme fonctionnel propose d'analyser les comportements par leurs *conséquences*. Dès lors, une expérience n'est pas vraie ou fausse, elle est utile ou non pour amener le sujet à agir selon ses valeurs. L'ACT questionne donc l'individu sur ce qui est important à ses yeux. La question du symptôme et de son élimination devient secondaire.

1.9.4. La flexibilité psychologique

L'ACT enseigne le moyen d'acquérir une certaine *flexibilité psychologique* pour accepter la totalité des expériences intérieures qu'il n'est pas possible d'éviter durablement ou de modifier. L'énergie ainsi économisée en évitant la lutte sera alors réinvestie dans des actions dirigées vers ce qui a de la valeur aux yeux de la personne.

La *flexibilité psychologique* peut encore être définie comme la capacité à changer de comportement si le comportement étudié n'est pas utile sur le long terme, pour agir enfin selon ses valeurs même si cela implique d'accepter les éventuelles expériences psychologiques désagréables que cela va générer.

Les compétences enseignées pour développer la *flexibilité psychologique* sont au nombre de six, et composent ce qui est communément appelé : *l'hexaflex*.

1. **La défusion cognitive** : En état de fusion, l'individu réagit à ses pensées comme s'il s'agissait de la vérité absolue de sorte que son comportement est dicté par ses pensées. *Défusionner* c'est se dissocier des expériences psychologiques, c'est distinguer les « histoires » de la réalité, c'est réduire l'influence de nos pensées, sensations, émotions. Plusieurs techniques sont régulièrement utilisées pour favoriser la défusion : « je suis en train de penser que... », « les pensées musicales », « donner un titre à mes histoires »...
2. **L'expérience de soi comme contexte** : Etre l'observateur de ses expériences psychologiques. Pour faire comprendre cette notion plus complexe, la métaphore du ciel et de la tempête est souvent prise en exemple : l'individu est le ciel, son esprit est la tempête ; quelle que soit l'intensité de la tempête, le ciel lui-même n'en est pas affecté.
3. **L'acceptation** : C'est faire de la place à toutes les pensées, émotions, sensations désagréables au lieu de tenter de les réprimer ou de les chasser. C'est accepter les expériences psychologiques sans les juger.

4. **Le contact à l'instant présent** : C'est porter son attention, volontairement, sur l'expérience présente, dans une attitude de non-jugement. La *pleine conscience* dans l'ACT est vue comme une façon d'être, une attitude. Il ne s'agit pas de faire une pause pour s'asseoir et méditer pendant une période plus ou moins prolongée mais d'incorporer la *pleine conscience* dans les actes du quotidien. (*méditation fonctionnelle*)

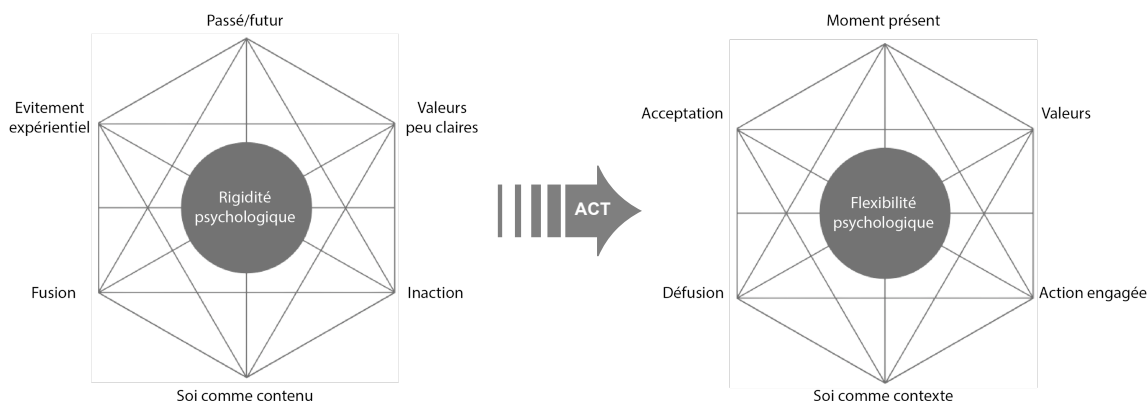
5. **La clarification des valeurs** : Cela implique en premier lieu de faire la distinction entre un objectif, qui a un début et une fin (par exemple courir un marathon) - et qui est généralement remplacé par un autre objectif une fois accompli - et une valeur, qui est une conduite de vie (par exemple, avoir une activité physique régulière pour entretenir sa santé). A nouveau, pour expliquer ce point, il est fait appel à une histoire, celle du « débriefing des 80 ans » : « Imaginez que vous fêtez vos 80 ans. Quelles sont les personnes que vous aimeriez avoir au près de vous et qu'aimeriez-vous les entendre dire à votre propos lorsqu'ils portent un toast ? »

6. **L'engagement vers ses valeurs** : Comme le dit Ch. André, « le concept de vélo est intéressant mais c'est la pratique du vélo qui nous fait du bien ». C'est dans l'action que l'on peut se construire, l'action valorisée grâce au travail de clarification. C'est parce que l'action est valorisée que l'engagement va persister, peu importe les expériences désagréables générées et le nombre d'échecs rencontrés.

Les techniques utilisées pour développer la *flexibilité psychologique* ne sont pas limitées ; chaque patient et chaque thérapeute étant invité à en développer de nouvelles.

Figure 3 : L'hexaflex, le modèle de la *flexibilité psychologique* de l'ACT

(D'après Luoma et al., 2007)



L'Association for Contextual Behavioral Science (ACBS) [31] met à disposition (inscription payante) de nombreux documents (la majorité existent en version francophone) pour établir le diagnostic initial et suivre la progression du patient. Deux exemples sont présentés en Annexes 1 et 2.

1.9.5. Champ d'application

C'est une thérapie transdiagnostique, présentée comme « ayant prouvé son efficacité » dans un large panel de pathologies telles que l'anxiété sociale, la dépression, le trouble obsessionnel-compulsif, la schizophrénie, le trouble de la personnalité borderline, le stress au travail, la douleur chronique, l'épilepsie réfractaire aux médicaments, le contrôle du poids, l'arrêt du tabac, la gestion du diabète.

1.9.6. Aspects pratiques

La première séance commence par une discussion sur ce que souhaite vraiment et précisément le patient ainsi que les moyens déjà mis en œuvre pour accomplir ses buts. Pour chaque moyen décrit, la question de son utilité (et de son coût psychologique) par rapport aux valeurs est posée, pour le court terme comme pour le long terme. Le thérapeute identifie les conduites d'évitement, de lutte, de tentative de contrôle d'une situation.

Certaines sont évidentes (évitement manifeste, conduites addictives,...) d'autres sont plus subtiles (fréquent manque d'attention, hypersomnie...). Thérapeute et patient doivent garder à l'esprit que, au fur et à mesure de la progression du patient dans la thérapie, de nouvelles émotions et pensées indésirables vont apparaître.

En pointant du doigt l'échec des moyens déployés jusqu'alors pour se soustraire aux agressions, qui ont finalement eu pour conséquence de priver la personne de la vie qu'elle souhaite réellement, le thérapeute essaye de générer la motivation qui va favoriser le changement de comportement. Pour ce faire, il enseigne au patient les compétences qui composent *l'hexaflex*, en veillant à témoigner de la compréhension quant à la difficulté du patient à les mettre en œuvre.

La dernière phase de l'ACT est similaire à celle des TCC traditionnelles et repose sur deux stratégies d'intervention : *l'exposition* et *l'activation comportementale* (à mettre également au service des valeurs propres du patient, de ses principes).

- L'activation consiste à amener le patient à expérimenter la diminution de son angoisse/douleur face au stimulus problème autrement que par l'évitement. En effet l'évitement soulage l'angoisse à court terme mais la renforce à long terme. C'est une désensibilisation graduelle.
- L'activation comportementale est la planification d'activités à envisager.

L'ACT fait appel à un ensemble de métaphores, de paradoxes, de compétences de *pleine conscience*, des exercices expérientiels⁹ et d'interventions comportementales pour signifier le caractère incontrôlable mais acceptable de la plupart des expériences psychologiques.

Exemple de la métaphore des mains : Le thérapeute demande au patient de regarder ses propres mains, et de considérer qu'il s'agit en fait de pensées. Il demande ensuite au patient de placer ses mains, les doigts écartés, devant ses yeux. Le patient prend quelques instants pour regarder son environnement au travers de ses doigts. Le thérapeute lui demande d'imaginer de passer une journée comme ceci et de considérer toutes les conséquences sur sa journée. Il explique enfin qu'une journée

⁹ Définition : « un processus au travers duquel un formé construit un savoir, une compétence et des valeurs à partir d'expériences directes, le plus souvent en extérieur »

comme ça est similaire à une journée en état de fusion cognitive et que les exercices de défusion ont pour objectif d'éloigner progressivement et de plus en plus souvent les mains du visage.

L'ACT peut être délivrée de deux façons : soit en 6 séances correspondant aux différentes compétences à acquérir, soit de manière plus souple en fonction des échanges avec le patient. La thérapie peut-être pratiquée en face à face ou en thérapie de groupe. La thérapie peut ne durer que quelques heures ou être prolongée sur plusieurs mois pour les patients présentant des troubles chroniques et/ou plus sévères et/ou multiples.

1.9.7. ACT et méditation

Conscients qu'il est difficile de pratiquer la méditation de manière régulière et sur le long terme dans nos sociétés « modernes », les concepteurs de l'ACT ont cherché à développer un enseignement des compétences de *pleine conscience* sans recours à la méditation dans son sens premier. En pratique, l'ACT développe la pratique de la *méditation fonctionnelle*, c'est à dire incorporée dans toutes les actions du quotidien. Néanmoins, la pratique méditative classique n'est pas incompatible avec l'ACT.

1.9.8. Principales contre-indications

D'après Smout (2012) [32]

- Altérations de la fonction cognitive et troubles de la mémoire
- Troubles psychotiques aigus
- Situations d'urgences, qui nécessitent un traitement médicamenteux et/ou une prise en charge hospitalière
- Lésions cérébrales organiques

1.9.9. ACT et psychotropes

Plusieurs études ont été conduites chez des sujets sous traitement médicamenteux [33]-[34]. La prise d'antidépresseurs, de thymorégulateurs ou d'antipsychotiques ne pose pas de problème tant que le traitement a été instauré de longue date et que sa posologie est stabilisée avant de débiter les séances d'ACT. Néanmoins, la prise de benzodiazépines est incompatible avec la philosophie de l'ACT, qui vise à réduire les mécanismes d'évitement de l'expérience.

1.9.10. Intérêts en Médecine Générale :

- L'ACT a été conçue pour traiter un large panel de pathologies, y compris celles ne s'intégrant pas dans une catégorie précise, bien établie ou codifiée. (souffrance ressentie au travail, contrôle du poids...)
- Les compétences sont séparées et peuvent donc être enseignées lors de plusieurs consultations successives de courte durée (20-30 minutes).
- La méthode est relativement simple.
- Contrairement à la méditation, qui nécessite de trouver dans son emploi du temps des plages horaires suffisamment longues et fréquentes, la thérapie ACT fonctionne sur des interventions multiples mais brèves, qui se mêlent facilement à notre mode de vie actuel.

1.9.11. Un exemple concret de l'ACT en médecine générale

L'exemple qui suit, est reproduit avec l'aimable autorisation de son auteur, le Dr.

Olivier BERNARD, médecin généraliste et auteur d'un blog sur sa pratique [35].

Josiane, patiente de 43 ans, me consulte pour un problème de constipation dont elle souffre depuis « toujours ». Pour l'instant, elle le gère vaille que vaille avec son hygiène de vie. Faire de l'exercice physique, manger légumes, fruits et céréales complètes, boire beaucoup d'eau, dont de l'eau tiède à jeun, tout cela l'aide quand elle est coincée. Elle a par ailleurs déjà « tout » essayé. *Nous abordons la question sous l'angle de l'ACT.*

Les valeurs en jeu sont la santé (elle est là pour ça), la légèreté et l'autonomie. La souffrance physique qu'elle ressent dans son corps, s'apparente à une lourdeur, un ballonnement. Quand elle se retrouve aux toilettes, et que par hasard, un de ses enfants, ou son mari lui parle ou même fait un peu de bruit à proximité, elle se retient et la pensée que « c'est fichu, cela ne sortira plus » lui traverse l'esprit. D'ailleurs, « elle a toujours été constipée ». Ce qu'elle ressent s'apparente à de la peur d'avoir honte au cas où on la surprendrait.

Depuis aussi longtemps qu'elle puisse s'en souvenir, l'activité de déféquer ou d'avoir des flatulences, « ça ne se fait pas ». On n'en parle pas, c'est grossier, on se cache pour les exercer, et pour peu que l'on ne soit pas strictement seul, on se retient. « Si on m'entendait, quelle honte...! » A mesure qu'elle nomme les pensées, elle réalise déjà comme elle a pu se laisser tyranniser par son esprit et elle repère les amalgames entre certains mots/jugements et la fonction en elle-même.

Décodons cela sur la matrice :

Actions qui m'éloignent de mes valeurs:

Me retenir.
Essayer de nombreux remèdes (consulter).

Action qui me rapprochent de mes valeurs:

Me soulager

Souffrances:

Sensations corporelles:
ballonnement, pesanteur abdominale.

Valeurs:

santé, légèreté, autonomie.

Émotions: peur d'avoir honte

Pensées:

C'est fichu, ça ne sortira plus (découragement, pessimisme).
Ça ne se fait pas (culpabilité).
J'ai toujours été constipée (moi conceptualisé, mauvaise estime de soi).
Je n'ai jamais su pousser (impuissance).
C'est grossier (jugement).
Et si on m'entendait (honte).

Ensemble, nous pouvons valider ces pensées, l'esprit les fabrique et fait revenir cette histoire, c'est comme cela qu'un esprit est conçu. Il est volontiers enclin à nous déprécier et à être pessimiste.

Du temps des premiers hommes, hors de la caverne, l'esprit nous disait: « Fais gaffe, tu vas te perdre, mourir de froid, de faim, te faire tuer. », d'où les constats fréquents de type « c'est fichu ». Hors du clan, impossible de survivre seul, et l'esprit nous racontait : « tu es nul pour tailler les silex, pour chasser, assurer ta descendance, attention, le groupe va te rejeter ! ». Ici : tu n'es pas capable de pousser. Josiane se souvient par ailleurs qu'elle n'avait pas été capable de pousser pour accoucher (naissance assistée par forceps).

L'esprit a tendance à classer les expériences : bonnes ou mauvaises, de façon définitive, en fonction d'un résultat obtenu dans le passé, parfois pour des questions de survie. D'où les jugements de type « ça ne se fait pas » ou « c'est grossier ». Qui sait si l'odeur des excréments ou le bruit des flatulences n'a pas attiré les bêtes sauvages dans un passé lointain ?

Ce type de fonctionnement de notre esprit a certainement été utile comme moteur d'évolution. Et nous pouvons le remercier. Dans le contexte de Josiane, il n'est pas fonctionnel.

Je lui propose de défusionner avec ses pensées : En les écrivant : J'observe que j'ai les pensées que : « ... ». Je lui suggère aussi d'en chanter l'une ou l'autre ; elle fredonne « j'ai toujours été constipée » sur l'air de « j'aurais voulu être un artiste ». Enfin, je l'invite à donner un nom à toute cette histoire, et elle lui choisit ce titre : « Poussez pas derrière ». Ce qui la fait sourire. Je lui rappelle que ce ne sont pas des stratégies de contrôle mais des manières de reconnaître l'histoire pour ce qu'elle est, quand elle se présente, à savoir des mots mis ensemble, et pas la réalité.

Nous explorons alors le domaine de l'acceptation. Je lui demande de s'imaginer en situation et d'explorer les sensations liées aux émotions de honte, culpabilité et impuissance. Elle me les décrit comme un étau qui bloque sa respiration et qui s'accompagne d'une contraction au niveau du périnée. Ce qui a généralement pour effet de la bloquer. A court terme, elle évite la honte de se faire surprendre, qu'on aie pu l'entendre ou la voir. A moyen et long terme, elle souffre davantage. Passé au filtre de la fonctionnalité « est-ce que cette histoire l'aide ? », la réponse est non.

Et maintenant ? S'engager à reconnaître les pensées et les émotions qui surgiront la prochaine fois que la situation se présentera. Remercier l'esprit pour ces pensées intéressantes sans débattre si elles sont vraies ou fausses, bonnes ou mauvaises, simplement noter qu'elle ne sont pas utiles en la circonstance, anticiper les émotions et accepter leur venue, tout en choisissant l'action qui la rapproche de ses valeurs: « Dégage...tout ! »

Pour conclure, notons que le problème de Josiane est moins aigu qu'avant, et qu'elle s'en porte mieux. ACT apporte ici un complément thérapeutique fonctionnel, autonomisant et sans effets secondaires ni accoutumance aux laxatifs. Il ne remplace pas ce qui a été fait en amont, l'anamnèse, l'examen clinique et les examens complémentaires nécessaires. Mais quand le bilan clinique et para clinique est rassurant, que la constipation est étiquetée de « fonctionnelle ou idiopathique », ACT se révèle être un outil thérapeutique qui fonctionne, y compris en dehors du DSM IV-R (Manuel nosographique utilisé en Psychiatrie).

1.10. Etat des connaissances sur l'ACT

Pour établir l'état des connaissances scientifiques sur la *pleine conscience*, deux types de sources scientifiques sont disponibles : les revues de la littérature d'une part, les recommandations d'organisations gouvernementales ou non, d'autre part.

- Les revues de la littérature sont réalisées par des thérapeutes-chercheurs dont la *pleine conscience* constitue le cœur de leur pratique. Ils considèrent que ces thérapies sont directement issues des *thérapies cognitivo-comportementales* (TCC) « 3^e vague », et bénéficient donc, au moins en partie, du « bagage EBM » de celles-ci.
- Pour les auteurs des recommandations, la *pleine conscience* fait partie des *médecines alternatives et complémentaires* et la question de l'accréditation EBM est le but de leur évaluation.

De cette différence de vue quant à la nature des thérapies de *pleine conscience*, (TCC « 3^e vague » *versus* CAM), émergent des positions parfois contrastées.

1.10.1. Rapports d'évaluation

Plusieurs organismes ont produit des rapports d'évaluation de la *pleine conscience*³⁶.

La démarche d'évaluation des *médecines alternatives et complémentaires* a été initiée par le *Research Council for Complementary Medicine* (RCCM) anglais [37], dès 1983. Par la suite, en 1991, le *National Institute of Health* (NIH) américain mettait sur pied une agence, le *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) avec la mission d'évaluer scientifiquement, les pratiques alternatives, de fournir une formation aux praticiens souhaitant exercer ou exerçant déjà une médecine alternative et de diffuser l'information validée.

A partir de 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a mis en place une stratégie pour « promouvoir une médecine traditionnelle sûre, efficace et abordable » [38]. Plus récemment, en 2007, l'*Agency for Healthcare Research and Quality*

(AHQR), organisme américain, poursuivait cette mission d'évaluation par la publication d'un rapport [39].

- **Le rapport de l'AHQR :** « Meditation Practices for Health: State of the Research ».

Ce rapport de 472 pages, se base sur l'analyse de 813 études (1031 études récupérées) dans 17 bases de données ainsi que dans la littérature grise¹⁰, jusqu'en septembre 2005. Après la sélection initiale, la définition de la pratique méditative a été effectuée par *rondes Delphi*¹¹.

Les études incluses étaient des études comparatives, sur n'importe quel type de méditation, avec un effectif minimum de 10 participants adultes. Elles fournissaient suffisamment de résultats et étaient publiées en anglais. Deux chercheurs indépendants évaluaient les études, et procédaient à l'extraction des données. Parmi les 813 études, prédominaient celles de « mauvaise qualité ».

Les pratiques étudiées étaient la méditation sur mantra, la méditation de *pleine conscience*, le Yoga, le Tai chi et le Qi Gong.

Les paramètres étudiés étaient l'hypertension artérielle, les autres maladies cardio-vasculaires et les addictions.

La méta-analyse réalisée montrait que la méditation sur mantra, le Qi-Gong et la *pleine conscience* réduisaient de manière significative les chiffres de pression artérielle. Le Yoga aidait à réduire le niveau de stress. Le Yoga n'était pas plus efficace que la MBSR pour réduire l'anxiété des patients aux antécédents cardio-vasculaires. Il n'avait pas été possible de combiner de résultats quant aux conduites addictives.

¹⁰ Définition de l'Association française de normalisation (AFNOR) : tout document dactylographié ou imprimé, souvent à caractère provisoire, reproduit et diffusé à un nombre d'exemplaire inférieur au millier, en dehors des circuits commerciaux de l'édition et de la diffusion.

¹¹ La technique Delphi est une méthode qualitative qui tire son nom de l'oracle de Delphes en rapport avec les compétences d'interprétation et de prévoyance de ce dernier, ainsi que son processus opérationnel consistant en une série de rondes. Pour plus d'information : Stulmoski GJ, Hartman F, Krahn J. The Delphi Method for Graduate Research. Journal of Information Technology Education; 2007:volume 6

Ses conclusions sont les suivantes : le domaine de la recherche sur les techniques de méditation et leurs applications thérapeutiques a été assombri par l'absence de définition commune de ce que constitue la méditation et par un manque de rigueur méthodologique dans la plupart des recherches.

Les conclusions tirées des essais sur les effets physiologiques et neuropsychologiques sont fragiles. Les effets cliniques peinent à mettre en évidence des faits probants pour l'ensemble des pathologies testées : cancers, anxiété, syndrome dépressif, hypertension artérielle.

Le rapport concluait sur les nombreuses incertitudes entourant la pratique de la méditation, l'absence de cadre théorique commun des différentes études menées, et leur faible qualité méthodologique. Dès lors, il réfutait la possibilité de tirer des conclusions fiables et définitives quant aux effets sur la santé des pratiques méditatives sur la base des preuves disponibles.

Il préconisait pour l'avenir d'améliorer la qualité méthodologique des études, dans la description des populations, dans la définition et le choix des interventions et des contrôles, dans l'analyse et la communication des résultats.

- **Le guide de pratique clinique du *National Institute for Clinical Excellence***

Ce guide publié initialement en 2004, recommande de proposer la pratique de la *méditation basée sur les thérapies cognitives* (MBCT) aux patients dans les situations de dépression avec rechutes. (Grade B). Cette recommandation a été confirmée en 2007 puis en 2009 dans les mises à jour du rapport. (Les niveaux de preuves des recommandations scientifiques sont présentés en annexe 3)

La MBCT pouvait être proposée aux patients en rémission, mais qui avaient présenté 3 épisodes dépressifs au moins.

La pratique devait être délivrée à des groupes de 8 à 15 participants, à raison d'une séance de 2h chaque semaine, pendant 8 semaines, ainsi que 4 sessions de suivi dans les 12 mois après la fin du traitement initial.

Un rapport annexe, réalisé par la *Mental Health Foundation*, témoignait du fait que, dans la pratique et malgré ces recommandations, peu de patients se voyaient proposer cette thérapie.

1.10.2. Revues de la littérature

Depuis 1986, l'ACT a fait l'objet de nombreux essais randomisés contrôlés (Cf. **Figure 4**) qui ont donné lieu à 4 principales revues systématiques de la littérature : Hayes et al., (2006)^[40], Ost et al., (2008)^[41], Powers et al., (2009)^[42], Smout et al., (2012)^[43].

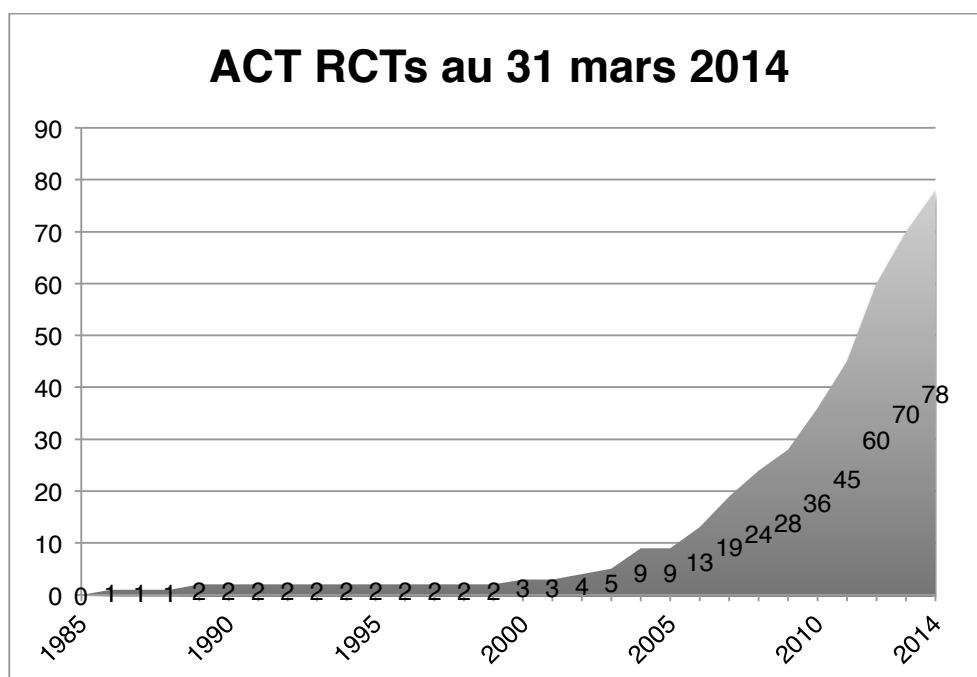


Figure 4 : Essais randomisés contrôlés de 1985 à mars 2014

Celle de *Smout et Al.*, publiée en septembre 2012 et qui fait aujourd'hui référence, avait pour objectif d'évaluer dans quelle mesure la qualité de la recherche s'était améliorée depuis les 3 précédentes revues de la littérature, notamment celle très critique, de Ost et al., (2008) qui comprenait une méta-analyse, et de refaire le point sur le niveau de preuve de l'ACT pour les pathologies données.

- Les critères d'inclusion étaient les études (a) randomisées, (b) comprenant l'ACT dans le bras intervention, avec (c) soit une comparaison à une liste d'attente ou un traitement comparatif, (d) publiées en anglais et depuis 2008.
- Les bases de données électroniques (Ovid, Medline, EBSCO, PsychINFO, Web of Science et Scopus) étaient consultés avec les termes de recherche suivant : « acceptance » and « randomi*ed » dans le titre. Par ce biais, 31 études étaient obtenues. Après contact de l'Association for Contextual Behavioral Science, une liste de 51 études était obtenue.
- Les études étaient ensuite évaluées à l'aide de la grille Psychoterapy Outcome Study Methodology Rating Form (POSMRF) qui note 22 items et permet d'attribuer à l'étude la mention « mauvaise », « correcte », « bonne ». Cette évaluation était effectuée de manière indépendante par plusieurs chercheurs. L'accord entre les chercheurs était vérifié par le calcul du score de Kappa.
- Les études obtenant la mention « correcte » ou « bonne » étaient incluses dans la revue, soit 17 études.
- Concernant la qualité de la recherche clinique, l'auteur concluait à une amélioration globale des recherches dans le domaine de l'ACT notamment dans la fiabilité de la mesure des résultats, dans la description de la formation des instructeurs et dans le suivi de l'observance au traitement. Néanmoins, beaucoup d'études présentaient encore les lacunes pourtant déjà identifiées dans les précédentes revues de la littérature : taille insuffisante des effectifs, manque d'harmonisation dans la mesure des résultats, manque de précision quant au comparateur TAU (« traitement habituel »).

- Concernant le niveau de preuve par pathologie, l'auteur considérait les preuves suffisamment nombreuses et de qualité pour inclure l'utilisation de l'ACT dans les guidelines pour le traitement du trouble obsessionnel compulsif, la douleur chronique, le trouble anxieux. Pour les autres pathologies, (psychose, dépression, troubles du comportement alimentaire, trouble de la personnalité) les preuves n'étaient pas suffisantes pour permettre de citer l'ACT dans les recommandations mais suggéraient malgré tout que l'ACT pouvait offrir des améliorations significatives. La « défense » de l'auteur reposait sur l'argumentation suivante : la médecine fondée sur les preuves repose sur un certain nombre d'éléments, parmi lesquels :

- Le contexte (un échec du traitement de première intention)
- L'expérience du médecin
- Ses compétences dans un domaine particulier.

Cette explication, conforme à ce qui est enseigné en France sur la médecine EBM, permettait de justifier le recours à l'ACT sous certaines conditions, pour des indications non encore validées par des essais cliniques.

Depuis cette revue, la dernière en date de cette ampleur et portant sur l'ACT dans de multiples indications, un certain nombre d'études ont été publiées. C'est ce qui a motivé, en partie, la réalisation de cette revue.

2. OBJECTIF

L'objectif de ce travail de thèse était d'évaluer si la thérapie d'acceptation et d'engagement (ATC) est un outil thérapeutique efficace et adapté à la pratique de la médecine générale.

3. METHODE

Revue systématique de la littérature.

3.1. Recherche bibliographique

L'équation de recherche était : « acceptance » and « commitment » and « randomi*ed » and/or « RCT ».

Les bases de données Pubmed (Medline), Embase (Elsevier), Psycinfo, Cochrane database of systematic reviews, Google scholar / Web of Science¹², ont été systématiquement explorées.

Les bases de données ont été explorées depuis le 01 janvier 2012 (la revue de Smout et Al. a été publiée fin 2012) jusqu'au 31 mars 2014.

Les listes de références des articles retenus ont été systématiquement examinées à la recherche de publications non répertoriées au cours de la recherche sur les bases.

Les articles disponibles en pré-publication ont été inclus.

¹² Depuis la signature d'un partenariat en novembre 2013, Google Scholar référence les données issues de Web Of Science .

3.2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- L'article est en anglais ou en français.
- L'article rapporte un essai randomisé contrôlé.
- L'essai comporte l'ACT dans un bras de l'étude.
- L'étude est publiée à une date postérieure au 31 décembre 2011.

3.3. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- L'étude déjà analysée dans la revue systématique de *Smout et al. (2012)*
- L'article présente une méta-analyse ou une revue systématique.
- L'étude utilise des outils de mesure des résultats non spécifiques ou non fiables.

3.4. Sélection des études

Une première sélection a été réalisée sur la lecture des titres et/ou des résumés sur les moteurs de recherche des bases de données. Seuls les articles sélectionnés étaient téléchargés.

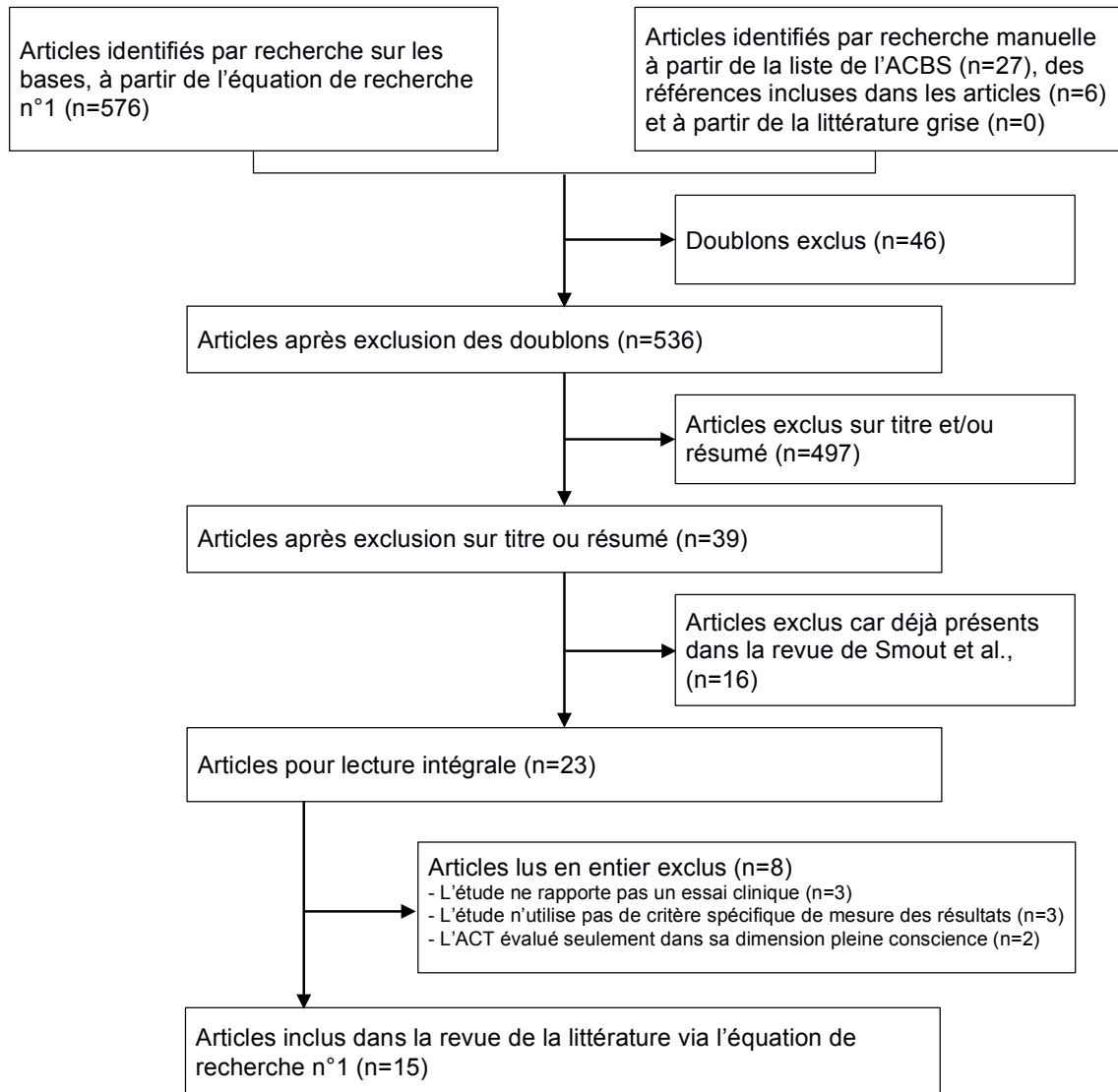
Une liste des essais randomisés contrôlés réalisés depuis 1986 a été obtenue sur le site de l'ACBS [44] (Association for Contextual Behavioral Science).

Pour l'extraction des résultats, les références ont été importées dans un logiciel bibliographique (*Mendeley*[®]), ce qui a permis d'éliminer les doublons.

A ce stade, les articles déjà inclus dans la revue de la littérature de *Smout et al., (2012)* ont été manuellement exclus.

Les articles restants ont été lus en intégralité.

Figure 5 : Diagramme de flux



3.5. Qualité méthodologique

L'analyse méthodologique des études s'est appuyée sur le score de Jadad [45], très régulièrement utilisé pour l'analyse des essais cliniques randomisés. Il a l'avantage de donner relativement peu d'importance au double aveugle, le plus fréquemment non applicable dans les études portant sur l'ACT.

Le score de Jadad est présenté en Annexe 1

3.6. Analyse des publications

Les résultats des études ont été classés en fonction des indications thérapeutiques auxquels ils correspondaient. Quand plusieurs indications étaient évaluées par une même étude, les résultats étaient donc scindés en plusieurs points.

4. RESULTATS

Cette revue de la littérature a analysé 15 études publiées répondant aux critères d'inclusion et ne figurant pas dans une revue de la littérature récente et de premier plan.

4.1. Design des études

Les 15 études incluses rapportaient des essais randomisés contrôlés de l'ACT *versus* liste d'attente (n=7), *versus* traitement actif ou traitement habituel (n=4), *versus* non intervention (n=1), *versus* le recours à un forum de discussion (n=2). Une étude comparait l'ACT à deux groupes témoin, l'un étant une liste d'attente, l'autre le traitement médicamenteux (n =1).

4.2. Effectifs et caractéristiques des populations

Un total de 1680 patients a participé aux études. La médiane des effectifs était de 36 participants par étude. Aucune étude ne concernait des personnes mineures. L'âge médian des participants était de 45 ans. Les effectifs des études allaient de 22 participants pour l'étude de *Lappalainen et al* [55], à 251 pour l'étude de *Fledderus et al.*, sur la dépression et l'anxiété légères à modérées [50].

4.3. Analyse des publications

Ces résultats sont également présentés dans le *Tableau 1*, qui contient par ailleurs les détails des effectifs, des tailles d'effets et des outils de mesure des résultats.

4.3.1. Troubles anxieux

Cinq études portaient sur les troubles anxieux.

- L'étude de *Biglan et al. (2013)* [46] étudiait l'ACT chez des éducateurs spécialisés dans la petite enfance. D'après les auteurs, cette population est particulièrement exposée au stress et au risque de burnout, facteurs

responsables d'un fort taux d'arrêt de travail et d'une diminution de l'efficacité pédagogique. L'étude incluait 42 participants randomisés en deux groupes. Le groupe intervention participait à deux ateliers d'ATC, d'une durée de 3,5h chacun, à deux ou 3 semaines d'intervalle. Le groupe contrôle était placé sur liste d'attente. Les valeurs mesurées étaient la tendance à l'évitement de l'expérience et l'aptitude à la *pleine conscience*, ces deux paramètres étant corrélés aux troubles dépressifs, aux troubles anxieux ainsi qu'au burnout. Les résultats de l'étude montraient une diminution significative des conduites d'évitement associées à une diminution de la symptomatologie anxieuse.

- L'étude de *Fledderus et al. (2012)* [50] évaluait l'ACT en auto-thérapie dans la prise en charge de patients souffrant de troubles dépressifs et anxieux, d'intensité légère à modéré. Les 376 participants étaient randomisés en 3 groupes : un groupe d'auto-thérapie avec support email minimal, un autre avec support email étendu et un troisième groupe (le témoin) dont les participants étaient mis sur liste d'attente. L'intervention s'appuyait sur un ouvrage d'enseignement de l'ACT qui était fractionné et délivré par modules via email. Un support audio accompagnait l'ouvrage afin que des exercices de *pleine conscience* soient réalisés quotidiennement au domicile (15 minutes par jour). L'intervention durait 9 semaines. Les mesures étaient effectuées en cours de traitement à 3 semaines, 6 semaines puis à l'issue du traitement et au suivi à 3 mois. Les résultats ont montré une diminution significative des symptômes dépressifs, et une amélioration de la *flexibilité psychologique*.
- L'étude de *Jeffcoat et Hayes (2012)* [53] s'intéressait à l'impact de l'ACT en auto-thérapie sur la santé mentale d'enseignants du primaire et du secondaire. Les 236 participants étaient randomisés dans le groupe intervention ou placés sur liste d'attente. L'auto-thérapie s'appuyait sur un ouvrage lu pendant 2 mois et dont la compréhension était vérifiée par la réalisation de quizz et d'exercices. Un suivi à 10 semaines était réalisé. Les résultats ont mis en évidence une amélioration de la santé psychologique, une diminution de l'incidence des troubles anxieux. Toutefois, les résultats concernant les troubles anxieux s'amenuisaient au suivi.

- L'étude de *Lappalainen et al. (2013) [55]* était une étude de faisabilité. Elle consistait en un essai randomisé contrôlé évaluant l'efficacité de l'ACT en auto-thérapie chez des hommes présentant un état anxieux lié au travail. Un total de 23 participants était randomisé dans le groupe intervention ou placé sur liste d'attente. L'intervention reposait sur l'utilisation de multiples outils technologiques (internet, applications pour *smartphones* telles qu'un journal de forme, un *coach fitness*, un *coach relaxation*, et de *wearable technologies* notamment pour l'enregistrement des cycles de sommeil). Les participants assistaient également à 3 séances de groupes représentant une durée totale de 8h. Un suivi à 6 mois était effectué. Concernant les troubles anxieux, les analyses ont mis en évidence une augmentation du bien être et de l'activité physique, une diminution des niveaux de stress et de burnout. Ces résultats étaient maintenus à 6 mois. Une étude de plus grande ampleur est en cours.
- L'étude de McConachie et al. (2014) [57], comparait l'efficacité de l'ACT sur l'anxiété chez des personnes travaillant auprès d'handicapés mentaux, *versus* liste d'attente. Un total de 120 participants était randomisé en deux groupes. Le groupe intervention participait à un atelier d'une journée suivi d'une « séance de perfectionnement », 6 semaines plus tard. Les résultats ont montré une diminution significative du stress dans le groupe intervention, notamment chez les patients initialement les plus stressés. Ce résultat était maintenu à 6 semaines.

4.3.2. Troubles dépressifs

Cinq études portaient sur les troubles dépressifs.

- L'étude de *Biglan et al. (2013) [46]* présentée plus haut. Concernant les troubles dépressifs, les résultats de cette étude montraient une amélioration significative des questionnaires de qualité de vie, d'aptitude à la *pleine conscience* et du sentiment d'efficacité, associés à une diminution de la symptomatologie dépressive.

- L'étude de *Carlbring et al. (2013)* [49] développait et testait les effets de l'ACT en auto-thérapie dans les troubles dépressifs. Les patients étaient randomisés dans le groupe intervention ou placés sur liste d'attente. L'ACT était délivrée par internet via un site web ainsi qu'un CD comprenant des enregistrements audio. Un débriefing hebdomadaire était effectué par un thérapeute. L'intervention durait 8 semaines. Un suivi était effectué à 3 mois. Dans le groupe intervention, 25% des participants passaient en rémission (d'après les scores au BDI) contre 5% des patients sur liste d'attente.
- L'étude de *Fledderus et al. (2012)* [50], déjà présentée plus haut, dans ses résultats concernant spécifiquement les troubles dépressifs, concluait à une amélioration significative des symptômes dépressifs, *versus* liste d'attente.
- L'étude de *Jeffcoat et Hayes (2012)* [53], précitée, dans ses résultats concernant spécifiquement les troubles dépressifs, mettait en évidence un effet préventif de la thérapie. Toutefois, ces résultats n'étaient pas retrouvés au suivi à 10 semaines.
- L'étude de *Lappalainen et al. (2013)* [55], précitée, dans ses résultats concernant spécifiquement les troubles dépressifs, mettait en évidence une diminution des symptômes dépressifs et du risque de burnout. Ces résultats étaient maintenus à 6 mois. Une étude de plus grande ampleur est en cours.

4.3.3. Troubles des conduites alimentaires

Deux études portaient sur les troubles des conduites alimentaires.

- L'étude de *Forman et al. (2013)* [51] comparait l'efficacité de l'ACT aux TCC 2^e génération dans le *craving*¹³ pour les sucreries chez des femmes en surpoids ou obèses. 48 participantes entre 18 et 60 ans étaient randomisées en deux groupes pour comparer l'ACT à une TCC classique. Les deux groupes recevaient une formation de 2h sur les stratégies d'adaptation, basée

¹³ En français « désir ardent ». Cette expression représente une impulsion vécue sur un instant donné, véhiculant une envie de consommation d'un produit psychoactif et sa recherche compulsive ou encore l'application d'un comportement.

sur l'ACT ou sur les TCC classiques. Le groupe TCC apprenait donc à restructurer les pensées inadaptées et l'indulgence envers l'envie de manger et également à utiliser des techniques de distraction. A l'issue de la formation, une boîte comprenant diverses friandises était remise à chaque participante qui ne devait pas s'en séparer pendant 72h. Les participantes avaient pour consigne de « faire de leur mieux » pour ne pas manger les sucreries contenues dans la boîte ni d'autres sucreries. Le nombre de sucreries était connu et les sucreries étaient subrepticement marquées afin de repérer toute tentative de triche. Les analyses ont montré une diminution significative des *cravings* et de la prise alimentaire dans le groupe ACT.

- L'étude de *Katternman et al. (2014)* [54] évaluait l'efficacité de séances d'ACT dans la prévention de la prise de poids chez 58 lycéennes ayant un indice de masse corporelle (IMC) compris entre 23 et 32 kg/m². Le groupe intervention assistait à 8 séances sur une période de 16 semaines. Les séances comprenaient une formation sur l'ACT ainsi que des notions de diététique et des conseils d'exercices physiques. Les évaluations étaient réalisées au cours de l'intervention (à 6 semaines), à l'issue du traitement et à un an. Les résultats ont montré une perte significative de poids, en moyenne 1,57 kg (-0,52 kg/m² d'IMC) améliorée à 1 an, en moyenne -2,24 kg (-0,74 kg/m² d'IMC) *versus* une prise de 1,07 kg pour le groupe témoin (-0,34 kg/m² d'IMC).

4.3.4. Sevrage tabagique

Une étude portait sur le sevrage tabagique.

- L'étude de *Bricker et al. (2013)* [47]. Plusieurs méthodes d'aide au sevrage sont proposées aux Etats-Unis sous la forme d'auto-thérapie, par exemple www.smokefree.gov. Ces interventions touchent un large public mais sont de faible efficacité. L'objectif de cette étude était d'évaluer si l'ACT pouvait s'avérer plus efficace. Un site web (www.webquit.org) a été créé spécialement pour l'étude. Au total, 222 participants étaient randomisés dans deux groupes. A l'issue des 30 jours du protocole, les résultats ont montré que les participants du groupe ACT passaient beaucoup plus de temps à consulter le

site par jour (18.98 vs. 10.72 min) et étaient plus satisfaits du site (74% vs. 42%). Au suivi à 3 mois, deux fois plus de participants du groupe ACT avaient cessé de fumer (23% vs. 10%) Un essai à grande échelle est en cours pour confirmer ces résultats.

4.3.5. Douleur chronique

Deux études portaient sur la douleur chronique.

- L'étude de *Buhrman et al. (2013)* [48] évaluait l'efficacité d'une auto-thérapie à l'ACT dans la prise en charge de la douleur chronique chez 76 patients souffrant de douleurs chroniques. Les participants étaient randomisés dans deux groupes. Le groupe intervention bénéficiait d'un site web spécialement conçu pour l'étude et comprenant le matériel d'auto-thérapie et de 2 conversions téléphoniques de 30 minutes environ avec un thérapeute. Le groupe témoin participait à un forum de discussion en ligne avec modérateur. L'intervention durait 7 semaines. Les résultats ont montré une amélioration significative de la tolérance à la douleur et de reprise des activités. Ces bénéfices étaient retrouvés au suivi à 6 mois.
- L'étude de *McCracken et al. (2013)* [58] évaluait l'efficacité d'ateliers d'ACT dans la prise en charge de la douleur chronique. Au total, 73 participants étaient randomisés. Le groupe témoin suivait son « traitement habituel ». Parmi les participants, près de 30% étaient diagnostiqués « fibromyalgique » et 40% « dépressifs ». Leurs symptômes douloureux évoluaient depuis 10 ans en moyenne. Le groupe intervention participait à 4 ateliers de groupe de 4h, sur une période de 2 semaines. Des exercices devaient être effectués à domicile à l'aide d'un manuel. Un suivi à trois mois était effectué. Les résultats ont montré une diminution significative de la symptomatologie par rapport au témoin, une majoration de l'acceptation de la douleur, une amélioration du bien être général. Ces résultats étaient maintenus à 6 mois.

4.3.6. Acouphènes

- Une étude portait sur les acouphènes, celle de *Hesser et al. (2012)* [52]. L'objectif de l'étude était d'étudier l'impact de deux thérapies d'acceptation, l'ACT et la CBT, sur les acouphènes modérés à sévères. Ces deux thérapies étaient délivrées en auto-thérapie, via un site web. Au total, 99 participants présentant des acouphènes particulièrement gênants étaient recrutés parmi la population générale et affectés dans le bras ACT ou dans le bras CBT ou dans le groupe témoin qui participait seulement à un forum de discussion avec modérateur. Les participants étaient évalués par des questionnaires normalisés, avant traitement, après traitement (8 semaines) et au suivi à un an. Dans les groupes intervention, les participants avaient accès à des sites web spécialement conçus pour l'étude, comprenant le matériel d'auto-thérapie et la possibilité d'échanger (de manière asynchrone) des messages avec un thérapeute identifié. Le travail en autonomie nécessitait environ deux heures par semaine. La durée de l'intervention était de 8 semaines. Les analyses ont montré une diminution significative du handicap lié aux acouphènes dans le groupe ACT et dans le groupe CBT, (sans différence notable entre les 2 groupes) en comparaison au groupe témoin.

4.3.7. Syndrome polyalgique idiopathique diffus (SPDI) ou fibromyalgie.

Quatre études portaient sur la fibromyalgie.

- L'étude de *Luciano et al. (2014)* [56] évaluait l'efficacité de l'ACT dans la fibromyalgie, *versus* traitement médicamenteux seul ou liste d'attente. Les 156 participants étaient randomisés dans 3 groupes : le groupe ACT, le groupe « médicament » (pregabalin + duloxetine) ou le groupe « liste d'attente » qui ne recevait aucun traitement actif. Le critère de jugement principal était l'évaluation du *statut fonctionnel*. L'intervention comprenait une formation dispensée en 8 ateliers de groupe, de 2,5h chacun et la réalisation de 15 à 30 minutes d'exercices par jour. L'étude durait 6 mois. Les analyses ont montré une amélioration significative du statut fonctionnel dans le groupe ACT par rapport aux deux autres groupes. Ces résultats étaient maintenus à 3 mois et à 6 mois.

- L'étude de *McCracken et al. (2013) [58]*, précitée, dans ses résultats concernant spécifiquement la fibromyalgie, montrait une amélioration significative du score de fonctionnement physique *versus* liste d'attente.
- L'étude de *Steiner et al. (2013) [59]* évaluait l'efficacité de l'ACT dans la fibromyalgie chez 28 participantes randomisées pour suivre l'ACT ou un protocole d'éducation thérapeutique à la gestion de la douleur dans la fibromyalgie. Chaque groupe participait à 8 séances individuelles, d'environ une heure, avec un thérapeute, à raison d'une séance par semaine. Les analyses ont montré une amélioration significative et comparable des scores de qualité de vie, maintenue au suivi à 12 semaines. Seul le groupe ACT retrouvait également une amélioration concernant le critère de qualité de vie professionnelle.
- L'étude de *Wicksell et al. (2013) [60]* comparait l'ACT dans la fibromyalgie et le rôle de la *flexibilité psychologique*, *versus* liste d'attente. Quarante participantes étaient randomisées en deux groupes. Les patientes incluses dans le groupe intervention assistaient à 12 séances d'environ 1h, pendant 12 semaines. Un suivi était effectué à 6 mois. Les résultats ont montré une amélioration significative de la qualité de vie, une diminution des symptômes dépressifs et anxieux et une majoration de la *flexibilité psychologique*.

4.3.8. L'ACT en auto-thérapie

Sept études faisaient appel à de l'ACT en auto-thérapie : *Bricker (2013)*, *Buhrman (2013)*, *Carlbring (2013)*, *Fledderus (2012)*, *Hesser (2012)*, *Jeffcoat (2012)*, *Lappalainen (2013)*. Toutes retrouvaient une efficacité significative de l'ACT en auto-thérapie, que ce soit *versus* liste d'attente ou *versus* la méthode d'auto-thérapie de référence. Les tailles d'effets variaient entre légères à modérées.

4.3.9. Tableau 1 : Vue synthétique des 15 essais contrôlés randomisés inclus

Auteur	Lieu	Pathologies	Intervention	Groupe témoin	Effectifs	Age moyen	Principaux résultats (critères de mesures)	Jadad score	Liens d'intérêts
Biglan et al. (2013) [46]	USA	Stress, burnout et dépression de l'éducateur spécialisé dans la petite enfance	ACT : Ateliers 2x 3,5h à deux ou trois semaines d'intervalle	Liste d'attente	23 (ACT) 19 (témoin)	?	↓ des conduites d'évitement (EA) ↑ des critères de pleine conscience (MA, FFMQ), de qualité de vie (VLO) et du sentiment d'efficacité (SES)	2	néant
Bricker et al. (2013) [47]	USA	Sevrage tabagique	SH-ACT : site web (webQuit.org) Durée : 30 jours Suivi à 3 mois	Programme web du National Cancer Institute : smokefree.gov	111 (ACT) 111 (témoin)	45	2 fois plus d'arrêt à 3 mois : 23% vs. 10%	4	Néant
Buhrman et al. (2013) [48]	Suède	Douleur chronique chez des patients porteurs de handicap fonctionnel (recrutement CETD)	SH-ACT : site web + mp3. Envoi hebdomadaire du travail à domicile au thérapeute Durée : 7 semaines + 2x 30 min en téléphone. Suivi à 6 mois	Discussion sur forum avec modérateur expérimenté	38 (ACT) 38 (témoin)	49	↑ tolérance à la douleur (CPAQ : d=0,50), ↓ des symptômes dépressifs et anxieux (HADS : d=0,31), amélioration des stratégies de coping (CSQ : d=0,39) Maintien à 6 mois. Mais pas d'effet sur la qualité de vie (QOLI)	3	Néant
Carbring et al. (2013) [49]	Suède	Dépression	SH-ACT : site web Site web + CD-ROM + retour hebdomadaire du thérapeute. Durée 8 semaines Suivi à 3 mois	Liste d'attente	40 (ACT) 40 (témoin)	44	25% de rémission (BDI) vs. 5%	3	Avec l'éditeur du contenu
Fledderus et al. (2012) [50]	Pays-bas	Dépression et anxiété légères à modérées	SH-ACT : ouvrage (<i>Living to the full</i> - <i>Bohmerijer & Huisbergen, 2008</i>) délivré par modules via email, avec support email, soit minimal (ACT-M), soit étendu (ACT-E) + exercice quotidien de mindfulness 15 min (cd audio) ; Durée 9 semaines.	Liste d'attente	125 (ACT-M) ; 125 (ACT-E) 126 (témoin)	42	↓ du des symptômes dépressifs (CESD, HADS), ↑ flexibilité psychologique (AAQ-II)	3	Non déclarés

Forman et al. (2013) [51]	USA	Craving pour les suceries chez les femmes en surpoids ou obèses	ACT : boîte de suceries pendant 72h après formation de 2h ACT- <i>Behavioral Treatment for Weight Loss</i> (Forman, 2009)	TCC 2 ^e génération (réévaluation/distraction)	22 (ACT) 26 (témoin)	32,5	↓ des cravings. (FCQ-T, PFS) et ↓ de la prise alimentaire	2	Néant
Hesser et al. (2012) [52]	Suède	Acouphènes modérés à sévères	SH-ACT : site web. Durée : 2h par semaine pendant 8 semaines. Suivi à un an.	Forum de discussion avec modérateur	35 (ACT) 32 (CBT) 32 (témoin)	48,5	↓ de la symptomatologie (d=0,68) (↓THI, ↑TAQ), ↓ des symptômes dépressifs (HADS ; d=0,64), Maintien à un an.	3	Non déclarés
Jeffcoat et Hayes (2012) [53]	USA	Détresse psychologique des enseignants et personnels du primaire et secondaire	SH-ACT : livre. 2 mois de lecture, quiz, exercices. Suivi 10 semaines.	Liste d'attente	121 (ACT) 115 (témoin)	? (30-60)	↑ santé psychologique (GHQ-12 ; d=0,52 et 0,73 au suivi), ↓ incidence anxiété et dépression (DASS-21 ; d=0,48 et 0,24 au suivi)	4	Non déclarés mais auteur du support
Katterman et al. (2014) [54]	USA	Prévention prise de poids chez la jeune femme (BMI 23 à 32kg/m ²)	ACT + CBT : 8 séances sur 16 semaines. Suivi à un an.	Réalisait seulement l'évaluation	29 (ACT) 29 (témoin)	22	-1,57kg (-0,52kg/m ² BMI), maintenu à 1 an (-2,24kg / -0,74kg/m ²) vs +1,07kg et +0,34kg/m ² .	3	Néant
Lappalainen et al. (2013) [55]	Finlande	Stress au travail et ses conséquences (dépression et anxiété légères à modérées) (<i>faisabilité</i>)	P4Well intervention : CBT+ACT + technologies (internet, applications smartphone + wearable technologies => Journal de forme, coach fitness, coach relaxation, analyse du sommeil) + 3 séances de groupes (4h+2h+2h). Suivi à 6 mois	Liste d'attente	11 (P4Well) 12 (témoin)	47	↑ du bien être, de l'activité physique (GSI), ↓ des niveaux de stress (BDI ; d=-0,57), ↓ burnout BBI-15) ; d=-0,91)	2	Néant
Luciano et al. (2014) [56]	Espagne	Fibromyalgie	ACT : 8x2,5h de formation + 15 à 30 minutes d'exercice par jour. Durée 6 mois	1. Traitement médicamenteux 2. Liste d'attente	51 (ACT) 52 (medic) 53 (attente)	48	↓ de 20% du score à l'évaluation du statut fonctionnel (FIO) pour 80% des patients du groupe ACT contre 15% des patients du groupe médicamenteux. Maintien à 6 mois.	3	Néant

McConachie et al. (2014) [57]	Ecosse	Anxiété chez les personnes travaillant au près d handicapés mentaux.	ACT : Atelier d'une journée + ½ journée 6 semaines plus tard + travail à domicile. Suivi à 6 semaines	Liste d'attente	66 (ACT) 54 (témoin)	43 (19-69)	↓ du stress surtout chez les individus les plus stressés initialement. (GHQ12 ; d=modéré à important) Maintien à 6 semaines. Pas d'effet sur bien être (WEMWBS), ni sur évitement de l'expérience et flexibilité psychologique (AAQ-II)	2	Non déclarés
McCracken et al. (2013) [58]	Royaume-Uni	Douleur chronique (moy 10 ans) En soins primaires. (faisabilité)	ACT : 4 x 4h (groupe) sur deux semaines. (+ manuel pour travail à domicile) + TAU. Suivi à 3 mois.	TAU	37 (ATC) 36 (témoin)	58	↓ symptômes psychiques (RMDQ, PQH-9) (d=0,59), ↑ acceptation de la douleur (d=0,64) (CPAQ) ↑ état général (SF-36, PGIC). Maintien à 3 mois	3	Néant
Steiner et al. (2013) [59]	USA	Fibromyalgie	ACT : unes séance individuelle par semaine, d'une heure, pendant 8 semaines. Suivi à 12 semaines.	Education thérapeutique (gestion de la douleur) en séances individuelles	18 (ACT) 10 (témoin)	49	Les deux groupes retrouvent ↑ vie familiale. (CPV) (d=0,75), maintenu au suivi (d=0,81). Seule ACT trouve ↑ sur critère vie professionnelle. (d=0,64 ; 0,75 au suivi)	3	Néant
Wicksell et al. (2013) [60]	Suède	Fibromyalgie	ACT : 12 semaines (12 séances de groupe 1h.). Suivi à 3 mois.	Liste d'attente	23 (ACT) 17 (témoin)	45	↑ de la qualité de vie (PDI : d=0,75 puis d=0,73 ; FIQ : d=0,41 puis d=0,66 ; QOLI : SF-36, SES), ↓ des symptômes dépressifs et anxieux. (BDI, STAI) ↑ flexibilité psychologique (PIPS). Résultats variables à 3 mois.	3	Néant

AAQ-II : Acceptance and Action Questionnaire ; **ACT** : Acceptance and Commitment Therapy ; **BAI** : Beck Anxiety Inventory ; **BBI-15** : Bergen Burnout Indicator ; **BDI** : Beck Depression Inventory ; **BMI** : Body Mass Index ; **CBT** : Cognitive Behaviour Therapy ; **CES-D** : Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale ; **CGI** : Clinical Global Impression ; **CPAQ** : Chronic pain acceptance questionnaire ; **CPVI** : Chronic Pain Values Inventory ; **CSQ** : Coping Strategy Questionnaire ; **CSQ-3** : Client Satisfaction Questionnaire-3 ; **DASS-21** : Depression Anxiety Stress Scale ; **DS** : Disability Score ; **EA** : Experiential avoidance ; **FCQ-T** : The Food Craving Questionnaire-Trait ; **FFMQ** : Five-Facet Mindfulness Questionnaire ; **FIQ** : Fibromyalgia Impact Questionnaire ; **GAF** : Global Assessment of Functioning ; **GHQ12** : General Health Questionnaire ; **GSI** : General Symptom Index ; **HADS** : Hospital and Anxiety Depression Scale ; **MA** : Mindful awareness ; **MBI** : Maslach Burnout Inventory ; **MPI** : Multidimensional Pain Inventory ; **NTT** : Number To Treat ; **OQ** : Outcome Questionnaire ; **PDI** : Pain Disability Index ; **PFS** : Power of Food Scale ; **PGIC** : patient global impression of change ; **PHQ-9** : Patient Health Questionnaire ; **PIPS** : Psychological Inflexibility in Pain Scale ; **QOLI** : Quality of live inventory ; **RMDQ** : Roland and Morris Disability Questionnaire ; **SES** : Self-Efficacy Scale ; **SF-36** : Short Form-36 Health Survey ; **SHACT** : Self-Helped ACT ; **SLS** : Social Phobia Scale ; **SOE** : Sense Of Efficacy ; **SSQ** : Staff Stressor Questionnaire ; **STAI** : Spielberger Trait-State Anxiety Inventory ; **TAQ** : Tinnitus Acceptance Questionnaire ; **TAU** : Treatment Au Usual ; **THI** : Tinnitus Handicap Inventory ; **VL** : Valued Living ; **WBSI** : White Bear Suppression Inventory ; **WEMWBS** : Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale

5. DISCUSSION

5.1. Résultats principaux

Cette revue systématique a analysé 15 essais cliniques randomisés contrôlés, récents, qui montrent que l'ACT présente une efficacité significative dans de nombreuses pathologies : douleur chronique, troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire, addictions, acouphènes, fibromyalgie. Les tailles d'effets étaient variables, généralement de « faible » à « moyenne » mais 4 études ne rapportaient pas les tailles d'effet.

D'autres essais, non inclus dans cette revue car présents dans la revue de *Smout et al. (2012)*, suggéraient que l'ACT présente des résultats dans d'autres pathologies psychiatriques (psychose, trouble obsessionnel compulsif, personnalité borderline) et non psychiatriques (épilepsie, gestion du diabète principalement), situations qui, pour certaines, sont fréquemment rencontrées en médecine générale.

Ces essais, majoritairement des études pilotes, présentent globalement les mêmes lacunes que celles pointées par *Smout et Al.*, en 2012 et les autres revues de la littérature : la plupart du temps il n'est pas possible de savoir si les patients prennent un traitement médicamenteux et lequel, ou si des modifications de traitement interviennent du fait du médecin traitant par exemple. Lorsque le groupe témoin est le « traitement habituel », il n'est pas suffisamment décrit et donc empêche la comparaison des groupes à l'inclusion.

Même si des améliorations sont observables dans la taille des échantillons (plus conséquents) dans la prolongation du suivi à distance de l'intervention, on assiste actuellement à une prolifération d'études de petite échelle, résultat de la pression académique. Ce phénomène appelé « *publish or perish* » [61] (publier ou périr) perturbe les avancées de la recherche. Pour des questions de financement, de rémunération, de notoriété (être premier auteur) et pour le développement de leur carrière, les chercheurs sont soumis à une pression constante rétribuant la quantité de publications aux dépens, parfois, de la qualité. Au delà de la simple prolifération d'études de faible qualité, de véritables dérives sont observées⁶² : La nécessité

d'être premier auteur conduit certaines équipes à publier la même étude sous des titres différents en changeant l'ordre des auteurs, ou encore à publier à la va-vite une étude sur un sujet parce qu'il est à la mode, sans apporter aucune nouvelle information.

Si les institutions ne prennent aucune mesure pour protéger les chercheurs de ce phénomène, ces derniers devront trouver le moyen de s'en extraire par eux-mêmes.

5.2. L'ACT en auto-thérapie

Parmi les études incluses, sept s'intéressent à l'approche « self-help » (en « auto-thérapie »). L'auto-thérapie désigne un mode de réalisation de la thérapie et non une autre thérapie. La thérapie n'est pas réalisée exclusivement en séances (individuelles ou de groupe) avec un thérapeute mais avec le support de livres, manuels, cahiers d'exercices, supports audio-visuels, programmes informatiques, sites internet, applications pour smartphone...

Le patient n'est pas en autonomie complète, puisque l'initiation de la thérapie est réalisée avec un thérapeute et que ce dernier intervient à intervalles réguliers auprès du patient pour des *débriefings*.

Cette approche présente des avantages et des inconvénients [63]. Parmi les avantages, il est possible de citer :

- Le coût modique.
- L'augmentation de la portée de la thérapie (en terme d'accès à la population et en terme de nombre de patients qu'il est possible de traiter)
- L'autonomisation du patient.
- Le contournement de la réticence du patient à consulter dans une structure psychiatrique.
- L'implication moindre pour le thérapeute

Les inconvénients principaux sont :

- La perte de l'interaction directe avec le thérapeute.
- L'absence du phénomène d'émulation au sein du groupe.
- Une moins bonne observance

- La perte du bénéfice social retiré par la sortie du domicile pour se rendre aux séances.

L'autonomisation du patient semble confirmée par les bons résultats obtenus sur le suivi à moyen ou long terme (c'est à dire le maintien ou l'amélioration des résultats obtenus immédiatement après l'intervention) qui prouvent que les patients continuent à se servir des connaissances concrètes qu'ils ont pu acquérir au cours de l'étude.

Deux phénomènes sont couramment décrits comme ayant contribué au développement des self-help :

- L'augmentation brusque de la demande de prise en charge par des TCC a rapidement dépassé l'offre de soins (thérapeutes, structures) et a incité à trouver des moyens de maximiser l'impact de ces thérapies.
- Une volonté d'adapter les thérapies pour une pratique moins intensive, plus facile à intégrer dans la vie quotidienne.

Un troisième phénomène pourrait être questionné : l'intérêt financier des auteurs des supports de « self-help ». Peu d'informations renseignent sur le coût d'accès aux sites web par exemple. Le site webquit.org par exemple, utilisé pour l'étude de *Bricker et al.*, est toujours gratuit d'accès puisque les participants participent à l'étude en cours. Ils perçoivent même une compensation financière pour participer à l'étude... (105\$ à l'issue des 12 mois).

5.3. Rapport cout-efficacité

Concernant la question du rapport coût-efficacité de l'ACT, aucune étude n'a été réalisée à ce jour. A titre d'exemple, mais pour la MBCT, une étude avance des éléments chiffrés : *Kuyken et al.* (2008) [64] évaluent le coût annuel de la thérapie à 2340\$ et le compare à d'autres psychothérapies qui s'avèrent plus coûteuses. Ce résultat s'explique surtout par le fait qu'il s'agit d'une thérapie de groupe, réduisant de fait la part « thérapeute ».

Il conviendrait également de distinguer les dépenses incombant à la solidarité nationale et celles pesant sur le patient. Si un traitement psychotrope ou antalgique est soumis à remboursement, cela n'est pas le cas d'une thérapie basée sur l'ACT

(en France, et contrairement à d'autres pays, la consultation d'un psychologue n'est pas prise en charge par l'assurance maladie) ni des supports d'auto-thérapie.

Devant l'ampleur que prend progressivement l'ACT dans le champ médical, il semble nécessaire qu'une étude coût-efficacité soit menée. Il faudrait pour cela, disposer d'indications précises sur la diminution de la consommation en psychotropes et antalgiques chez les patients traités par l'ACT, la diminution du nombre d'arrêt maladie, la diminution du nombre de consultations chez leur médecin traitant... des données qui n'existent pas actuellement. Les améliorations dans la structuration des données des logiciels médicaux prévues dans les prochaines années permettront sans aucun doute des avancées significatives dans la recherche médicale.

5.4. ACT en Médecine Générale

Aucune des études incluses dans cette revue ne portait directement sur l'ACT en Médecine Générale. A notre connaissance, il n'existe actuellement aucune publication (en langue anglaise ou française) rapportant un essai clinique contrôlé randomisé sur le sujet. Néanmoins plusieurs réflexions peuvent être élaborées d'après les résultats présentés plus haut dans l'optique d'intégrer l'ACT en médecine générale :

- L'ACT est une thérapie transdiagnostique utilisable pour un large panel de pathologies, psychiatriques ou non.
- L'ACT est utilisable chez des patients présentant des pathologies intriquées, sans qu'un diagnostic précis soit nécessaire.
- L'ACT a démontré son efficacité dans les troubles anxio-dépressifs et dans la douleur chronique ; des pathologies rencontrées quotidiennement en cabinet de Médecine Générale.
- L'ACT n'impose pas un apprentissage formalisé (ateliers sur plusieurs jours). L'utilisation en médecine de ville par le médecin généraliste est réalisable en scindant la formation en plusieurs chapitres, alors compatibles avec la durée d'une consultation de Médecine Générale.
- Le recours à l'ACT-SH en soutien aux consultations réalisées au cabinet pourrait s'avérer très utile.
- L'ACT pourrait s'avérer également bénéfique pour le médecin !

5.5. Limitations

La sélection des études fait habituellement appel à un deuxième chercheur. Ceci n'a pas été le cas pour cette revue systématique.

L'évaluation de la qualité des articles aurait nécessité, d'une part, le choix d'un autre score, plus robuste mais plus lourd d'utilisation et, d'autre part, la participation d'un deuxième chercheur et le calcul du score de Kappa.

Cette revue est sujette aux nombreux biais auxquels s'expose toute revue de la littérature : biais d'exposition, biais de confirmation... Ensuite, la recherche dans la « littérature grise » peut avoir manqué des données importantes. Par ailleurs, seuls les documents en langue anglaise et française ont été consultés, excluant de fait ceux en langue asiatique et indienne, pays dans lesquels la méditation occupe une place très importante. Ce biais est cependant limité du fait de la nature même de l'ACT. Cette pratique est centrée sur l'individu pris dans sa globalité et son contexte de vie. Les résultats obtenus dans d'autres pays, notamment en Chine, ne sont pas nécessairement extrapolables à la population française.

La limitation aux études publiées dans des revues avec comité de lecture expose au biais de publication positive. L'appréciation de l'efficacité des études sur la *pleine conscience* peut être faussement calculée à la hausse, en raison d'un effet placebo important : avec la pratique de la *pleine conscience*, les patients ont l'impression que les soignants s'occupent beaucoup d'eux et apprécient également de participer activement à leur traitement. La réalisation d'une méta-analyse aurait permis de limiter ce biais mais l'hétérogénéité des outils de mesure des résultats en a empêché l'élaboration.

De plus, du fait de l'engagement que demandent ces pratiques, les patients qui suivent les programmes sont sûrement les plus motivés et donc les moins susceptibles de rechuter.

Lors de réalisation d'une revue portant sur une théorie nouvelle (et c'est le cas de l'ACT), le risque est de négliger les « signaux faibles ». La prise de conscience de ce risque expose alors au risque opposé : amplifier exagérément les signaux faibles.

6. CONCLUSION

La *thérapie d'acceptation et d'engagement* (ACT), imaginée il y a à peine 15 ans, a été conçue comme un moyen simple mais efficace de développer des compétences de *pleine conscience* et d'acceptation et développer la *flexibilité psychologique*, sans apprentissage de la méditation. A la lumière des précédentes revues de la littérature effectuées dans le domaine, il apparaît que l'ACT est déjà utilisée pour la prise en charge d'une large gamme de pathologies, psychiatriques ou non.

L'ACT a été imaginée pour être applicable à un large panel de troubles, psychiatriques ou non, et notamment pour traiter les pathologies intriquées pour lesquelles l'élaboration d'un diagnostic précis est difficile. Cet aspect est très intéressant en médecine générale.

Cette revue a démontré que l'ACT a fait l'objet de nombreuses études de qualité permettant de confirmer son assise empirique et de recommander son utilisation dans la prise en charge notamment de la douleur chronique, du trouble anxieux, de la dépression, du comportement obsessionnel compulsif. Les recommandations nationales et internationales pourraient être modifiées en ce sens. Son utilisation sera d'autant plus recommandée lorsque le traitement classique, de première intention, n'aura pas eu le succès escompté mais elle peut tout à fait être réalisée en même temps que l'approche classique, ciblée sur l'organe.

Son utilisation dans d'autres pathologies est très prometteuse mais des études supplémentaires et de meilleure qualité sont nécessaires. Ainsi, pour la prise en charge des addictions, des troubles du comportement alimentaire, des troubles de la personnalité, des psychoses, de certaines pathologies cardio-vasculaires (l'hypertension artérielle par exemple), certaines pathologies rhumatismales, les études devront inclure des effectifs plus importants, des schémas plus robustes, harmoniser les instruments de mesure des résultats, et effectuer un suivi prolongé pour confirmer les bénéfices à long terme. Les inclusions de patients issus des services de psychiatrie doivent être multipliées afin de mieux évaluer l'efficacité et l'acceptabilité chez cette population.

Cette revue a également démontré l'efficacité de l'*ACT en auto-thérapie*, réalisée avec le support de manuels, d'enregistrements audio, de sites web, d'applications mobiles, de wearable-devices (« technologies mettables ») conçus à cet effet. Cette notion est très importante dans l'optique d'intégrer l'ACT dans une pratique de médecin généraliste. En effet, ce type d'intervention requiert moins de temps et d'implication de la part du thérapeute et pourrait avantageusement compléter les consultations avec le médecin. Les créneaux réservés à l'ACT pourraient alors être plus en phase avec la durée qu'il est possible de consacrer à une consultation. Actuellement, les médecins généralistes qui consacrent certains créneaux à une prise en charge psychothérapeutique le font souvent aux dépens de leurs honoraires, puisque le tarif de la consultation ne dépend pas de sa durée.

Il serait intéressant que soient menées des études pour évaluer le « coût-efficacité » de ces thérapies. Dans un contexte de « crise économique » où les autorités françaises sanitaires cherchent à réduire les dépenses, notamment via la diminution des prescriptions médicamenteuses, l'ACT semble constituer une offre thérapeutique non médicamenteuse efficiente qui pourrait mettre à mal la maxime « le bon médecin est celui qui prescrit ». En ce sens, des études sur l'impact des thérapies de *pleine conscience* sur la consommation d'antidépresseurs, d'hypnotiques, d'anxiolytiques et d'antalgiques devraient voir le jour.

Que les médecins le veuillent ou non et qu'ils le sachent ou non, un nombre croissant de leurs patients ont déjà et auront recours *aux médecines alternatives et complémentaires* et aux thérapies de la 3^e vague des TCC, parmi lesquelles l'ACT prend une place chaque jour croissante. Il est nécessaire que les médecins s'informent et s'intéressent à ce sujet afin de maintenir une communication optimale avec leurs patients, gage d'une médecine de qualité. La *pleine conscience* soigne, c'est un fait, et elle incite les patients et les médecins à communiquer davantage.

Contrairement à la médecine curative qui réagit dans l'instant pour sauver des organes et les fonctions qui en dépendent, la médecine préventive se joue notamment dans la possibilité d'infléchir les comportements des individus [65]. La formation médicale initiale, qui offre un savoir-faire sur le corps, n'enseigne pas ou peu de savoir-faire sur les conduites humaines.

Au cours des dernières décennies, la médecine curative a considérablement progressé grâce aux progrès technologiques et pharmacologiques. La médecine préventive, quant à elle, peine à répondre aux grands enjeux actuels. Notre médecine cartésienne a séparé le corps et l'esprit. Un psychiatre ne soignera « que » votre psychisme, un spécialiste d'organe « que » son organe de prédilection. Le médecin généraliste est en position pour soigner de manière globale, c'est à dire à la fois le psychisme et l'organe mais également et peut-être surtout les phénomènes résultants de l'interaction de ces deux éléments et qui ne sont que peu accessibles au psychiatre ou au spécialiste d'organe.

Il serait intéressant, dans la continuité de ce travail, qu'un doctorant en Médecine Générale réalise une enquête qualitative auprès de médecins généralistes ayant recours à l'ACT dans leur pratique. La première difficulté consistera à identifier ces médecins. L'Association pour le Développement de la Mindfulness¹⁴ ainsi que le *groupe Facebook* [66] « La Communauté de l'ACT » pourraient faciliter la mise en relation.

La médecine générale doit s'améliorer encore et toujours dans la prise en charge des patients dans leur globalité, sans distinction entre le corps et l'esprit et dans leur contexte de vie.

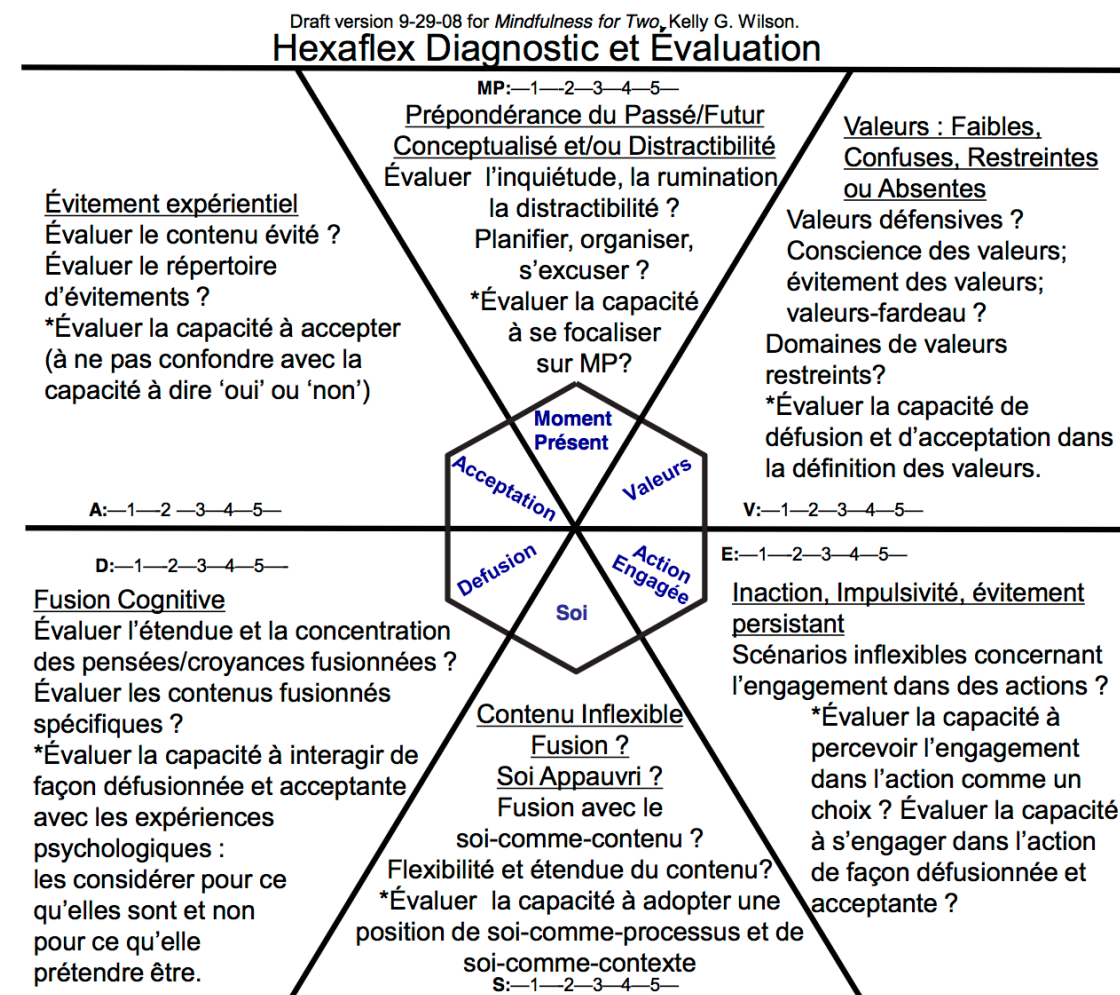
*« Les hommes perdent la santé pour accumuler de l'argent,
Puis dépensent cet argent pour retrouver la santé.
A ruminer le passé et à s'inquiéter du futur, ils oublient le présent :
Ils vivent comme s'ils n'allaient jamais mourir,
Et meurent comme s'ils n'avaient jamais vécu. »*

Tenzin Gyatso, 14^e Dalaï-Lama

¹⁴ www.association-mindfulness.org

7. ANNEXES

7.1. Annexe 1 : diagnostic et suivi de progression sur l'Hexaflex



Fiches de Diagnostic et d'Évaluation Hexaflex

Le diagnostic Hexaflex constitue une approche fonctionnelle et dimensionnelle pour la conceptualisation, l'évaluation et le 'diagnostic' d'un cas. La démarche consiste à associer l'évaluation du fonctionnement dans les dimensions cliniquement significatives à l'intervention thérapeutique. Cette approche est explicitement liée à l'ACT et plus généralement à l'Analyse du Comportement. Le diagramme ci-dessus permet de repérer spécifiquement les difficultés rencontrées et d'évaluer le fonctionnement dans chacune de ces dimensions au moyen d'une échelle de mesure. Une cotation 1 correspond à un fonctionnement de bas niveau et 5 à un fonctionnement de haut niveau. Les fiches ne doivent pas être utilisées simplement comme un outil de recueil d'information. Un entretien constitué de questions formulées délibérément et ancrées dans le moment présent permet à la fois une estimation précise des capacités et une bonne identification des cibles thérapeutiques. Les fiches de diagnostic Hexaflex peuvent être utilisées pour analyser le fonctionnement du patient et du thérapeute dans une séance donnée. De scores élevés indiquent un fonctionnement optimal, des scores bas un fonctionnement déficient.

Ces fiches peuvent aussi être utilisées comme notes de cas pour décrire le fonctionnement dans un domaine critique et les points sur lesquels l'intervention a porté dans une séance donnée.

Hexaflex Diagnostic v. 9-29-08 Copyright © 2008, by Kelly G. Wilson pour *Mindfulness for Two*. Droits de reproduction et d'usage libres pour l'usage clinique ou la recherche. Ne pas distribuer sans l'accord express de l'auteur Contact: kwilson@olemiss.edu – traduction et adaptation : benjamin.schoendorff@inserm.fr, Matthieu Villatte & Jean-Louis Monestes.

7.2. Annexe 2 : Evaluation de la flexibilité psychologique au moyen du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II).

Version francophone traduite par J.-L. Monestès, M. Villatte, H. Mouras, G. Loas, F.W. Bond (2009) [67]

AAQ-2 Version Française

Voici une liste d'affirmations. Merci d'évaluer à quel point chaque affirmation est vraie pour vous en entourant le chiffre qui correspond à votre réponse.

1	2	3	4	5	6	7
jamais vrai	très rarement vrai	rarement vrai	parfois vrai	souvent vrai	presque toujours vrai	Toujours vrai

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Si j'ai un souvenir désagréable, je le laisse venir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Mes expériences et mes souvenirs douloureux me gênent pour conduire ma vie comme il me tiendrait à cœur de le faire. 'I' | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. J'ai peur de mes émotions. 'I' | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. J'ai peur ne pas être capable de contrôler mes inquiétudes et mes émotions. 'I' | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Mes souvenirs douloureux m'empêchent de m'épanouir dans la vie. 'I' | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. J'ai le contrôle de ma vie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Les émotions sont une source de problèmes dans ma vie. 'I' | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. J'ai l'impression que la plupart des gens gèrent leur vie mieux que moi. 'I' | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Mes soucis m'empêchent de réussir. 'I' | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Mes pensées et mes émotions ne m'empêchent pas de vivre ma vie comme je le veux. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

*Les scores les plus élevés indiquent une plus grande flexibilité psychologique.
Le score des items marqués avec un 'I' est inversé.*

7.3. Annexe 3 : Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique (HAS - Avril 2013)

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

7.4. Annexe 4 : Score de Jadad

Le score de Jadad évalue la qualité d'un essai clinique randomisé contrôlé. Il comprend 7 items. Les 5 premiers peuvent rapporter un point chacun, les deux derniers peuvent entraîner la perte d'un point chacun. La note obtenue s'échelonne donc de -2 (mauvais) à +5 (bon).

Item	Score
Est-ce que cet article est décrit comme randomisé ?	+1
Est ce que cet article est décrit comme en double aveugle ?	+1
Existe-t-il une description des retraits d'études et des abandons ?	+1
La méthode de randomisation a été décrite dans l'article et cette méthode est appropriée.	+1
La méthode d'aveugle est décrite et appropriée.	+1
La méthode de randomisation est décrite mais non appropriée	-1
La méthode d'aveugle est décrite mais non appropriée.	-1

8. REFERENCES

- [1] Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason-giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30.
- [2] Filhol, A.-L. (2012). Méditez pour mieux guérir. *La Vie*.
Disponible sur : http://www.lavie.fr/famille/psy/mediter-pour-mieux-guerir-21-08-2013-43331_417.php
- [2] Filhol, A.-L. (2012). Méditez pour mieux guérir. *La Vie*.
Disponible sur : http://www.lavie.fr/famille/psy/mediter-pour-mieux-guerir-21-08-2013-43331_417.php
[consulté le 12 novembre 2013]
- [3] Tibetan Monks Learn Secrets of the Gene (2003).
Disponible sur www.cshl.edu/public/HT/ws03_monkgene.html [consulté le 13 novembre 2013]
- [4] Bates, C., Is This the world's happiest man? (2012).
Disponible sur <http://www.dailymail.co.uk/health/article-2225634/Is-worlds-happiest-man-Brain-scans-reveal-French-monk-abnormally-large-capacity-joy-meditation.html> [consulté le 13 novembre 2013]
- [5] Chalmers, R., Matthieu Ricard: Meet Mr Happy (2007).
Disponible sur www.independent.co.uk/news/people/profiles/matthieu-ricard-meet-mr-happy-436652.html [consulté le 13 novembre 2013]
- [6] Brefczynski-Lewis, J. A., Lutz, A., Schaefer, H. S., Levinson, D. B., & Davidson, R. J. (2007). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *Proceedings of the national Academy of Sciences*, 104(27), 11483-11488.
- [7] Faure, G., "J'y Étais... Aux Leçons de Méditation de Google," *M le magazine du Monde*, (2014)
http://www.lemonde.fr/le-magazine/article/2014/05/09/j-y-etais-aux-lecons-de-meditation-de-google_4413231_1616923.html [consulté le 09 mai 2014]
- [8] Bureau, E., Yoann Fréget de «The Voice»: « La musique est une mission » Disponible sur www.leparisien.fr/musique/albums/video-yoann-freget-de-the-voice-la-musique-est-une-mission-07-01-2014-3469775.php [consulté le 13 janvier 2014]
- [9] Tan, Chade-Meng, *Connectez-vous à vous-même*, ed. by Belfond, 2014
- [10] Agnew, Harriet, "Mindfulness' Gives Stressed-out Bankers Something to Think about," *Financial Times*, 2014
- [11] Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2013). *Primal Leadership: Unleashing the Power of Emotional Intelligence*. Harvard Business Press.
- [12] Lemoine, P. (2012). *La terrible gentillesse des médecins français*. Le Monde Science et Techno.
Disponible sur http://abonnes.lemonde.fr/sciences/article/2012/08/30/la-terrible-gentillesse-des-medecins-francais_1753550_1650684.html [consulté le 31 aout 2012]
- [13] Liste disponible sur www.imconsortium.org/members/home.html [consulté le 17 avril 2014]
- [14] Dilhuydy, J. M. (2003). L'attrait pour les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie: une réalité que les médecins ne peuvent ni ignorer, ni réfuter. *Bulletin du cancer*, 90(7), 623-628.
- [15] Thurin, Jean-michel, "Limites de La Médecine Fondée Sur Des Preuves et Orientations Actuelles : Une Nouvelle Génération Des Recherches En Psychothérapies," *Bulletin de psychologie*, 2006, 574–584
- [16] Canceil, O., Cottraux, J., Falissard, B., Flament, M., Miermont, J., & Swendsen, J. (2004). INSERM: Psychothérapie: Trois approches évaluées [Expertise Collective].

-
- [17] Smith, G. C., & Pell, J. P. (2003). Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. *Bmj*, 327(7429), 1459-1461.
- [18] Naylor, C. D. (1995). Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. *The Lancet*, 345(8953), 840-842.
- [19] Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of behavioral medicine*, 8(2), 163-190.
- [20] André, C. (2011). Méditer jour après jour. *L'Iconoclaste, Paris*.
- [21] Varela, F. J. (1993). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. MIT press.
- [22] Par exemple, celui de Jon Kabat-Zinn, *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience : MBSR, la réduction du stress basée sur la mindfulness*, Bruxelles, De Boeck, coll. « Carrefour des Psychothérapies », 2009, 564 p.
- [23] Berghmans, C., Strub, L., & Tarquinio, C. (2008). Méditation de pleine conscience et psychothérapie: état des lieux théorique, mesure et pistes de recherche. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 18(2), 62-71.
- [24] Ospina MB, Bond K, Karkhanavaz M, et al. (June 2007). "Meditation practices for health: state of the research". *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* (155): 1–263.
- [25] Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 615.
- [26] Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- [27] Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 206-212.
- [28] Nef, F., Philippot, P., & Verhofstadt, L. (2012). L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques: une approche psychologique intégrée. *Revue Francophone de Clinique Cognitive et Comportementale*.
- [29] Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- [30] Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer.
- [31] Disponible (après abonnement payant) sur : <http://contextualscience.org/>
- [32] Smout, M. (2012). Acceptance and commitment therapy : *Australian family physician*, 41(9), 672.
- [33] Twohig MP, Hayes SC, Plumb JC, et al. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psych* 2010;78:705–16
- [34] Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, et al. Does acceptance and relationship focused behaviour therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Behaviour research and Therapy* 2011;42:700–15
- [35] Disponible sur <http://drolivierbernard.wordpress.com> (2014) [Consulté 23 décembre 2013]

[36] Nicot, P., & Braillon, A. (2007). Méditations en santé: théorie improbable, études indigentes-Les enseignements du rapport exhaustif de l'AHQR. *Médecine*, 3(8), 340-341.

[37] Research council for complementary medicine. Disponible sur www.rccm.org.uk [consulté le 06 janvier 2014]

[38] Médecine traditionnelle. Disponible sur www.who.int/mediacentre/factsheets/2003/fs134/fr [consulté le 03 mai 2014]

[39] Agency for Healthcare Research and Quality. Meditation practices for health : state of the research. June 2007. Disponible sur www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/meditation/medit.pdf [consulté le 06 janvier 2014]

[40] Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006

[41] Ost, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296–321. doi:10.1016/j.brat.2007.12.005

[42] Powers, M. B., Zum Vorde Sive Vording, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 73–80. doi:10.1159/000190790

[43] Smout, M. F., Hayes, L., Atkins, P. W. B., Klausen, J., & Duguid, J. E. (2012). The empirically supported status of acceptance and commitment therapy: An update. *Clinical Psychologist*, 16(3), 97–109. doi:10.1111/j.1742-9552.2012.00051

[44] Liste disponible sur <http://contextualscience.org> [dernière consultation le 31 mars 2014]

[45] Jadad, a R., Moore, R. a, Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J., Gavaghan, D. J., & McQuay, H. J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, 17(1), 1–12.

[46] 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).

[47] Bricker, J., Wyszynski, C., Comstock, B., & Heffner, J. L. (2013). Pilot Randomized Controlled Trial of Web-Based Acceptance and Commitment Therapy for Smoking Cessation. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(10), 1756-1764.

[48] Buhrman, M., Skoglund, A., Husell, J., Bergström, K., Gordh, T., Hursti, T., ... Andersson, G. (2013). Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(6), 307–15.

[49] Carlbring, P., Hägglund, M., Luthström, A., Dahlin, M., Kadowaki, Å., Vernmark, K., & Andersson, G. (2013). Internet-based behavioral activation and acceptance-based treatment for depression: a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 148(2-3), 331–7. doi:10.1016/j.jad.2012.12.020

[50] Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J.-P., Schreurs, K. M. G., & Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(3), 142–51. doi:10.1016/j.brat.2012.11.007

[51] Forman, E. M., Hoffman, K. L., Juarascio, A. S., Butryn, M. L., & Herbert, J. D. (2013). Comparison of acceptance-based and standard cognitive-based coping strategies for craving sweets in overweight and obese women. *Eating Behaviors*, 14(1), 64–8. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.10.016

-
- [52] Hesser, H., Gustafsson, T., Lundén, C., Henrikson, O., Fattahi, K., Johnsson, E., ... Andersson, G. (2012). A randomized controlled trial of Internet-delivered cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy in the treatment of tinnitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 649–61. doi:10.1037/a0027021
- [53] Jeffcoat, T., & Hayes, S. C. (2012). A randomized trial of ACT bibliotherapy on the mental health of K-12 teachers and staff. *Behaviour research and therapy*, 50(9), 571-579.
- [54] Katterman, S. N., Goldstein, S. P., Butryn, M. L., Forman, E. M., & Lowe, M. R. (2014). Efficacy of an acceptance-based behavioral intervention for weight gain prevention in young adult women. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(1), 45–50. doi:10.1016/j.jcbs.2013.10.003
- [55] Lappalainen, P., Kaipainen, K., Lappalainen, R., Hoffrén, H., Myllymäki, T., Kinnunen, M.-L., ... Korhonen, I. (2013). Feasibility of a personal health technology-based psychological intervention for men with stress and mood problems: randomized controlled pilot trial. *JMIR Research Protocols*, 2(1), e1. doi:10.2196/resprot.2389
- [56] Luciano, J. V., Guallar, J. a, Aguado, J., López-Del-Hoyo, Y., Olivan, B., Magallón, R., ... Garcia-Campayo, J. (2014). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). *Pain*, 155(4), 693–702. doi:10.1016/j.pain.2013.12.029
- [57] McConachie, D. A. J., McKenzie, K., Morris, P. G., & Walley, R. M. (2014). Acceptance and mindfulness-based stress management for support staff caring for individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35(6), 1216–27. doi:10.1016/j.ridd.2014.03.005
- [58] McCracken, L. M., Sato, A., & Taylor, G. J. (2013). A trial of a brief group-based form of acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain in general practice: pilot outcome and process results. *The Journal of Pain : Official Journal of the American Pain Society*, 14(11), 1398–406. doi:10.1016/j.jpain.2013.06.011
- [59] Steiner, J. L., Bogusch, L., & Bigatti, S. M. (2013). Values-based action in fibromyalgia: results from a randomized pilot of acceptance and commitment therapy. *Health Psychology Research*, 1(3), e34.
- [60] Wicksell, R. K., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D., Sorjonen, K., ... Olsson, G. L. (2013). Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a randomized controlled trial. *European Journal of Pain (London, England)*, 17(4), 599–611. doi:10.1002/j.1532-2149.2012.00224.x
- [61] Clapham, P. (2005). Publish or perish. *BioScience*, 55(5), 390-391.
- [62] « Publier ou périr ? Quelle place pour la discipline psychologique ? », *Pratiques psychologiques, Société française de psychologie*, vol. 10, 2004, p. 187–189
- [63] Cavanagh, K., Strauss, C., Forder, L., & Jones, F. (2014). Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help?: A systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 118–129.
- [64] Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., et al. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 966–978.
- [65] Dejours, C., Dessors, D., & Molinier, P. (1994). Comprendre la résistance au changement. *Documents du médecin du travail*, 58(2).
- [66] Disponible sur www.facebook.com/communauteACTtherapie

[67] Monestès, J.-L., M. Villatte, H. Mouras, G. Loas, and F.W. Bond, "Traduction et Validation Française Du Questionnaire D'acceptation et D'action (AAQ-II)," *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 59 (2009), 301–308.