

LA PLUS-VALUE DE LA THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT (ACT) DANS LA PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE

En quoi l'ACT est-elle une plus-value dans la pratique de l'ergothérapie ?

Gwénola Christen

Cathia Ducrest

Travail présenté pour l'obtention du

Bachelor of Science HES-SO en ergothérapie

Haute école de travail social et de la santé Lausanne | HETSL | Lausanne

Le jury d'évaluation :

- Titus Bihl-Lainsbury, co-directeur
- Valérie Simonet, directrice

Lausanne, septembre 2022

Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement les ergothérapeutes ayant gracieusement accepté de participer aux entretiens et sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

Nous adressons également nos remerciements chaleureux à Madame Valérie Simonet, directrice du travail de recherche, pour son encadrement, son écoute, ses corrections et sa précieuse relecture tout au long de ce travail.

Merci à Monsieur Titus Bihl-Lainsbury, co-directeur pour la suggestion de ce thème, pour son accompagnement, ses conseils, ses encouragements, et pour avoir aimablement proposé de réaliser la traduction des différents documents à transmettre aux participantes germanophones ainsi que la traduction de leurs réponses lors des interviews.

Finalement, nous adressons un grand merci à nos proches pour leurs avis et leur soutien durant toutes les étapes de notre travail.

Remarques

Le langage épïcène est employé dans le présent travail.

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un travail de Bachelor pour l'obtention de 15 ECTS. Le contenu et les opinions émises dans ce travail n'engagent que les auteures. La responsabilité de l'école se limite à la définition et au contrôle de l'atteinte des objectifs pédagogiques relatifs aux travaux de Bachelor HETSL.

Résumé

Présentation du sujet

L'ACT est une thérapie expérientielle issue de la troisième vague des TCC. Elle cible l'action engagée dans le sens des valeurs de l'individu. Son objectif principal est proche de celui de l'ergothérapie qui vise l'engagement dans les occupations significatives. La considération holistique et l'accent porté au ou à la patient-e comme centre de l'intervention participent des fondements de ces deux disciplines. L'ACT et l'ergothérapie semblent donc partager des objectifs et une philosophie communs. Le constat de cette affinité soutient l'hypothèse de la pertinence d'envisager l'association de l'ACT à l'intervention ergothérapeutique, dans le but d'optimiser la prise en charge.

Objectif

Ce travail examine quelle est la plus-value de l'ACT dans la pratique de l'ergothérapie. Il vise à décrire et à comprendre de quelle manière l'ACT, par ses six processus, s'intègre dans l'intervention ergothérapeutique, et quels sont les bénéfices ou les obstacles observés par les ergothérapeutes qui l'emploient.

Méthode

Il s'agit d'une étude descriptive qualitative dont le recueil de données a été réalisé sous forme d'entrevues individuelles auprès de sept ergothérapeutes. La stratégie d'échantillonnage utilisée est l'échantillonnage exhaustif.

Résultats

Les résultats et l'analyse des entretiens ont permis d'explorer les méthodes employées par les ergothérapeutes afin d'intégrer l'ACT à leur pratique. La mobilisation des six processus propres à la méthode et la variété des outils qu'elle propose se révèlent un support à cette intégration. Les ergothérapeutes employant l'ACT dans leur pratique ont constaté des bénéfices, tant sur la participation et la qualité de vie des patient-e-s, que sur leur pratique professionnelle, grâce notamment à une meilleure prise en compte des facteurs émotionnels dans la thérapie.

Conclusion

L'ACT est une méthode pertinente pouvant aisément et avantageusement être intégrée au processus ergothérapeutique. Elle apporte de nouveaux outils soutenant la pratique des ergothérapeutes, quel que soit le type de population qu'ils ou elles prennent en charge.

Mots-clés

Ergothérapie, ACT, bénéfices, outils.

Table des matières

<u>1</u>	<u>INTRODUCTION</u>	<u>1</u>
<u>2</u>	<u>CONCEPTS CENTRAUX</u>	<u>3</u>
2.1	LA THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT	3
2.1.1	Fondements théoriques de l'ACT	3
2.1.2	Mise en pratique de l'ACT	5
2.1.3	ACT, preuves scientifiques et applications pratiques	12
2.2	L'ERGOTHÉRAPIE	13
2.2.1	Définition et but de l'ergothérapie	13
2.2.2	Concepts fondamentaux en ergothérapie	14
2.2.3	Exemples de modèles ou cadres utilisés en ergothérapie	16
<u>3</u>	<u>PROBLÉMATISATION</u>	<u>21</u>
<u>4</u>	<u>BUT ET QUESTION DE RECHERCHE</u>	<u>24</u>
<u>5</u>	<u>DÉLIMITATION DU CHAMP D'INVESTIGATION</u>	<u>25</u>
5.1	DESCRIPTION DE LA POPULATION	25
5.2	STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE	25
5.3	TAILLE DE L'ÉCHANTILLON	26
<u>6</u>	<u>TYPE D'ÉTUDE ET LE TYPE D'INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES</u>	<u>27</u>
<u>7</u>	<u>MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES</u>	<u>28</u>
<u>8</u>	<u>MESURES PRÉVUES POUR RESPECTER L'ÉTHIQUE</u>	<u>28</u>
<u>9</u>	<u>ANALYSE DES RÉSULTATS</u>	<u>30</u>
9.1	CONTEXTE DE PRATIQUE ET EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES DES PARTICIPANTES	30
9.2	DÉCOUVERTE DE LA MÉTHODE L'ACT	32
9.3	FORMATION À LA MÉTHODE ACT	33
9.3.1	Motivation	33

9.3.2	Modalités de formation.	34
9.3.3	Application de la méthode par les participantes sur elles-mêmes	34
9.4	CLIENTÈLE À LAQUELLE L'ACT S'APPLIQUE	35
9.5	MISE EN APPLICATION DE L'ACT	36
9.5.1	Présentation de la méthode aux client·e·s et réactions	36
9.5.2	Mise en œuvre de la méthode dans la pratique	38
9.5.3	Intégration au processus ergothérapeutique et liens avec les modèles de pratique	43
9.5.4	Modalités de mise en œuvre des séances	44
9.5.5	Adhésion des patient·e·s et difficultés rencontrées	45
9.5.6	Éléments facilitant la mise en pratique	46
9.6	RÉSULTATS	50
9.6.1	Méthodes d'évaluation des résultats	50
9.6.2	Résultats observés	52
9.6.3	Comparaison ACT et autres méthodes	54
9.6.4	Permanence des résultats	55
9.7	RÉPERCUSSION SUR LA PRATIQUE DES PARTICIPANTES	55
9.7.1	Praticité de l'ACT	55
9.7.2	Impact sur la pratique des ergothérapeutes	56
9.7.3	Doutes concernant la méthode et renoncement	58
9.7.4	Applicabilité à d'autres populations	58
9.8	DIFFUSION DE L'ACT	60
9.8.1	Intérêt de la diffusion à d'autres professionnel·le·s	60
9.8.2	Intérêt de l'enseignement en formation initiale	61
9.8.3	Intérêt porté aux congrès et séminaires traitant du sujet	62

10 DISCUSSION **63**

10.1	ACCESSIBILITÉ DE LA MÉTHODE ACT ET MOTIVATIONS DES THÉRAPEUTES	63
10.2	APPORT DE LA MÉTHODE ACT DANS LA PRATIQUE DES ERGOTHÉRAPEUTES	64
10.2.1	Applicable à des populations variées	64
10.2.2	Praticité de la mise en œuvre	66
10.2.3	Perception de résultats positifs	70
10.2.4	Bénéfices pour les ergothérapeutes	71
10.3	OBSTACLES ET FACTEURS FAVORISANTS	72
10.3.1	Obstacles	72

10.3.2 Facteurs favorisants	73
10.4 FORMATION	74
10.5 LIMITES DE L'ÉTUDE	74

11 CONCLUSION **75**

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

ANNEXE 1 : EXEMPLE DE MATRICE REMPLIE

ANNEXE 2 : EXEMPLES D'OUTILS UTILISÉS EN ACT

Outils utilisés pour travailler l'acceptation

Outils utilisés pour travailler la défusion cognitive

Outils utilisés pour travailler le soi observateur

Outils utilisés pour travailler le moment présent

Outils utilisés pour travailler les valeurs

Outils utilisés pour travailler l'action engagée

ANNEXE 3 : AUTRES OUTILS CITÉS DANS LES ENTRETIENS

Vidéo de M. Ramesh

Colonnes de Beck

ANNEXE 4 : OUTILS PERMETTANT LE RECUEIL DE DONNÉES ET MESURES

AAQ-2 ou AAQ-II

CAMS-R

L'échelle PHLMS

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE

ANNEXE 6 : ÉCHANTILLONNAGE

ANNEXE 7 : GUIDE D'ENTRETIEN

ANNEXE 8 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Version française

Version germanophone

Acronymes utilisés

AAQ-II	: Acceptance and Action Questionnaire – II (parfois dénommé AAQ-2)
ACBS	: Association for Contextual Behavioral Science
ACT	: Acceptance and Commitment Therapy ou Thérapie d'Acceptation et d'Engagement
AIVQ	: Activité Instrumentale de la Vie Quotidienne (syn. AIDL)
AMPS	: Assessment of Motor and Process Skills
OTA	: American Occupational Therapy Association soit Association américaine d'ergothérapie
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
AVQ	: Activité de la Vie Quotidienne (syn. ADL)
CAMS-R	: Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised
CIF	: Classification Internationale du Fonctionnement (syn. ICF)
CFC	: Certificat Fédéral de Capacité
CRMOH	: Centre de référence du modèle de l'occupation humaine
CMS	: Centre Médico-Social
COPM	: Canadian Occupational Performance Measure (syn. MCREO)
Echelle PHLMS	: Philadelphia Mindfulness Scale
MCREO	: Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (syn. COPM)
MOH	: Modèle de l'Occupation Humaine
OTIPM	: Occupational Therapy Intervention Process Model
PCC	: Pratique Centrée sur le Client
PRISM	: Pictorial Representation of Illness and Self Measure
TCC	: Thérapie cognitivo-comportementale
TCR	: Théorie des Cadres Relationnels
WFOT	: World Federation of Occupational Therapists
WHO	: World Health Organization

1 Introduction

Lors de nos expériences de stages, nous avons entendu à plusieurs reprises les thérapeutes dire qu'ils ou elles étaient démuni·e·s avec leur patientèle atteinte de douleurs chroniques. Ils ou elles avaient l'impression de manquer d'outils à leur disposition. De plus, l'une d'entre nous a pu ressentir ce désarroi des professionnel·le·s en tant que patiente. Ceci nous a interpellées, car la douleur chronique concerne 27 % de la population adulte en Europe (Leadley et al., 2012) et, en 2018, un·e Suisse sur cinq souffrait de douleur chronique (Raimondi, 2018). Il s'agit donc d'une patientèle que nous sommes susceptibles de rencontrer régulièrement dans notre future pratique professionnelle. De plus, Nusbaum et al. (2010) évoquent l'idée de vide théorico-thérapeutique lorsqu'elle parle de la douleur chronique, celle-ci étant un élément transversal présent dans tous les domaines de la santé, sans y occuper une place spécifique, aussi bien en santé physique qu'en santé mentale. Elle n'a une place déterminée dans aucun de ceux-ci (ni en santé physique ni en santé mentale). Cette situation peut donc expliquer le manque d'outils à disposition des professionnel·le·s.

Partant de ces réflexions, nous avons d'abord exploré le thème des douleurs chroniques et nos recherches préalables nous ont amenées à découvrir la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) qui présente des données probantes dans ce domaine (Schoendorff et al., 2011). Nous avons ainsi constaté que cette approche, nouvelle pour nous, présente une philosophie proche de celle de l'ergothérapie. En effet, ces deux disciplines visent l'engagement de la personne dans des activités significatives pour elle, et qui respectent ses valeurs. De plus, elles présentent toutes les deux une considération holistique de la personne. Dès lors, il nous paraissait plausible que des ergothérapeutes l'utilisaient dans leur pratique, et nous nous sommes intéressées à la façon dont les ergothérapeutes de Suisse romande appliquent les éléments de la méthode ACT avec des patient·e·s présentant des douleurs chroniques. Notre première intention était donc de documenter cette combinaison des deux pratiques, raison pour laquelle nous avons suivi un cours de huit heures, ouvert à tous les thérapeutes ou étudiant·e·s, sur l'utilisation de l'ACT avec des patient·e·s souffrant de douleurs chroniques. Ce cours était dispensé par D. Vandenbosch qui est notamment psychologue-psychothérapeute en thérapie cognitive comportementale et ACT, ainsi que formateur en ACT.

La recension de la littérature nous a amenées à considérer en premier lieu l'ACT et ses bénéfices observés de manière générale. Ceux-ci sont reconnus par rapport à leurs bienfaits sur la santé (Ducasse & Fond, 2015), mais aussi en fonction de leur impact économique. En effet, les thérapies issues de la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) s'avèrent être des options prometteuses en termes de coûts liés à la santé (Feliu-Soler et al., 2018). Nous nous sommes ensuite intéressées aux avantages de l'ACT par rapport aux TCC

traditionnelles. Suivant les études, l'ACT propose une alternative intéressante (Veehof et al., 2016) ou semble même être plus efficace pour amorcer le processus de changement (Ruiz, 2012). Elle favoriserait le développement des ressources cognitives permettant de lutter contre les phobies sociales (Glassman et al., 2016).

Ensuite, nous avons exploré dans la littérature le lien entre l'ACT et les douleurs chroniques. Nous avons ainsi pu nous rendre compte de l'abondance des écrits relatifs à l'efficacité de l'ACT dans ce domaine (Barrett & Chang, 2016 ; Craner et al., 2020 ; Gentili et al., 2019 ; Graham et al., 2016 ; Mathew et al., 2021 ; McCracken & Jones, 2012 ; Simister et al., 2018 ; Trindade et al., 2021 ; Veehof et al., 2016 ; Weinrib et al., 2017, Wetherell et al., 2016).

Enfin, nous avons cherché des études présentant des liens entre l'ACT et l'ergothérapie. Bien que la participation d'ergothérapeutes dans le cadre d'une intervention multidisciplinaire soit fréquemment mentionnée (Berglund et al., 2018 ; Casey et al., 2020 ; Finnes et al., 2021 ; Kemani et al., 2018 ; McCracken & Jones, 2012), nous n'avons trouvé qu'une étude portant spécifiquement sur l'association de l'ergothérapie avec l'ACT (Thompson, 2013). Celle-ci fait état de la forte compatibilité entre les deux pratiques.

Les recherches ont été effectuées dans différentes bases de données telles que Pubmed, Cinal, OT-Seeker avec plusieurs mots-clés : « Acceptance and Commitment Therapy », « ACT », « Cognitive Behavioral Therapy », « CBT », « Third wave CBT », « ACT Chronic pain », « ACT Occupational Therapy », « Chronic pain Occupational Therapy », avec des combinaisons différentes. Plusieurs ouvrages ont été consultés, notamment les livres traitant de l'ACT (Harris, 2006 ; Hayes et al., 2012 ; Schoendorff et al., 2011 ; Seznec et al., 2019). Les références des articles ou documents consultés nous ont également servi de guide de recherche.

La recension de la littérature nous a donc confortées dans l'idée que le lien entre l'ACT et l'ergothérapie gagnerait à être mieux connu. Nous avons alors effectué une recherche préliminaire d'ergothérapeutes utilisant la méthode ACT dans leur pratique, par le biais d'un questionnaire destiné aux ergothérapeutes suisses romandes. Cette première approche s'est avérée peu fructueuse. Nous avons alors étendu notre périmètre de recherche à la France, Belgique, Luxembourg et Canada afin d'avoir une collecte de données suffisantes. Le peu de réponses obtenues concernait la pratique en santé mentale et non spécifiquement la prise en charge de la douleur. Nous avons donc décidé d'élargir notre sujet et de traiter la plus-value de l'utilisation de l'ACT en ergothérapie. Notre motivation à travers ce travail est donc de préciser l'apport de l'ACT en ergothérapie dans divers domaines, car nous pensons qu'il peut s'agir d'un outil pertinent dont la compréhension serait une ressource supplémentaire pour la pratique des ergothérapeutes.

2 Concepts centraux

2.1 La thérapie d'acceptation et d'engagement

L'ACT est une approche thérapeutique fondée sur les preuves scientifiques (EBP) (Chin & Hayes, 2017) qui date de 1999 et créée par Steven Hayes, Kirk Strosal et Kelly Wilson (Ost, 2014). Elle appartient à la troisième vague de l'approche cognitivo-comportementale (Hayes et al., 2006 ; Thompson, 2013) que Hayes (2004) définit comme étant « (...) particulièrement sensible au contexte et aux fonctions des phénomènes psychologiques, pas seulement à leur forme, et a donc tendance à mettre l'accent sur des stratégies de changement contextuel et expérientiel en plus de didactiques » (cité dans Hayes et al., 2006, pp. 3-4).

Alors que les deux premières vagues des TCC se focalisent sur les pensées et les méthodes pour les restructurer, la troisième vague se préoccupe davantage des émotions et de la relation que les personnes entretiennent avec elles. Ainsi, les thérapies de troisième vague explorent les ressentis du moment présent, et les processus métacognitifs, c'est-à-dire les réflexions que les personnes portent sur leurs propres pensées (Schoendorff et al., 2011).

2.1.1 Fondements théoriques de l'ACT

L'ACT est issu des théories « comportementalistes radicales » (Hayes et al., 2012, p. 357 ; Schoendorff et al., 2011, p. 365). Celles-ci postulent que le comportement doit être considéré comme une action résultant de la somme des comportements qui peuvent être observés de l'extérieur, et de ceux qui peuvent être observés uniquement par la personne qui les expérimente. Ainsi, l'expérience subjective de la personne est également prise en compte (Schoendorff et al., 2011).

De ces théories découle ce que Hayes nomme le « contextualisme fonctionnel » (Hayes et al., 2012, p. 30 ; Schoendorff et al., 2011, p. 370). Cette philosophie présume que les actions ne sont pas significatives par essence, mais doivent être appréhendées par rapport au contexte dans lequel elles apparaissent (Chin & Hayes, 2017 ; Schoendorff et al., 2011). Si la personne se situe dans une perspective d'acceptation des pensées ou des souvenirs qui l'accompagnent, ceux-ci, même douloureux, s'avèreront moins toxiques et auront moins d'impact que si la personne adopte un comportement d'évitement envers eux. De même, les actions d'une personne et l'environnement spécifique dans lequel elles se déroulent génèrent des interactions importantes à prendre en compte dans l'analyse des comportements. Selon Schoendorff et al. (2011), « le contextualisme fonctionnel vise à prédire et influencer le comportement humain au service d'une meilleure prise en charge de la souffrance humaine » (p. 64). En effet, aucune pensée, émotion ou comportement n'est problématique en soi, tout dépend du contexte dans lesquels ils se situent. Il s'agit donc plutôt de s'interroger sur les circonstances et

les conditions dans lesquelles se manifestent les comportements, pour mieux parvenir à les appréhender (Bourgognon & Penet, 2021). Cette philosophie aboutit ainsi à un ensemble d'approches, qualifiées de contextuelles, qui visent alors plutôt à agir sur les contextes qu'à traquer et modifier les mécanismes internes qui sous-tendent le comportement (Chin & Hayes, 2017 ; Schoendorff et al., 2011).

L'ACT s'appuie également sur la théorie des cadres relationnels (TCR) comme base expérimentale. Celle-ci est également une approche issue du contextualisme fonctionnel. Elle mobilise les conclusions de la recherche cognitive sur le langage et des théories de l'apprentissage pour expliquer dans quelle mesure le langage, la cognition et les comportements sont imbriqués. Le langage, par certaines de ses propriétés, constitue un piège en amenant les personnes à croire littéralement que leurs pensées, émotions ou sensations reflètent la réalité. Et ceci les incite à calquer leur comportement sur ce que ces ressentis leur indiquent. Pour réduire l'influence de ces processus verbaux sur les comportements, le ou la thérapeute intervient à la fois sur les contextes verbaux qui englobent l'expérience intérieure de la personne, ainsi que sur l'environnement extérieur dans lesquels apparaissent ces processus (Hayes et al., 2012 ; Schoendorff et al., 2011).

Ainsi, l'ACT postule que dans une société où la souffrance est proscrite, les personnes ont tendance à privilégier le bien-être au détriment de ce qui est important et significatif pour elles (Harris, 2017 ; Hayes et al., 2012). L'ACT propose un changement de perspective en présentant la souffrance comme une opportunité d'apprentissage : l'important n'est pas forcément ce que l'on vit ou que l'on interprète comme douloureux, mais plutôt l'interprétation que l'on en fait, et ce que cela dit de nous-mêmes. Cela permet d'accompagner progressivement les personnes à prendre du recul par rapport à leurs vécu ou ressentis désagréables, à prendre conscience qu'elles sont plus que ces pensées ou émotions douloureuses et à les accepter. Finalement, la distanciation de ces pensées délétères permet aux personnes d'investir leur énergie psychique dans des actions plus proches de leurs valeurs (Harris, 2017 ; Hayes et al., 2012).

2.1.2 Mise en pratique de l'ACT

L'ACT consiste en une combinaison de méthodes de pleine conscience et d'acceptation avec des méthodes d'engagement et de changement de comportement (Chin & Hayes, 2017) en accord avec les valeurs profondes de la personne (Schoendorff et al., 2011). Sa cible est de favoriser la flexibilité psychologique (Chin & Hayes, 2017) qui représente la capacité à agir en cohérence avec ses valeurs et ses buts en dépit d'une expérience interne désagréable, telle que la douleur ou l'anxiété (Hayes et al., 2006). La flexibilité psychologique joue un rôle clef dans le maintien et l'amélioration du fonctionnement, afin que la personne puisse s'engager dans des activités significatives malgré la présence de pensées négatives, émotions menaçantes, souvenirs traumatisants ou douleurs (Schoendorff et al., 2011). Il n'est pas question de chercher à tout prix à diminuer la souffrance, mais plutôt de moins lutter contre celle-ci, et œuvrer dans le sens d'un meilleur fonctionnement qui soit en accord avec les valeurs de la personne (Hayes et al., 2012 ; Schoendorff et al., 2011). La flexibilité psychologique contribue ainsi au développement d'une certaine forme de résilience de par sa relation entre l'impact des symptômes et le fonctionnement (Gentili et al., 2019).

L'illustration à l'aide de la matrice (figure 1)

NB : en Annexe 1 se trouve un exemple de matrice remplie pour une personne souffrant de douleurs chroniques.

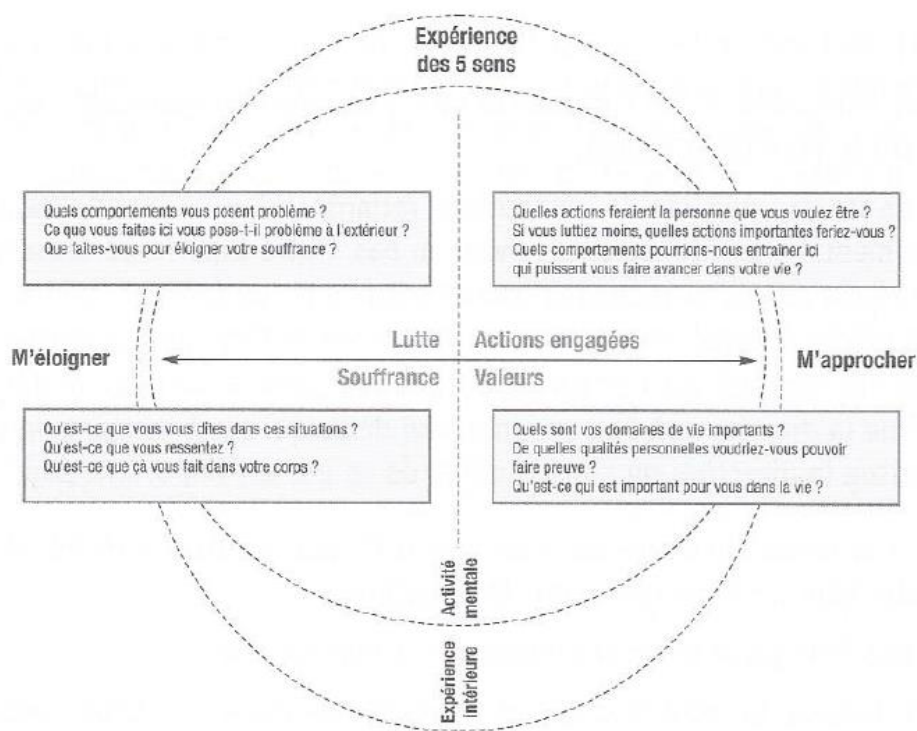


Figure 1 : La matrice ACT avec questions destinées aux clients (Seznec et al., 2019, p. 35)

Selon Schoendorff et al. (2011) :

L'axe vertical représente l'expérience. Les quadrants supérieurs se rapportent à son expérience extérieure et ses cinq sens, soit les actions entreprises par la personne et leurs résultats. Ceci est donc observable par une tierce personne. Les deux quadrants inférieurs correspondent à l'expérience intérieure de la personne, à savoir son activité mentale langagière et sensations corporelles. Parfois, cette activité mentale domine les perceptions sensorielles, ainsi le nom de fusion cognitive est donné par l'ACT.

L'axe horizontal désigne les actions entreprises par la personne. Celles-ci se situent à gauche de l'axe quand la personne s'engage dans des actions afin de lutter contre la souffrance et les pensées négatives et qu'elle tente de s'en débarrasser, de les réduire ou de les contrôler. Cette lutte mobilise toute son énergie. La partie droite de l'axe correspond aux activités significatives engagées par la personne quand elle se rapproche de ses valeurs.

En fonction de ce qui est décrit précédemment, l'ACT vise à ce que l'individu se trouve du côté droit de la matrice. L'énergie sera dépensée dans la réalisation d'activités significatives et non dans la lutte. En revanche, les symptômes ne seront pas forcément moindres, mais la vie de la personne sera plus riche puisqu'elle sera en accord avec ses valeurs.

Seznec et al. (2019) parlent *d'un troisième axe* qui est perpendiculaire au plan formé par les deux premiers axes. Il indique le niveau de métacognition de la personne vis-à-vis de sa propre observation, ce qui correspond au degré de flexibilité psychologique. Comme évoqué auparavant, celle-ci se définit par la capacité de la personne à adopter une position méta et observer ses expériences du moment, sa faculté à classer ses expériences en fonction de son rapprochement ou éloignement de ce qui est important pour elle, ainsi que d'avoir le choix d'agir vers des actions de lutte ou des actions engagées.

Six processus de base interviennent dans ce modèle de l'ACT

- **L'acceptation** : autre choix à l'évitement expérientiel (Chin & Hayes, 2017 ; Hayes et al., 2006), elle est un processus actif conçu afin de permettre à la personne d'accueillir l'expérience telle qu'elle est (et d'accepter toutes ses pensées, sentiments désirés ou non), de rencontrer ses valeurs et d'agir (Hayes et al., 2006 ; Schoendorff et al., 2011). L'évitement expérientiel résulte des stratégies mises en place pour fuir ou pour tenter de lutter contre des émotions douloureuses.

Les comportements de fuite comprennent l'évitement de situations ou de personnes. Ils désignent les efforts entrepris pour se détacher de ses ressentis et se distraire en se focalisant sur autre chose. L'ingestion d'alcool et la prise de stupéfiants figurent parmi les mécanismes employés. Les stratégies de lutte concernent principalement le fait de réprimer les pensées ou les émotions désagréables. Elles s'appuient sur des autocritiques, des

pensées dévalorisantes, des argumentations avec soi-même, et des auto-injonctions à garder le contrôle (Hayes et al., 2012 ; Schoendorff et al., 2011).

Ces comportements tendent à alimenter des cercles vicieux avec une adoption de solutions permettant de soulager temporairement le ressenti négatif, mais qui à long terme constituent un piège qui ne permet pas de résoudre le fond du problème et qui renforcent le comportement d'évitement (Hayes et al., 2012 ; Seznec et al., 2019). De plus, cela nécessite d'investir beaucoup de temps et d'énergie afin de contrôler ces pensées négatives. L'identification de ces comportements, puis la compréhension des raisons pour lesquelles la personne les maintient vont permettre de travailler l'acceptation et le lâcher-prise. L'objectif est alors de cheminer progressivement d'un comportement animé par l'évitement ou la lutte contre des émotions désagréables, vers une acceptation bienveillante de ces ressentis. Ceci conduit à l'expérience d'une plus grande compassion envers soi et les autres. Il ne s'agit pas de résignation, mais bien d'un processus actif. L'acceptation peut être entraînée au moyen d'exercices expérientiels, tels que la pleine conscience et de l'utilisation de métaphores (Schoendorff et al., 2011 ; Seznec et al., 2019).

Exemples (Annexe 2 : exemples d'outils utilisés en ACT – outils utilisés pour travailler l'acceptation) : exercice expérientiel « *Le tir à la corde avec un monstre* » (Schoendorff et al., 2011, p. 284), métaphore « *Surfer sur la souffrance* » (Schoendorff et al., 2011, p. 289).

- **La défusion cognitive** : elle est utilisée afin de prendre du recul par rapport à ses pensées, ses croyances, ses souvenirs, permettant ainsi de les prendre avec plus de légèreté. La remise en question concerne uniquement la relation que la personne entretient avec ses pensées et non leur contenu ou leur réalisme. Ainsi la personne a conscience que la pensée n'est rien d'autre qu'une pensée. Celle-ci ne représente pas forcément la réalité. À ce sujet, Hayes et al. (2006) évoquent une modification des fonctions non désirables des pensées par, entre autres, une diminution de leur crédibilité, plutôt qu'un changement au niveau de leur forme ou fréquence, grâce à des techniques de défusion cognitive. De plus, selon Schoendorff et al. (2011), vouloir à tout prix modifier une pensée ne fait que, de façon involontaire, renforcer son importance, raison pour laquelle il propose de se distancer de celle-ci.

La fusion cognitive, soit le fait de transformer l'expérience sensorielle en expérience mentale, n'est pas néfaste en soi puisqu'elle est à la base du développement de la capacité d'abstraction. En revanche, ce même processus peut perturber la perception de la différence entre les expériences intérieures (activité mentale, langage) et sensorielles (expériences des cinq sens). De cette manière, une personne victime d'agression peut, en l'absence de tout danger et seulement à l'évocation du mot « agression », revivre le traumatisme et présenter des symptômes physiques réels, tels qu'un sentiment de peur et de

honte. Cela impactera l'expérience du moment. Le terme de fusion cognitive est mentionné à partir du moment où l'expérience sensorielle est dominée par l'activité mentale et peut agir comme un cercle vicieux. Si par exemple, une personne est persuadée que personne ne l'aime et qu'il s'agit de la réalité, elle va s'éloigner progressivement de son entourage, et ses activités sociales vont se restreindre, ce qui renforcera sa pensée. Cette fusion cognitive enferme la personne dans un fonctionnement néfaste. Cette situation peut conduire à un évitement expérientiel qui la conforte dans ses impressions, et l'éloigne d'une vie riche de sens. « En fonction de l'histoire de chacun, certaines pensées vont se présenter de manière récurrente et stéréotypée » (Schoendorff et al., 2011, p. 51).

En pratique, plusieurs techniques sont proposées pour travailler la défusion cognitive comme l'utilisation de métaphores et de paradoxes ainsi que la réalisation d'exercices expérientiels ou de remise en question du langage (Schoendorff et al., 2011).

Exemples (Annexe 2 : exemples d'outils utilisés en ACT – outil pour travailler la défusion cognitive) : convention de langage « *Mais et Et* » (Schoendorff et al., 2011, pp. 220-221) ; « *J'ai la pensée* » (Harris, 2017, p. 167, Schoendorff et al., 2011, p. 221) ; « *J'ai l'impression que* » (Hayes et al., 2006, p. 9) et exercices de revocalisation (Harris, 2017, pp. 168-169 ; Hayes et al., 2006, pp. 8-9 ; Schoendorff et al., 2011, p. 224). Dans cette même annexe se trouve un résumé des techniques de défusion selon Harris (2017, p. 187).

- **Le soi observateur ou soi contexte** (synonyme) : il rend possible l'ouverture à toutes les expériences faites jusqu'ici, sans en ressentir aucune menace (Hayes, et al., 2012 ; Schoendorff et al., 2011). Le soi observateur est donc l'aspect de soi, perspective immuable, qui observe l'ensemble de nos pensées, nos expériences. Ainsi, d'après le cours de D. Vandenbosch, la personne en accord avec ce processus connaît ce qu'elle pense et ressent, mais parvient à se distinguer de cela (communication personnelle, 20 juin 2021). Ce soi observateur va venir s'opposer au soi-concept présent initialement qui est le besoin de maintenir la cohérence de notre histoire telle qu'elle est construite (Schoendorff et al., 2011). Ce soi observateur est important, car cette perspective favorise notamment les processus de défusion et d'acceptation (Hayes et al., 2006). Selon Chin et Hayes (2017), ce processus peut s'avérer complexe en début de thérapie, car les personnes sont grandement imprégnées d'histoires personnelles ou de celles des autres, avec des pensées fusionnées (négativement ou positivement) qui psychologiquement les rigidifient et les empêchent de se détacher de ces histoires.

Afin de travailler ce processus, les techniques proposées sont l'utilisation de métaphores, d'exercices expérientiels (Hayes et al., 2006 ; Schoendorff et al., 2011) et d'entraînement à la prise de perspective (Chin & Hayes, 2017 ; Hayes et al., 2006 ; Schoendorff et al., 2011).

Exemples (Annexe 2 : exemples d'outils utilisés en ACT – outils pour travailler le soi observateur) : « *Métaphore du Jeu d'échecs* » (Schoendorff et al., 2011, p. 320), exercices de vie autour du soi observateur (Schoendorff et al., 2011, p. 324), exercice de prise de perspective « *mon pire et mon meilleur moi* » (Schoendorff et al., 2011, p. 324)

- **Le moment présent** : devenir conscient de l'intégralité de l'expérience du moment grâce à l'entraînement (de la reprise du contact avec le moment présent et l'environnement extérieur) et la flexibilité attentionnelle (Hayes et al., 2012 ; Schoendorff et al., 2011).

Le principe de ce processus est de faire prendre conscience à la personne que dans sa vie quotidienne, elle a souvent tendance à se retrouver dans un mode de pilotage automatique, au milieu de pensées appartenant au passé ou au futur. Ceci l'éloigne du moment présent, de la possibilité de se concentrer sur elle-même et son environnement et donc d'agir, car l'action n'est possible que dans l'instant présent (Seznec et al., 2019). Le but est alors de réaliser qu'il existe d'autres modes de fonctionnement, en différenciant l'expérience sensorielle de l'expérience mentale. En pratique, il s'agit d'attirer l'attention en pleine conscience sur les expériences vécues sur le moment. Ces exercices sont l'occasion pour la personne d'expérimenter de fréquents phénomènes d'aller-retour entre son expérience sensorielle et une tendance à se laisser emporter par ses pensées. L'important n'étant pas de parvenir à empêcher ces bavardages de l'esprit d'apparaître ou de ces pensées de dériver, mais d'identifier le moment où elles nous emportent et de les ramener au moment présent (Hayes et al., 2012 ; Schoendorff et al., 2011 ; Seznec et al., 2019).

Il existe de nombreux exercices permettant de pratiquer la pleine conscience en portant délibérément attention à sa respiration, aux sensations corporelles, aux sensations internes, aux pensées présentes et à l'environnement direct : exercice de « *la carte SIM* » (Schoendorff et al., 2011, p.132), exercice de « *balayage corporel* » (Schoendorff et al., 2011, p. 139), observation de « *l'expérience des cinq sens* » (Schoendorff et al., 2011, p. 139) (Annexe 2 : exemples d'outils utilisés en ACT – outils pour travailler le moment présent).

- **Les valeurs** : « Pour l'ACT, les valeurs sont des directions de vie qui guident l'action » (Schoendorff et al., 2011, p. 57). Elles représentent ce qui nous importe vraiment, et nous éclaire sur la personne que l'on souhaite devenir. Ce sont donc ces valeurs qui orientent nos actes ; elles sont considérées comme instigatrices de la thérapie. Agir en accord avec ses valeurs permet, malgré des résultats non visibles immédiatement, de persévérer vers ce changement de comportement (Hayes et al., 2012 ; Schoendorff et al., 2011).

Or, quand une personne n'a pas la capacité d'agir en fonction de ce qui est important pour elle, celle-ci a tendance à opter davantage pour des comportements de type évitement, procrastination, etc.

L'identification des valeurs est une étape essentielle pour comprendre le sens que la personne souhaite donner à sa vie et pour favoriser l'action engagée fondée sur ces valeurs (Hayes et al., 2012 ; Schoendorff et al., 2011).

Exemples : exercice « *des pierres tombales* » (Schoendorff et al., 2011, p. 253), « *une vie que vous admirez* » (Schoendorff et al., 2011, p. 253), « *vous remercier dans cinq ans* » (Schoendorff et al., 2011, p. 254), « *le dernier jour sur terre* » (Schoendorff et al., 2011, p. 255) (Annexe 2 : exemples d'outils utilisés en ACT – outils pour travailler les valeurs).

- **L'action engagée** : processus par lequel s'achève l'ACT, car il est impossible d'envisager un changement sans action. L'action, telle que pensée par l'ACT, doit se dérouler en symbiose avec les valeurs. Cela va donc au-delà d'effectuer une action pour effectuer une action ou bien pour diminuer la souffrance. L'action engagée signifie que l'action entreprise est efficace et guidée par les valeurs de la personne. Ainsi l'action engagée procure une vie plus riche de sens et permet aussi une meilleure adaptation au contexte (Schoendorff et al., 2011). Chin et Hayes (2017) rajoutent que l'ACT considère l'engagement comme une prise de décision sur le moment présent. En ce sens, il ne peut donc pas être réfléchi et envisagé par avance. De plus, toujours selon ces auteurs, le manquement à l'action engagée n'est pas perçu négativement, soit comme une non-réussite thérapeutique, mais comme une occasion pour la personne d'endosser la responsabilité de cet échec et d'y remédier en s'engageant dans une action proche de ses valeurs.

Des métaphores, des exercices expérientiels peuvent être effectués dans le but de travailler l'action engagée (Schoendorff et al., 2011).

Exemples : « *fiche d'activation comportementale valorisée* » (Schoendorff et al., 2011, p. 450), métaphore du « *bus* » (Schoendorff et al., 2011, pp. 348-349) (Annexe 2 : exemples d'outils utilisés en ACT – outils pour travailler l'action engagée).

« L'acceptation », « la défusion » sont des méthodes de pleine conscience et d'acceptation ; « les valeurs » et « les actions engagées » sont des méthodes d'engagement et de changement de comportement. Quant au « soi en tant que contexte » et le « contact avec le moment présent », ils peuvent correspondre aux deux types de méthodes (Chin & Hayes, 2017 ; Hayes et al., 2006 ; Schoendorff et al., 2011 ; Seznec et al., 2019 ; Thompson, 2013).

Pour terminer, ces six processus ne sont pas uniquement considérés comme une méthode afin d'éviter la psychopathologie, mais plus comme une compétence psychologique positive (Hayes et al., 2006). Ils sont souvent présentés sous la forme d'un hexagone nommé Hexaflex (figure 2) (Chin & Hayes, 2017 ; Hayes et al., 2006 ; Schoendorff et al., 2011 ; Seznec et al., 2019). Ce schéma permet de visualiser à quel point ils sont reliés dans le but d'atteindre une flexibilité psychologique.

Le choix des outils utilisés revient au ou à la thérapeute en fonction de ses affinités et des besoins du ou de la patient-e.

Pour illustrer ses propos, le ou la thérapeute présente habituellement l'hexaflex, ainsi que la matrice à ses patient-e-s. Étant donné que le ou la thérapeute se détermine en « position d'égalité avec ses clients » (Schoendorff et al., 2011, p. 67), celui ou celle-ci utilise parfois son propre hexaflex

en parallèle, afin de faire partager à ses patient-e-s sa propre expérience de l'intervention. En effet, le ou la thérapeute est lui aussi soumis à la fusion cognitive et l'évitement expérientiel. La mise en commun de ses observations appuie sa posture de non-jugement et d'empathie envers le ou la patient-e, ainsi que l'opportunité pour celui ou celle-ci de progresser. Ceci implique que le ou la thérapeute doive pratiquer l'ACT également pour lui ou elle-même (Seznec et al., 2019).

Le ou la thérapeute a également fréquemment recouru à des métaphores et des exercices de verbalisation. La métaphore est décrite comme un outil puissant, qui dans une perspective thérapeutique permet d'apporter un changement de vision ou de contexte favorable au changement (Kerouac, 2016).

Étant donné que l'ACT « (...) comprend l'acquisition de compétence psychologique de type métacognitive, à travers l'expérimentation sensorielle et mentale grâce à des exercices en séances et entre les séances » (Seznec et al., 2019, p. 17), la participation active du ou de la patient-e est essentielle. Il est donc important que le ou la thérapeute lui présente la méthode, et lui fournisse les informations et les éléments susceptibles de favoriser son implication dans l'intervention.

Le ou la thérapeute doit être à même de valider l'expérience du ou de la patient-e et de l'accepter sans jugement. Ainsi, la relation thérapeutique est primordiale, et encourage la collaboration et le partage.

L'ACT étant fondée sur un processus favorisant la flexibilité psychologique, sa mise en œuvre ne suit pas un protocole suivant un cadre rigide et figé dans le temps (Seznec et al., 2019). La durée d'une intervention ACT peut ainsi varier de quelques séances à une thérapie beaucoup plus longue s'étalant sur plusieurs mois. Néanmoins, des protocoles spécifiques sont proposés en fonction des problématiques. Ces protocoles sont consultables après adhésion à l'Association for Contextual Behavioral Science (Association for Contextual Behavioral Science [ACBS])

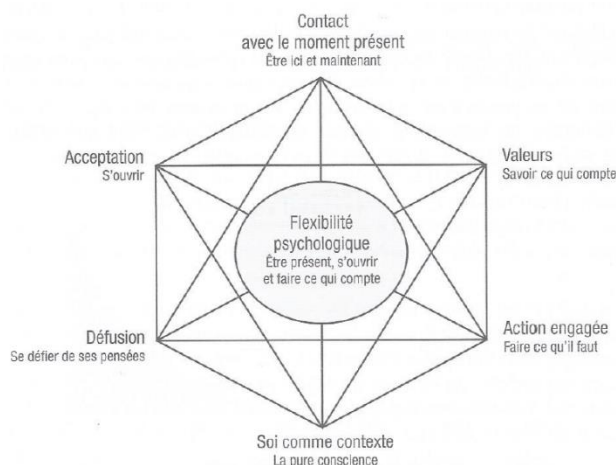


Figure 2 : L'Hexaflex (Seznec et al., 2019, p. 18)

(s.d.). Ils ne sont pas stricts, mais varient en fonction de la flexibilité et de la créativité du ou de la thérapeute qui les applique.

2.1.3 ACT, preuves scientifiques et applications pratiques

Cette méthode est bien décrite dans la littérature depuis 30 ans et présente des résultats positifs dans de nombreux domaines. Ces études sont suffisamment nombreuses pour avoir donné lieu à des revues systématiques et des méta-analyses (Ducasse & Fond, 2015).

L'ACT s'est montrée efficace pour de **nombreux troubles de la santé mentale** (A-Tjak et al., 2015, cité dans Chin & Hayes, 2017, p. 166) dont la dépression (Schoendorff et al., 2011), les troubles anxieux, les symptômes psychotiques, les troubles de la personnalité, l'adolescence à risque (Ruiz, 2010), les troubles de l'abus de substance (marijuana, cigarette...) (Lee et al., 2015, cité dans Chin & Hayes, 2017, p. 166 ; Ruiz, 2010 ; Schoendorff et al., 2011). L'ACT est indiquée pour la **douleur chronique** (Graham et al., 2016, cité dans Chin & Hayes, 2017, p. 166 ; Schoendorff et al., 2011) qui correspond au champ le plus étudié par les chercheurs (Ruiz, 2010). L'ACT a également été utilisée en **oncologie** (Ruiz, 2010), en **neurologie** (entre autres pour l'épilepsie, la sclérose en plaques) (Ruiz, 2010) et dans le **cadre d'interventions de promotion – prévention à la santé** (alimentation plus saine (Forman et al., 2013, cité dans Chin & Hayes, 2017, p. 166)), pour la perte de poids, le comportement d'autogestion du diabète, le HIV, et le lupus érythémateux systémique (Ruiz, 2010)). La méthode s'est également révélée indiquée pour **la réduction du préjudice racial** (Lillis & Hayes, 2007, cité dans Chin & Hayes, 2017, p. 166 ; Ruiz, 2010) et **l'amélioration de l'apprentissage** (Ruiz, 2010 ; Varras et al., 2008, cité dans Chin & Hayes, 2017, p. 166).

2.2 L'ergothérapie

2.2.1 Définition et but de l'ergothérapie

L'ergothérapie est définie par la World Federation of Occupational Therapists (WFOT) en 2010, comme

(...) une profession de santé centrée sur le client qui se préoccupe de la promotion de la santé et du bien-être au travers de l'occupation. Le but premier de l'ergothérapie est de permettre aux personnes de participer aux activités de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes atteignent ce résultat en travaillant avec les personnes et les communautés soit pour améliorer leur habileté à participer aux activités qu'elles souhaitent, dont elles ont besoin ou que l'on attend d'elles qu'elles réalisent ; soit en modifiant l'occupation ou l'environnement pour mieux soutenir leur engagement dans cette occupation (p. 1).

Selon les ergothérapeutes, l'occupation et la santé sont fortement corrélées (Townsend & Polatajko, 2013). La pratique de l'ergothérapie vise alors à favoriser ou maintenir la capacité d'agir des personnes, leur indépendance fonctionnelle et leur autonomie dans la vie quotidienne. À cette fin, elle s'appuie sur l'engagement des client·e·s dans les occupations qu'ils ou elles doivent ou veulent réaliser, et qui leur sont significatives. Cet engagement fait appel à des notions telles que la motivation, les rôles ou les valeurs, qui alimentent le terreau de la mise en action. Toute intervention en ergothérapie nécessite de suivre une démarche professionnelle spécifique basée sur la résolution de problèmes, discutée avec le ou la patient·e, et dont les caractéristiques sont définies par des modèles de pratique qui peuvent être propres, ou non, à la profession. Au travers de ceux-ci, l'ergothérapeute puise les éléments qui soutiennent sa réflexion et son raisonnement clinique. Il ou elle dispose d'outils d'évaluation élaborés au sein de ces modèles, et de canevas facilitant la rédaction des objectifs d'intervention (Morel-Bracq, 2017). « En pratique, le modèle permet aux ergothérapeutes de sélectionner les concepts pertinents aux diverses situations rencontrées d'une manière souple et dynamique et par là adaptable à la diversité, à l'imprévisibilité et à l'ambiguïté des situations auxquelles les professionnel·le·s font face » (Schminke, 2022). Ces modèles orientent l'ergothérapeute dans la mise en œuvre des différentes phases de l'intervention. Celle-ci comprend généralement plusieurs étapes : l'évaluation de la personne, de ses occupations et de son environnement, la pose d'objectifs d'intervention, sa planification avec le choix des moyens pour y parvenir, la réalisation de l'intervention, ainsi que la phase de mesure des résultats afin de rendre compte du degré d'atteinte des objectifs. Ce processus est dit itératif, car il ne suit pas nécessairement un schéma linéaire (Meyer, 2007). Certaines étapes peuvent être menées en parallèle, ou être répétées à différents moments en fonction des besoins de l'intervention.

2.2.2 Concepts fondamentaux en ergothérapie

Les notions décrites ci-dessous sont issues des différents modèles de pratique utilisés en ergothérapie et figurent parmi les concepts essentiels à mobiliser lors de prises en charge en ergothérapie.

Occupation

Il est évident, par la définition précitée de l'ASE concernant l'ergothérapie, que l'occupation occupe une place centrale pour la profession. Celle-ci est définie comme « un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur socioculturelle et un sens personnel. Elles sont le support de la participation à la société. Elles comprennent les soins personnels, le travail et les loisirs » (Meyer, 2007, p. 34). L'activité est elle-même décrite comme « une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations » (Meyer, 2007, p. 34). Dans le domaine de l'ergothérapie, le terme d'occupation révèle une dimension plus large que celui d'activité en s'appuyant sur les notions de sens, de valeurs et de structuration de l'existence (Crepeau et al., 2003).

Wilcock, en 1999, propose une perspective occupationnelle de la santé à travers quatre dimensions de l'occupation : être – faire – devenir – appartenir. La dimension du « faire » renvoie directement aux occupations qui influencent les interactions et la participation sociales des individus, et qui façonnent leur identité. Le terme d'« être » reflète le regard que les personnes portent sur elles-mêmes et leurs actions. Il est fortement rattaché aux rôles sociaux, familiaux, etc. que les personnes s'attribuent et auxquels elles cherchent à se conformer. Le concept de « devenir » évolue en fonction de la manière dont les personnes se définissent au fil du temps et de la façon dont elles se projettent dans le futur. Le terme « appartenir » concerne le sentiment de connexion avec les autres par le biais d'une affiliation à une religion, une culture, une corporation, une communauté, etc. (Hitch et al., 2014). Ces éléments indiquent que l'occupation s'inscrit dans chaque dimension de la participation. Ainsi, l'occupation peut être perçue comme moyen d'entrer en relation avec les autres, de participer socialement, d'acquérir une identité, de remplir ses rôles ou encore d'adopter et de conserver des valeurs.

Environnement

L'environnement est défini par Meyer (2007) comme « un contexte extérieur à la personne et dans lequel celle-ci agit » (p. 45). Ce concept est primordial en ergothérapie puisqu'il peut avoir un impact, positif ou négatif, sur les occupations. En agissant sur les conditions environnementales et leurs contraintes, l'ergothérapeute peut ainsi favoriser la participation de ses client-e-s. L'environnement peut comporter plusieurs aspects ; quatre d'entre eux sont

généralement décrits en ergothérapie : les environnements physiques, sociaux, culturels et institutionnels (Meyer, 2007).

Setting

Il est défini par Meyer (2013) comme « l'environnement immédiat qui influence la performance de la tâche, de l'activité ou de l'occupation » (p. 13). Il correspond donc à une sous-catégorie de l'environnement physique dont il convient de tenir compte lors des séances en ergothérapie.

Participation

Ce concept est crucial en ergothérapie puisque la participation sociale par le biais de l'occupation correspond à la finalité de l'intervention (Meyer, 2007). La participation est « l'engagement, par l'occupation, dans des situations de vie socialement contextualisée » (Meyer, 2013, p. 16). Elle est l'occasion donnée aux individus d'exprimer qui ils sont, et de remplir leurs rôles au travers des occupations qu'ils réalisent.

Valeurs

Les valeurs sont importantes à considérer en ergothérapie, car elles incarnent ce qui donne du sens à la vie. Elles permettent d'orienter les actions en nourrissant la motivation et en incitant les personnes à s'engager dans des occupations significatives pour elles (Bélanger et al., 2005).

Rôles

Selon Bélanger et al. (2005), les rôles

(...) regroupent plusieurs habitudes apprises et intégrées (parents, frère, sœur, amis, travailleurs...), sous l'influence d'un contexte social particulier. Ces comportements clairement reconnus et identifiés par la culture du milieu reflètent les attentes des membres du groupe. Ces rôles s'acquièrent à travers le processus de socialisation et ils procurent à l'individu un statut social et personnel au sein de la communauté (p. 118).

Il est clair par cette définition que les rôles sont constitutifs de l'identité des personnes, et que la capacité à les remplir et à les maintenir est primordiale. Cette intériorisation d'attentes et de statuts détermine ainsi l'engagement dans l'occupation.

Motivation – engagement

Meyer (2013) définit la motivation comme « un élan qui oriente les actions d'une personne vers la satisfaction de besoins » (p. 15). La motivation est un concept important en

ergothérapie. Selon Meyer (2013), elle aide à favoriser une participation active du ou de la client·e à la thérapie et facilite grandement son engagement, qui lui est défini comme « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (p. 15). D'ailleurs l'engagement dans l'occupation est un but fondamental en ergothérapie, l'orientation de la thérapie poursuit cet objectif. Pour terminer, ces deux concepts, par leur attache à des aspects émotionnels en lien avec l'investissement de la personne dans ce qu'elle fait, sont parfois regroupés sous la mention énergie (Meyer, 2013). En effet, ils évoquent une vitalité ou implication que l'individu incarne dans ses actions.

2.2.3 Exemples de modèles ou cadres utilisés en ergothérapie

La Pratique Centrée sur le ou la Client·e (PCC)

La PCC, se basant sur les concepts du courant humaniste adaptés par Carl Rogers (Meyer, 2007), est le cadre de référence fondamental dans la pratique ergothérapeutique. L'autonomie individuelle et le choix, le partenariat client·e - thérapeute, la capacité d'action (empowerment), l'accessibilité et le respect de la diversité ainsi que la congruence contextuelle¹ font partie des concepts clés de la PCC (Law et al., 1995). Selon la vision de ce cadre, le ou la client·e est la personne la mieux placée pour relater ses difficultés occupationnelles et exprimer ce dont il ou elle a besoin. Le but est que la personne soit satisfaite dans la réalisation de ses activités notamment grâce au respect de ses valeurs, ses intérêts et la possibilité d'appropriation des rôles qu'elle désire.

L'expérience vécue du ou de la client·e a autant de valeur que le savoir du thérapeute et les deux individus sont considérés comme des partenaires. D'ailleurs, selon Law et al. (1995) ainsi que Sumsion & Law (2006), ce partenariat est primordial. Il permet à l'ergothérapeute de donner du pouvoir (empowerment) au ou à la client·e afin de résoudre activement les difficultés occupationnelles relatées et donc atteindre les objectifs (Law et al., 1995).

Le modèle Personne – Environnement – Occupation – Performance (PEOP)

Il découle directement de l'approche centrée sur le ou la client·e. (Law et al., 1996 ; Morel-Bracq, 2017). Utilisé avec toutes les populations et dans différents contextes afin d'inciter les client·e-s à s'engager dans des occupations significatives, il est basé sur l'interdépendance de trois concepts soit : la personne, son environnement et ses occupations (Strong et al., 1999). Selon Christiansen et al. (2005), « les modèles personne-environnement-occupation (PEO) mettent en évidence le fait que les performances occupationnelles sont le produit des

¹ La congruence contextuelle signifie l'importance de la prise en compte des rôles, des intérêts, des environnements et de la culture du ou de la client·e

capacités de la personne et de l'environnement » (cité dans Meyer, 2013, p. 40). La personne et l'environnement s'ajustent sans cesse afin de permettre l'action et la participation (Meyer, 2013). Ainsi, la manière dont la personne va interagir avec son environnement va avoir une incidence sur sa performance occupationnelle (Morel-Bracq, 2017). L'intervention ergothérapeutique peut être axée sur une ou plusieurs composantes du PEO. Pour terminer, le récit permet au thérapeute d'accéder à l'histoire de vie du ou de la client-e à travers la narration, ce qui lui permet de comprendre le sens que la personne donne à son histoire, à ses actions et à sa vie. La figure 3 ci-dessous illustre l'organisation du modèle et de ses concepts..

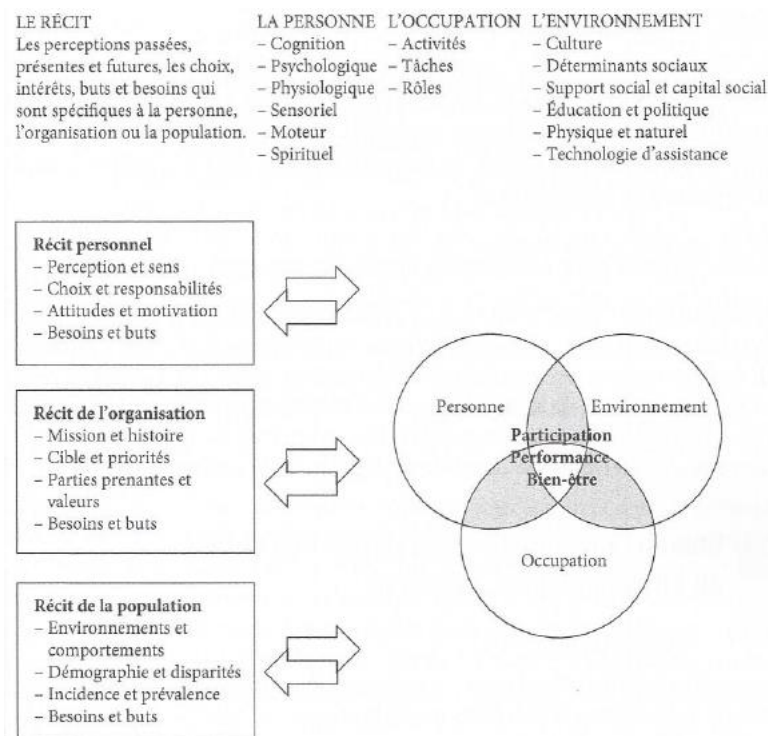


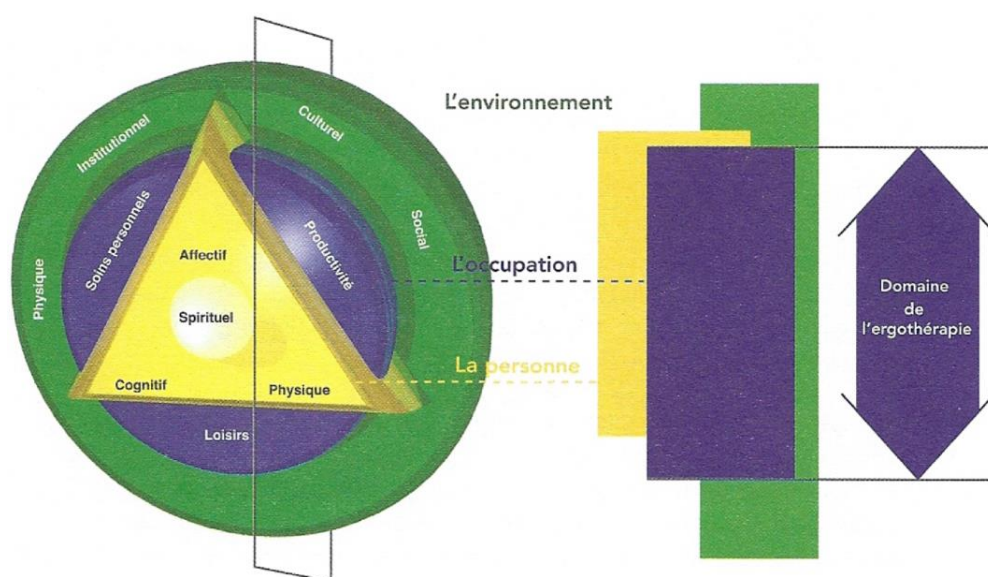
Figure 3 : Le modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance (Morel-Bracq, 2017, p. 65)

Le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation (MCREO-P ou MCREO ou MCRO ou COPM)

Il s'agit d'un modèle dynamique, à vision holistique, applicable à toutes les populations (Morel-Bracq, 2017) provenant de la PCC. Il possède l'avantage de disposer d'un outil d'évaluation (la MCRO) permettant de cibler les problèmes occupationnels les plus importants du ou de la client-e sous les angles de la performance et de la satisfaction (Law et al., 1990). Selon ce modèle, l'occupation, son rendement et la participation ont un rôle central dans la vie de tout individu. L'activité est l'occasion pour la personne de reprendre un contrôle sur sa vie et d'éprouver de la satisfaction. Ce modèle suppose que chaque individu a un réel potentiel de changement, qu'il existe des relations très étroites entre les individus (comprenant ses aspects affectif, cognitif, physique et spirituel), son environnement (physique, institutionnel, social et

culturel), les activités singulières à chacun (dans les domaines de productivité, loisirs et soins personnels), sa santé et son bien-être (Morel-Bracq, 2017). Les atouts de ce modèle sont la prise en compte de la globalité de la personne et l'aspect systémique des éléments la composant ainsi que son orientation basée sur l'occupation, l'engagement et l'habilitation. Pour terminer, selon Hammell (2006), le MCREO, tout comme la PCC, prennent en considération la subjectivité du ou de la client-e (désirs, besoins) impactant donc positivement la motivation et l'engagement du ou de la client-e dans une intervention significative.

La figure 4 ci-dessous illustre le MCRO et ses concepts



A1 : Désigné sous le nom de MCRO dans Promouvoir l'occupation (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

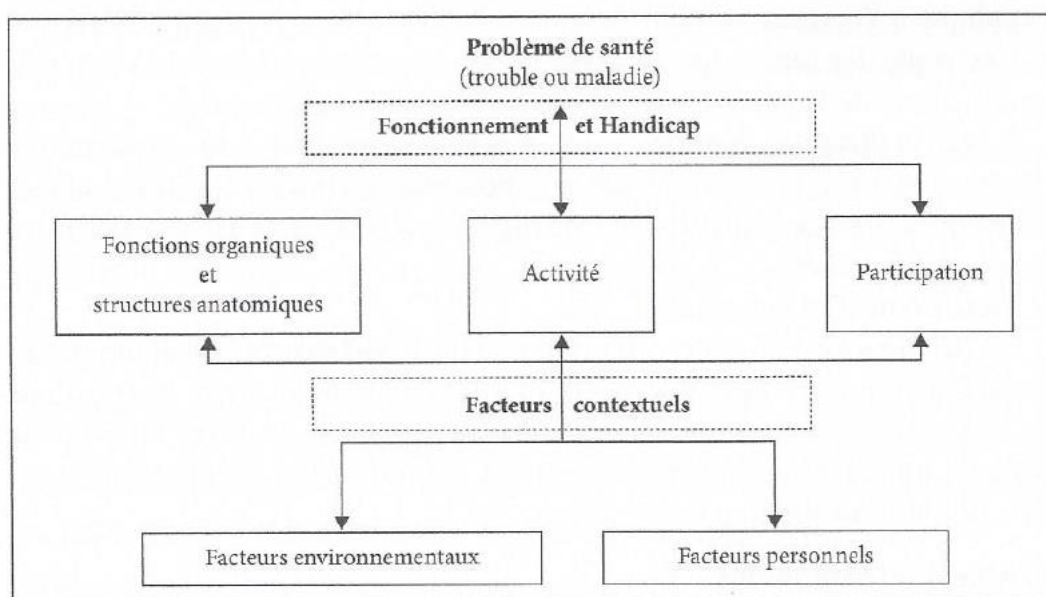
Figure 4 : Le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (Townsend & Polatajko., 2008, p. 27)

La Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF - ICF).

La CIF est un modèle général biopsychosocial interprofessionnel à visée d'aide pour l'analyse de la complexité de situations lors de problèmes de santé (Morel-Bracq, 2017). Elle définit le fonctionnement et le handicap, en terme soit de fonctions ou structures corporelles, soit d'activité ou participation (World Health Organization [WHO], 2001). Un des piliers du modèle concerne la mise en relief de l'interaction entre les conditions de santé, les facteurs environnementaux et les facteurs personnels tels que l'âge, le genre ou le niveau socio-économique.

Ce modèle postule que les facteurs contextuels influencent le fonctionnement et le handicap. Les composantes de la CIF ont notamment été utilisées afin de concevoir certains guides et outils permettant d'évaluer le handicap et les besoins de compensations, et de les classer. Il facilite également l'enregistrement des informations sur le fonctionnement et le handicap de la

personne (Morel-Bracq, 2017). L'avantage de ce modèle est qu'il est interprofessionnel. Ainsi, la compréhension et les échanges impliquant différents acteurs peuvent être facilités. La figure 5 ci-dessous illustre la CIF et ses concepts avec la notion des deux composantes.



Partie 1. Fonctionnement et handicap

- (a) Fonctions organiques et Structures anatomiques
- (b) Activités et Participation

Partie 2. Facteurs contextuels

- (c) Facteurs environnementaux
- (d) Facteurs personnels

Figure 5 : Schéma de la CIF avec mention des deux composantes (Morel-Bracq., 2017, p. 23)

Le Modèle du processus d'intervention en ergothérapie (Occupational Therapy Intervention Process – OTIPM).

L'OTIPM a été créé à la suite du travail réalisé sur le modèle de l'occupation humaine [MOH] afin de conceptualiser « (...) ce qui selon elle [Fisher], constitue la singularité de l'intervention en ergothérapie en considérant l'important pouvoir de l'occupation en tant que principe thérapeutique » (Fisher, 1998, cité dans Morel-Bracq, 2017, p. 141). L'idée de pratique centrée sur le ou la client-e s'y retrouve également (Morel-Bracq, 2017). La pensée sous-jacente à ce modèle est que l'engagement dans l'occupation inclut deux notions interreliées et individuelles à chacun-e : le sens de l'occupation qui est génératrice de motivation pour l'action, ainsi que l'intention invoquant l'idée de but personnel pour lequel la personne va s'organiser et se mettre en action (Morel-Bracq, 2017). Ces notions de sens et d'intention, ainsi que le contexte, sont à prendre en considération dans l'intervention ergothérapeutique (Morel-Bracq, 2017). Ainsi l'occupation et les performances occupationnelles de la personne sont au centre de l'intervention.

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Il s'agit d'un modèle à focalisation occupationnelle avec une vision holistique et PCC, qui permet d'obtenir une vision détaillée et intégrative de la personne à travers l'occupation (Bélanger et al., 2005). Il propose de travailler sur l'équilibre occupationnel au travers d'activités significatives afin de favoriser le processus d'adaptation et améliorer la qualité de vie (Bélanger et al., 2005). Il s'adresse à tout type de population, quels que soient l'âge ou les difficultés rencontrées (Bélanger et al., 2005).

Selon Morel-Bracq (2017), le MOH s'articule autour de trois composantes majeures : **l'Être, l'Agir, et le Devenir**

L'**Être**, qui représente la personne, est composé de trois éléments :

- La volition, correspondant à la motivation de la personne, ses centres d'intérêt, ses valeurs, ainsi que ses déterminants personnels. Ces derniers se réfèrent au regard que la personne porte sur son efficacité et ses capacités personnelles.
- L'habitude comprend les habitudes et les rôles de la personne.
- La capacité de rendement combine les composantes objectives, à la fois physiques et mentales, mais aussi l'expérience subjective du corps, pour permettre la réalisation des occupations.

L'**Agir** indique ce que la personne fait. Il traduit l'action, hiérarchisée en trois degrés. La participation occupationnelle correspond au niveau le plus large et se rapporte à un niveau d'engagement conséquent, tel que l'activité professionnelle par exemple. Il est suivi du rendement occupationnel, qui désigne l'ensemble des tâches à réaliser. Le dernier niveau regroupe les habiletés motrices, opératoires et de communication, et d'interaction.

Le **Devenir** est la résultante de la combinaison de l'Être et de l'Agir. Il est alimenté par l'identité et les compétences acquises par la personne au moyen de ses expériences vécues, et qui permettent de s'adapter à de nouvelles occupations.

Le MOH vise à représenter la personne au travers de son activité dans un environnement qui lui est propre. C'est donc en s'interrogeant sur les interactions entre ces trois composantes dans le contexte environnemental que l'ergothérapeute pourra analyser le processus adaptatif et mieux comprendre les difficultés de la personne. Selon Bélanger et al. (2006), « La motivation des personnes à se réaliser dans leur quotidien est (...) au centre des préoccupations du modèle de l'occupation humaine » (p. 9). De plus, l'intérêt de ce modèle est qu'il dispose de plus de 20 outils d'évaluation, dont certains sont en français (Centre de référence du modèle de l'occupation humaine [CRMOH], 2022). Ces outils englobent la majorité des concepts du modèle (CRMOH, 2022).

La figure 5 ci-dessous illustre le MOH et ses concepts.

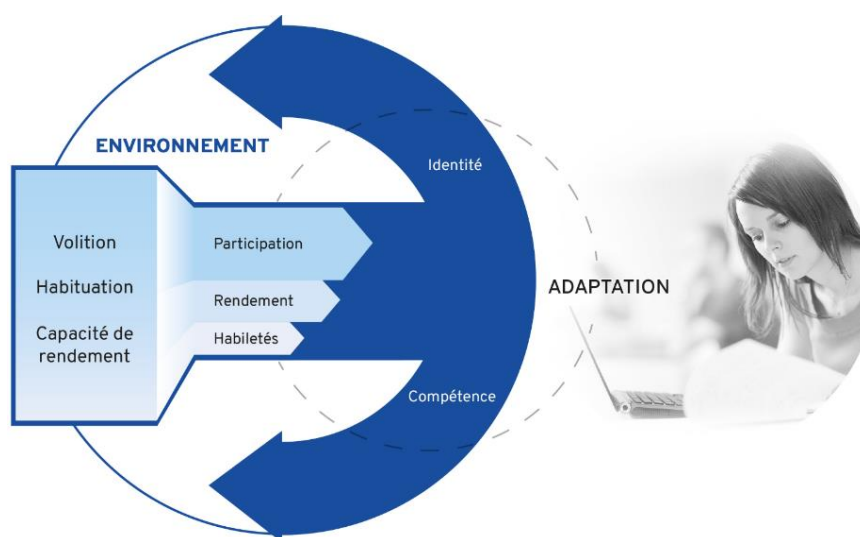


Figure 6 : Le Modèle de l'Occupation Humaine (CRMOH, 2022)

Pour conclure, c'est aussi au travers de ces différents modèles que l'ergothérapeute choisit les outils d'évaluation permettant d'orienter les décisions relatives à l'intervention et d'en objectiver par la suite les résultats. Ils constituent « une méthode d'obtention de données qui a été formalisée par ses concepteurs de sorte qu'elle puisse être utilisée à l'identique par divers évaluateurs, pour divers usagers et à divers moments » (Christiansen & Baum, 1997, cité dans Meyer, 2007, p. 121). Ces instruments peuvent se présenter sous la forme de questionnaires, d'échelles numériques, de grilles d'observation ou d'outils tels que par exemple un goniomètre.

3 Problématisation

L'ACT est une thérapie expérientielle dont le but est de conduire la personne à se rapprocher de ses valeurs en adoptant une action engagée (Schoendorff et al., 2011). Cette étape conclut le processus en six actes de la méthode. L'ACT permet donc de soutenir l'action, terme, qui bien qu'étymologiquement proche de celui de l'activité, se rapporterait davantage à celui d'occupation pour l'ergothérapeute. En effet, l'occupation telle que décrite par les ergothérapeutes est porteuse de sens et conduit à ce que « (...) l'individu existe et se fabrique en permanence comme « être au monde » avec des pensées, des ressentis, des engagements » (Meyer, 2013, p. 53). L'action engagée « (...) va permettre de mieux s'adapter au contexte et d'avancer vers une vie plus riche de sens » (Schoendorff et al., 2011, p. 57). Dans cette perspective, la méthode ACT correspond aux principes fondamentaux de l'ergothérapie, qui identifie l'occupation comme un de ses concepts centraux.

Il est alors intéressant de relier ces deux pratiques en considérant leurs objectifs. D'après la WFOT (2010) : « Le but de l'ergothérapie est de permettre aux clients non seulement de participer aux occupations qu'ils veulent réaliser, mais aussi de faire toutes les choses qu'ils ont besoin de faire ou qu'on attend qu'ils réalisent socialement ou culturellement » (p. 1). L'ACT et l'ergothérapie sont donc des moyens de thérapie qui tendent vers l'action engagée.

De plus, l'ACT cherche davantage à considérer l'individu au travers des problèmes qu'il rencontre, de ses expériences et des interactions qui les lient, plutôt que par la considération de ses difficultés psychopathologiques (Harris, 2006). Elle rejoint en cela le point de vue holistique prôné en ergothérapie qui postule que les différents aspects constitutifs de la personne sont interconnectés et forment un ensemble solidaire, et que « (...) la pensée, les émotions ou les perceptions affectent les comportements » (Meyer, 2007, p. 107).

Comme évoqué précédemment, et comme l'illustre le modèle PEO (Law et al., 1996), pour l'ensemble des ergothérapeutes, l'environnement est un point de focale essentiel. Cette même perspective se retrouve dans l'ACT, puisque celle-ci considère les comportements en tentant de faire le lien avec l'environnement spécifique dans lequel ils se produisent, et des interactions qui en découlent (Schoendorff et al., 2011). La prise en compte du contexte permet ainsi d'envisager les problèmes dans leur globalité, en explorant leurs diverses dimensions, et de les traiter selon différents angles.

Un des autres points de similitude est que l'ACT, tout comme l'ergothérapie, prône une relation thérapeutique conforme à la pratique centrée sur le client (PCC). Celle-ci invite à considérer avec respect la personne comme un individu unique, face auquel il convient d'adopter une position d'égalité (Law et al., 1995 ; Sumsion, 2000) en abandonnant « au moins en partie son rôle dominant dans la relation pour collaborer davantage avec l'utilisateur au sujet de l'intervention » (Mc Coll et al., 2003, cité dans Meyer, 2007, p. 43). L'expertise du ou de la client(e) par rapport à sa situation est ainsi intégrée au processus pour faciliter la compréhension des conditions et du contexte dans lesquels survient la problématique (Meyer, 2007). La même préoccupation s'exprime dans l'ACT, puisque le ou la thérapeute ne s'inscrit pas dans l'intervention en qualité d'expert, mais adopte une relation thérapeutique égalitaire avec ses patient(e)s (Harris, 2017 ; Schoendorff et al., 2011).

Les mécanismes d'action des deux méthodes se basent sur des notions similaires pour se rapprocher de leur finalité. Elles mobilisent toutes les deux la motivation des patient(e)s, et s'appuient sur les valeurs et rôles qui les définissent.

Il est également possible de faire un parallèle entre le changement de paradigme en ergothérapie et l'avènement de la troisième vague des TCC. En effet, les vingt à trente dernières années ont vu décliner en ergothérapie la conception biomédicale de l'individu au profit du modèle biopsychosocial. Cette transition a contribué à une pratique davantage centrée sur le

client et à une prise en compte plus globale des éléments qui le composent ou qui l'animent, tels que le contexte, les relations interpersonnelles, ou les phénomènes psychiques (ASE, 2005). Selon Meyer (2007) :

Du point de vue formel, la pratique centrée sur le client en ergothérapie est un partenariat entre le client et le thérapeute qui vise à lui conférer, plus qu'une démarche fondée sur la maladie, la capacité de mener ses occupations et de remplir ses rôles dans la variété et la spécificité des environnements dans lesquels il vit (p. 117).

Ainsi, l'individu ne peut être réduit à son seul symptôme, et en considérant le contexte dans lequel il évolue, l'ergothérapeute a la possibilité d'agir à différents niveaux pour favoriser sa capacité d'action. Si le modèle de pratique choisi par l'ergothérapeute est le PEO, il ou elle observe et analyse l'interaction des différentes composantes de ce modèle (soit Personne – Environnement et Occupation) afin de se renseigner sur l'origine des difficultés qui seront à traiter. De la même façon, la troisième vague des TCC pourrait elle aussi être considérée comme un nouveau paradigme dans la relation d'aide en ne se concentrant plus sur le symptôme à éliminer, mais en favorisant la reconnaissance, puis l'acceptation des pensées et des émotions vécues. Le changement visé ne concerne donc plus la transformation des comportements ou des ressentis négatifs, mais correspond davantage à un travail sur la relation que la personne entretient avec eux. Pour mieux appréhender cette relation, il est alors important que le ou la thérapeute explore le contexte général engendrant la situation.

L'approche ACT et l'ergothérapie semblent donc présenter une forte compatibilité. Certains des processus ACT sont particulièrement congruents avec les principes de l'ergothérapie.

En effet, Thompson, dans un article en 2013, relie spécifiquement certains processus ACT aux principaux concepts de l'ergothérapie :

Se connecter au moment présent est pertinent pour être pleinement présent lorsqu'on s'engage dans l'occupation ; les valeurs aident à identifier la motivation ou les raisons de s'engager dans une occupation ; les actions engagées constituent la pierre angulaire de l'engagement dans les occupations ; la défusion permet aux pensées de ne plus interférer avec la participation dans les occupations importantes ; et en aidant les individus à s'engager dans des occupations valorisées, l'acceptation est soutenue. (p. 4).

L'application de l'ACT dans une intervention ergothérapeutique chez un-e patient-e atteint-e de douleurs chroniques y est illustrée par le biais d'un cas clinique et donne des indications sur le déroulement de l'intervention et les bénéfices observés. Les résultats positifs rapportés incitent à envisager la possibilité et la pertinence d'intégrer l'ACT à l'ergothérapie en élargissant les populations concernées et en l'appliquant à d'autres problématiques. L'article de Thompson (2013) présente également l'intérêt de souligner que l'ACT n'est pas réservée aux

seul·e·s psychologues ou psychiatres, mais qu'elle peut également être employée par d'autres thérapeutes dans différents domaines.

Malgré les points de similitude évoqués, la littérature demeure rare concernant la combinaison des deux méthodes. De plus, elle ne permet pas de se faire une idée précise des résultats obtenus par les ergothérapeutes. Nous ne savons également pas comment ils ou elles se sont formé·e·s à cette méthode, de quelle façon ils ou elles l'ont intégré à leur pratique, et quels sont les éventuels bénéfices observés. Questionner les thérapeutes permettrait d'obtenir leur point de vue concernant la plus-value observée à la suite de l'intégration de cette approche dans leur pratique. Le recueil d'informations auprès des professionnel·le·s utilisant la méthode nous permettrait d'obtenir une vision plus détaillée de l'application de l'ACT sur le terrain et de produire des résultats utiles à la discipline. La diffusion de ces éléments permettrait de faire connaître l'ACT auprès d'une plus grande proportion d'ergothérapeutes et être un outil supplémentaire dans l'exercice de leur pratique.

4 But et question de recherche

Le but de cette étude est de décrire l'utilisation de l'ACT en ergothérapie (auprès de diverses patientèles) en vue de la faire connaître.

La question de recherche est la suivante :

En quoi l'ACT est-elle une plus-value dans la pratique de l'ergothérapie ?

De cette question découlent les sous-questions suivantes :

- À quel moment de la prise en charge l'ergothérapeute utilise l'ACT ?
- Comment les ergothérapeutes intègrent-ils l'ACT dans leur pratique ?
- Avec qui l'utilisent-ils ou elles (type de population et domaine d'intervention (santé mentale, santé physique...)) ?
- Dans quel domaines (soins personnels, productivité, loisirs) l'utilisent-ils ou elles ?
- L'utilisation de l'ACT semble-t-elle applicable à d'autres types de population et/ou domaines que ceux pour lesquels l'ergothérapeute l'utilise ?
- L'ACT a-t-elle changé leur pratique de l'ergothérapie ?
- Quelle est la perception des ergothérapeutes concernant l'utilisation de l'ACT dans leur pratique ?
- Quel est le bénéfice que les ergothérapeutes tirent de l'utilisation de l'ACT dans leur pratique ?
- Comment l'ACT peut-elle favoriser la participation des client·e·s du point de vue de l'ergothérapeute ?

- Quels sont les obstacles à l'utilisation de l'ACT ? Et au contraire, quels pourraient être, du point de vue des ergothérapeutes, les facteurs favorisant son utilisation ?

5 Délimitation du champ d'investigation

5.1 Description de la population

La population à l'étude est constituée d'ergothérapeutes qui exercent en Suisse, au Canada, en France, en Belgique ou au Luxembourg, et qui répondent aux critères ci-dessous.

Critères d'inclusion :

Ergothérapeute :

- diplômé·e ;
- qui pratique l'ACT en thérapie avec leurs patient·e·s, tous domaines confondus ;
- exerçant en Suisse, au Canada, en France, en Belgique ou au Luxembourg ;
ce critère se justifie par le fait que ces pays sont en partie francophones (critère suivant), présentent un niveau de formation au moins équivalent à celui de la Suisse et des bases communes dans la pratique de l'ergothérapie ;
- avec une bonne compréhension et expression de la langue française ou suisse allemande.
NB : Compte tenu du peu de réponses positives en Suisse romande, nous avons également envoyé le questionnaire (en allemand) en Suisse alémanique afin de nous rendre compte si la pratique de l'ACT y était plus répandue. Nous avons donc envisagé de réaliser certains entretiens en suisse-allemand avec un interprète.

Critère d'exclusion :

Ergothérapeute en cours de formation de la méthode ACT. Nous avons choisi de les exclure de l'étude, car tout nouvel apprentissage nécessite un temps d'expérimentation et d'adaptation afin d'être à l'aise. De ce fait, nous pensons qu'il est difficile pour le ou la thérapeute, avec si peu de pratique et de recul, de nous faire un retour sur l'utilisation de l'ACT dans leur pratique, du changement de participation de leurs client·e·s.

5.2 Stratégie d'échantillonnage

La stratégie d'échantillonnage utilisé dans le cadre de notre recherche est l'échantillonnage exhaustif. Celui-ci prend en considération et examine tous les cas (Miles & Huberman, 2005).

Afin de nous assurer de la faisabilité de cette étude, nous avons réalisé un premier échantillonnage. Tout d'abord, nous avons lancé un appel à participer au moyen d'un questionnaire (Annexe 5) sur Ergonet (site de discussion des ergothérapeutes suisses romandes : visant

donc une population d'ergothérapeutes parlant le français). Le peu de retours positifs nous a amenées à élargir notre recherche à d'autres pays. Dans le but d'obtenir un échantillon le plus complet possible, plusieurs vecteurs ont été utilisés : les réseaux sociaux (groupes d'ergothérapeutes, groupe de praticien·ne ACT, écoles dispensant la formation ACT) et les associations nationales d'ergothérapeutes de la Suisse, France, Belgique, Luxembourg et Canada (Annexe 6).

Chaque ergothérapeute inscrit·e par le biais du questionnaire a obtenu un retour par mail afin de le ou la remercier, s'assurer qu'il ou elle acceptait de participer à notre étude et si c'était le cas qu'il ou elle serait contacté·e ultérieurement pour fixer une date d'entretien.

5.3 Taille de l'échantillon

Les échantillons d'études qualitatives sont habituellement de taille réduite (Miles & Huberman, 2005). En effet, l'importance est accordée à la profondeur des phénomènes étudiés dans leur contexte. Ils tendent également à être orientés plutôt que pris aléatoirement (Kuezi, 1992 ; Morse, 1989 ; cités dans Miles & Huberman, 2005, p. 58). De plus, selon Miles & Huberman (2005), la taille n'est généralement pas spécifiée, car elle peut évoluer même après le début de la recherche. Nous avons finalement obtenu 10 répondantes². Lors de la planification des rendez-vous, deux d'entre elles ont décliné leur offre de participer à notre étude par manque de temps à nous accorder. Cela signifie donc que huit entretiens ont eu lieu, mais seul sept ont pu être retenus. En effet, une participante a répondu favorablement à l'utilisation de l'ACT dans sa pratique d'ergothérapie, cependant il s'agissait d'une philosophie similaire et non de l'ACT. Cet entretien ne répondant pas aux critères d'inclusion n'a donc pas pu être retenu.

² Étant donné que les participant·e·s à notre étude sont toutes des femmes, nous allons parler d'elles uniquement au féminin dans toute notre étude.

6 Type d'étude et type d'instruments de collecte de données

Pour l'élaboration de ce travail, le choix de l'approche méthodologique se porte sur une étude descriptive qualitative, car « la recherche qualitative tend à faire ressortir la signification que le phénomène revêt pour les personnes » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 31). En outre, cette approche est particulièrement appropriée dans le cadre de ce travail étant donné le peu de connaissances concernant le lien entre la pratique de l'ergothérapie et l'utilisation de la méthode ACT. En effet, le devis de recherche qualitatif est indiqué pour les recherches sur un phénomène peu connu (Sandelowski, cité dans Fortin & Gagnon, 2016, p. 199).

Le recueil de données a été réalisé sous forme d'entrevues individuelles semi-dirigées. Celles-ci permettent de collecter « (...) des données auprès des participants quant à leurs sentiments, leurs pensées et leurs expériences sur des thèmes préalablement déterminés » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 320). Cette méthode nous semblait la plus adéquate puisqu'elle permet d'aborder les thèmes généraux qui nous questionnaient, tout en accordant suffisamment de place et de souplesse à la personne interviewée afin qu'elle puisse développer les éléments qui lui paraissent importants (Bréchon, 2011). Le format individuel s'impose comme la méthode d'entrevue la plus appropriée étant donné l'éloignement géographique des participantes.

La durée d'entretien envisagée était de 45 à 90 minutes. Ces entrevues ont été préparées à l'avance, avec la réalisation d'un guide d'entrevue (Annexe 7) dont la structure a servi de base à la discussion. Nous y avons intégré des questions ouvertes afin de favoriser la richesse des avis exprimés.

Les entretiens ont été réalisés en français ou en allemand par le biais d'un interprète dans le cas des interrogées suisses allemandes ne parlant pas français. L'éventualité d'un biais au recueil d'informations a été prise en considération.

Pour les ergothérapeutes travaillant en Suisse romande, nous nous sommes rencontrées à l'endroit qui leur convenait le mieux (lieu de pratique habituel, domicile ou autre...) ou par visioconférence si elles le préféraient. Pour les ergothérapeutes plus éloignées géographiquement, il était envisagé de réaliser les entretiens par téléphone ou visioconférence. Finalement, ces derniers ont eu lieu par visioconférence. Afin de faciliter la transcription et l'analyse des données, les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participantes.

Dans tous les cas, les participantes ont été jointes téléphoniquement (ou par mail) au préalable afin d'exposer le but de l'étude, de donner des renseignements sur la méthode d'échantillonnage et les éléments relatifs à la confidentialité, et d'obtenir leur consentement (Fortin & Gagnon, 2016).

7 Méthode d'analyse des données

Cette étape consiste en un « processus de révision, d'organisation, de catégorisation, de synthèse et d'interprétation des données. Les données générées par les recherches qualitatives sont volumineuses et leur interprétation n'est possible que si elles sont organisées » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 459). Les renseignements obtenus ont ainsi été regroupés et ordonnés afin d'en faciliter la lecture et la transcription.

L'analyse des données a suivi les étapes telles que décrites par Fortin et Gagnon (2016) : les enregistrements ont d'abord été transcrits en intégralité, de même que les notes manuscrites de l'interviewer relevées lors de l'entretien. Une relecture attentive du matériel a ensuite été réalisée, ce qui correspond à l'étape d'immersion qui permet déjà de mettre en lumière des éléments importants qui peuvent émerger.

L'étape de catégorisation des données s'est basée sur le processus d'analyse de contenu, fréquemment utilisé dans le cas des analyses qualitatives descriptives. Celui-ci permet de répertorier les mots en différentes catégories afin de faire émerger les idées centrales et récurrentes, et de construire finalement une synthèse compréhensible à partir des renseignements obtenus.

Les résultats qui ont émergé de cette analyse ont ensuite été présentés sous la forme d'un contenu narratif pouvant contenir des fragments de l'entretien (Fortin & Gagnon, 2016).

8 Mesures prévues pour respecter l'éthique

Afin de garantir l'éthique de la recherche, nous nous sommes engagées à respecter les principes édictés par la Commission des travaux de Bachelors (HES-SO, 2013), soit :

- **respect des droits fondamentaux de la personne**
- **appréciation et limitation des risques** : nous évitons de nuire à des personnes ou institutions
- **consentement libre et éclairé du sujet** [ainsi que droit au retrait] : notre recherche requiert une participation active d'individus répondant aux critères d'admissibilité et donc la nécessité d'obtenir leur consentement libre et éclairé.

Cela signifie :

Le consentement est éclairé lorsque les personnes qui font objet d'une recherche sont informées : de ses buts, de l'identité des responsables de la recherche et des institutions pour lesquelles ils ou elles travaillent, des méthodes de recueil des données et des observations, des implications pratiques pour toutes ou une partie des personnes

concernées, des précautions prises pour respecter le caractère confidentiel de certaines données et l'anonymat des personnes, voire des institutions (p. 3)

Pour qu'il y ait libre consentement, il faut : que les personnes intéressées soient informées (...), qu'elles décident personnellement, sans aucune pression du chercheur ou de leur hiérarchie professionnelle ou d'un groupe quelconque, qu'elles puissent se rétracter à tout moment de l'expérience ou de la recherche, que leur refus ou retrait n'entraîne aucune conséquence fâcheuse pour elles-mêmes (p. 3)

- **Respect de la sphère privée** : les données sont ou ont été traitées de manière confidentielle pendant et après la recherche afin de respecter l'anonymat et la confidentialité.
- **Utilisation des informations** : celles-ci sont utilisées à des fins scientifiques.
- **Restitutions des résultats de la recherche** : les résultats de la recherche seront restitués aux personnes concernées selon ce qui est convenu au préalable.
- **Responsabilité personnelle et solidarité collective** : en tant que chercheur étudiant, nous nous engageons personnellement dans la responsabilité des données que nous recueillons et des textes rédigés par la suite.

Un formulaire de consentement libre et éclairé (ainsi que le droit de se retirer) a été rédigé (Annexe 8). Il contient les items suivants : une introduction (raison de l'étude, problématique) ; buts et objectifs de l'étude ; modalité de participation (dispositifs, techniques de collecte de données, tâches, moment, durée...) ; choix des participantes ; avantages – risques ou inconvénients à la participation ; participation volontaire, retrait ou exclusion ; mécanismes de respect de la confidentialité, gestion des données (destructions des données après la recherche) ; personne de contact ou ressource. Ce document a été transmis aux participantes lors du mail de confirmation de la date de l'entretien. Chaque participante a dû le signer et nous le retourner avec une échéance d'environ deux semaines après réception.

9 Analyse des résultats

Au total, huit entretiens ont été effectués sur une période de cinq semaines et seuls sept d'entre eux ont pu être retenus. Malgré la vérification au préalable de l'admissibilité des candidates³, nous avons constaté lors de la réalisation de l'entretien qu'une des ergothérapeutes ne répondait pas à un des critères. Bien qu'elle ait répondu qu'elle pratiquait l'ACT, elle utilise en réalité une méthode similaire à l'ACT et non l'ACT. De ce fait, elle n'a pas été retenue. Les participantes viennent de différents pays, soit Canada, Belgique et Suisse (Suisse romande et Suisse alémanique). Les entretiens suisses alémaniques ont nécessité l'intervention de Titus Bihl pour la traduction des réponses des candidates.

L'analyse des données conduisant à l'identification de huit thèmes principaux a permis de structurer le discours des participantes aux entretiens.

9.1 Contexte de pratique et expériences professionnelles des participantes

Le tableau ci-dessous recense les types, domaines et secteurs de pratique, ainsi que la patientèle habituellement pris en charge. Comme évoqué en introduction de ce chapitre, l'entretien numéro 3 n'a pas pu être retenu étant donné que la personne ne remplissait pas les critères d'admissibilité. Les numéros d'entretiens 2 et 4 se succèdent donc directement dans le tableau ci-dessous, en omettant l'entretien numéro 3.

³ Étant donné que les participant·e·s à notre étude sont toutes des femmes, nous allons parler d'elles uniquement au féminin.

Tableau 1 :

Recension des types, domaines et secteur de pratique ainsi que clientèle prise en charge par les participantes de l'étude

Participantes + pays	Années d'expérience en ergothérapie	Autres expériences professionnelles / formations	Type de pratique	Secteur	Domaines	Clientèle
1 Belgique	16	<ul style="list-style-type: none"> - Sophrologie - Méditation pleine conscience - Formation d'atelier art dramatique et de théâtre pour l'impro - Massage holistique 	Employée	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpital psychiatrique - 1 jour par semaine à domicile (pédiatrie) 	<ul style="list-style-type: none"> - Santé mentale - Santé physique (pédiatrie, 1 jour /semaine) 	<ul style="list-style-type: none"> - Adultes et personnes âgées principalement (schizophrénie, bipolarité, dépression, parfois dépendance associée) - Enfants avec troubles dyspraxiques
2 Suisse	23		Indépendante	Cabinet indépendant	- Thérapie de la main	Adultes avec problèmes orthopédiques et musculo-squelettiques
4 Suisse	27	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité fédérale de capacité [CFC] employée de commerce avant ergothérapeute - Formation en hypnose 	Indépendante	Cabinet indépendant : Interventions au cabinet, à domicile et mandats dans diverses fondations (gériatrie et polyhandicap)	<ul style="list-style-type: none"> - Santé mentale - Santé physique 	Enfants à personnes âgées avec diverses problématiques (polyhandicap, retard mentaux, troubles autistiques, neuroréadaptation, dyspraxie, fibromyalgie, maladie dégénérative...)
5 Canada	5		Employée	Clinique externe : Traitements en ambulatoire et à domicile	Santé mentale	Patient-e-s de 18 à 70 ans avec troubles psychotiques vivant de manière autonome dans leur appartement (protégé ou non)
6 Canada	15	Dispense des cours à l'Université	Employée	Clinique psychiatrique : Traitements en ambulatoire et à domicile	Santé mentale	Jeunes adultes de 18 à 35 ans qui présentent un premier épisode psychotique
7 Suisse	24	Dispense des cours à l'Université	Indépendante	Cabinet indépendant	Principalement somatique	Tout type (mais peu d'enfants)
8 Suisse	16	<ul style="list-style-type: none"> - CFC d'employée de commerce (antérieur à l'ergothérapie) - En formation pour la profession d'art-thérapeute 	Employée	Clinique psychiatrique	Santé mentale	Adolescent-e-s entre 13 et 18 ans

Les participantes rencontrées ont entre 5 et 27 ans d'expérience en ergothérapie. Les domaines de pratique concernent aussi bien la santé physique que la santé mentale, et la patientèle prise en charge comprend une large partie de la population, des enfants aux personnes âgées.

Les participantes travaillant en clinique ou à l'hôpital indiquent travailler en interdisciplinarité avec une large palette de corps de métiers différents : médecins, psychiatres, psychologues, assistant·e·s sociaux, éducateur·rice·s, infirmier·e·s, aides-soignant·e·s, logopédistes, diététicien·ne·s, physiothérapeutes, travailleurs sociaux et travailleuses sociales, psycho-éducateur·rice·s, enseignant·e·s, et autres ergothérapeutes.

Les participantes pratiquant en cabinet indépendant déclarent un nombre plus restreint de professionnel·le·s avec lesquelles elles collaborent. Il s'agit généralement des médecins prescripteurs, psychologues, physiothérapeutes et d'autres ergothérapeutes.

Deux des ergothérapeutes interviewées sont également enseignantes, et dispensent des cours en ergothérapie dans le cadre de la formation initiale. De plus, une participante est actuellement en formation d'art-thérapeute. Deux interviewées ont suivi d'autres formations, telles que l'hypnose, le théâtre d'improvisation, l'atelier d'art dramatique, ainsi que la méditation pleine conscience et la sophrologie.

9.2 Découverte de la méthode l'ACT

Les occasions ayant conduit les ergothérapeutes consultées à la découverte de la méthode sont diverses. Certaines participantes se sont vues proposer par leur institution des cours initiant à la méthode dans le cadre de la formation continue. D'autres en ont entendu parler en stage, par des collègues, ou l'ont découverte par hasard en consultant un livre. Deux interviewées mentionnent une rencontre déterminante avec une figure fondamentale de l'ACT : JoAnn Dahl, professeure de psychologie, enseignante à l'université d'Uppsala en Suède (ACBS, 2022) qui leur a permis de découvrir l'ACT.

En plus de l'inscription, deux participantes ont lu des livres traitant de la méthode : « ACT : applications thérapeutiques » de Seznec et al., ainsi que « Le piège du bonheur » de Russ Harris. Peu de répondantes se sont penchées sur la question de l'Evidence Based Practice, certaines partant du principe que les formations continues proposées dans les institutions bénéficient nécessairement d'un niveau de preuves scientifiques suffisant. Une interviewée connaissait les bienfaits des TCC de troisième vague abordés dans la littérature, et a fait le rapprochement avec l'ACT. Une autre a été informée du niveau de preuve directement par le biais de la personne qui dispensait la formation. Les évidences scientifiques ont généralement été abordées par les formateurs et formatrices lors des cours d'introduction à la méthode.

9.3 Formation à la méthode ACT

9.3.1 Motivation

Les motivations qui ont conduit les ergothérapeutes à suivre la formation sont diverses. La plupart évoquent la sensation d'être démunies et le sentiment de frustration face à certaines problématiques ou situations. Les difficultés à gérer l'anxiété des patient-e-s, ou les kinésiophobies sont par exemple mentionnées. Une participante indique qu'une des raisons qui l'a conduite à l'ACT est le manque d'outils pour aborder la dimension émotionnelle de la prise en charge. La formation initiale lui a fourni de nombreux apprentissages concernant les aspects fonctionnels, moteurs, environnementaux et analytiques de l'activité. Cependant, les liens entre le corps, la tête et les émotions sont peu explorés.

Deux participantes relient leur intérêt initial pour l'ACT avec les bienfaits connus de la TCC, et notamment, la rapidité d'obtention des résultats. Dans le même temps, certaines limites de la TCC sont toutefois pointées, et justifient le besoin de se tourner vers une méthode qui semble plus aisée à appliquer. Une participante compare ainsi la TCC et l'ACT :

C'était très difficile [en parlant de la TCC], je trouvais ça un peu frustrant [rire] de pas arriver euh à bien enseigner cet outil-là comme j'aurais voulu. Puis l'ACT, je trouvais avec toute la partie métaphore, avec la partie euh explication, un peu plus vulgarisée. C'est beaucoup plus facile à se l'approprier, beaucoup plus collé à l'ergo [silence] aussi.

Plusieurs aspects de l'ACT se sont également révélés déterminants dans l'intérêt suscité : sa nouveauté, sa pertinence, les évidences scientifiques, l'accent sur les valeurs, ainsi que les liens avec la pleine conscience et le moment présent.

La personnalité de la personne formatrice a aussi contribué pour certaines à l'attrait de la méthode, puisque JoAnne Dahl était perçue comme très motivante.

9.3.2 Modalités de formation.

Les conditions et la durée de la formation étaient variables suivant les participantes.

Tableau 2 :

Modalités de formation à l'ACT suivie par les participantes

Participant	Modalités	Animateur-riche ou support de formation
1	- 6-7 sessions (sans souvenance de la durée) : en raison de la pandémie toutes n'ont pas eu lieu. - + 2-3 rendez-vous de supervision	Psychothérapeute (Fabien Battistoni)
2	- Cours de 2 jours en anglais	JoAnne Dahl
4	- Autodidacte	Livre : Seznec et al., 2019
5	- Formation en 3 volets : ACT 1, 2 et 3 A réalisé le 1 ^{er} volet (ACT 1 : vu principalement les 6 processus) : 14h réparties en 3 jours - Cours suivi en ligne en raison de la pandémie	Institut de psychologie contextuel
6	- 1 journée d'introduction de 7-8 heures - + 45 heures de cours à distance sur les approches de la 3 ^e vague des TCC (à distance à cause de la pandémie, sinon elle préférerait en présentiel)	Formation continue dispensée par un organisme privé Université
7	- 2 cours - + quelques autres cours (<i>volume non indiqué</i>)	JoAnne Dahl Annie Berg
8	- 2 jours de cours	Formation continue au sein de la clinique

9.3.3 Application de la méthode par les participantes sur elles-mêmes

Quatre participantes indiquent appliquer la méthode pour elles-mêmes. Une l'utilise quotidiennement :

Au moins une fois par jour, j'ai une petite pensée à savoir si ça reflète la personne que j'ai envie d'être et si je devrais faire une action de droite ou une action de gauche [en référence à la matrice]. Ou euh. Je dirais pas mal chaque jour, ça, ça m'habite. Je pense vraiment que ça... que ça fait partie de moi maintenant l'utilisation de la matrice. Ben l'utilisation de l'ACT en général.

Pour d'autres, il est plus difficile de quantifier la fréquence d'utilisation, elles y ont recours en fonction des situations, de manière parfois informelle, dans le but de « lâcher prise ». Une participante précise utiliser surtout les éléments de la défusion et des valeurs. Celles-ci sont d'ailleurs mobilisées par une autre participante comme outil de management avec ses employé-e-s au sein de son cabinet.

Une participante souhaiterait utiliser davantage la méthode pour elle-même, mais estime difficile de maintenir son utilisation sur le long terme, puisqu'elle « (...) *sent que ça s'effiloche avec le temps* ». Elle déplore ne pas connaître suffisamment de personnes formées qui pourraient la stimuler à s'engager davantage dans sa pratique personnelle.

Enfin, une seule des interviewées n'emploie pas la méthode pour elle-même.

9.4 Clientèle à laquelle l'ACT s'applique

La majorité des répondantes applique l'ACT avec l'ensemble de leur patientèle. Néanmoins, certaines précisent des critères qui leur paraissent importants avant de décider d'opter pour la méthode dans le cadre d'une thérapie.

Une participante suggère que les patient-e-s doivent être motivé-e-s (à la pratiquer), cet aspect étant déterminant, puisqu'il fait partie des principes de la méthode.

Les interviewées intervenant en santé mentale mentionnent que l'utilisation de l'ACT nécessite certaines conditions. La prudence est requise avec des client-e-s présentant des troubles psychotiques. D'ailleurs, une des participantes déclare « (...) [qu'] *il faut une certaine attention et présence, et capacité à être dans la réalité* [pour pouvoir utiliser l'ACT] ». Il convient d'évaluer la stabilité de leur état psychique, puisqu'il serait contre-productif de leur proposer des exercices de type pleine conscience en phase de décompensation psychotique. Les client-e-s doivent aussi être capables d'intellectualiser ce qui est présenté par les thérapeutes, ce qui est difficile quand ils ou elles sont trop ancré-e-s dans le concret. La méthode n'est pas non plus envisagée avec des patient-e-s présentant une déficience intellectuelle en raison de leur incapacité à mentaliser. Une participante rapporte par exemple qu'elle emploie plus facilement l'ACT avec des client-e-s présentant un haut niveau de fonctionnement et une bonne capacité d'abstraction. Une autre indique que si la personne a des difficultés à intellectualiser, elle appliquera malgré tout la méthode, mais en l'adaptant, et en développant davantage le travail en lien avec les valeurs. Elle renoncerait donc à utiliser les métaphores avec ces personnes-là. Une interviewée signale ne pas avoir de critère d'exclusion précis, parce qu'il est fréquent que les pathologies psychiatriques soient peu discernables entre-elles, notamment chez les jeunes individus.

Une participante intervenant principalement en santé physique ne s'imaginerait pas employer l'ACT avec des patient-e-s présentant des troubles psychiatriques (y compris des personnes atteintes de démence), car la mise en œuvre de la méthode nécessite des capacités de métacognition et une autonomie psychique que cette population ne possède pas forcément. De plus, pour elle, les client-e-s doivent être en demande de changement, et prêt-e-s à accepter une évolution pour que la méthode soit applicable. En revanche, une autre participante estime,

bien qu'elle n'ait pas ce type de clientèle, qu'il serait tout à fait envisageable d'utiliser l'ACT avec une personne démente. Ce n'est pas un critère exclusif, cela dépend, selon elle, de bien d'autres conditions.

Enfin, il est parfois difficile pour les ergothérapeutes de définir quelle patientèle est éligible pour la méthode, puisque comme une participante le souligne, il n'est pas toujours aisé de déterminer à partir de quel moment commence l'ACT. Si l'on considère que la méthode intervient dès la prise de conscience des pensées et des émotions, elle estime alors utiliser l'ACT avec tous ses patient·e·s. En revanche, si l'ACT implique l'usage de la métacognition, la population à laquelle il est possible de l'appliquer est plus restreinte.

9.5 Mise en application de l'ACT

9.5.1 Présentation de la méthode aux client·e·s et réactions

Une fois prise la décision d'intégrer l'ACT à un plan de traitement, une des préoccupations des ergothérapeutes est de savoir si elles la présentent aux client·e·s, et de quelle façon.

Les interviews révèlent que la plupart des participantes présentent la méthode aux client·e·s avec lequel·le·s elles l'utilisent. Les explications fournies sont toutefois très variables en fonction des participantes. Une d'entre elles présente l'ACT comme une nouvelle méthode, et explique la matrice (figure 1, point 2.1.2 Mise en pratique de l'ACT). Une autre préfère parler de la défusion et juge la matrice trop compliquée à présenter. Elle précise que l'explication donnée dépend du ou de la client·e, qu'elle ne doit pas être trop théorique, et que généralement, l'ACT est dépeinte comme une approche d'acceptation proche de la TCC. Une participante privilégie l'hexaflex (figure 2, point 2.1.2 Mise en pratique de l'ACT), et informe ensuite les client·e·s sur le fonctionnement de la méthode.

Une interviewée explique moduler sa présentation en fonction de ce qu'elle perçoit du niveau de compréhension de ses patient·e·s.

Donc elle reste dans un modèle très neurobiologique aussi avec des différents réseaux neuronaux, notamment euh des résultats qui ont montré que différents centres corticaux sont activés lors de la douleur ou lors du shift de l'attention et puis euh comme ça, elle explique quand même aux personnes que les paramètres physiologiques même s'ils sont que seulement indirectement lié à la douleur, peuvent avoir aussi euh une sorte de ind... une valeur indicative pour une diminution des douleurs. (...) Les patients académiques, ils doivent avoir cette explication un peu plus biologique. Mais, après, elle retourne bien sûr vers euh la vie quotidienne. (...) oui, sinon elle a des personnes moins académiques. Elle utilise plus des métaphores (Propos traduits de l'allemand par T. Bihl).

La présentation de la méthode est aussi parfois réalisée sous l'éclairage de ce que la formation a apporté à la thérapeute. L'une d'elles explique ainsi que cela lui a permis d'acquérir « *certains outils, et notamment une manière de réfléchir à nos comportements, et à ce qui est important comme valeurs pour nous* ». Il est également possible de présenter la méthode en l'illustrant par des exemples personnels, ce qui permet de mieux se la représenter. Une participante indique s'être préparée par écrit en compagnie d'un collègue la première fois qu'ils ont dû présenter la méthode à des patient·e·s.

Parfois, l'ACT est seulement mentionnée au ou à la client·e. Il lui est ensuite suggéré, si il·elle le souhaite, de se renseigner en consultant des liens vidéos sur Internet, notamment la vidéo de M. Ramesh (Annexe 3 : Autres outils cités dans les entretiens – Vidéo de M. Ramesh) dans laquelle la séquence fait intervenir un acteur qui réalise une introduction sur l'ACT. Le ou la client·e indique ensuite si il·elle est d'accord de s'engager dans la méthode, selon ce qu'il ou elle en a appris.

Des divergences sont relevées en ce qui concerne la présentation du lien entre l'ACT et les symptômes. Certaines interviewées choisissent de ne pas aborder cet aspect. Elles préfèrent ne pas expliquer, au moins au début, que le but visé par l'ACT ne se focalise pas sur la réduction des symptômes indésirables, tandis que d'autres apportent d'emblée des précisions sur cet aspect. Dans ce cas, pour une meilleure compréhension et acceptation, la méthode peut être mise en lien avec le processus de rétablissement⁴, que beaucoup de patient·e·s connaissent déjà, surtout pour les populations prises en charge dans le domaine de la santé mentale. Cette analogie leur permet de ressentir un soulagement à l'idée qu'il est tout de même possible de diminuer l'impact de ces symptômes sur leur quotidien.

Pour une répondante, la présentation de la méthode n'est pas nécessaire, car selon elle, il n'y a pas d'avantage pour le ou la client·e à savoir que la méthode employée est de l'ACT au moment de la pratique. Elle ne présente donc la méthode qu'aux personnes intéressées et qui posent des questions sur l'approche. Ses explications portent alors sur les processus de production de la pensée, en utilisant les dessins des hameçons (Annexe 2 : exemples d'outils utilisés en ACT – outils utilisés pour travailler la défusion cognitive) pour illustrer l'idée que le cerveau ne peut s'empêcher de produire de la pensée.

⁴ Le processus de rétablissement, correspond à un nouveau paradigme en santé mentale. C'est un processus subjectif et multidimensionnel que Pachoud (2018) explicite en ces termes :

Contrairement au préjugé médical traditionnel qui conditionne la reprise d'une vie active et la restauration du bien être à la guérison (ou du moins à la rémission des troubles), il s'avère en réalité possible de « sortir de la maladie mentale » sans pour autant attendre que maladie ait complètement disparu – ce qui importe quand il s'agit d'une maladie chronique –, à condition que la personne parvienne à se dégager d'une identité de « malade psychiatrique » et à recouvrer une vie active et sociale, en dépit d'éventuelles difficultés résiduelles. Telle est la thèse innovante du rétablissement (p. 166).

Les interviewées présentant la méthode sont unanimes : aucun·e client·e ne connaît l'ACT. Le seul élément qui, selon une répondante, parle aux client·e·s est la méditation.

À la suite de la présentation de la méthode, les réactions des patient·e·s sont diverses. Certain·e·s n'affichent pas de réaction immédiate. Ils ou elles prennent note de l'explication. Et puisqu'ils ou elles ne connaissent pas, ils ou elles n'ont donc pas la possibilité de comparer avec d'autres méthodes et ils ou elles l'acceptent simplement. Une participante rapporte que ses patient·e·s sont très satisfait·e·s, puisque la présentation de la méthode leur permet de comprendre qu'il s'agit d'une approche holistique, et qu'ils ou elles apprécient généralement d'être pris·es en charge dans leur globalité. Une autre répondante explique néanmoins que certain·e·s patient·e·s, présentant un fonctionnement de pensées rigide, peuvent se sentir décontenancé·e·s par la difficulté à saisir que les valeurs varient suivant les personnes. De même, une autre participante pratiquant dans le domaine de la psychiatrie indique que la majorité des patient·e·s ne comprend pas lors de la première explication et que leur réaction est mitigée. La présentation peut même provoquer des rires, notamment quand des métaphores sont apportées. L'introduction de support imagé génère ainsi des émotions qui ne sont pas toujours rencontrées avec d'autres méthodes.

9.5.2 Mise en œuvre de la méthode dans la pratique

Pour les ergothérapeutes interrogées, se pose ensuite la question de la mise en œuvre de la méthode. La réflexion se porte sur la manière d'appliquer les concepts, processus et exercices que l'ACT propose, afin de les intégrer adéquatement lors de la prise en charge d'un ou d'une patient·e.

Processus utilisés, protocoles et exercices types

Acceptation

L'acceptation est un des premiers processus mis en œuvre par les répondantes. Elle est utilisée par la majorité d'entre elles pour aider le ou la patient·e à mieux accueillir les symptômes. L'une d'entre elles déclare « (...) *on va travailler beaucoup là-dessus, l'acceptation pi le fait que, oui, ça va, ça va rester là, et puis de feinter : t'as beau essayer toutes sortes de façon d'éviter, ça marche pas ! on peut essayer autre chose* ». L'acceptation est intégrée dans les étapes de normalisation des ressentis de la phase psychoéducatrice du traitement. C'est l'occasion pour le ou la patient·e de revenir sur son vécu affectif et de se délester de certaines croyances vis-à-vis des émotions. Il ou elle parvient ainsi à ne plus considérer la colère ou l'anxiété, par exemple, comme des sentiments forcément indésirables qu'il faut éviter « (...) *beaucoup de gens dans la population ont comme attente de ne pas vivre d'émotions difficiles. L'anxiété, c'est pas bon ; la colère, c'est mauvais ; la peur, c'est épouvantable (...) de défaire*

ces ces constructions-là, l'ACT est très utile, utile à ça ». Les métaphores sont alors un support fréquemment employé pour mieux comprendre les mécanismes en jeu lors des situations de stress ou d'expériences désagréables, comme celle du chauffeur de bus (Annexe 2 : exemples d'outils utilisés en ACT – outils utilisés pour travailler l'action engagée).

Défusion cognitive

Presque toutes les interviewées déclarent employer des techniques de défusion. Elles permettent d'identifier les ruminations, les discours dévalorisants, de d'amortir l'impact d'une diminution de l'estime de soi, et de favoriser la capacité à s'engager en dépit de la perception de l'échec. La théorie même de ce processus est parfois utilisée pour présenter la méthode au ou à la patient.e. De nombreux exercices ou techniques sont proposés afin de faciliter la prise de recul face à ces pensées : tir à la corde (Annexe 2 : exemples d'outils utilisés en ACT – outils pour travailler l'acceptation), post-it (Annexe 2 : exemples d'outils utilisés en ACT – outils pour travailler la défusion cognitive), répétition des discours valorisant en les chantonnant pour les décrédibiliser (Annexe 2 : exemples d'outils utilisés en ACT – outils utilisés pour travailler la défusion cognitive), etc. Une participante évoque également le jeu Michael's Game (Annexe 2 : exemples d'outils utilisés en ACT – outils pour travailler la défusion cognitive) qu'elle pratiquait avec ses patient.e.s avant de découvrir l'ACT, et qui se révèle un outil pertinent dans le processus de défusion cognitive.

Lors de la présentation de l'ACT, les métaphores s'avèrent être de nouveau efficaces pour mieux la comprendre. La fusion cognitive y est par exemple expliquée en présentant les pensées parasites sous forme d'hameçons auxquels les individus ne peuvent s'empêcher de s'accrocher (Annexe 2 : exemples d'outils utilisés en ACT – outils pour travailler la défusion cognitive). Une autre méthode consiste à nommer celui qui crée les pensées désagréables. Une répondante appelle cet élément perturbateur « Toc-toc », et le compare à un colocataire un peu trop envahissant « (...) ils [les gens] adhèrent, il y a pas tellement besoin d'insister hein. Ils font ça assez facilement. Et puis ça les fait sourire, puis c'est une bonne façon aussi de prendre de la distance avec ça ».

Une seule participante déclare ne pas employer la défusion cognitive, car elle considère que ce processus relève davantage du domaine des psychologues.

Moment-présent

Ce processus est présenté et pratiqué sous la forme d'exercices de méditation visant la pleine conscience. Il est parfois associé à des exercices de respiration, de relaxation, d'exploration des cinq sens (Annexe 2 : exemples d'outils utilisés en ACT – outils utilisés pour travailler le

moment présent), et de balayage corporel (Annexe 2 : exemples d'outils utilisés en ACT – outils utilisés pour travailler le moment présent).

Le moment présent est fréquemment employé en parallèle de l'acceptation : « (...) *parce que ben déjà, être dans le moment présent, et puis dans l'acceptation, c'est ça qui, enfin c'est c'est la première case pour aller plus loin à mon avis* ». Pour une des ergothérapeutes, les séances sont ritualisées en débutant par des exercices de pleine conscience avec une méditation guidée, des visualisations positives, des exercices de gratitude, etc. Une autre participante indique que pour les patient·e·s présentant de faibles capacités d'abstraction, il est plus facile de s'appuyer sur la pleine conscience que sur d'autres types de processus plus compliqués à appréhender. C'est d'ailleurs une approche qu'elle utilise pour réduire le stress, et qui permet, en la combinant avec des expositions graduées propres aux TCC, d'agir contre les pensées dévalorisantes et les défenses narcissiques.

Une répondante indique employer tous les processus, mais que l'acceptation, la défusion cognitive et le moment présent, sont mobilisés de manière consciente grâce aux exercices qui leur sont associés. Tandis que les trois processus suivants sont activés plus intuitivement.

Soi-contexte ou soi observateur

Le soi-contexte est rarement spontanément évoqué quand nous interrogeons les ergothérapeutes sur les processus qu'elles utilisent. Deux ergothérapeutes rapportent explicitement ne pas l'employer. L'une d'elles le considère trop abstrait. Elle indique d'ailleurs que ce concept n'apparaît pas dans toutes les formations ACT, notamment dans les cours de base. Cette notion paraît compliquée à appréhender, et encore plus à expliquer aux patient·e·s. Quant à d'autres participantes, elles déclarent faire appel à tous les processus ACT, il est donc possible de considérer que le soi-contexte en fasse partie. Néanmoins, il y a peu d'exemples de mise en application ou d'exercices types qui y sont rattachés lorsque nous les questionnons davantage. Une seule participante cite l'utilisation de la métaphore du bus (Annexe 2 : exemples d'outils utilisés en ACT – outils utilisés action engagée) comme évoqué dans le livre Seznec et al. (2019) à propos des processus de l'action engagée, du moment présent, des valeurs – mais aussi du soi-contexte. Elle utilise également une métaphore qu'elle a elle-même choisie :

Lui [Seznec et al., 2019] il utilise la métaphore du conducteur de bus. Moi des fois, j'aime bien dire, c'est comme [rire] si vous faites une commande, vous dites : « ah ouais, je vais commander ce ce manteau noir », vous faites la commande et puis trois heures après, vous dites « ah non non non, c'est peut-être pas ça, non non, je veux surtout pas noir. Ouais pi finalement, je veux une jaquette », et puis du coup, vous changez la commande. Et puis après vous vous dites « oh ouais non, mais peut être que euh il me faudrait un un mmh un Gore-Tex ». Et puis, à force de changer d'idée,

(...) vous n'aurez jamais votre commande quoi. Ça va prendre beaucoup plus de temps pour avoir. (...). Donc d'avoir cette pensée dans le moment pro présent, de garder euh le but euh que qu'on a, et pi pas de se dire euh, le petit saboteur qui est là qui dit « ah, mais peut être que tu arriveras pas. Ah pi si ça, et pi ça, non... ». Non non non vous gardez la pensée, c'est c'est enlever ces pensées (...) Voilà [d'être dans le moment présent] c'est défusionner avec tout ce qui vient parasiter le but central en fait.

Valeurs

Le travail avec les valeurs n'intervient pas de façon systématique pour toutes les répondantes. Certaines l'intègrent ponctuellement en fonction de l'avancée de la thérapie. Questionner le ou la patient·e sur ses valeurs peut parfois l'aider à se projeter et à se remobiliser en cas de perte de motivation

(...) ça peut être une façon de les amener à imaginer, là, encore, ce qui, ce qu'ils ont perdu de vue souvent, puisqu'ils sont dans la maladie (...) on peut essayer d'aller voir un petit peu plus loin, et puis de se projeter. Ça, c'est la partie sur les valeurs, je trouve ça intéressant.

Chez une des participantes, les valeurs représentent une base pour l'élaboration du plan de traitement. En effet, elle se fonde sur celles-ci pour formuler les objectifs et les buts thérapeutiques avec le ou la patient·e. Afin d'aider la personne à clarifier ses valeurs et à identifier ce qui est important pour elle, des formulaires sont proposés tels que « le compas de vie », ou la « Life Ligne » issues du livre de JoAnn Dahl (2009). Cet exercice basé sur des métaphores expérientielles retrace, en les analysant, des événements de vie significatifs du ou de la patient·e. Pour une autre interviewée, les valeurs, bien qu'importantes, sont davantage assimilées à un concept qui imprègne la globalité de la thérapie, mais ne sont pas mobilisées sous la forme d'exercices types. Ainsi, quand les patient·e·s ont des difficultés à intellectualiser, les outils tels que les exercices ou les métaphores ne sont pas forcément utilisés. Il est alors possible d'axer la thérapie uniquement sur un travail en lien avec les valeurs.

Action engagée

Dans les entretiens, le travail autour de l'action engagée est spécifiquement abordé par trois répondantes. L'une d'elles précise apprécier particulièrement ce processus puisqu'il correspond bien à la vision ergothérapeutique de la pratique. Dans son cas, l'action engagée est associée aux valeurs pour favoriser l'engagement de ses patient·e·s. Une autre appuie sur l'importance de cet aspect lors de la mise en œuvre de l'ACT :

(...) en ergothérapie, l'action engagée est tellement au cœur de notre profession, que ça, c'est certain qu'on met l'accent dessus (...) quelle activité, quelle action, quelle... comment on peut se mobiliser, ça c'est très ergo... Donc euh, ça aussi ça fait

notamment partie de, c'est ça c'est c'est au cœur de l'ACT, et de ma profession et de ma vision.

Protocoles et exercices

La plupart des interrogées affirment ne pas suivre de protocole particulier, et que les processus sont activés sans ordre précis, en fonction du ou de la patient·e, suivant la problématique présentée. L'une d'elles déclare ainsi « *son guide à elle c'est son intuition* » (propos traduit de l'allemand par T. Bihl). Néanmoins, les processus d'acceptation et de moment présent semblent tout de même être généralement actionnés en début de prise en charge. Les termes désignant les différents processus ne sont pas toujours utilisés, puisque, comme le stipule une participante, elle ne leur accorde pas trop d'importance. Même si un minimum de théorie autour des processus est abordé avec les patient·e-s, la terminologie qui s'y rapporte n'est en général pas présentée. De l'avis général, il n'existe pas d'exercices types pour chaque situation. De plus, les exercices sont parfois perçus comme difficilement associables à un processus précis, ils peuvent alors être appliqués indistinctement à différentes étapes de la prise en charge. Les exercices cités sont parfois issus d'autres méthodes, tels que les colonnes de Beck (TCC) (Annexe 3 : Autres outils cités dans les entretiens – Colonnes de Beck) ou la boussole des émotions. La plupart des ergothérapeutes donnent des exercices à pratiquer entre les séances, tandis qu'une minorité estime plus efficace de les réaliser en même temps que leurs patient·e-s durant la séance.

Parmi les outils généraux de l'ACT, la matrice figure en bonne place et d'après une participante, elle suscite une bonne adhésion auprès des patient·e-s. C'est un support employé à la fois lors des séances, mais aussi comme exercice à réaliser à domicile. Elle propose de recourir à la matrice pour chaque problématique rapportée par le ou la patient·e, et considère que le fait de pouvoir poser la situation et les difficultés qui en découlent, est déjà en soi un soulagement pour le ou la patient·e. Invoquer des exemples personnels est parfois pertinent pour permettre aux patient·e-s de mieux comprendre la matrice. Celle-ci est souvent présentée en introduction, les patient·e-s repartent avec la consigne de noter leurs réflexions et de revenir la séance suivante avec la matrice complétée, pour un débriefing et mesurer l'évolution. Tandis qu'une interviewée rapporte ne pas avoir rencontré un grand succès après avoir testé la matrice, celle-ci étant trop abstraite pour ses patient·e-s. Elle a donc décidé de ne plus l'employer avec eux ou elles. Néanmoins, elle conserve tout de même le cadran en tête, notamment quand il s'agit d'orienter ses patient·e-s vers les valeurs qui leur importent.

L'hexaflex est également régulièrement cité comme support, mais principalement comme outil pour présenter la méthode aux patient·e-s.

9.5.3 Intégration au processus ergothérapeutique et liens avec les modèles de pratique

La place de l'ACT au sein du processus ergothérapeutique varie suivant les participantes, mais son rôle dans la phase d'intervention semble récurrent. La majorité des interviewées assimile ainsi l'ACT à un outil figurant dans les moyens d'intervention disponibles. L'une d'entre elles précise que sa démarche se fonde toujours sur un cadre de référence ou un modèle de pratique qui la guide au travers de ses prises en charge :

C'est comme le MCREO, puis l'ACT est en-dessous comme outil là. C'est pas l'inverse. D'où la distinction avec la psychothérapie. Moi, je fais pas une analyse approfondie de son processus psychique pour l'aider à cheminer à travers l'ACT. Ça, ça serait plus de la psychothérapie. Donc, c'est plus ergo, avec greffé certains outils.

Elle évoque le questionnement des valeurs qui offre un point de départ intéressant pour fixer des objectifs réalistes avec ses patient·e·s. L'intégration de la méthode à la phase de pose des objectifs est abordée plusieurs fois. Le concept de flexibilité mentale (que l'on peut rapprocher de la flexibilité psychologique, sur laquelle repose l'ACT) permet ainsi à une autre participante de poser ses objectifs. Une répondante indique se baser davantage sur les modèles de pratique (MCREO et MOH) pour élaborer ses objectifs SMART⁵, tandis que l'ACT lui est utile comme moyen d'intervention, mais aussi pour peaufiner la phase d'évaluation, voire de réévaluation

(...) j'ai un mandat d'éval, par exemple parce qu'un client veut euh, retourner en appartement. J vais pas nécessairement faire l'ACT. Mais si c'est parce qu'on a une difficulté à comprendre son fonctionnement, qu'on sait pas trop c'est quoi ses désirs, il est un peu perdu en ce moment dans sa vie par exemple. Ben des fois l'ACT va me permettre un de créer un lien, d'engager quelqu'un, t'sais de se mettre en action. Parce que l'ACT c'est ça aussi un, c'est lui redonner le pouvoir de dire que c'est lui qui est maître de sa thérapie. Donc des fois dans l'évaluation, je vais l'utiliser.

L'application des modèles de pratique et des cadres de référence ne sont pas systématiques chez toutes les interrogées. Bien que le MCREO, le MOH, l'OTIPM, le modèle biopsychosocial et la CIF sont cités, certaines déclarent ne pas baser leur pratique sur un modèle en particulier.

Le recours aux outils ACT n'est pas toujours projeté dans le plan thérapeutique, c'est l'évolution de l'intervention qui va déterminer au fur et à mesure la pertinence de la méthode.

À la question de savoir quels sont les domaines de l'activité auxquels s'adressent la méthode ACT, les réponses sont très similaires. Tous les domaines sont pris en compte, dans une sorte

⁵ SMART signifie que l'objectif doit être Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste et Temporellement défini

d'unité puisqu'il est souvent compliqué de les dissocier « *J'utilise avec tout. Parce que j'ai l'impression que souvent, (...) du moment qu'il y a un déséquilibre occupationnel, ben, les trois sphères sont atteintes. Donc inévitablement, on va adresser les trois par l'intermédiaire de l'ACT* ». Une interviewée précise néanmoins que pour beaucoup de ses patient·e-s, le domaine de la productivité est un enjeu majeur, et qu'elle cible donc souvent ses interventions ACT autour du retour au travail et des interactions sociales.

9.5.4 Modalités de mise en œuvre des séances

Les séances se déroulent individuellement la plupart du temps. Seules deux participantes, travaillant dans le domaine de la santé mentale, réalisent des séances groupales. L'une d'elles participe à l'animation d'un nouveau groupe « TCC emploi » avec, entre autres, le ou la chercheur·e à l'Université qui a défini le protocole et mis en place ce groupe. Selon l'ergothérapeute, il s'agit d'un groupe de psychoéducation où elle intègre certaines notions de l'ACT telles que l'acceptation et la pleine conscience. Elle précise d'ailleurs que les exercices de pleine conscience réalisés en fin de chaque session ne sont pas prévus dans le protocole, mais que cela permet en quelque sorte de « *bonifier* » selon ses termes. De plus, cette même personne organise un groupe de psychoéducation pour les nouveaux ou nouvelles client·e-s dans lequel elle a toujours en tête l'ACT. À ce sujet, elle précise « *Ben de revoir un petit peu les attentes dont on parlait là, de se débarrasser des émotions négatives, d'accepter les faiblesses et tout et tout, les limites qu'on entend souvent* ». Par ailleurs, une interviewée, utilisant l'ACT uniquement en séance individuelle en santé mentale, est en réflexion quant à son utilisation pour des séances de groupe sur le thème de la motivation.

La durée des séances est habituellement de 45 minutes à une heure, mais il est difficile d'évaluer la proportion de la séance dédiée à l'ACT. En effet, il n'est pas toujours possible d'identifier quelle pratique correspond typiquement à cette approche, d'autant plus que l'ACT n'est pas utilisée en monothérapie. Ainsi, une interviewée déclare consacrer certaines séances entièrement à l'ACT, avec une discussion et une mise en pratique, tandis que d'autres réservent seulement une partie de la séance avec une vingtaine de minutes de pleine conscience et de relaxation. Ces répartitions varient habituellement en fonction de la situation et des besoins des patient·e-s.

Le même questionnement se pose concernant la fréquence des séances : « *(...) un peu du mal à définir ce qu'est, euh, où où s'arrête et où commence l'ACT* ». Ainsi, une ergothérapeute mentionne que si l'on estime que l'ACT débute avec les exercices de pleine conscience, elle considère qu'elle l'utilise toutes les semaines. Mais que si les valeurs doivent être intégrées à la pratique, pour qu'il soit possible de parler d'ACT, elle ne l'utiliserait alors qu'une fois par mois. Une autre mentionne réaliser les séances ACT suivant une fréquence hebdomadaire ou

bimensuelle. Elle précise d'ailleurs assurer souvent un suivi plus étroit pour les prises en charge avec de l'ACT, en proposant des blocs de séances relativement rapprochées et ponctuées de pauses. Ainsi, plusieurs interviewées déclarent recourir à l'ACT en l'intégrant à leur intervention de manière ponctuelle.

Une répondante intègre l'ACT à des séances traditionnelles, ponctuées de petites sessions d'une vingtaine de minutes, pendant lesquelles le ou la patient-e demeure en position couchée. Elle met en œuvre ces sessions quand l'alliance thérapeutique est déjà engagée, et qu'une confiance relationnelle de base s'est installée.

9.5.5 Adhésion des patient-e-s et difficultés rencontrées

De manière générale, les répondantes ne citent pas de difficultés majeures relatives à l'adhésion des patient-e-s. Une participante indique que le processus de défusion contribue à obtenir une meilleure compliance, notamment en incitant les patient-e-s à nommer et à cohabiter avec l'entité qui crée les pensées « *Les gens adhèrent, il n'y a pas trop besoin d'insister. Et puis, ça les fait sourire, c'est une façon de prendre de la distance avec ça* ».

Plusieurs participantes évoquent tout de même certains écueils rencontrés. L'une d'elles revient ainsi sur les difficultés inhérentes au fait d'être la seule membre de son équipe formée à l'ACT. Il lui a alors semblé compliqué d'avoir à transmettre ses connaissances sur cette approche à des collègues, sans avoir eu le temps de vraiment s'imprégner de la méthode. Une autre relate qu'elle observe habituellement une bonne compliance, mais que si des problèmes surviennent, ils sont généralement en lien avec une réaction émotionnelle très forte, puisque « *avec l'ACT, le le problème, c'est que en en entrant dans le dans le trauma, le traumatisme, on peut provoquer de fortes réactions* » (Propos traduit de l'allemand par T. Bihl).

Comme décrit précédemment, la matrice n'est pas toujours perçue comme un support facilitant la présentation de l'ACT. Ses différentes dimensions ne sont pas toutes aisément assimilées, et la présentation de la matrice requiert parfois des éclaircissements supplémentaires. Ainsi, une ergothérapeute estime que la matrice est peut-être trop complexe et apporte trop d'informations au début pour favoriser l'adhésion des patient-e-s. Dans ce cas, il ne s'agit pas réellement de réticences envers la méthode, mais davantage d'une incompréhension qui peut aboutir à un blocage. Ce type de situation nécessite alors d'adapter son discours :

(...) on est peut-être un petit peu trop dans le bla-bla, pas assez dans le concret pour eux, donc je vais essayer de changer un peu mon approche. Sinon, les difficultés des fois, c'est au niveau des métaphores, je trouve que beaucoup (...) d'histoires qu'on raconte avec l'ACT, donc avec les chatons, avec les monstres (...) de marcher dans le champ avec des trous, il y en a qui vont m'écouter. J'essaie souvent que la métaphore

les implique t'sais, c'est ça de les impliquer dans l'histoire ; et il y en a qui vont dire : « j'ai rien compris ».

Une interviewée mentionne que certain·e·s patient·e·s éprouvent des difficultés à identifier les valeurs qui leur sont propres. Ce concept leur paraît parfois trop abstrait, et il nécessite que la thérapeute les guide au travers de la discussion afin que les personnes fassent elles-mêmes émerger les éléments principaux qui procurent du sens à leur vie.

Une autre difficulté rencontrée concerne la discipline et la rigueur requises dont les patient·e·s ne disposent pas nécessairement. La pratique de l'ACT suppose une certaine régularité qui n'est pas toujours observée. Ainsi, une participante note que fréquemment, les patients·e·s ont tendance à négliger la pratique quand ils ou elles vont bien, et à y revenir en période de crise, lors d'épisodes anxieux par exemple, et ils ou elles constatent que cela ne fonctionne pas. Il est donc important de réintroduire des exercices ensemble, pour qu'ils ou elles puissent ensuite les intégrer de manière plus automatique dans leur quotidien. Le moment de l'enseignement de la méthode est donc important à prendre en compte pour une meilleure adhésion : il est préférable de présenter les exercices quand les patient·e·s manifestent un état psychologique propice.

Une répondante explique également que les personnes pourvues de peu de flexibilité mentale peuvent éprouver de la difficulté à se projeter dans l'avenir et que cette fixation sur le passé constitue un facteur défavorable à l'instauration du traitement impliquant l'ACT. Elle appuie sur l'importance du choix de la thérapie par rapport au ou à la client·e et à la problématique rencontrée. Il existe selon elle suffisamment de moyens thérapeutiques à disposition pour s'assurer de la compliance des patient·e·s. Comme elle l'explique : « *Il y a pas des patients difficiles, il y a que des thérapeutes qui ne savent pas les prendre* » (Propos traduit de l'allemand par T. Bihl).

Une autre participante tient des propos relativement similaires, puisque pour elle, l'important est de bien évaluer les indications de la thérapie pour estimer si l'ACT peut y être intégrée, et à quel moment. En respectant cette démarche, il est possible de s'assurer de la compliance des patient·e·s.

9.5.6 Éléments facilitant la mise en pratique

Liés aux thérapeutes et client·e·s

Deux répondantes évoquent une mise en pratique de l'ACT facilitée grâce à leur formation antérieure en hypnose ou en méditation pleine conscience. L'une d'elle explique

J'ai fait d'autres formations qui remontent à plus loin : gestion des conflits, techniques de communication, hypnose, PNL [Programmation neurolinguistique] (...) ce qui fait

que j'avais déjà le terreau, que tout de suite, ça m'a parlé, et je savais où le mettre et comment l'utiliser. L'assimilation s'est faite assez rapidement (...) Avec les techniques de métaphores, on est en plein là-dedans. Même si ce n'est pas dit que c'est de l'hypnose, je fais plein de lien avec l'hypnose, ou la PNL, ou les techniques comme ça. Quand on dit « défusion », là on dit déjà quelque chose.

L'autre répondante précise aussi que les moments de supervision compris dans la formation ACT et effectués à distance de celle-ci, aident à ancrer l'ACT dans la pratique professionnelle. Selon elle, l'apport de cette supervision consiste :

[à ce] qu'on puisse euh, voir justement dans de quelle manière on pouvait agir, inscrire l'ACT dans notre dans notre pratique professionnelle. Et qu'on puisse revenir sur certaines euh situations euh et réfléchir ensemble. (...) De quelle manière ça s'était fait, et puis ce qui nous avait posé problème, qu'est-ce qui était ag enfin qu'est-ce qui s'était bien passé.

De plus, partager des moments de discussions avec d'autres professionnels pratiquant l'ACT est essentiel pour elle :

je pense que le fait de le partager avec d'autres, euh, c'est comme, c'est comme la méditation pleine conscience ou c'est comme le yoga, ou c'est comme c'est comme tout entrainement finalement. Si, euh, enfin en tout cas pour moi, je je je sens que j'ai besoin de d'avoir des moments de de partage pour euh réancrer certains, certains comportements et réfléchir à une situation telle qu'on l'a appris à, dans l'ACT, euh, ben (...) ça nécessite de se mobiliser et de de s'arrêter pour le faire. Et et tout ça c'est plus compliqué pour moi. Voilà, le fait d'être euh à la rencontre de l'autre et en groupe pour en parler, ben ça, ça réamorce ce ce ce cet apprentissage.

La majorité des participantes s'accorde à dire que l'expérience ou l'entrainement dans la pratique de l'ACT (personnel ou professionnel) facilite son application que ce soit en termes d'attention demandée ou de rapidité. D'ailleurs pour l'une d'entre elle, cela devient naturel et elle l'emploie instinctivement. Une autre interviewée précise encore qu'il est indispensable que le ou la thérapeute soit suffisamment formée ou qu'elle bénéficie d'assez d'expériences pour pouvoir pratiquer l'ACT.

Entre-temps, elle a appris à gérer aussi ces grandes ces grandes réactions des patients, et ses propres réactions, donc une sorte de contre-transfert du patient sur elle, elle elle arrive maintenant à tolérer. (...) C'est une des raisons pourquoi elle conseille ça pas comme une méthode pour un débutant en ergothérapie. (...) Alors, pas forcément seulement les débutants, quelqu'un peut être débutant avec beaucoup d'expérience euh de vie, un de de capacité aussi de de gérer ces tensions, d'expériences à

travers d'une autre formation ou à tra à travers de sa vie et à ce moment-là, c'est tout à fait faisable (Propos traduit de l'allemand par T. Bihl).

Avant l'introduction de l'ACT, deux thérapeutes stipulent qu'il est primordial d'avoir construit une relation thérapeutique. De plus, elles précisent l'importance d'expliquer la méthode (et parfois même plusieurs fois) puis d'obtenir l'accord et l'engagement du ou de la client-e. D'autres thérapeutes ont aussi mis en exergue l'explication de la méthode comme élément facilitateur. « *L'explication sert au patient de mieux intégrer les différentes propositions thérapeutiques faites par le thérapeute* » (Propos traduit de l'allemand par T. Bihl).

Selon plusieurs participantes, l'apport d'exemples personnels du ou de la thérapeute est facilitant pour la compréhension, l'application et l'adhésion de la méthode par le ou la client-e. Une thérapeute explique :

Enfin que je dois vraiment le mettre dans ma vie à moi pour que ça soit pas un exemple flou, peut être que sinon on fait trop encore de de, si j'ajoute encore plus de flous, si je vais le perdre. Donc oui, je prends des exemples de moi. Même chose pour le côté souffrant, ben moi je vais être à l'aise de leur dire par exemple « ben moi quand je suis triste ou quand je suis fâchée, ben ça se peut que ce qu'on me voit faire c'est être en boule dans mon lit. Moi à ce moment-là, j'ai pas envie de bouger, je suis dans mon lit dans mes couvertes qu'on m'achale pas. ça c'est une réaction qu'on peut me voir faire quand je suis triste ». Souvent, ça va amener un sourire. Puis eux ils vont penser « ah ben oui, moi aussi des fois, ça m'arrive d'être dans mon lit en boule ». Donc ils vont l'écrire dans leur matrice parce que souvent l'être humain se met en boule dans son lit pour avoir du réconfort

Plusieurs participantes relèvent l'importance d'identifier le moment le plus propice à l'introduction de la méthode afin d'en faciliter la mise en pratique. Il convient notamment d'être attentif-ve à l'activité de la maladie psychique ou de l'envie de changement du ou de la client-e.

Une participante exprime ainsi :

(...) elle choisit bien sûr toujours le moment, où le patient où elle pense aussi que l'indication va fonctionner. (...) Ça dépend d'abord un peu de l'activité de la maladie psychiatrique de base, si elle est trop active comme avec des symptômes psychotiques par exemple, là, c'est plutôt difficile. Ou si la personne a tout simplement est épuisée par ses émotions qu'il a eu durant la journée, un, c'est difficile après de proposer cette approche. Donc, on s'adapte aussi bien au symptôme que en l'état affectif euh du patient (Propos traduit de l'allemand par T. Bihl).

Enfin, la participation active du ou de la client-e est un élément majeur relevé par la majorité des répondantes puisqu'elle assure l'ancrage de la thérapie. L'obtention de cette participation

nécessite que le ou la thérapeute s'adapte et personnalise les activités proposées au ou à la client·e. La plupart des participantes précisent qu'il est important que les exercices entraînés en séance soient également appliqués à domicile. Toutefois, ce dernier point ne fait pas l'unanimité des répondantes, car l'une des participantes à l'étude indique qu'il est plus efficace de réaliser les exercices en séance en même temps que le ou la patient·e.

Liés à l'environnement – le setting – le cadre

L'environnement physique, soit la disposition d'un local bien isolé pour les exercices de pleine conscience, est mentionné par l'une des participantes comme élément impactant positivement la mise en œuvre de l'ACT. Le setting est, pour une autre interviewée, un élément à prendre également en compte pour le déroulement de l'ACT. La position couchée lui semble ainsi plus propice au bon déroulement des séances incluant l'ACT.

L'intérêt des rituels pour la mise en pratique de l'ACT est abordé par une des deux thérapeutes utilisant l'ACT en thérapie de groupe. En début d'atelier elle précise à ses client·e·s :

par exemple en impro, « si quelque chose vous met mal à l'aise, que vous n'êtes pas ok avec cet exercice, c'est bon, c'est ok pour moi, vous pouvez rester en tant qu'observateur, n'hésitez pas à dire, respectez-vous ». Pareil pour l'écriture : « on est pas obligé de lire son texte, soyez bien à l'écoute de vos limites ». Et donc, en écriture, par exemple, on va faire le tour de comment on se sent ici et maintenant, en début d'activité et en fin d'activité. Et en relaxation aussi. Donc, c'est presque devenu des rituels, et parfois moi aussi je fais le tour avec eux.

Elle évoque également la primordialité de la notion de la régularité de pratique lors de l'utilisation de l'ACT. Cet élément se retrouve dans la plupart des entretiens. Certaines interviewées précisent que la régularité permet aux client·e·s de mieux s'approprier l'ACT, de prendre du pouvoir et s'autonomiser dans cette pratique. Elle est donc fondamentale.

Liés à la méthode ACT

Les facilitateurs spécifiques à la méthode concernent principalement des éléments décrits plus en détail ultérieurement au point 9.7.1 (Praticité de l'ACT), à savoir la flexibilité de sa mise en œuvre et la diversité des outils disponibles. Quelques répondantes précisent encore qu'il est aisé de créer ses propres outils ou de personnaliser les outils existants. Une interviewée stipule que la mentalité ACT comprenant la gratuité des outils est très appréciable et rend cette méthode encore plus abordable. Selon la majorité des participantes, les outils sont simples à comprendre et à employer, ils ne nécessitent pas de matériel particulier. Ils facilitent ainsi l'appropriation de la méthode.

9.6 Résultats

9.6.1 Méthodes d'évaluation des résultats

Une grande majorité des répondantes déclare ne pas utiliser de mesures standardisées tels que questionnaire, grille d'observation ou échelle numérique pour évaluer les résultats de leur intervention avec l'ACT. L'appréciation des effets est principalement réalisée par le biais d'entretiens, d'observations et de mises en pratique. Ainsi, les indicateurs de mesure varient en fonction des participantes. Une d'entre elles observe par exemple le degré de diminution des plaintes, et des capacités d'autogestion « *la personne, euh, voilà, elle peut faire les choses qu'elle faisait* ». Elle précise qu'elle évalue généralement les facteurs psychosociaux, psychologiques, physiques, et les compétences de la personne. La matrice représente pour elle un support parfois utile pour effectuer une réévaluation des résultats. Une autre répondante rapporte se baser sur les bénéfices de l'entraînement

(...) ce que j'arrive à voir avec certains patients, c'est, c'est les bénéfices de l'entraînement cognitif de, on part d'une situation, quels sont les faits réels dans cette situation, quelle est la pensée du personnage, quelles sont ses émotions, quels sont ses comportements. Et ça, c'est vrai qu'après des semaines de drills, euh et d'entraînements, et de séances de groupe, ben je vois qu'il y a certaines situations problèmes qui peuvent être résolues par certains patients.

Cependant elle précise qu'elle ne dispose pas de réel point de comparaison avec la situation au début de la prise en charge. Elle peut seulement comparer l'état du ou de la patient-e observé entre le début et la fin de la séance.

Une interviewée révèle que les patient-e-s ont fréquemment des difficultés à se remémorer l'énergie traumatique, l'angoisse liée au traumatisme ou à la provocation de la douleur après les séances. Elle estime que cette observation est en soi un indicateur pertinent de la réussite de la séance.

L'appropriation des outils de la méthode et les changements observés dans la participation du ou de la client-e sont, pour une participante, les éléments témoignant des bénéfices de l'ACT

Pour moi, l'évaluation va se faire dans la capacité du client à s'approprier ces outils-là, puis de les mettre en pratique, puis de... des changements que j'observe dans ses attentes, dans la... dans le l'ampleur que va prendre par exemple l'anxiété, puis la... l'évitement, même si c'est pas le but premier. Mais niveau ergo, c'est quand même un petit peu plus observable, là, si la personne est capable de... de se mobiliser un petit peu plus, ou de mettre en pratique un peu plus souvent les outils. Euh...ça pour moi, ça va être la façon d'évaluer là, ce que la personne a fait, est-ce qu'elle a des questions, est-ce qu'elle est capable de me résumer les concepts, est-ce qu'elle est capable

de l'utiliser par elle-même quand c'est un moment stressant ou pas. Ça ça va être ma façon d'évaluer.

Pour cette répondante, le développement chez le ou la client-e d'une attitude métacognitive est également un indicateur utilisé. Ainsi, la modification de la perception de la personne à l'égard de ses émotions lui permet de dédramatiser et de prendre ses distances vis-à-vis d'un vécu désagréable. Cette prise de recul peut être prise en considération pour témoigner de l'évolution dans l'intervention.

Une seule interviewée indique avoir recours à deux instruments de mesure standardisés. Il s'agit du Pictorial Representation of Illness and Self Measure [PRISM] et de l'Assessment of Motor and Process Skills [AMPS]. Le PRISM est un outil d'autoévaluation permettant de « (...) mesurer le fardeau de souffrance perçu par le patient en raison de sa maladie » (Büchi & Sensky, 1999, p. 314). Tandis que l'AMPS est un outil d'évaluation qui permet d'analyser les habiletés motrices et opératoires simultanément lors d'une mise en situation, afin de rendre compte des capacités des personnes lors de la réalisation des activités de la vie quotidienne [AVQ]⁶ et activités instrumentales de la vie quotidienne [AIVQ]⁷. À ce sujet, celle-ci évoque d'ailleurs une étude réalisée à Bern (Heigl et al., 2021), se basant sur les résultats à l'AMPS et du PRISM. Celle-ci concerne « (...) la relation entre le fardeau perçu de la souffrance (...) et la qualité observée de l'exécution des tâches AVQ (...), et (...) l'évolution de ces évaluations avant et après un programme antidouleur [interdisciplinaire] de 12 semaines » (Heigl et al., 2021, p. 1) chez des personnes souffrant de douleurs musculosquelettiques chroniques. D'ailleurs, ces mêmes auteurs précisent que la combinaison PRISM et AMPS est précieuse pour les ergothérapeutes. Elle utilise par ailleurs le modèle ergothérapeutique COPM (ou MCREO)⁸ et son outil d'évaluation (modèle aussi utilisé dans l'étude Heigl et al., (2021)). De plus, la participante explique qu'elle filme le ou la patient-e lors d'une activité identifiée comme difficile. Elle réalise une première évaluation sur ce matériel vidéo, puis effectue un nouvel enregistrement vidéo pour l'évaluation des résultats de l'intervention. Son analyse porte également sur la gestion de la douleur et l'attention que le ou la patient-e lui porte.

La dernière participante confie qu'il est difficile pour elle d'évaluer l'efficacité de l'approche étant donné qu'elle ne l'emploie pas comme méthode unique.

⁶ Selon l'association américaine d'ergothérapie [AOTA] (2020), les AVQ sont des « activités orientées vers le soin de son propre corps et réalisées de façon routinière » (adapté de Rogers & Holm, 1994, cité dans AOTA, 2020, p. 30). Exemples : se laver, s'habiller, manger, etc.

⁷ Selon l'AOTA (2020), les AIVQ sont des « activités de soutien à la vie quotidienne au sein du foyer et de la communauté » (p. 30). Exemples : prendre soins d'autres personnes et / ou animaux, gérer le domicile, gestion financière, faire les courses, préparer les repas, etc.

⁸ Ce modèle est présenté dans le chapitre de concepts centraux liés à l'ergothérapie au point 2.2.3 (Exemples de modèles ou de cadres utilisés en ergothérapie)

9.6.2 Résultats observés

L'amélioration du fonctionnement en dépit des symptômes est fréquemment évoquée. Une interviewée exprime ainsi son appréciation des bénéfices au regard des difficultés rencontrées par les patient·e·s

(...) je pense que c'est mieux géré. Parce qu'une crainte, une anxiété, elle est peut-être amoindrie, on arrive mieux à la gérer. Mais de toute façon, on est humain, euh donc l'anxiété, les peurs, c'est normal qu'on en ait. Et puis cela revient, ça ne disparaît jamais. On n'a pas une évaluation, on se dit « ok, ouf, [rire] il y a plus d'anxiété, il y a plus de peur... » [Rires] Donc voilà, c'est jamais résolu. Par contre, c'est mieux géré. Il y a des outils pour passer au-dessus, contourner euh et puis ne plus souffrir ; en fait, c'est ça qui est résolu. C'est que ça engendre plus de souffrance ou une gêne, ou un handicap quelconque.

De manière générale, les participantes évoquent un gain concernant la participation sociale et la qualité de vie des patient·e·s. Celui-ci se manifeste pour une interviewée par une prise de conscience par les patient·e·s du pouvoir qu'ils ou elles ont sur leur rétablissement.

C'est-à-dire, que je vais remarquer qu'ils sont plus conscients de leurs souffrances, qu'elles existent, qu'elles vont rester, mais qu'ils sont capables de... percevoir que c'est comme un peu de nuages qui passent... donc : « oui c'est là, oui j'essaye de pas m'en préoccuper et puis je me remets dans le moment présent ». Donc, je pense qu'il y a beaucoup de mes clients qui sont... davantage capables de se remettre dans le moment présent une fois qu'ils ont utilisé l'ACT, qu'ils vont prendre conscience qu'ils font des actions d'engagement ou d'évitement... donc ça, ça leur redonne davantage de pouvoir, et davantage de confiance en eux. Hum... souvent, aussi, c'est des gens qui initialement (...) ne s'étaient jamais posé la question de savoir qu'est-ce qui était important pour eux, donc « si oui, je veux un travail parce que c'est la société qui me dit que je veux un travail ; oui, je veux une maison, une blonde... parce que la société me dit ça ; mais concrètement, moi, qu'est-ce que j'ai envie ? » : c'est rare qu'ils se soient posé la question. Donc maintenant, je trouve qu'ils sont plus conscients de (...) c'est quoi leurs valeurs ? c'est quoi qui est important pour eux ? Et de se mettre au centre, hein souvent... donc je reviens à la matrice, en bas à droite : « les gens qui sont importants pour moi », et souvent, au départ ils vont mettre des individus de leur famille, mais ils ne vont pas se mettre eux. Et puis je trouve qu'avec la matrice, avec l'ACT, c'est de les remettre au centre, de se dire que eux sont importants pour eux. Donc, ça, je trouve que ça fait une grande révélation, où (...) ils vont rire sur le coup de se dire : « mais là, faut que je me mette, pourquoi ? », ben, ils comprennent pas trop, et pi là ils font le lien, que c'est vrai que finalement, ils s'oublient souvent. Donc, je

trouve que l'ACT, ça va permettre de se redonner une valeur qu'ils avaient perdue ...ou qu'il y avait plus. Plus de confiance en eux. [Silence] Puis en lien avec l'ergothérapie, c'est sûr que je trouve (...) qu'ils sortent davantage de leur zone de confort. Ça, c'est un des concepts aussi que j'aime beaucoup avec l'ACT, donc... « est-ce que t'es dans une zone où tu prends plus soin de toi... ou t'es dans une zone de confort ? », et puis entre les deux, il y a comme tellement de potentiel. Et des fois, c'est même les clients eux-mêmes qui me le disent « ah, là, je suis sorti de ma zone de confort, c'était confrontant, mais j'suis fier ! ». Donc, je trouve que ça c'est... ils ont été capables de mettre des mots sur comment ils se sentaient. Et puis, ça c'est... l'ACT nous aide à mettre des mots sur nos sentiments, de (...) tu sais, de se valider, de... donc « aujourd'hui, comment je me sens, comment je suis, est-ce que je suis prêt à me lancer un défi, ou je suis plus casanier, je reste à la maison... ».

Pour elle, l'ensemble de ces bénéfices est notamment particulièrement appréciable chez les patient-e-s présentant des troubles anxieux.

Une autre répondante confirme ces constatations en pointant la réduction des répercussions du vécu affectif, ainsi que la capacité à accepter et à dédramatiser.

Oui moi j'ai des clients (...) qui l'ont... qui se sont vraiment approprié des... des stratégies de pleine conscience là, pour reconnaître, être capable de diminuer l'ampleur de... du vécu affectif, puis de passer à l'action et ça l'a beaucoup aidé. Pi la partie acceptation, ils sont beaucoup plus capables... mais ça allait aussi de pair avec..., je pense à un de mes jeunes entre autres, euh je l'ai accompagné dans un processus d'exposition graduée parce qu'il l'aurait pas fait tout seul là. Donc... ça ça vient teinter là, c'est pas juste du ACT là, mais... il était beaucoup plus capable de de dédramatiser. Je voyais quand je le faisais coter l'anxiété, mettons sur 10, au début il m'disait « je suis vraiment très stressé je suis à 7 », et à la fin il me disait « ah non ça va bien, euh ». C'était le même niveau, mais... pour lui, il avait beaucoup dédramatisé, enfin il était rentré à 3. Il était capable de faire l'activité sans, sans stresser. Mais (...) ce que je veux dire, c'est que j'suis pas certaine que c'est tant l'exposition que..., t'sais la partie dédramatiser pi accepter que je suis anxieux qui a été bénéfique. Bon ça ça, un petit peu plus proche de l'ACT là, mais je pense que cette partie-là aide beaucoup de comprendre que c'est pas réaliste de, d'avoir comme attente de plus ressentir d'anxiété.

Pour l'interviewée, la méthode fonctionne, mais pas forcément mieux ou moins bien qu'une autre

C'est un outil qui est qui est parmi d'autres... euh... pour ces aspects justement, plus émotionnels, gestion du stress, voilà le petit saboteur qui est là, et qui nous empêche

d'avancer... aussi dans les compétences, dans les capacités et dans le physique, et dans d'autres choses...

Elle pointe aussi les avantages de l'utilisation de la matrice

(...) déjà, rien que de poser ça [remplir la matrice], par rapport à une problématique que la personne elle amène, c'est c'est les gens ils sont là, je dis, « parce que quand vous êtes là [en montrant le côté gauche de la matrice] vous ne pouvez pas être là [en montrant l'autre côté] ». Vous faites juste ça, les gens sont là et font « ah ouais ». Puis voilà. Et puis on a déjà, déjà là, on a un bout de résolu parce que la personne prend conscience de quelque chose.

La capacité de l'ACT à équiper les client·e·s afin de leur redonner du contrôle sur la situation est fréquemment relevée. Une interviewée témoigne ainsi que l'intégration et l'appropriation des outils proposés par la méthode procurent aux client·e·s des moyens de gestion de leurs problèmes. Ce qui entraîne des répercussions positives sur leur participation sociale.

Pour terminer, les entretiens témoignent de l'influence de l'ACT sur l'implication des patient·e·s dans le processus d'intervention. La deuxième répondante observe ainsi une meilleure participation de ses client·e·s dans la thérapie « *Les patients se donnent encore plus quand elle utilise la méthode ACT* » (Propos traduit de l'allemand par T. Bihl). Les participantes 5 et 7 tiennent un discours similaire et estiment que la méthode rend les patient·e·s plus actifs dans leur traitement.

9.6.3 Comparaison ACT et autres méthodes

Il est parfois compliqué pour les ergothérapeutes de réaliser une analyse comparative de l'ACT vis-à-vis d'autres méthodes. La première participante indique qu'il lui est difficile de déterminer l'outil qui lui permettrait d'évaluer sa prise en charge ACT. Elle n'a donc pas tenté de comparer avec d'autres méthodes. La même constatation émane de la participante 6 qui estime qu'il lui est impossible de comparer, car l'ACT est un outil disponible parmi beaucoup d'autres. Elle considère qu'à partir du moment où il y a une adhésion du ou de la patient·e, cela entraîne un bénéfice, mais qu'il est compliqué de savoir s'il aurait été possible de parvenir au même résultat avec un autre outil.

De la même façon, l'interviewée 8 juge la comparaison difficile puisqu'elle associe plusieurs approches dans ses interventions, mais elle estime que « *c'est très utile donc avec un effet tout à fait positif* » (propos traduit de l'allemand par T. Bihl).

Une autre répondante relève un élément pouvant indiquer que la méthode fonctionne peut-être mieux que d'autres. En effet, elle a remarqué que le vocabulaire typique à l'ACT perdure chez les patient·e·s qui continuent de l'employer en aval des séances. Ce point est d'autant plus relevant qu'elle utilise l'ACT de manière combinée avec d'autres méthodes. Elle tempère

néanmoins en précisant que le vocabulaire correspondant aux autres approches n'est peut-être pas aussi constant ou spécifique que celui de l'ACT.

Le positionnement de la deuxième participante est plus marqué. Elle préfère l'ACT puisqu'elle estime que cette approche lui permet de travailler plus intensivement sur des problèmes plus importants. L'ACT lui permet de traiter les situations problématiques sous différents angles et à plusieurs niveaux, et donc de multiplier les potentialités de réussite.

9.6.4 Permanence des résultats

Une fois constatés les bénéfices de la méthode, se pose ensuite la question de leur persistance dans le temps. À ce sujet, les réponses sont également variables. Selon la participante 2, les résultats perdurent généralement, même dans le cas de situations complexes. Cette pérennité se manifeste pour la répondante 4 par l'intégration de l'ACT dans la vie quotidienne selon un fonctionnement automatique. Les patient·e·s pratiquent l'ACT sans en avoir conscience, ce qui leur permet à terme de ne plus avoir besoin d'ergothérapie. La 5^e interviewée réalise des suivis à long terme, certains jusqu'à trois ou quatre ans, et remarque la persistance des effets

(...) ils [les patient·e·s] vont me ressortir du vocabulaire, ils vont me ressortir des des choses que j'avais oubliées, que j'avais faites avec eux par exemple. Donc des fois, c'est eux qui me rappellent, ah ben oui, c'est vrai que je leur avais fait cet enseignement-là qui restait aujourd'hui. Donc ça je trouve ça beau, parce que souvent, ça revient à... zone de confort, ça revient à... une action qui se rapproche de la personne que j'ai envie d'être... eummm là si je fais ça, ben là, j'tombe dans l'évitement... donc ils sont comme plus conscient de la valeur de leurs actions. Et puis ça, je trouve ça beau, parce qu'en ergo, c'est aussi ça qu'on veut essayer de mobiliser, tout ça là, tu sais...oui, la défusion, c'est très... cognitif, essayer de jouer avec les pensées, tout ça. Mais si je fais pas le lien avec l'action, ben là, je perds un petit peu ma profession. Donc, je trouve ça fun qu'ils soient capables d'associer flexibilité mentale à action engagée. Je...je remarque ces changements-là.

Pour quatre répondantes, il n'est pas évident de se positionner sur cet aspect. Deux d'entre elles ne suivent pas les patient·e·s à distance, et deux autres ne se prononcent pas.

9.7 Répercussion sur la pratique des participantes

9.7.1 Praticité de l'ACT

La plupart des répondantes jugent la méthode facile à mettre en œuvre. Le niveau de praticité est par exemple mis en relief par la 2^e participante. Elle précise qu'il est aisé de l'intégrer à

l'intervention, d'autant plus que l'ACT ne nécessite pas de matériel particulier, et qu'elle propose de nombreuses astuces facilitantes. La 5^e interviewée partage cet avis, elle juge les outils de l'ACT généralement simples à comprendre, à utiliser, et facilement transférables.

(...) je trouve qu'ils [les outils de l'ACT] sont très bien imaginés, justement ils sont très très simples. Donc, souvent juste les clients, avec un coup d'œil, sont capables de le comprendre et de le faire (...) je trouve que ça autonomise aussi les clients, pi que c'est pas dans un jargon qui est difficile à comprendre. Donc ça je trouve ça très pratique.

Elle précise tout de même que les explications autour de la matrice peuvent être relativement chronophages, mais que d'autres outils comme celui des hameçons (Annexe 2 : Exemples d'outils utilisés en ACT – outils utilisés pour travailler la défusion cognitive) sont rapidement assimilables. L'accessibilité de la méthode aux thérapeutes est également pour elle un point essentiel « (...) tout le monde peut un peu l'arranger à sa manière, lui donner sa personnalité. Donc moi j'encourage beaucoup ça que les gens aient pas peur de l'essayer. Parce que tu peux pas vraiment se tromper avec... avec l'ACT ».

La 6^e participante compare la praticité de l'ACT par rapport à la TCC. Elle estime que l'ACT est plus applicable, plus concrète et correspond davantage aux valeurs de l'ergothérapie.

Un bémol est apporté par la 2^e répondante qui rapporte que l'ACT est toujours aisée à mettre en pratique, excepté quand elle est utilisée en méthode unique, ou comme approche principale de la prise en charge.

La 1^{re} participante considère que la méthode est exigeante du point de vue de la compréhension pour le ou la patient·e. Elle implique beaucoup d'explications, car celui ou celle-ci ne sait pas toujours différencier tous les concepts, tels que les émotions primaires et les comportements.

Pour la 7^e interviewée, le niveau de praticité de l'approche dépend, comme pour toutes les autres méthodes, du niveau de compétences du thérapeute, et de son habileté à appliquer les outils proposés en fonction des différentes problématiques.

9.7.2 Impact sur la pratique des ergothérapeutes

Les répondantes évoquent les répercussions de l'ACT sur leur pratique et la manière d'envisager la mise en œuvre de leurs interventions.

La 1^{re} participante rapporte que sa formation à l'ACT a eu un impact non seulement sur sa pratique professionnelle, mais également sur sa vie personnelle

Sur mes interventions, mais aussi sur... sur moi-même, sur... sur ma vie de couple, sur... oui. Je...je porte beaucoup plus attention, et dans ma vie professionnelle, et quand il arrive un problème euh... qu'un patient rencontre, j'ai l'impression quand

même d'aller beaucoup plus vite réfléchir plutôt qu'essayer de résoudre son problème et du coup de l'écouter. « Ah, ben tiens, qu'est-ce qui est en jeu derrière ça ? Voilà, qu'est-ce qui euh... ? » Et, et de pouvoir mettre dans un entretien, d'aller dire... ben, « qu'est-ce tu aurais eu besoin ? » (...) d'aller pouvoir mettre en lien les besoins des personnes... il y a déjà très vite une soupape (...) c'est ça qui est important. Oui, d'un coup, on sent qu'il y a déjà quelque chose qui s'apaise, et ça, je ne savais pas le faire (...) avant l'ACT. Moi, je savais faire de l'écoute active et de répondre aux patients « ah oui, ça, ça ne s'est pas bien passé, oui... ben oui, ça je comprends, oui..., vous vous sentez comment ? », alors, là, je pourrais mettre des mots, mais... mais le fait de pouvoir aller chercher pourquoi c'est important avec le patient, ben ça amène encore une autre dimension à l'écoute, je trouve.

Le même élément est relevé chez la 6^e interviewée qui estime que la méthode offre une bien meilleure compréhension des expériences de ses client·e·s, mais aussi de son propre vécu.

Dans les formations ACT, on on fait beaucoup de pratique sur soi, pi on... on est beaucoup euh amené à réfléchir à ce que... à ce que ça amène. Donc, je pense que de faire ces... cette approche là, ça aide beaucoup là... pour, ouais... pour aider mes clients, et puis pour soi.

Pour la 2^e répondante, l'apport de l'ACT lui a permis de ne plus ressentir d'angoisse à l'idée de ne pas parvenir au bout du traitement. Même si une situation lui paraît difficile et qu'elle se sent bloquée, l'ACT l'aide à voir au-delà du symptôme, et lui donne confiance pour mener son intervention jusqu'au bout. La participante 4 considère que les ergothérapeutes se sentent parfois démuni·e·s face à certaines situations, et que l'ACT fournit alors des outils précieux pour y remédier

(...) tout à coup, on a des gens qui se liquéfient devant nous, qui sont... ouais, qui ont qui ont plus de sens à leur vie... qui trouvent plus... puis c'est difficile, hein ! Qu'est-ce qu'on... qu'est-ce qu'on fait pour que ces personnes puissent poursuivre et trouver des solutions (...).

Elle précise d'ailleurs que l'ACT lui a apporté un peu plus de « finesse ». De la même façon, la dernière répondante mentionne que l'ACT a beaucoup enrichi sa pratique.

La 5^e répondante ressent une réelle évolution dans sa manière de travailler, elle rapporte se sentir plus confiante, et observe davantage de progrès. Elle indique même être motivée à évoluer davantage. Elle a acheté un nouveau livre consacré à l'ACT et souhaite s'inscrire aux prochaines étapes de la formation.

Le contexte sanitaire particulier relatif à la pandémie de COVID 19 est évoqué par la 7^e répondante qui considère que l'ACT était une ressource importante pour aider les client·e·s à traverser cette période de confinement.

9.7.3 Doutes concernant la méthode et renoncement

Lorsque nous avons demandé aux participantes si elles avaient déjà envisagé de renoncer à l'ACT, les réponses étaient unanimes. Aucune n'a imaginé ou ne prévoit d'abandonner la méthode. La participante 4 souligne le peu d'outils à disposition des thérapeutes face à des personnes qui ne trouvent plus de sens à leur vie, et qu'il est alors important de les garder précieusement. De plus, certaines indiquent même vouloir continuer à se former, voire d'explorer des approches parallèles qui puissent être combinées à l'ACT pour nourrir leur pratique.

Ainsi, la 2^e répondante projette de suivre un cours de « Somatic Experiencing »⁹ dédié à l'approche des troubles traumatologiques, psychiques, douloureux ou post-traumatiques.

Comme les autres participantes, la 1^{re} souhaite poursuivre avec l'ACT mais nous fait part de sa frustration d'être la seule au sein de son service à employer la méthode. Elle estime qu'il est plus facile de s'en imprégner quand on peut partager cette expérience avec d'autres thérapeutes. Elle mentionne d'ailleurs que sa participation à cet entretien a ravivé son intérêt pour l'ACT « *ça me réanime même d'en parler. Je sais que ça m'avait beaucoup portée [pendant la formation]* ».

La 5^e interviewée rapporte qu'elle doit parfois renoncer à utiliser l'ACT avec certain·e·s patient·e·s quand elle réalise qu'ils ou elles ne sont pas prêt·e·s, ou pas intéressé·e·s à essayer un nouvel outil. De la même façon, quand elle sent un blocage entre un·e patient·e et son acceptation de la méthode, elle choisit de ne pas insister.

9.7.4 Applicabilité à d'autres populations

La 1^{re} participante, pratiquant en santé mentale, imagine que l'ACT pourrait tout à fait être appliquée au domaine de la pédiatrie ou de la gériatrie. Elle émet tout de même des réserves en ce qui concerne les personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme ou pour qui la communication verbale est difficile. Elle explique qu'il serait compliqué d'utiliser l'ACT dans ces contextes, mais que ce pourrait être envisageable moyennant certains aménagements. La 2^e répondante envisage d'étendre la population avec laquelle elle emploie la méthode, sans

⁹ Selon l'interviewée il s'agit d'une approche supplémentaire des traitements de traumatismes. Elle va moins dans le traumatisme / douleur et utilise le vortex de ressources. Selon Levin et al., (2015), cette thérapie s'adresse aux personnes souffrant de stress post-traumatique et est axée sur l'utilisation du corps pour le traitement. De plus, toujours selon ces mêmes auteurs, « l'objectif de la thérapie est de créer une prise de conscience des sensations physiques internes, qui sont considérées comme les porteurs de mémoire traumatique » (cité dans Brom et al., 2017, p. 304).

préciser le type de clientèle à laquelle elle pourrait la proposer. Elle précise néanmoins qu'il sera important d'adapter la mise en œuvre à la problématique du ou de la patient-e, pour assurer une intervention vraiment individualisée. En revanche, elle indique plutôt avec quel type de patientèle elle ne l'utiliserait pas forcément. En effet, en raison d'expériences vécues avec sa formation, elle ne se sent pas à l'aise de pratiquer l'ACT avec des personnes ayant vécu un très grand traumatisme, car elle n'est pas suffisamment sûre de pouvoir gérer ce qui pourrait en ressortir et craint de ne pas pouvoir s'adapter. Pour la 4^e interviewée, les patient-e-s avec des troubles neurologiques (en particulier après un accident vasculaire cérébral [AVC]) seraient éligibles pour l'ACT. Elle estime que la méthode serait un outil appréciable pour les interventions au sein des centres médicaux sociaux [CMS], surtout pour la gestion des répercussions sur le couple, des problèmes de santé rencontrés par un des conjoint-e-s. En revanche, elle explique qu'elle n'imaginerait pas du tout appliquer la méthode pour une problématique psychiatrique, car l'ACT nécessite une autonomie psychique et une métacognition

(...) je pense que vraiment la psychiatrie quand on a...enfin, on est dans le pathologique [Silence]... je pense que ça s'adresserait plus à... à des gens qui ont pas forcément une pathologie psychiatrique. Mais justement, qui ont de l'anxiété, qui ont qui ont des choses... euh... euh plutôt des personnes neurotypiques qui doivent gérer des problématiques, ou qui tout d'un coup... qui, pouf !, qui ont vraiment un gros problème, ou un clash, ou euh un... plutôt que vraiment pathologie psychiatrique..

Puis, elle rajoute en fin d'entretien que si l'ACT est utilisé en psychiatrie, elle suppose qu'il ne peut pas être pratiqué en autonomie, et donc nécessite un soutien rapproché de l'ergothérapeute. Ainsi, elle imagine que ce serait éventuellement possible, mais en milieu hospitalier où les client-e-s sont suivi-e-s de façon plus rapprochée. Pour elle, l'extension de la méthode à d'autres populations n'est de toute façon pas un objectif en soi, et le recours à l'ACT doit être justifié par un besoin.

Selon la 5^e participante, l'ACT pourrait être étendue à tous types de clientèles, et pas seulement limitée aux patient-e-s en santé mentale qu'elle a l'habitude de prendre en charge. Le seul prérequis étant un niveau minimal de réceptivité et de mentalisation pour que l'intervention soit thérapeutique. Pour la 6^e répondante, la méthode serait certainement transférable à des populations en santé mentale autres que les patient-e-s avec des troubles psychotiques qu'elle rencontre dans sa pratique. Ainsi, il serait intéressant d'appliquer la méthode avec des patient-e-s présentant des troubles anxieux et dépressifs. Le domaine de la santé physique pourrait également être envisagé avec par exemple des patient-e-s souffrant de douleurs chroniques. Le même discours est tenu par la dernière interviewée qui considère que bien que la méthode ait été pensée pour la psychiatrie, les douleurs chroniques puissent tout de même en représenter une bonne indication. Elle indique que pour d'autres situations traitées en

ergothérapie, l'ACT ne serait pas forcément la méthode à privilégier, en tout cas pas en approche principale. D'après la 7^e participante, la méthode pourrait sans problème être étendue à diverses autres populations, voire à des patient·e·s avec démence, pour lesquel·le·s elle n'intervient pas d'ordinaire. Néanmoins cette décision doit au préalable être soutenue par un processus de recherche d'évidences scientifiques des résultats.

9.8 Diffusion de l'ACT

9.8.1 Intérêt de la diffusion à d'autres professionnel·le·s

La 1^{re} participante estimerait judicieux de diffuser l'enseignement de l'ACT à ses collègues. Elle envisage même de proposer la méthode sous forme de module en partenariat avec une psychologue afin d'enrichir les interventions en psychoéducation. La 3^e répondante a déjà mis en place un processus de transmission de ses connaissances sur l'ACT, puisqu'elle a déjà réalisé de courtes formations à ses collègues quand elle pratiquait en institution. De plus, en tant que praticienne formatrice, elle a pour habitude de sensibiliser les stagiaires à l'approche. La 5^e interviewée a entrepris la même démarche en proposant et animant de courtes formations informelles, d'une durée d'environ une heure et demie à deux heures à ses collègues ergothérapeutes. Bien qu'expresses, ces sessions se sont selon elle révélées efficaces, puisqu'elle observe que plusieurs collègues utilisent maintenant les outils de l'ACT

*c'est ce que j'aime aussi un peu de la mentalité ACT : c'est comme de de propager, de de donner au suivant, de rendre ça accessible pour que tout le monde puisse l'utiliser...
(...) Donc, ça fait des petits et ça se propage !*

Cette dynamique lui permet d'exercer un rôle d'agent de changement en discutant de l'ACT avec toutes les personnes potentiellement intéressées. Elle indique par ailleurs diffuser l'approche en dehors de son cadre professionnel, et juge profitable de la faire partager à son entourage socio familial. De même, la 7^e répondante est déjà engagée dans l'enseignement de la méthode, puisqu'elle dispense des cours ACT, principalement dans les domaines du traitement de la douleur, de la rééducation de la main, et dans une moindre mesure en pédiatrie.

L'idée de diffuser l'ACT à ses collègues semble naturelle pour la majorité des personnes interrogées, cependant la 6^e participante estime qu'elle ne se sent pas suffisamment formée pour dispenser un enseignement sur le sujet. Elle précise tout de même qu'elle n'hésite pas à en faire la publicité, et en parle volontiers aux autres membres de l'équipe, pour qu'ils ou elles puissent avoir une idée de ce qu'elle met en place avec les patient·e·s qui lui sont référ·e·s. Cela leur permet parfois d'analyser sous un autre angle les problématiques qu'ils ou elles rencontrent. Elle va plus loin avec les stagiaires, en leur présentant de manière plus approfondie les outils de l'ACT.

9.8.2 Intérêt de l'enseignement en formation initiale

De l'avis de la 1^{re} interviewée, l'enseignement de l'ACT au cours de la formation initiale serait une plus-value pour les étudiant-e-s.

(...) avant [d'enseigner] le bilan d'autonomie, c'est tellement des concepts, je trouve tellement importants. Le nombre de demandes que j'ai eu dans ma pratique en revalidation, on nous disait « Il faut faire un bilan d'autonomie, il faut qu'elle puisse se laver toute seule... va voir si elle sait se laver toute seule... ». Je sortais de l'école, et je rendais mon petit rapport sur l'aide nécessaire. Et en fait, oui, on créait du lien, mais on ne parlait pas de ça. C'était quoi qui était le problème pour elle ? C'était quoi son besoin à ce moment-là pour cette personne ? la base, finalement, de notre métier !

Cette opinion est partagée par toutes les participantes. La 4^e répondante estime ainsi que l'enseignement en formation initiale serait souhaitable. Les ergothérapeutes étant effectivement confronté-e-s à un manque d'outils leur permettant d'intervenir dans le domaine des émotions et d'aider les patient-e-s ne percevant plus de sens à leur vie.

Puis, ouais... je pense que si c'était intégré, le côté un peu plus... fonctionnel de la pensée, de l'émotion, dans la résolution de problème, régulation des émotions... des choses comme ça, ouais... Je pense que ça fait partie intégrante, quand on est auprès de la personne... ouais, qui sont dans la souffrance, qui ont des pathologies. C'est rude. De pas pouvoir aider. Je dis toujours « Vous avez un corps, vous avez une tête, et puis vous avez les émotions, quoi. Puis, voilà, on tombe, pouf, ça fait comme ça ! [geste avec les mains : d'abord les deux mêmes hauteurs, puis lorsqu'elle dit « tombe », la main gauche descend] les émotions aussi [descend l'autre main] ». Mais qu'est-ce qu'on fait après quand on a une peur de chuter ou on a un accident de la route : pouf le corps fait ça, les émotions font ça, on est en choc traum post-traumatique, mais qu'est-ce qu'on fait avec ça ? c'est pas que de la psychiatrie, c'est des gens qu'on voit nous aussi, pour, pour un problème physique quoi. Donc ça je pense qu'il y a des manques, ouais (...) Mais je pense qu'on devrait avoir plus d'outils pour, pour gérer ces, ces petits... sans parler de pathologie, de psychiatrie, euh...pour... ouais, pour permettre aux gens de faire que... parce qu'on est bien quand c'est aligné ici [en faisant référence à l'alignement du corps, tête et émotions]. Donc nous on aide à remonter le corps, pouf pouf pouf [gestuel : en montant sa main gauche], la tête du patient ben on essaie de voir ok, il y a des troubles cognitifs : ou il arrive à gérer, ou il faut faire le 144. Et puis ben, euh... les émotions, ben comment on fait pour ...euh... aider à ce que les émotions elles remontent. Et puis là je pense qu'on a vraiment des... quelque chose à apporter.

La 5^e participante, qui dispense des cours à l'Université, a eu l'occasion de discuter avec d'autres professeur.e-s au sujet du bénéfice d'intégrer un cours sur l'ACT durant le cursus initial. Elle indique tenter d'adopter un rôle d' « agent de changement » afin d'inclure l'ACT au sein des réseaux universitaires.

(...) pour moi, c'est sûr que si on l'apprend à l'école, ben on est beaucoup plus enclin à l'utiliser ensuite dans notre pratique (...) Imposer aux étudiants de l'apprendre, je pense que ça permet de semer une graine. Et puis après ça, en pratique, oui on revient dans nos livres. Je trouve que c'est peut-être l'approche qui est la plus intéressante parce qu'en tant que professionnelle, parfois, on... pff, on... on prend plus le temps de réactiver nos connaissances, ou d'apprendre des nouvelles connaissances, des fois on se conforte avec ce qu'on a déjà.

La 6^e interviewée partage le même avis, et rapporte qu'elle aurait souhaité recevoir cette formation lors de ses études. Elle évoque la possibilité que l'enseignement de l'ACT durant la formation en ergothérapie soit confronté à des résistances en lien avec un possible chevauchement des champs de compétences avec les psychothérapeutes. Ainsi, certain.e-s ergothérapeutes ne se sentiraient pas très à l'aise à l'idée d'utiliser des outils qu'ils ou elles estiment réservés à un autre corps professionnel.

La 2^e répondante confirme l'avis général, en jugeant pertinente une introduction précoce de la méthode dans le cursus. Elle nuance néanmoins son propos en précisant que la mise en œuvre de l'ACT requiert une certaine expérience professionnelle, et qu'elle n'est donc pas forcément assimilable par des ergothérapeutes nouvellement diplômé.e-s. La 4^e répondante semble contester cet élément. En effet, cette dernière a appris la méthode en autodidacte avec un livre et dit « *je pense qu'on n'a pas besoin d'une formation quand on est, euh, ergo. Il y a des choses assez simples qu'on peut s'approprier sans forcément faire une formation complète de ça un* ».

9.8.3 Intérêt porté aux congrès et séminaires traitant du sujet

Nous avons cherché à savoir si une diffusion de l'ACT par des biais autres que des formations initiales et continues serait pertinente pour les ergothérapeutes. Les interrogées sont unanimes et confirment l'intérêt engendré par cette éventualité. La première indique que ce format de diffusion lui serait utile pour l'aider à déterminer notamment où débute et où se termine l'ACT. Elle souhaiterait également que des congrès la renseignent sur les possibles méthodes d'analyse des résultats de l'intervention. La 2^e répondante se dit très intéressée, mais ne sait pas où trouver des informations pour y participer. Pour la dernière répondante, l'intérêt est pour l'instant théorique, puisqu'elle a entamé une formation en art-thérapie qui limite son investissement temporel dans d'autres types d'enseignement. Enfin, la 5^e interviewée convient

de l'intérêt d'organiser des congrès traitant de l'ACT, mais elle revient sur le point déjà évoqué auparavant, en indiquant qu'un enseignement durant la formation initiale serait plus relevant.

10 Discussion

10.1 Accessibilité de la méthode ACT et motivations des thérapeutes

La conviction que l'ACT puisse être utilisée par des thérapeutes dans différents domaines (Thompson, 2013) est effectivement confortée par les résultats des entretiens. Bien que toutes les personnes consultées soient ergothérapeutes, leurs domaines d'exercice sont très variés, tant en termes de milieu de pratique, que de prises en charge. Cette large accessibilité de l'ACT semble être renforcée par les diverses possibilités de formation. En effet, la méthode ne requiert pas de protocole figé, et chaque processus formatif en détermine lui-même les modalités. L'opportunité de suivre les cours à distance a de plus permis à plusieurs thérapeutes de se former malgré des conditions sanitaires particulières. Les moyens permettant de se former sont multiples, et de durées inégales. Ceci offre aux apprenants la possibilité de choisir le type de formation qui leur convient le mieux en fonction de leurs contraintes temporelles et de leur méthode d'apprentissage favorite. Si la formation est accessible à tous et toutes, les occasions permettant de découvrir la méthode tiennent néanmoins parfois du hasard des conversations avec des collègues, ou de celui de recherches entreprises par les thérapeutes.

Les résultats de l'étude montrent que la grande majorité des participantes suit les recommandations de la méthode préconisant aux thérapeutes de pratiquer pour eux ou elles-mêmes (Schoendorff et al, 2011). Ceci n'est pas étonnant puisque les thérapeutes qui pratiquent l'ACT ont choisi de le faire, ce qui présume qu'elles adhèrent aux différents concepts et qu'elles y voient un sens. Selon Hayes (2002), le travail d'ACT a toujours été étroitement en relation avec les questions de spiritualité. Cette thématique était d'ailleurs déjà le sujet au cœur de son premier article sur l'ACT, rédigé en 1984 (cité dans Hayes, 2002, p. 58). Cet auteur mentionne également que des rapprochements entre l'ACT et la pensée bouddhiste sont évidents. Ainsi, nous pourrions émettre l'hypothèse qu'il s'agit en quelque sorte d'une philosophie de vie. Cette dernière correspond donc à la perspective ACT, qui selon Hayes (2002), vise de vivre en accord avec ses valeurs tout en ayant une attitude non défensive sur les pensées, sentiments, souvenirs et sensations corporelles.

Les raisons du choix de l'ACT décrites par les participantes soutiennent le constat déjà évoqué du manque d'outils à disposition pour traiter certaines problématiques. La curiosité professionnelle et l'attrait pour une approche perçue comme novatrice ont motivé les thérapeutes à s'engager dans la formation. Les liens entre l'ACT et les TCC sont également relevés et justifient

l'intérêt porté par les interviewées, en particulier quand il s'agit de pratique en santé mentale. Ainsi, la parenté directe entre ces deux formes de thérapie est mise en avant, ce qui est cohérent avec la conception de l'ACBS pour qui l'ACT s'inscrit dans la lignée des TCC. Certaines interrogées jugent même l'ACT plus avantageuse que la TCC, mais les bénéfices évoqués sont principalement en lien avec la praticité de la méthode, tandis que la littérature pointe plutôt une équivalence, voire parfois une efficacité plus importante avec l'ACT en termes de résultats (Arch et al., 2012 ; A-Tjak et al., 2015 ; Burian et al., 2021 ; Dindo et al., 2017 ; Losada et al., 2015 ; Villagrà Lanza et al., 2014).

Enfin, comme précédemment abordé, les éléments porteurs de la philosophie de l'ACT, tels que sa perspective holistique et l'action engagée, entrent en résonance avec les valeurs de la profession, ce qui semble avoir inspiré les personnes consultées.

10.2 Apport de la méthode ACT dans la pratique des ergothérapeutes

10.2.1 Applicable à des populations variées

Le panel de clientèles traitées par les participantes reflète la diversité des populations recensées par la littérature dans le cadre de l'ACT. Elle peut être employée chez les enfants, les adultes et les personnes âgées, les proches aidant·e·s et pour de nombreuses problématiques. Bien que les interviewées s'accordent à considérer l'ACT pour des situations très variées, certaines précisent quelques limitations en fonction des situations. Ainsi, les patient·e·s présentant des psychoses sont considéré·e·s comme éligibles pour un traitement incluant l'ACT, ce que confirment plusieurs revues systématiques (Cramer et al., 2016 ; Jansen et al., 2020 ; Ost, 2014). Il convient toutefois d'évaluer le moment le plus propice pour introduire l'approche, et d'éviter les périodes de décompensation psychotique. À ce sujet, la littérature relève la possibilité d'implanter un programme basé sur l'ACT chez des patient·e·s avec des troubles psychotiques. L'étude de Gaudiano et al. (2020) décrit les étapes de mise en œuvre de ce type de programme. D'après les résultats positifs obtenus, celui-ci peut être envisagé même en présence de symptômes psychotiques aigus.

Des capacités de communication verbale minimales s'avèrent également requises pour s'engager dans la méthode. Cet élément est soutenu par les fondements théoriques de l'ACT qui s'appuient sur la TCR (Schoendorff et al., 2011, Sez nec et al., 2019), et qui postulent un lien puissant et réciproque entre le langage et le comportement. L'étude de Dijkstra et Nagatsu (2021) soutient cette position puisqu'elle décrit l'ACT comme une des approches psychologiques les plus associées au langage. Lors des entretiens, certains doutes étaient émis concernant la faisabilité de l'ACT avec des personnes présentant une déficience intellectuelle. La littérature rapporte cependant les bénéfices de la méthode appliquée à cette population

(Harper et al., 2013). Pielech et al. (2017) précisent que des « (...) adaptations doivent être faites sur la base du jugement clinique et de la connaissance du niveau de fonctionnement cognitif, social et psychologique du patient, ainsi que de ses capacités d'abstraction » (p. 4). Cela peut être l'utilisation d'un langage simplifié (ex. symbolisation de la douleur par le monstre : les pensées pénibles proviennent de ce personnage) ou encore un enseignement des concepts abstraits grâce à des stratégies concrètes (ex. pleine conscience enseignée via un exercice de marche) (Pielech et al., 2017). L'approche serait donc accessible aux populations présentant une déficience intellectuelle à condition d'expliquer et/ou travailler des processus abstraits de l'ACT par des éléments concrets qui parlent davantage aux personnes. Il est intéressant de noter que la seule participante qui n'envisage pas la pratique de l'ACT dans un contexte psychiatrique ne rencontre pas de personnes avec des troubles psychotiques. Il est donc possible d'imaginer que cette hypothétique réticence soit principalement due à une difficulté à se projeter dans une pratique incluant des problématiques qui lui sont peu familières. De plus, une autre hypothèse serait qu'il y ait une confusion autour des termes « troubles psychiatriques », et que ceux-ci soient indûment rattachés aux troubles psychotiques. En effet, cette même personne explique qu'elle utilise l'ACT notamment avec des personnes dépressives, anxieuses, qui peuvent présenter des pensées dévalorisantes ou d'importantes défenses narcissiques. Nous pouvons donc en déduire qu'elle l'utilise avec des personnes ayant des difficultés psychiques.

De manière générale, la question des populations auxquelles l'ACT peut s'appliquer a suscité une réflexion importante de la part des participantes. Cette thématique a été abordée à plusieurs reprises au cours de chaque entretien et les avis étaient partagés. Une hypothèse peut être formulée au sujet de cet absence de consensus. Étant donné que l'ACT ne cherche pas à traiter les symptômes, mais vise plutôt à diminuer l'évitement expérientiel qui est l'élément central à de nombreuses problématiques (Schoendorff et al., 2011 ; Seznec et al., 2019), il est possible que certaines participantes accordent une importance restreinte aux pathologies rencontrées et qu'elles soient réticentes à catégoriser les patient-e-s en populations éligibles ou non. De plus, comme abordé dans la présentation des différents modèles utilisés en ergothérapie (cf. point 2.2.3 Exemples de modèles ou cadres utilisés en ergothérapie), la difficulté occupationnelle que rencontre une personne ne dépend pas uniquement de sa pathologie, mais aussi de son environnement, de ses habitudes occupationnelles, etc. Ainsi, deux personnes avec la même pathologie et au même stade peuvent présenter des difficultés bien différentes. D'autre part, il peut s'avérer complexe pour les répondantes de se positionner sur l'applicabilité de la méthode à des populations qu'elles n'ont pas l'habitude de traiter.

10.2.2 Praticité de la mise en œuvre

Introduction auprès des patient-e-s

Nous avons vu que la plupart des répondantes présentent la méthode aux patient-e-s, même si elles le font de manière succincte. Ceci est cohérent avec la littérature puisque l'ACT « (...) comprend l'acquisition de compétence psychologique de type métacognitive, à travers l'expérimentation sensorielle et mentale grâce à des exercices en séances et entre les séances » (Seznec et al., 2019, p.17). La participation active du ou de la patient-e est donc essentielle. Il est alors important que le ou la thérapeute lui présente la méthode, et lui fournisse les informations et les éléments susceptibles de favoriser son implication dans l'intervention.

Cet élément est soutenu par la constatation que les patient-e-s ne connaissent pas la méthode. Ceci est d'ailleurs aussi relevé dans la littérature, puisque si nombre de patient-e-s possèdent souvent des notions concernant les thérapies spécifiques aux TCC, il n'en va pas de même avec l'ACT, dont ils n'ont généralement jamais entendu parler (Kuckertz et al. 2020).

L'ACT dispose de nombreux outils pour aider les thérapeutes à introduire la méthode. Les répondantes orientent leur choix principalement vers la matrice, l'hexaflex ou des exemples explicitant la défusion cognitive. D'autres supports existent, tels que les vidéos de présentation sur internet, et offrent des opportunités supplémentaires de guider les client-e-s dans leur compréhension de l'approche. Les avis concernant la praticité de ces outils divergent, mais toutes semblent trouver dans l'ACT un outil qui correspond à leurs préférences. La pluralité des moyens à disposition permet en plus de s'adapter au profil des patient-e-s. En fonction de leur capacité d'assimilation perçue par les thérapeutes, elles peuvent s'appuyer sur des présentations visuelles ou verbales selon la situation. La possibilité de faire appel à des exemples personnels paraît aussi être une option parfois retenue. D'ailleurs Schoendorff et al. (2011) la recommande si cela peut être une aide pour le ou la client-e. Cette démarche présente l'avantage de correspondre à la posture thérapeutique de l'ACT qui préconise l'horizontalité dans la relation patient-thérapeute (Schoendorff et al., 2011), et favorise l'alliance thérapeutique. Cette même posture est recherchée en ergothérapie, notamment avec l'utilisation du cadre de référence de la Pratique centrée sur le client (PCC), plébiscitée par le monde de l'ergothérapie, où thérapeute et client-e sont considéré-e-s comme partenaires (Law et al., 1995). Cette posture nécessite donc une alliance thérapeutique, dans un but de favoriser l'autonomie, le choix, l'empowerment et la participation (Law et al., 1995 ; Morel-Bracq, 2009).

Processus ACT

Bien que selon Schoendorff et al. (2011), « les six processus de l'ACT opèrent en interaction », la manière de les mobiliser et l'attention portée à l'un ou l'autre de ces éléments sont variables

selon les thérapeutes. Ainsi, selon Thompson (2013), les processus de l'ACT qui s'associent le mieux avec la pratique en ergothérapie sont l'acceptation, le contact avec le moment présent, la défusion cognitive, l'action engagée et les valeurs. Cette opinion correspond globalement à ce qu'indique l'analyse des entretiens. Les valeurs et l'action engagée font particulièrement écho aux postulats de l'ergothérapie qui confèrent à l'occupation signifiante un rôle central dans l'intervention (Wilcock, 1998). Néanmoins, bien que trois interviewées insistent sur l'importance de l'action engagée et de son influence sur une pratique en ergothérapie, il est tout de même possible de s'interroger sur la raison pour laquelle ce processus n'a été que peu abordé par les autres interviewées. D'après Schoendorff et al. (2011),

L'action engagée est dérivée des valeurs et c'est seulement en l'engageant que les autres processus prennent leur sens. Enfin, c'est la mise en mouvement des cinq autres processus qui permet l'action engagée dans des situations qui avaient, jusque-là, conduit à l'évitement expérientiel (p. 58).

Il est alors possible que certaines participantes se soient davantage concentrées sur les processus qui sont inhérents à l'action engagée, mais pas sur l'action engagée elle-même. En effet, selon les concepts ergothérapeutiques, si la finalité de l'intervention doit cibler l'occupation, celle-ci n'est pas toujours employée comme moyen d'intervention (Meyer, 2022). Or, comme relaté au point 9.5.3 (Intégration au processus ergothérapeutique et liens avec les modèles de pratique), les processus ACT sont principalement envisagés comme moyen d'intervention. Il est donc envisageable que seuls les processus ACT associés à des moyens aient été cités par certaines répondantes, car l'action engagée serait plutôt considérée en lien avec la finalité de l'intervention.

L'acceptation et le moment présent sont souvent invoqués en préambule de la thérapie pour aider le ou la patient-e à se désengager de sa lutte intérieure et favoriser le contact avec ses expériences sensorielles. Bien que la défusion cognitive puisse être considérée par une minorité comme un outil davantage destiné aux psychologues, elle est tout de même fréquemment employée. Elle permet une prise de conscience qui conduit progressivement le ou la patient-e à se distancier de ses pensées parasites. Ce processus est facilité par le recours à de nombreux outils à dispositions : schémas, exercices, métaphores, etc. De plus, de par ses divers supports imagés, il semble que la défusion soit un des processus clés permettant aux néophytes de mieux comprendre l'ACT.

Conformément à ce que rapporte la littérature, le soi observateur est le concept qui paraît le plus abstrait (Chin & Hayes, 2017), les participantes déclarent donc l'utiliser moins que les autres processus. Schoendorff et al., (2011) précise qu'il s'agit de l'unique aspect du soi qui ne peut être observé. Ces mêmes auteurs précisent « (...) il permet d'observer à partir de la perspective du moi, ici et maintenant » (p. 328). Notre hypothèse à ce sujet est que ce

processus demande un certain niveau de métacognition, qui n'est pas à la portée de tous les patient·e·s. La difficulté ne provient peut-être pas uniquement de la compréhension du processus par l'ergothérapeute, mais peut être aussi lié à l'application de ce processus avec le ou la client·e. Cela nécessite qu'il ou elle puisse se placer en position méta, et donc « se voir comme « distinct » de la situation dans laquelle on se trouve tout en se voyant « en relation avec » » (Lane, 1994, p. 64). De plus, l'accès au soi observateur répond à un processus qui doit être expérimenté puisqu'il « (...) implique la capacité d'observation du soi à travers différents contextes » (Schoendorff et al., 2011, p. 301). Il s'agit donc d'une démarche personnelle. En effet, la prise de perspective sur soi est « (...) un sens de soi qui dépasse les expériences que l'on a eues, les idées que l'on se fait sur soi, les rôles que l'on joue, et l'ensemble de son histoire personnelle » (Schoendorff et al., 2011, p. 301), aboutissant à une dimension de la personne en accord avec les situations variables dans lesquelles elle évolue. Cette perspective n'est donc pas aisée à travailler directement en ergothérapie. Néanmoins, d'après certains discours, il semblerait tout de même que certaines répondantes empruntent des éléments du soi observateur sans en avoir forcément conscience. Par exemple, certaines d'entre elles n'ont pas cité ce processus, mais utilisent entre autres la matrice ou l'exercice du bus avec leurs client·e·s. Une interviewée affirme enseigner des techniques de défusion proposée par Harris afin que les client·e·s l'utilisent de façon indépendante lors de discours dévalorisants. Ces outils nécessitent donc que la personne puisse prendre du recul face à la situation et « s'observer » (se placer en position méta) (Schoendorff et al., 2011).

Modalités de séances

En l'absence de protocole rigide, l'ACT se caractérise par la flexibilité de sa mise en œuvre (Harris, 2017 ; Schoendorff et al., 2011 ; Thompson, 2013). Il est ainsi possible d'organiser des thérapies de groupe ou individuelles, d'y consacrer des séances entières ou seulement de courtes sessions, d'en moduler la fréquence, etc. Ainsi, chaque ergothérapeute a l'opportunité d'intégrer l'ACT à ses interventions comme elle le souhaite en fonction de la situation des patient·e·s et des ressources temporelles disponibles.

Diversités des outils

Un des grands points forts de la méthode est la pluralité des outils proposés et leur variété. Ceux-ci offrent non seulement une entrée en matière permettant de présenter la méthode, mais ils représentent aussi un support intéressant tout au long de l'intervention pour en mesurer la progression. Parmi les plus fréquemment évoqués, la matrice, l'hexaflex et les techniques de défusion arrivent en tête ; mais figurent également d'autres types d'exercices, parfois empruntés à d'autres approches, qui complètent avantageusement le panel d'outils à disposition. Les thérapeutes indiquent avoir fréquemment recours aux métaphores, ce que

soutient la littérature, puisque comme Krieger et al. (2017) l'indiquent, ces stratégies linguistiques sont appropriées pour favoriser chez le ou la patient-e, l'adhésion à la thérapie ainsi que la mise en évidence et la compréhension de ses fonctionnements automatiques. On retrouve fréquemment l'idée du soutien de la pratique ACT par les métaphores (Dahl et al., 2009), ce qui a conduit des auteur-e-s à compiler sous forme de livre une sélection d'exercices et d'outils linguistiques applicables avec la méthode (Afari & Stoddard, 2014).

Intégration au processus ergothérapeutique

Comme nous l'avons déjà signalé précédemment, l'ACT ne nécessite pas de suivre un protocole strict. Cette flexibilité permet aux ergothérapeutes de l'intégrer facilement au processus d'intervention sans devoir se plier à une systématique particulière. Théoriquement, l'emploi de la méthode peut donc intervenir à n'importe quelle phase de la thérapie et n'implique pas forcément d'être planifiée en début d'intervention. Cette approche s'harmonise donc bien avec l'aspect itératif du processus ergothérapeutique (Hagedorn, 2001). Les participantes semblent néanmoins utiliser l'ACT principalement pour les étapes de la pose des objectifs et de celles de l'intervention. L'ACT paraît être moins fréquemment employée pour l'évaluation et la réévaluation des résultats. Deux éléments pourraient nous permettre d'éclairer ce constat. Il n'est d'une part pas toujours facile, comme nous le verrons dans le point suivant, de juger de la progression de l'intervention en se basant sur cette approche. D'autre part, comme discuté auparavant, l'ACT est essentiellement envisagé en tant que moyen d'intervention au service de l'atteinte des objectifs de l'intervention ergothérapeutique. Selon ce point de vue, l'ACT pourrait alors être davantage considéré comme un levier pour amorcer l'action que comme un moyen de mesure.

Quel que soit le cadre de référence ou le modèle de pratique auquel se réfèrent les ergothérapeutes, l'ACT peut être aisément inclus au processus et se conjugue particulièrement bien avec certains d'entre eux. Parmi les modèles cités, nous pouvons rapprocher l'ACT du MOH qui accorde un rôle important à la détermination des valeurs du ou de la patient-e (Bélanger et al., 2005). De même, la perspective holistique de l'ACT s'accorde bien avec la MCRO qui croit au fait que chaque individu possède un réel potentiel de changement ainsi qu'il existe des relations très étroites entre l'individu, son environnement et ses activités (Morel-Bracq, 2009). Selon ce modèle, l'occupation, son rendement et la participation ont un rôle central dans la vie de tout individu (Morel-Bracq, 2009). L'activité est l'occasion pour la personne de reprendre un contrôle sur sa vie et d'éprouver de la satisfaction (Morel-Bracq, 2009), ce qui va aussi dans le sens de l'ACT, notamment par le but de viser des actions qui soient en accord avec les valeurs de la personne (Schoendorff et al., 2011).

10.2.3 Perception de résultats positifs

Bien que les ergothérapeutes interrogées emploient peu de mesures standardisées pour juger des effets de la méthode, elles observent tout de même des effets positifs en se basant sur l'entretien et l'observation. Ainsi, en parallèle d'une réduction des plaintes, elles ont constaté une amélioration de la capacité à s'autogérer, à résoudre des situations problématiques, à prendre du recul et à dédramatiser. Une augmentation de la confiance en soi est également relevée. Celle-ci permet de redonner du pouvoir au ou à la patient-e et de générer chez lui ou elle un sentiment positif concernant ses capacités. Nous retrouvons ici l'idée d'empowerment figurant dans les rôles des ergothérapeutes (Townsend & Polatajko, 2008), qui est un concept défendu notamment par le cadre de référence de PCC et modèle de pratique MCREO (Law et al., 1995 ; Morel-Bracq, 2009). L'articulation de tous ces éléments conduit à une amélioration globale du fonctionnement qui peut être appréciée sur le plan de la participation sociale et de la qualité de vie. Ces constatations recourent les résultats obtenus par différentes études qui confirment la réduction de l'impact des ressentis douloureux et une meilleure perception de la qualité de vie (Ducasse & Fond, 2015 ; Galvez-Sánchez et al., 2021 ; Mathew et al., 2021 ; Rivano Fisher et al., 2021 ; Rose et al., 2022 ; Shiri et al., 2022). Par le biais de l'ACT, une meilleure implication des patient-e-s dans la thérapie est également observée.

Même si les participantes rapportent cet élément sur la base de leurs observations et des entretiens, la littérature mentionne des outils permettant d'évaluer la mise en œuvre des mécanismes de la méthode tels que :

- le degré d'acceptance grâce au Acceptance and Action Questionnaire – II [AAQ-II] (Annexe 4 : Outils permettant le recueil de données et mesures – AAQ-2 ou AAQ-II) (Bond et al., 2011, cité dans Gaudiano et al., 2020, p. 5 ; Monestès et al., 2009). Schoendorff et al. (2011) précise que cet outil est disponible en français et qu'il permet de mesurer l'évitement expérientiel. Sez nec et al. (2019) vont dans le même sens puisqu'ils décrivent que plus les scores sont élevés (correspondant donc au degré d'acceptance), plus la flexibilité psychologique est grande. Ainsi, il mesure le degré de flexibilité psychologique (Monestès et al., 2009). D'ailleurs, la traduction française est validée (Monestès et al., 2009 ; Schoendorff et al., 2011).
- la flexibilité mentale avec le Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised [CAMS-R] (Feldman et al., 2007, cité dans Gaudiano et al., 2020, p. 5) (Annexe 4 : Outils permettant le recueil de données et mesures – CAMS-R)
- « (...) les capacités de pleine conscience ainsi que de l'acceptation des ressentis et pensées » (Schoendorff et al. 2011, p. 109) avec Philadelphia Mindfulness Scale [L'Echelle PHLMS] (Cardaciotto et al., 2008, cité dans Schoendorff et al., p. 109) (Annexe 4 : Outils

permettant le recueil de données et mesures – l'échelle PHLMS). La traduction française de cet outil n'est pas publiée contrairement au AAQ-2 (Schoendorff et al., 2011).

Malgré les outils rapportés par la littérature et comme indiqué précédemment, les thérapeutes interviewées n'utilisent pas ou peu d'outils permettant d'évaluer l'efficacité de l'ACT.

Au vu des discussions, outre le fait qu'elles estiment les résultats facilement perceptibles grâce à l'observation, nous pourrions émettre l'hypothèse qu'elles n'utilisent peu ou pas de tels outils en raison d'une méconnaissance. En effet, deux d'entre elles ont affirmé qu'il n'existe aucun outil permettant de le faire et une autre tempère en disant qu'elle n'a pas de piste à nous donner concernant des outils d'évaluation ACT. D'autre part, l'ACT n'est généralement pas le seul moyen d'intervention employé, il peut donc s'avérer difficile de savoir à quel(s) moyen(s) d'intervention attribuer les résultats obtenus. Quelques répondantes ont aussi évoqué des difficultés à identifier ce qui est de l'ACT de ce qui n'en est pas. En effet, comme certaines répondantes le suggèrent de manière explicite ou implicite, cela devient une philosophie de vie. De ce fait, la philosophie ACT est ancrée dans leurs valeurs : les personnes l'utilisent donc instinctivement, sans réfléchir, quand cela se présente. Ainsi, puisque l'ACT demeure toujours en fond, il peut être difficile de la circonscrire. En outre, le processus de pleine conscience peut être associé à la méditation pleine conscience tant plébiscitée ces dernières années (notamment par le monde médical). La conjugaison de ces deux techniques contribue peut-être à brouiller la délimitation de l'ACT, et par conséquent, son évaluation. D'ailleurs une des personnes ayant évoqué cette difficulté s'est formée à la méditation pleine conscience à l'Université avant la formation ACT.

Enfin, et conformément à ce que relatent certaines répondantes, nous pourrions postuler qu'au sein d'une pratique ergothérapeutique, il n'est pas essentiel de chercher à évaluer les effets de l'ACT, étant donné que la méthode est principalement envisagée comme moyen d'intervention, et que les résultats qui intéressent l'ergothérapeute concernent davantage les résultats globaux de l'intervention.

Pour les thérapeutes réalisant des suivis à long terme, l'ACT présente l'avantage de la permanence de ses résultats. Celle-ci se traduit par la capacité des patient·e·s à s'approprier la méthode, à employer ses différents outils pour finalement devenir indépendant·e·s, et parvenir à se soustraire à la nécessité de l'intervention d'un tiers pour en ressentir les bénéfices.

10.2.4 Bénéfices pour les ergothérapeutes

Comme relevé dans l'analyse, les participantes sont unanimes en affirmant que l'ACT est bénéfique pour leur pratique professionnelle, voire parfois aussi personnelle. Les bienfaits sont multiples, variant d'une meilleure compréhension des client·e·s (donc axés sur la clientèle) à une meilleure confiance de la thérapeute dans la réalisation et l'accomplissement de la

thérapie. Plusieurs participantes insistent aussi sur le fait qu'à l'issue de leur formation de base en ergothérapie (que ce soit en Suisse, au Canada ou en Belgique), elles étaient très peu outillées, voire démunies dans la gestion de situations difficiles dans lesquelles des facteurs émotionnels étaient très présents. De ce fait, il est compréhensible qu'elles considèrent l'ACT comme une ressource puisque la troisième vague de TCC (dont l'ACT fait partie) se focalise sur le ressenti intérieur et même plus précisément sur les émotions (Seznec et al., 2019). Les individus apprennent à composer avec les émotions qu'ils ont ressenties et observées auparavant (Seznec et al., 2019). A ce sujet, Schoendorff et al. (2011) affirment que « L'ACT va travailler sur la façon dont le client interagit avec son émotion, sans pour autant prescrire telle ou telle forme d'expression émotionnelle » (p. 87). Cela peut donc expliquer l'attrait de cet outil. De plus, les éléments cités auparavant tels que la diversité des outils et la flexibilité de la méthode permettent aux thérapeutes d'aborder une séance en utilisant l'ACT de sorte que ce soit significatif pour les thérapeutes et ses client·e·s. Pour terminer, la majorité des répondantes pratique l'ACT pour elles personnellement, que ce soit dans leur vie privée ou professionnelle. Cela implique qu'elles se focalisent régulièrement sur le moment présent, se questionnent sur le sens de leurs actions et si celles-ci sont en accord avec leurs valeurs. Dans le cas contraire, elles réajustent pour les faire coïncider. Cela induit donc une vie plus riche de sens pour les thérapeutes également, par conséquent ils ou elles en ressentent un bénéfice. Cela nécessite, comme l'exprime Schoendorff et al. (2011), que les thérapeutes puissent « surfer » sur la vague, prendre les éléments importants au vol et s'adapter. En s'entraînant à utiliser l'ACT, les thérapeutes exercent aussi leur capacité d'adaptation. Cette dernière est au cœur de la profession d'ergothérapeute. Ainsi, il est compréhensible que, comme les participantes de l'étude l'affirment, l'ACT a permis de faire évoluer leur pratique. La vision de l'ACT, qui cherche à diminuer l'évitement expérientiel plutôt qu'à traiter le symptôme (Schoendorff et al., 2011 ; Seznec et al., 2019), peut aussi jouer un rôle dans cette évolution de pratique. En effet, la PCC prônée en ergothérapie peut parfois nous enfermer dans la lutte contre les symptômes, notamment si c'est l'élément principal relaté par le ou la client·e. Avec l'ACT, le ou la thérapeute peut exposer la situation sous un autre angle. En revanche, comme l'indiquent Schoendorff et al., (2011), le ou la thérapeute ne cherchera ni à débattre ni à imposer ses propres valeurs aux client·e·s.

10.3 Obstacles et facteurs favorisants

10.3.1 Obstacles

Un des premiers écueils relevés par la littérature, porte sur la difficulté pour les patient·e·s d'adhérer au principe d'acceptation (Harris, 2013). D'après les entretiens, cet obstacle ne semble pourtant pas un enjeu majeur, notamment quand la présentation de la méthode est

rapprochée du processus de rétablissement pour aider les patient-e-s à accepter que le but de la thérapie ne vise pas la réduction des symptômes.

La méthode n'est pas toujours assimilée immédiatement par les patient-e-s et nécessite des éclaircissements supplémentaires. Certains patient-e-s éprouvent des difficultés à déterminer où se situent leurs valeurs ou encore à respecter la régularité requise par la méthode. Harris (2013) relève également ces obstacles et propose des astuces pour aider à débloquer ces situations.

Un autre point relevé est le sentiment déjà évoqué de manquer d'instruments de mesure pour évaluer les résultats. Il est alors difficile pour les ergothérapeutes de réaliser une comparaison entre le début et la fin de l'intervention en ce qui concerne les effets de l'ACT.

Le dernier élément venant contrarier la pratique de l'ACT en ergothérapie est le manque de personnel formé à la méthode au sein des équipes. Cette carence réduit les possibilités de mises en commun des expériences qui favoriseraient une prise en charge pluridisciplinaire plus aboutie. De plus, le manque d'opportunités de partage autour du sujet risque à terme de conduire les thérapeutes isolés à perdre l'ACT de vue, et donc à moins l'employer. Cet avis concorde avec la littérature qui recommande la présence dans les équipes d'« *un champion ACT* », thérapeute de référence formé à la méthode pour créer une émulation et stimuler l'enthousiasme des autres membres (Gaudiano et al., 2020). Cette dynamique pourrait ainsi contribuer à la diffusion de la méthode.

10.3.2 Facteurs favorisants

Les entretiens mettent en relief des éléments facilitants la mise en œuvre de l'ACT par les thérapeutes. Parmi ceux-ci figurent des principes généraux généralement déjà considérés comme essentiels lors d'une prise en charge en ergothérapie (Meyer, 2007) : l'alliance thérapeutique et la participation active du ou de la patient-e. D'ailleurs Schoendorff et al. (2011) relèvent aussi l'importance de ces éléments dans la mise en application de l'ACT.

D'autres facteurs facilitants plus spécifiques à l'ACT sont également évoqués. Des cours de formation ou une initiation antérieure à la méditation de pleine conscience ou à l'hypnose semblent être un atout pour mieux intégrer la méthode. De même, l'opportunité d'échanger avec d'autres collègues au sujet de l'ACT, et des sessions de supervision aident à perfectionner et à transférer ses connaissances, ainsi qu'à se sentir en confiance dans sa propre pratique. La diversité des outils spécifiques à l'ACT, déjà évoquée au point 10.2.2 (Praticité de la mise en œuvre), constitue également un des éléments facilitateurs dont les ergothérapeutes peuvent tirer profit, d'autant plus que ceux-ci ne requièrent pas de matériel particulier.

La plupart des entretiens, tout comme la littérature (Kazantzis et al., 2000), pointent l'importance des exercices à effectuer à domicile. Ceux-ci permettent la généralisation des apprentissages réalisés lors des séances. De plus, selon Sez nec et al. (2019), les exercices en séances et entre les séances permettent, par l'expérimentation sensorielle et mentale, l'acquisition de compétences psychologiques métacognitives. Ainsi, avec l'entraînement, il est plus aisé pour le ou la client·e d'utiliser des outils ACT afin d'aider l'engagement dans ses activités. Enfin, les facteurs facilitants peuvent également concerner le cadre dans lequel se déroulent les séances. Il est ainsi conseillé d'être attentif·ve à l'environnement physique, en pratiquant dans un lieu calme et propice à la méditation. Une recommandation isolée conseille que le ou la patient·e adopte une position couchée lors des séances, élément que nous n'avons cependant pas retrouvé dans la littérature.

10.4 Formation

Aucune des participantes n'a bénéficié de cours présentant l'ACT durant la formation initiale. Elles partagent toutes l'avis que cette introduction serait pertinente, quel que soit leur domaine de pratique ou la zone géographique dans laquelle elles exercent. Leur avis diverge cependant à propos de la capacité à mettre la méthode en œuvre pour des ergothérapeutes peu expérimenté·e·s. En effet, l'une d'entre elles estime qu'il est préférable d'acquérir et de développer des compétences professionnelles en ergothérapie avant d'employer l'ACT. À son avis, l'introduction de la méthode en formation initiale serait donc intéressante pour amorcer l'intérêt des futur·e·s diplômé·e·s vis-à-vis d'une approche encore peu connue, mais sa mise en œuvre serait plus aisée si elle intervenait quand la pratique de l'ergothérapeute était déjà bien ancrée.

À ce sujet, nous souhaiterions soumettre notre opinion basée sur l'expérience d'une courte formation d'un jour que nous avons suivie sur le thème de l'ACT et des douleurs chroniques. Les exercices effectués nous ont permis de ressentir, donc de « vivre de l'intérieur », les changements occasionnés par l'application de la méthode. Nous avons alors expérimenté la mise en œuvre de l'ACT au niveau personnel, mais il nous manquait la mise en œuvre au niveau professionnel. Il nous était difficile de la mettre en lien avec des situations client·e·s qui restaient très théoriques. Nous n'avons donc pas profité pleinement de cette formation et d'ailleurs la supervision par la suite ne nous était pas réellement adressée puisque nous n'avons pas pu la mettre en pratique professionnellement. Par conséquent nous partageons l'avis de la 2^e répondante témoignant que la mise en œuvre de l'ACT requiert une certaine expérience professionnelle et qu'elle n'est pas forcément accessible à des ergothérapeutes fraîchement diplômé·e·s. Il nous semble donc judicieux dans un premier temps de prendre ses marques en tant que nouvelle ergothérapeute et d'avoir au préalable développé un minimum sa pratique. Par contre, à l'instar de la majorité des participantes, nous trouverions important qu'une

initiation à l'ACT soit proposée en formation initiale de sorte à être informées de son existence, d'en connaître les principes fondamentaux et d'avoir un aperçu de ses bénéfices en ergothérapie.

10.5 Limites de l'étude

En raison de la barrière linguistique, les entretiens ont été menés majoritairement dans des pays ou régions francophones. Des données obtenues dans des régions germanophones ou anglophones pourraient éventuellement apporter d'autres résultats.

Les trois entretiens réalisés en allemand (ou suisse allemand) ont nécessité l'aide d'un interprète pour traduire les réponses des participantes. Ce procédé est potentiellement source d'imprécision, d'incompréhension ou d'incomplétude.

Comme indiqué dans le point méthodologie, les données récoltées lors de recherches qualitatives sont volumineuses. Une retranscription intégrale des entretiens francophones et de la traduction pour les germanophones ont été effectuées. Après l'étape d'immersion, une mise en lumière des éléments importants puis une catégorisation ont été effectuées de la manière la plus objective possible. Toutefois, une part de subjectivité des auteures peut tout de même persister malgré les précautions.

Enfin, il existe dans cette étude un possible biais de confirmation induit par le fait que toutes les personnes interrogées s'étaient investies de façon volontaire dans l'apprentissage et l'application de l'ACT dans leurs thérapies

11 Conclusion

Le présent travail vise à explorer la plus-value de l'ACT dans une intervention en ergothérapie. Les résultats obtenus confirment la forte compatibilité entre les deux pratiques qui partagent une même conception de l'approche patient·e·s. Elles soutiennent toutes les deux une vision holistique de la personne au service de l'action engagée et s'inscrivent dans une pratique centrée sur le ou la client·e. Les entretiens menés mettent en lumière les multiples bénéfices apportés par l'ACT. Ceux-ci concernent en premier lieu son accessibilité puisque plusieurs modalités de formation sont proposées sans prérequis. Il est même possible de se former en autodidacte, bien que la plupart des ergothérapeutes choisissent un enseignement dispensé par des formateurs qualifiés.

Un autre avantage mis en avant est la praticité de l'ACT, d'autant plus qu'elle n'est généralement pas utilisée comme méthode principale et qu'elle s'insère facilement aux autres moyens employés. De plus, elle est généralement subordonnée aux modèles de pratiques auxquels

se réfèrent les ergothérapeutes. Elle est alors relativement simple à mettre en œuvre et le panel d'outils à disposition offre un choix appréciable pour soutenir le processus ergothérapeutique. La flexibilité de l'ACT permet d'imaginer et d'adapter les interventions en fonction des modèles de pratique usités, des populations concernées, des problématiques rencontrées, des modalités de séances envisagées, etc. Si de l'avis général, l'ACT peut intervenir à tout moment du processus ergothérapeutique en s'adaptant aux problématiques rencontrées, il existe tout de même des étapes plus propices à son introduction, telles que l'élaboration des objectifs et l'intervention. L'ACT est parfois utilisée pour soutenir l'évaluation des résultats de la prise en charge, mais les instruments de mesure ne sont pas toujours connus, et il est difficile d'isoler les résultats apportés par la méthode en elle-même puisque d'autres moyens d'intervention sont employés en parallèle. Les effets positifs observés concernent non seulement les bénéfices pour les patient·e·s, avec une amélioration du fonctionnement global et de la qualité de vie, mais aussi des avantages en lien direct avec la pratique des ergothérapeutes. Celles-ci indiquent parvenir à une prise en compte plus globale de leurs patient·e·s et à se sentir plus en confiance lors de leurs prises en charge. Un des points essentiels à ce sujet concerne la gestion des émotions. L'ACT est un outil précieux pour aider les ergothérapeutes à mieux comprendre ce que ressentent leurs patient·e·s, et à s'y adapter en leur fournissant une réponse adéquate. Cet aspect émerge également dans la vie personnelle des thérapeutes puisqu'elles ont tendance à emprunter pour elles-mêmes les techniques qu'elles emploient dans leur pratique.

Mis à part les patient·e·s ne maîtrisant pas la communication verbale, l'ACT semble applicable en ergothérapie à tous types de populations, aussi bien en santé mentale, qu'en santé physique. Tous les domaines habituellement considérés en ergothérapie sont abordés. Le principal frein à l'intégration de la méthode dans la pratique ergothérapeutique réside dans le manque de connaissances préalables à son sujet et le manque de collaborateurs formés pour soutenir le partage d'informations au sein des équipes.

Malgré la reconnaissance grandissante de l'efficacité de cette thérapie dans la prise en charge de populations qui concernent les ergothérapeutes, la méthode bénéficie de peu de visibilité (tout du moins en milieu francophone). La plus-value que semble proposer l'ACT dans la pratique est un argument pour la faire connaître plus largement au sein de cette profession. La diffusion de ces nouvelles connaissances pourrait passer par une introduction de l'approche en formation Bachelor, par la mise en place de formations continues orientées sur l'utilisation de l'ACT en ergothérapie, par la production d'articles et par des interventions lors de conférences et de congrès nationaux.

Des recherches ultérieures prenant en compte les résultats obtenus avec l'ACT en se basant sur des outils d'évaluation dédiés permettraient de mieux estimer l'impact de cette approche sur les interventions menées en ergothérapie.

Références bibliographiques

- Afari, N., & Stoddard, J. A. (2014). *The Big Book of ACT Metaphors : a practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational Therapy Practice Framework : Domain & Process (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 74(2), 1-87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Plumb Vilardaga, J. C., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 750–765. <https://doi.org/10.1037/a0028310>
- Association for Contextual Behavioral Science (ACBS). (s.d.). *Treatment Protocol and Manuals*. Consulté le 16 novembre 2021 à l'adresse https://contextual-science.org/treatment_protocol_and_manuals
- Association Suisse des Ergothérapeutes. (2005). *Profil professionnel de l'ergothérapie*. <https://www.ergotherapie.ch/download.php?id=416>
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Barrett, K., & Chang, Y. P. (2016). Behavioral interventions targeting chronic pain, depression, and substance use disorder in primary care. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(4), 345–353. <https://doi.org/10.1111/jnu.12213>
- Bélanger, R., Briand, C. & Rivard, S. (2005). Le modèle de l'occupation humaine (MOH). In M. J. Manidi (Éd.). *Ergothérapie comparée : en santé mentale et psychiatrie* (pp. 111-158). Cahiers de l'EESP. https://www.hetsl.ch/fileadmin/user_upload/publications/media_43_ergotherapie_comparee.pdf
- Bélanger, R., Briand, C., & Marcoux, C. (2006). Le modèle de l'occupation humaine : un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux. *Le partenaire*, 13(1), 8-15. <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v13-n1.pdf>

- Berglund, E., Anderzén, I., Andersén, Å., Carlsson, L., Gustavsson, C., Wallman, T., & Lytsy, P. (2018). Multidisciplinary intervention and Acceptance and Commitment Therapy for return-to-work and increased employability among patients with mental illness and/or chronic pain : a randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112424>
- Bourgognon, F., & Penet, C. (2021). *La thérapie d'acceptation et d'engagement*. Editions Que sais-je ?
- Bréchon, P. (Dir.). (2011). *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*. Presses universitaires de Grenoble.
- Brom, D., Stokar, Y., Lawi, C., Nuriel-Porat, V., Ziv, Y., Lerner, K., & Ross, G. (2017). Somatic experiencing for posttraumatic stress disorder : A randomized controlled outcome study. *Journal of Traumatic Stress*, 30(3), 304-312. <https://doi.org/10.1002/jts.22189>
- Büchi, S., & Sensky, T. (1999). PRISM : Pictorial epresentation of Illness and Self Measure. A brief nonverbal measure of illness impact and therapeutic aid in psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 40(4), 314–320. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(99\)71225-9](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71225-9)
- Burian, H., Böge, K., Burian, R., Burns, A., Nguyen, M. H., Ohse, L., Ta, T. M. T., Hahn, E., & Diefenbacher, A. (2021). Acceptance and commitment-based therapy for patients with psychiatric and physical health conditions in routine general hospital care - Development, implementation and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 143, 110374. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110374>
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance : the Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15(2), 204–223. <https://doi.org/10.1177/1073191107311467>
- Casey, M. B., Cotter, N., Kelly, C., Mc Elchar, L., Dunne, C., Neary, R., Lowry, D., Hearty, C., & Doody, C. (2020). Exercise and Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain : A case series with one-year follow-up. *Musculoskeletal Care*, 18(1), 64–73. <https://doi.org/10.1002/msc.1444>
- Centre de référence du modèle de l'occupation humaine (CRMOH). (2022). *Instruments de mesure qui couvrent la majorité des concepts du MOH*. <https://crmoh.ulaval.ca/wp-content/uploads/2020/01/Se%CC%81lection-des-outils-de%CC%81valuation-MOH.pdf>
- Centre de référence du modèle de l'occupation humaine (CRMOH). (2022). *Modèle de l'occupation humaine*. <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>

- Centre de référence du modèle de l'occupation humaine (CRMOH). (2022). *Outils d'évaluation*. <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/>
- Chin, F., & Hayes, S. C. (2017). Acceptance and Commitment Therapy and the cognitive behavioral tradition : assumptions, model, methods, and outcomes. In S.G. Hofmann & G. J. G. Asmundson (Eds.), *The Science of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 155-173). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803457-6.00007-6>
- Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., Langhorst, J., & Dobos, G. (2016). Mindfulness- and Acceptance-based Interventions for Psychosis : A Systematic Review and Meta-analysis. *Global advances in health and medicine*, 5(1), 30–43. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.083>
- Craner, J. R., Lake, E. S., Bancroft, K. A., & George, L. L. (2020). Treatment outcomes and mechanisms for an ACT-based 10-week interdisciplinary chronic pain rehabilitation program. *Pain practice*, 20(1), 44–54. <https://doi.org/10.1111/papr.12824>
- Crepeau, E., Cohn, E. & Boyt Schell, B. (Eds.). (2003). *Willard and Spacksman's occupational therapy* (10th ed.). Lippincott, Williams & Wilkins.
- Dahl, J. (2014). *JoAnne Dahl's radio program – ACT : taking Hurt to Hope* [Podcast audio]. Association for Contextual Behavioral Science. https://contextual-science.org/joanne_dahls_radio_program_act_taking_hurt_to_hope
- Dahl, J., Plumb, J., Stewart, I., & Lundgren, T. (2009). *The Art & Science of Valuing in Psychotherapy : Helping Clients Discover, Explore, and Committed to Valued Action Using Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Dijkstra, J. M., & Nagatsu, T. (2021). Cognitive behavioral therapy (CBT), acceptance and commitment therapy (ACT), and Morita therapy (MT) ; comparison of three established psychotherapies and possible common neural mechanisms of psychotherapies. *Journal of neural transmission*, 129, 805-828. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02450-9>
- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy : A transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics*, 14(3), 546–553. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3>
- Ducasse, D., & Fond, G. (2015). La thérapie d'acceptation et d'engagement. *L'Encephale*, 41(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.04.017>
- Feliu-Soler, A., Cebolla, A., McCracken, L. M., D'Amico, F., Knapp, M., López-Montoyo, A., García-Campayo, J., Soler, J., Baños, R. M., Pérez-Aranda, A., Andrés-Rodríguez, L.,

- Rubio-Valera, M., & Luciano, J. V. (2018). Economic impact of third-wave cognitive behavioral therapies : A systematic review and quality assessment of economic evaluations in randomized controlled trials. *Behavior therapy, 49*(1), 124–147. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.07.001>
- Finnes, A., Anderzén, I., Pingel, R., Dahl, J., Molin, L., & Lytsy, P. (2021). Comparing the efficacy of multidisciplinary assessment and treatment, or Acceptance and Commitment Therapy, with treatment as usual on health outcomes in women on long-term sick leave- A randomised controlled trial. *International Journal of Environmental Research and public health, 18*(4), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041754>
- Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2010). *Fondement et étapes du processus de recherche : Méthods quantitatives et qualitatives* (2^e éd.). Chenelière Education.
- Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Chenelière Education.
- Galvez-Sánchez, C. M., Montoro, C. I., Moreno-Padilla, M., Reyes del Paso, G. A., & de la Coba, P. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in central pain sensitization syndromes : A systematic review. *Journal of Clinical Medicine, 10*(12), 2706. <https://doi.org/10.3390/jcm10122706>
- Gaudio, B. A., Ellenberg, S., Ostrove, B., Johnson, J., Mueser, K. T., Furman, M., & Miller, I. W. (2020). Feasibility and preliminary effects of implementing Acceptance and Commitment Therapy for inpatients with psychotic-spectrum disorders in a clinical psychiatric intensive care setting. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 34*(1), 80–96. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.34.1.80>
- Gentili, C., Rickardsson, J., Zetterqvist, V., Simons, L. E., Lekander, M., & Wicksell, R. K. (2019). Psychological flexibility as a resilience factor in individuals with chronic pain. *Frontiers in psychology, 10*, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02016>
- Glassman, L. H., Forman, E. M., Herbert, J. D., Bradley, L. E., Foster, E. E., Izzetoglu, M., & Ruocco, A. C. (2016). The effects of a brief acceptance-based behavioral treatment versus traditional cognitive-behavioral treatment for public speaking anxiety : An exploratory trial examining differential effects on performance and neurophysiology. *Behavior modification, 40*(5), 748–776. <https://doi.org/10.1177/0145445516629939>
- Graham, C. D., Gouick, J., Krahé, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical psychology review, 46*, 46–58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.009>

- Hagedorn, R. (2001). *Foundations for practice in occupational therapy* (3e éd.). Churchill Livingstone Elsevier.
- Hammell, K. W. (2006). *Perspectives on Disability & Rehabilitation*. Elsevier Health Sciences.
- Harper, S. K., Webb, T. L., & Rayner, K. (2013). The effectiveness of mindfulness-based interventions for supporting people with intellectual disabilities : a narrative review. *Behavior modification*, 37(3), 431–453. <https://doi.org/10.1177/0145445513476085>
- Harris, R. (2006). Embracing your demons : An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 2-8. https://www.actmindfully.com.au/up-images/Dr_Russ_Harris_-_A_Non-technical_Overview_of_ACT.pdf
- Harris, R. (2013). *Se libérer avec l'ACT : Surmonter les principaux obstacles dans la thérapie d'acceptation et d'engagement*. De Boeck.
- Harris, R. (2017). *Le piège du bonheur*. Editions de L'HOMME.
- Harris, R. (2017). *Passez à l'ACT : pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement* (2^e éd.). De Boeck supérieur.
- Hayes, S. C. (2002). Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 58-66. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80041-4](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80041-4)
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy : The Process and Practice of Mindful Change* (2d ed.). The Guilford Press.
- Heigl, F., Tobler-Ammann, B., Villiger, P. M., & Gantschnig, B. E. (2021). Relationship between the perceived burden of suffering and the observed quality of ADL task performance before and after a 12-week pain management programme. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/11038128.2021.1903988>
- HES-SO Genève. (2013). *Code d'éthique de la recherche*. https://www.hesge.ch/hets/sites/default/files/contribution/formation_de_base/Documents/travail_social/codeethiquets-tb-etat_avril2013.pdf
- Hitch, D., Pépin, G., & Stagnitti, K. (2014). In the footsteps of Wilcock, Part one : The evolution of doing, being, becoming, and belonging. *Occupational Therapy in Health Care*, 28(3), 231–246. <https://doi.org/10.3109/07380577.2014.898114>

- Jansen, J. E., Gleeson, J., Bendall, S., Rice, S., & Alvarez-Jimenez, M. (2020). Acceptance- and mindfulness-based interventions for persons with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 215, 25–37. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.11.016>
- Kazantzis, N., Deane, F.P., & Ronan, K.R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy : A meta-analysis. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 7(2), 189-202. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.2.189>
- Kemani, M. K., Kanstrup, M., Jordan, A., Caes, L., & Gauntlett-Gilbert, J. (2018). Evaluation of an intensive interdisciplinary pain treatment based on Acceptance and Commitment Therapy for adolescents with chronic pain and their parents : A nonrandomized clinical trial. *Journal of pediatric psychology*, 43(9), 981–994. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/isy031>
- Kerouac, M. (2016). *Métaphores avec ou sans hypnose* (6^e éd.). Satas.
- Krieger, J. L., Neil, J. M., Strekalova, Y. A., & Sarge, M. A. (2017). Linguistic strategies for improving informed consent in clinical trials among low health literacy patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 109(3), djw233. <https://doi.org/10.1093/jnci/djw233>
- Kuckertz, J. M., Silverman, A. L., Bullis, J. R., Björgvinsson, T., & Beard, C. (2020). Awareness of and attitudes toward CBT, DBT, and ACT in an acute psychiatric sample. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 749–768. <https://doi.org/10.1002/jclp.22908>
- Lane, T. (1994). La circularité du questionnement et des questions dans l'entrevue circulaire. *Service social*, 43(3), 59–77. <https://doi.org/10.7202/706668ar>
- Law, M., Baptiste, S., & Mills, J. (1995). Client-centred practice : What does it means and does it make difference ?. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62(5), 250-257. <https://doi.org/10.1177/000841749506200504>
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational Performance Measure : An Outcome Measure for Occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 82-87. <https://doi.org/10.1177/000841749005700207>
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model : A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1). <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- Leadley, R. M., Armstrong, N., Lee, Y. C., Allen, A., & Kleijnen, J. (2012). Chronic diseases in the European Union : the prevalence and health cost implications of chronic pain. *Journal*

of pain & palliative care pharmacotherapy, 26(4), 310–325.
<https://doi.org/10.3109/15360288.2012.736933>

- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms : Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 760–772. <https://doi.org/10.1037/ccp0000028>
- Mathew, A., Doorenbos, A. Z., Jang, M. K., & Hershberger, P. E. (2021). Acceptance and commitment therapy in adult cancer survivors : a systematic review and conceptual model. *Journal of Cancer Survivorship*, 15(3), 427–451. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00938-z>
- McCracken, L. M., & Jones, R. (2012). Treatment for chronic pain for adults in the seventh and eighth decades of life : a preliminary study of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Pain Medicine*, 13(7), 861–867. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2012.01407.x>
- Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Les Cahiers de l'EESP.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur.
- Meyer, S. (2022). Le mot de la fin. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 8(1), 3–8. <https://doi.org/10.13096/rfre.v8n1.222>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2005). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). De Boeck.
- Monestès, J. L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. W. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II) : French translation and validation of the acceptance & action questionnaire (AAQ-II). *European Review of Applied Psychology*, 59(4), 301–308. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2009.09.001>
- Morel-Bracq, M. C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Solal.
- Morel-Bracq, M. C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Nusbaum, F., Ribes, G., & Gaucher, J. (2010). La douleur chronique : une dépression liée au déficit d'empathie et d'endocongruence. Apports de l'hypnose. *Bulletin de psychologie*, 3(507), 191–201. <https://doi.org/10.3917/bupsy.507.0191>
- Ost, L. G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105–121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>

- Pachoud, B. (2018). La perspective du rétablissement : un tournant paradigmatique en santé mentale. *Les cahiers du centre Georges Canguilhem* 1(7), 165-180. <https://doi.org/10.3917/ccgc.007.0165>
- Pielech, M., Vowles, K. E., & Wicksell, R. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for pediatric chronic pain : theory and application. *Children*, 4(2), 1-12. <https://doi.org/10.3390/children4020010>
- Raimondi, A. (2018, 19 mars). Un Suisse sur cinq souffre de douleurs chroniques. *Planète santé*. <https://www.planetesante.ch/Magazine/Psycho-et-cerveau/Douleurs-chroniques/Un-suisse-sur-cinq-souffre-de-douleurs-chroniques>
- Rivano Fischer, M., Schult, M. L., Löfgren, M., & Stålnacke, B. M. (2021). Do quality of life, anxiety, depression and acceptance improve after interdisciplinary pain rehabilitation ? A multicentre matched control study of acceptance and commitment therapy-based versus cognitive-behavioural therapy-based programmes. *The Journal of International Medical Research*, 49(7), 1-14. <https://doi.org/10.1177/03000605211027435>
- Rose, M., Graham, C. D., O'Connell, N., Vari, C., Edwards, V., Taylor, E., McCracken, L. M., Radunovic, A., Rakowicz, W., Norton, S., & Chalder, T. (2022). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for improving quality of life in people with muscle diseases. *Psychological Medicine*, 1–14. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0033291722000083>
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence : Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162. <https://www.ijpsy.com/volumen10/num1/256/a-review-of-acceptance-and-commitment-therapy-EN.pdf>
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy versus traditional cognitive behavioural therapy : A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 333-357. <https://www.ijpsy.com/volumen12/num3/334.html>
- Schminke, A. L. (2022). *Le modèle conceptuel du groupe terminologie de ENOTHE (CCTE)*. <https://www.hetsl.ch/laress/publications/detail/le-modele-conceptuel-du-groupe-terminologie-de-enothe-ccte/show/Publication/>
- Schoendorff, B., Grand, J., & Bolduc, M.F. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement : guide clinique*. De Boeck.

- Seznec, J. C., Altenloh, E., Battistoni, F., Cazauvieilh, C., Dessaux, N., Grand, J., Saffer, F., Schoendorff, B., Vandenbosch, D., & Vincent, J. M. (2019). *ACT : applications thérapeutiques* (2^e éd). Dunod.
- Shiri, S., Farshbaf-Khalili, A., Esmailpour, K., & Sattarzadeh, N. (2022). The effect of counseling based on acceptance and commitment therapy on anxiety, depression, and quality of life among female adolescent students. *Journal of education and health promotion*, 11(66), 1-10. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1486_20
- Simister, H. D., Tkachuk, G. A., Shay, B. L., Vincent, N., Pear, J. J., & Skrabek, R. Q. (2018). Randomized controlled trial of online Acceptance and Commitment Therapy for fibromyalgia. *The Journal of Pain*, 19(7), 741–753. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.02.004>
- Strong, S., Rigby, P., Stewart, D., Law, M., Letts, L., & Cooper, B. (1999). Application of the person-environment-occupational model : A practical tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 122-133. <https://doi.org/10.1177/000841749906600304>
- Sumsion, T. (2000). A revised occupational therapy definition of client-centred practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(7), 304-309. <https://doi.org/10.1177/030802260006300702>
- Sumsion, T., & Law, M. (2006x). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 153-162.
- Thompson, B. (2013). Occupational Therapy's ACTions : vaca *ResearchGate*, 1-9. <https://www.researchgate.net/publication/257945844>
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2008). *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Association Canadienne des ergothérapeutes.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation, Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Association canadienne des ergothérapeutes.
- Trindade, I. A., Guiomar, R., Carvalho, S. A., Duarte, J., Lapa, T., Menezes, P., Nogueira, M. R., Patrão, B., Pinto-Gouveia, J., & Castilho, P. (2021). Efficacy of Online-Based Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain : A Systematic Review and Meta-Analysis. *The journal of Pain*, 22(11), 1328–1342. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.04.003>
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain : a meta-analytic

review. *Cognitive behaviour therapy*, 45(1), 5–31.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>

- Villagrà Lanza, P., Fernández García, P., Rodríguez Lamelas, F., & González-Menéndez, A. (2014). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy in the treatment of substance use disorder with incarcerated women. *Journal of Clinical Psychology*, 70(7), 644–657. <https://doi.org/10.1002/iclp.22060>
- Weinrib, A. Z., Burns, L. C., Mu, A., Azam, M. A., Ladak, S. S., McRae, K., Katznelson, R., Azargive, S., Tran, C., Katz, J., & Clarke, H. (2017). A case report on the treatment of complex chronic pain and opioid dependence by a multidisciplinary transitional pain service using the ACT Matrix and buprenorphine/naloxone. *Journal of Pain Research*, 10, 747–755. <https://doi.org/10.2147/JPR.S124566>
- Wetherell, J. L., Petkus, A. J., Alonso-Fernandez, M., Bower, E. S., Steiner, A. R., & Afari, N. (2016). Age moderates response to acceptance and commitment therapy vs. cognitive behavioral therapy for chronic pain. *International journal of geriatric psychiatry*, 31(3), 302–308. <https://doi.org/10.1002/gps.4330>
- Wilcock, A. (1998). Occupation for health. *British Journal of Occupational Therapy*, 61(8), 340–345. <https://doi.org/10.1177/03080226980610080>
- Wilcock, A. A. (1999). Reflections on doing, being and becoming. *Australian Occupational Therapy Journal*, 46(1), 1–11. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1630.1999.00174.x>
- World Federation of Occupational Therapists. (2010). *Déclaration sur l'ergothérapie*. <https://www.wfot.org/checkout/1863/19937>
- World Federation of Occupational Therapists. (2010). *Déclaration sur la pratique de l'Ergothérapie Centrée sur le Client*. <https://www.wfot.org/checkout/1844/1785>
- World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health (ICF). <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf;jsessionid=DB5455FBE37CB111AA807DFB4DB768CC?sequence=1>

Annexes

Annexe 1 : Exemple de matrice remplie

NB :

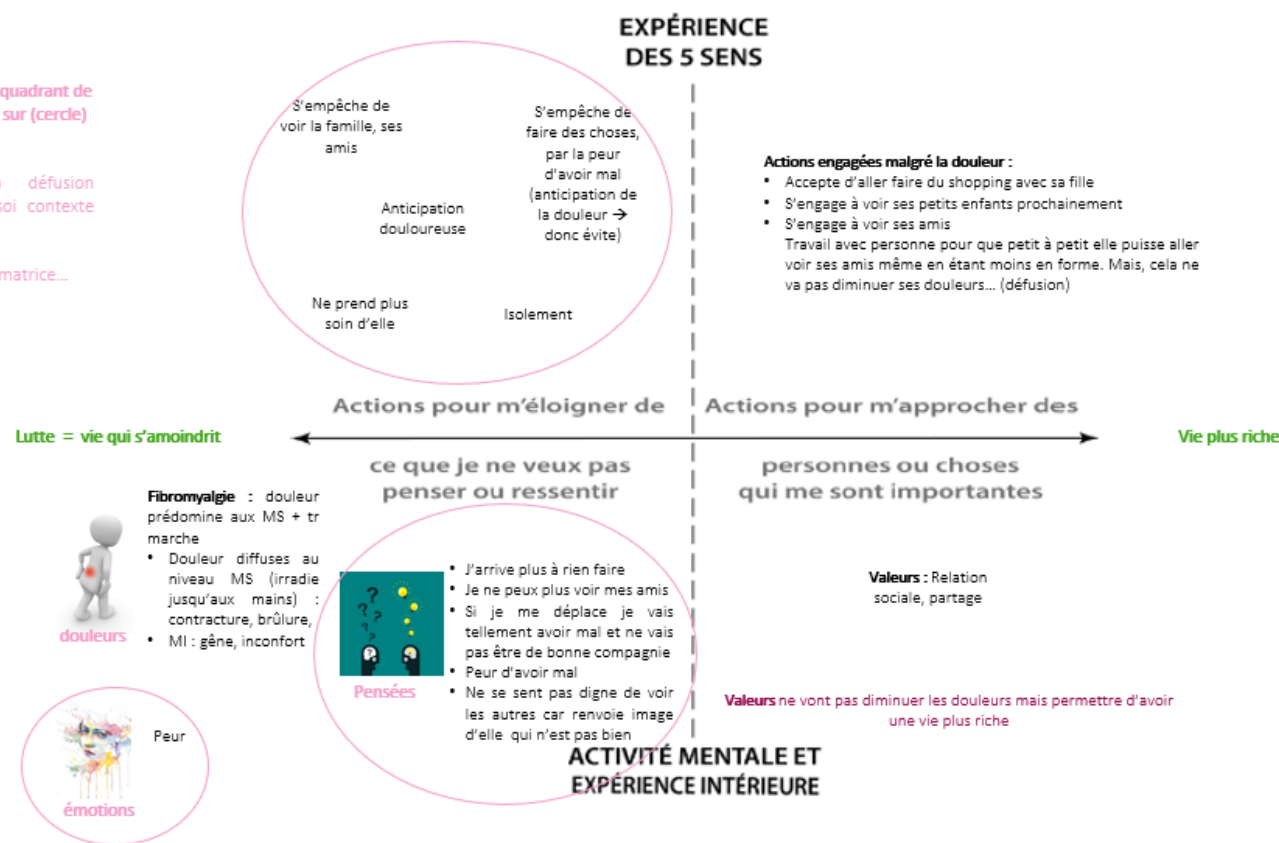
- Nous pouvons utiliser cette matrice pour récolter les informations avec le client, à la place d'avoir une feuille vierge.
- « Matrice physique » : possibilité de demander au client de se positionner sur la matrice (repère visuel) et lui demander de se déplacer dans le bon quadrant en fonction de ce qu'il dit... (→ et on peut l'y aider. Ex. il est en bas à gauche et parle de valeur → on lui dit de se déplacer sur droite)

En ACT on travaille sur quadrant de gauche + précisément sur (cercle)

- cpt,
- émotion,
- pensée (par la défusion principalement + soi contexte et processus)

Et pas sur les douleurs

On lui explique avec la matrice...



NB : cercle = tout ce qui est lutte et souffrance

D'après le cours de D. Vandebosch (communication personnelle, 20 juin 2021)

Annexe 2 : Exemples d'outils utilisés en ACT

Outils utilisés pour travailler l'acceptation

« Le tir à la corde avec un monstre » (Schoendorff et al., 2011, pp. 284-286)

Le ou la client·e tient une corde à une de ses extrémités. Et le ou la thérapeute, jouant le rôle de la souffrance, se situe à l'autre extrémité. Un « gouffre sans fond » est présent (de façon imagée) entre les deux. Le ou la client·e devra résister à sa souffrance qui va tenter de le ou la tirer dans ce gouffre. « Le thérapeute peut donner voix à la souffrance en disant, par exemple : « vous n'aurez jamais confiance en vous ! Vous êtes un perdant ! » » (p. 285).

L'exercice se déroule en plusieurs temps. En revanche, à chaque session, il est demandé au ou à la client·e d'observer ce qu'il se passe, puis de faire part de ses « sensations corporelles ».

1. Après un moment de lutte (où chacun tire de son côté) et d'observation de sensations, le ou la client·e est invité à se diriger à un endroit se trouvant derrière lui, en tenant la corde, pendant que le ou la thérapeute reste immobile. Le but étant qu'il ou elle réalise que ceci est impossible tant qu'il ou elle tire sur la corde.
2. « La quantité de souffrance observée à chaque instant » (p. 286) est symbolisée par « (...) la longueur de la corde passée entre pouce et index » (p. 286). Dans cette session, la corde est tenue grâce à un nœud qui se délie facilement. À nouveau, le ou la client·e est invité·e à se diriger vers le même endroit qu'auparavant et cette fois-ci le ou la thérapeute ne reste pas immobile, mais le ou la suit tout en continuant à parler au nom de la souffrance.

À la fin de l'exercice s'effectue un moment d'échange sur ce qu'il vient de se passer entre le ou la client·e et le ou la thérapeute.

NB : une participante cite cet outil notamment pour le processus de défusion cognitive.

« Surfer sur la souffrance » (Schoendorff et al., 2011, p. 289)

Métaphore du surf, l'explication du thérapeute :

Parfois les choses qui nous assaillent – pensées, émotions, sensations corporelles, douleurs – viennent en vagues si grosses qu'il nous semble qu'il faut absolument les retenir, au risque d'être submergé. C'est tellement épuisant qu'il arrive presque toujours un moment où l'on se laisse emporter. Et le risque est alors de partir à la dérive... Et s'il y avait une alternative à chercher à retenir les vagues ou se laisser emporter ? Cette alternative, ça ressemblerait un peu à surfer. Pas besoin de retenir les vagues pour surfer, et pourtant on ne se laisse pas emporter. On peut même choisir sa direction. Savez-vous comment on apprend à surfer ? ... En s'entraînant à monter sur la planche – dans un premier temps sur le sable – et en apprenant à bien observer les

vagues de plus en plus hautes. Même tomber, ça fait partie d'apprendre à surfer. Surfer, c'est une chose qui s'apprend dans le moment présent – en le faisant, plus qu'en n'en parlant. Coller un manuel de surf sur la planche n'aiderait pas. Notre travail sera un peu pareil, ça sera une thérapie active où je vous inviterai à faire l'expérience directe de ce qui peut vous faire avancer, plutôt qu'en parler ou chercher à vous l'expliquer en détail (Schoendorff et al., 2011, p. 100)

Puis, à partir de cette métaphore initiale, d'autres éléments peuvent être ajoutés selon le ou la client·e, comme le climat actuel dans lequel vit le ou la client·e (tempête), les moyens pour ne pas couler, l'apprentissage de l'observation cela demande de ne pas fuir les éléments désagréables (sensations, pensées, émotions, souvenirs) (comme le surf demande d'observer les vagues)...

Ainsi, le ou la client·e sera invité·e

(...) à surfer sur son émotion aversive du moment. (...) le thérapeute invite le client à observer tout ce qui se présente à lui : pensées, émotions, souvenirs, sensations corporelles et à la nommer ou le décrire en disant simplement : « j'observe... ». Comme les vagues sur l'océan, les pensées et les émotions vont aller et venir, et le client pourra les observer une à une. Se tenir sur la planche, c'est simplement dire, pour chacune d'elles : « J'observe ... », puis la nommer ou la décrire (Schoendorff et al., 2011, p. 289).

Un des buts recherchés par cet exercice est que le ou la client·e comprenne qu'il peut avancer en direction de ce qu'il désire (valeurs), malgré la présence d'éléments négatifs. Mais, aussi que d'être dans une lutte constante contre ces éléments désagréables ne permettent pas de mettre de l'énergie et avancer vers ce qu'il désire.

Outils utilisés pour travailler la défusion cognitive

Convention de langage

- « **Mais et Et** » (Schoendorff et al., 2011, pp. 220-221)

L'utilisation des conjonctions « mais » ou « et » n'ont pas le même impact. Le « mais » aura tendance à limiter le comportement et donc restreindre l'action. En proposant à la personne de simplement remplacer le « mais » par le « et » (phénomène d'addition) rend l'action accessible.

Exemple :

Phrase initiale : « Je veux aller voir mon amie, **mais** j'ai peur que mes douleurs s'amplifient »

Phrase initiale remplacée par : « Je veux aller voir mon amie **et** j'ai peur que mes douleurs s'amplifient »

- « **J'ai la pensée** » (Harris, 2017, p. 167 ; Schoendorff et al., 2011, p. 221) / « **J'ai l'impression que** » (Hayes et al., 2006, p. 9)

L'ajout de ce début de phrase « *j'ai la pensée que* » ou « *j'ai l'impression que* » permet à la personne de se défusionner de ses pensées. Ainsi, la pensée semble plus distante et moins forte.

exemple :

Phrase initiale : « je suis incapable de réaliser ce travail »

Phrase initiale remplacée par :

- ◊ « **j'ai la pensée que** je suis incapable de réaliser ce travail ».
- ◊ « **j'ai l'impression que** je suis incapable de réaliser ce travail ».

Exercices de revocalisation

(Harris, 2017, p. 168 ; Hayes et al., 2006, p. 8-9 ; Schoendorff et al., 2011, p. 224)

Le ou la client-e sera invité-e à exprimer sa pensée :

- à haute voix en variant la vitesse (lent, rapide)
- en changeant sa voix (ex. imitation d'une autre personne)
- en chantant
- etc.

Une interaction différente avec ses pensées est possible grâce à cet exercice.

Exercice de la lutte (Post-it) (Seznec et al., 2019, p. 42)

Cet exercice consiste à noter sur un post-it une pensée insupportable du ou de la client-e (ex. « *je suis nulle* »). Ensuite, ce post-it est collé dans la paume de la main du ou de la thérapeute et le ou la client-e doit repousser ce post-it symbolisant sa pensée le plus fort possible.

Demande du ou de la thérapeute au ou à la client-e :

- « 1. Est-ce que cette situation est confortable pour vous ?
2. Est-ce que vous arrivez à regarder par la fenêtre ainsi ?
3. Est-ce que vous arrivez à lire un livre ainsi ?

Il [le ou la client-e] me répond que non aux trois questions » (Seznec et al., 2019, p. 42).

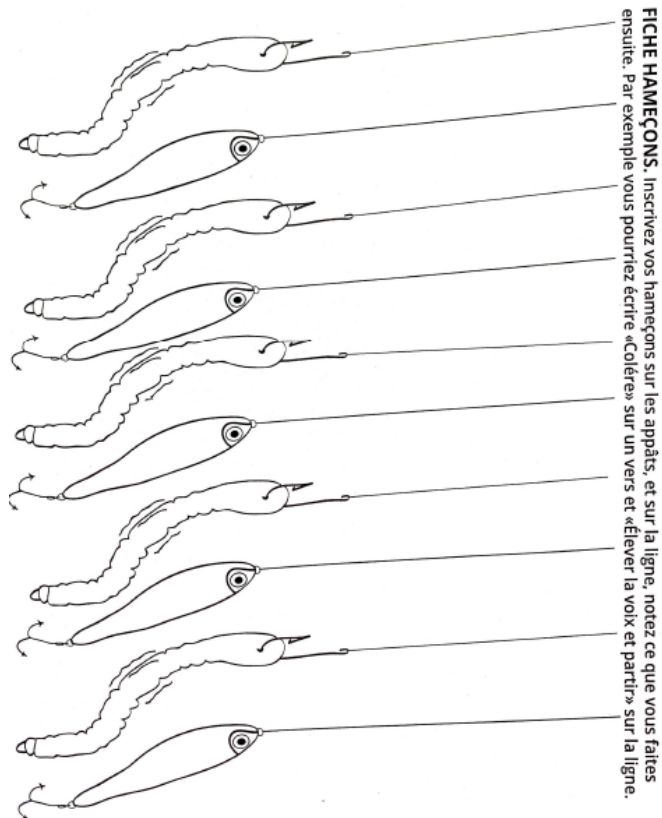
Le thérapeute colle le post-it sur le torse du ou de la client-e et il précise que « (...) personne ne peut s'empêcher de penser » (Seznec et al., 2019, p. 42). En revanche, l'apprentissage à l'entretien d'un autre rapport avec les pensées est possible. Puis il repose les trois mêmes questions. Et cette fois-ci le ou la client-e répond à tout par l'affirmative. Pour terminer, une dernière question est posée à propos de la préférence de la situation (une ou deux) et le ou la client-e répond évidemment la deuxième situation.

Hameçons

Schoendorff et al., (2011) expliquent :

Les pensées avec lesquelles on se retrouve fusionné fonctionnent un peu comme des hameçons. On aperçoit devant soi une pensée qui semble particulièrement « appétissante ». Si l'on mord, on se retrouve hameçonné et on se fait entrainer du côté de la lutte. Les actions que l'on fait ensuite sont souvent des actions à gauche de la matrice [donc lutte]. Par exemple la pensée qu'elle [une personne citée en exemple dans le livre] ne doit pas être triste, fonctionne comme un hameçon (...) [pour elle]. Quand elle mord, elle se met à cacher ses ressentis et s'éloigne des personnes dont elle voudrait se rapprocher (p. 214).

Une des participantes à notre étude nous a transmis des supports qu'elle utilise avec ses client-e-s. Avec son accord nous mettons ici ceux concernant l'hameçon :



Vos Hameçons Favoris ?



- Je suis un loser
- Les autres me jugent
- Je n'y arriverai jamais
- C'est insupportable
- Personne ne me comprends
- J'suis trop faible
- Je suis une mauvaise personne, parent, conjoint-e
- Les autres doivent...
- J'suis pas motivé
- Je rate tout
- Je suis folle
- ...
- ...
- ...



- Si je ressens ça, je ne peux pas faire ça...
- Si je ressens ça, je dois faire ça...
- Je suis coupable
- J'peux pas résister à mes envies
- J'suis pas une bonne personne
- J'ai raison
- J'ai tort
- J'ai pas de contrôle sur moi
- ...
- ...
- ...

Michael's Game

Une des participantes utilise ce jeu pour travailler la défusion cognitive.

Michael's Game est un jeu collaboratif basé sur le raisonnement hypothétique développé pour faciliter le traitement psychologique des idées délirantes. Il a été testé dans une étude randomisée contrôlée qui montre que le jeu conduit à une réduction de la conviction et de la préoccupation avec les idées délirantes. (Seretablir, s.d.)

Ce jeu permet aux patient-e-s d'adopter une attitude plus réflexive sur leurs expériences personnelles, et d'explorer d'autres hypothèses explicatives sur leur vécu en évitant les raccourcis, les conclusions hâtives et les biais cognitifs.

NB : la citation provient du site seretablir.net. Celui-ci propose aux thérapeutes ayant une patientèle atteinte de troubles psychiatriques sévères des outils tant pour l'intervention que pour l'évaluation ; dont le Michael's Game en est d'ailleurs un. (<https://www.seretablir.net/outils-interventions/michaels/>)

Résumé des techniques de défusion (Harris, 2017, p. 187)

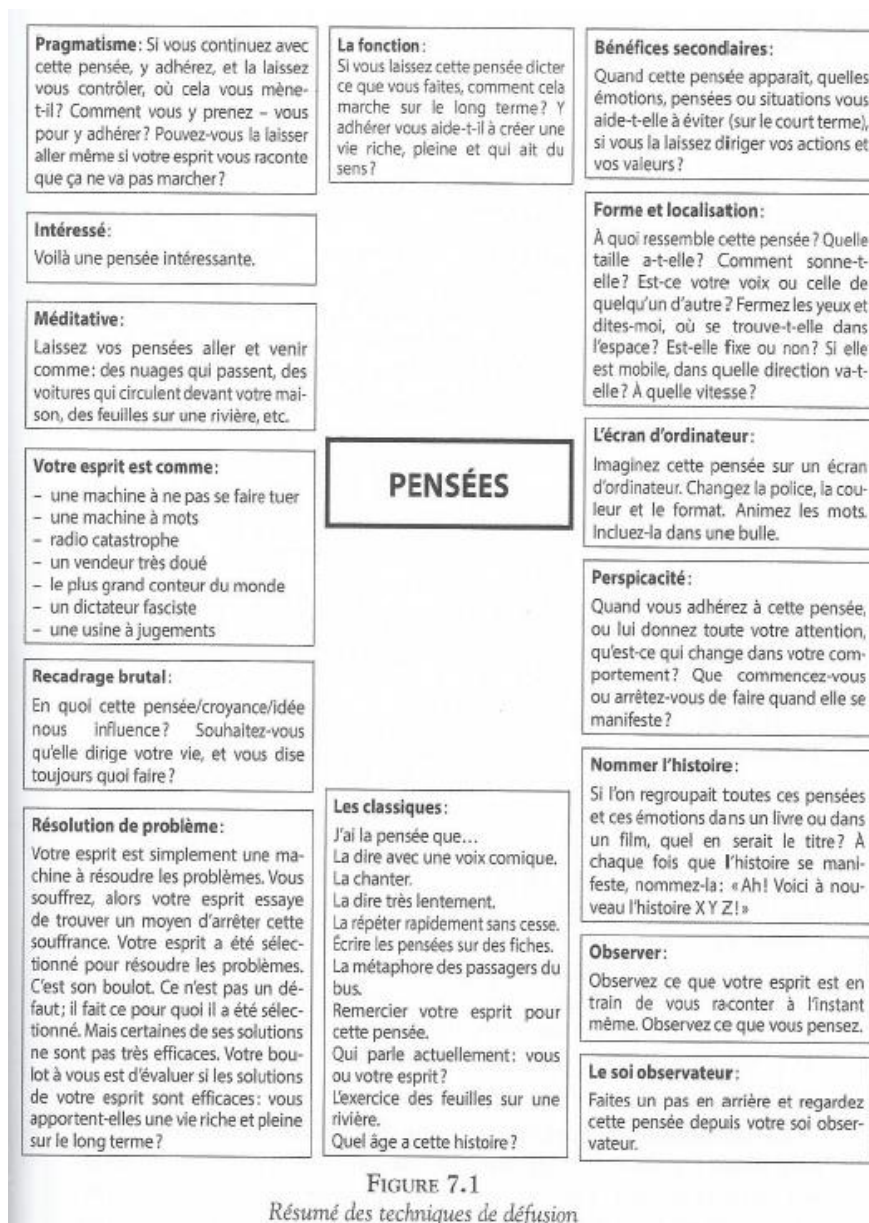


FIGURE 7.1
Résumé des techniques de défusion

Tiré de Harris, 2017, p. 187

Outils utilisés pour travailler le soi observateur

Métaphore du jeu d'échecs

Le jeu d'échecs est utilisé comme métaphore pour les expériences intérieures de la personne. Les expériences positives sont représentées par les pièces noires ou blanches et l'inverse pour les expériences négatives. L'utilisation de ces pièces permet de mieux comprendre et voir, de par l'aspect visible de l'exercice, que très souvent c'est la lutte entre les deux.

Selon Schoendorff et al. (2011) :

Le thérapeute peut demander au ou à la client-e s'il est déjà arrivé qu'une ou l'autre couleur gagne ? Que s'est-il passé le jour suivant ? Y a-t-il eu des jours où il n'y avait plus

que des blancs et des jours où il n'y avait plus que des noirs ? Et vous, où étiez-vous à ce moment ? (...) Et si, plutôt qu'être comme les pièces, vous étiez plus comme le plateau du jeu d'échecs ? Le plateau sur lequel se déplacent les pièces a toujours été là. Il est en contact avec les pièces et il demeure le même d'une partie à l'autre – peu importe l'issue de chaque partie (p. 320).

L'observation des parties d'échecs effectuée par l'activité mentale est suggérée à la personne afin de développer son soi observateur.

Exercices de vie autour du soi observateur (Schoendorff et al., 2011, p. 324)

Les actions et expériences sont observées par le ou la client·e avec, par exemple, l'aide de la matrice (cf. annexe 1). Ceci permet donc l'entraînement au soi observateur.

Exercice de prise de perspective « mon pire et mon meilleur moi » (Schoendorff et al., pp. 324-325)

La personne doit remplir le tableau ci-dessous. Il doit y avoir le même nombre de réponses pour la colonne gauche que droit (et si possible minimum 10 réponses) :

À mon meilleur je suis...	À mon pire je suis...

Schoendorff et al., 2011, p. 325

Une fois le tableau rempli, la personne est invitée à être attentive aux sensations/pensées/émotions... ressenties lors de la relecture de chaque réponse. Puis, elle détermine les réponses « les plus représentatives ». Il lui est aussi demandé si elle arrive à se détacher de ces réponses.

Ensuite, un exercice de projection est effectué. La personne doit s'imaginer dans une situation où elle se sentait de façon similaire à ce qu'elle a inscrit. Et, le ou la thérapeute l'interroge autant sur ce qu'elle voit que sur ce qu'elle ressent, pense...

Pour terminer, il est demandé de former des paires avec les réponses et d'observer s'il est possible de prendre de la distance et avec celles-ci et de les « laisser s'éloigner ».

Outils utilisés pour travailler le moment présent

Exercice de la carte SIM (Schoendorff et al., 2011, pp. 132-137)

La carte SIM est « un exercice méditatif qui permet d'entraîner la discrimination entre expérience intérieure, expérience mentale, et expérience des cinq sens » (Schoendorff et al., 2011, p. 132).

L'acronyme correspond à :

- S : sensations corporelles (à observer au travers de l'expérience intérieure)
- I : intelligence (à observer au travers de l'activité mentale)
- M : monde (à observer au travers de l'expérience des cinq sens)

L'exercice apprend au ou à la patient-e à mieux distinguer les différents éléments constituant son expérience, et à les replacer dans le contexte de l' « ici et maintenant ». Cet entraînement à l'instant présent est une base qui aide à aborder ensuite le travail sur la lutte intérieure. L'exercice peut être proposé en séance, mais le ou la patient-e est encouragé-e à le pratiquer également en dehors.

Exercice de balayage corporel (Schoendorff et al., 2011, p. 139)

NB : Cet exercice peut également être utilisé pour le processus d'acceptation.

Le ou la client-e est amené par le ou la thérapeute à observer les sensations présentes dans son corps, de façon segmentée soit partie par partie, en commençant par le bas du corps puis en remontant. À la fin, l'observation se fait de façon générale, soit du corps en son entier.

Observation de l'expérience des cinq sens (Schoendorff et al., 2011, p. 139)

Pendant quelques minutes, il est demandé au ou à la client-e d'être attentif a un ou plusieurs de ses sens.

Outils utilisés pour travailler les valeurs

Exercices des pierres tombales (Schoendorff et al., 2011, p. 253)

Afin d'aider le ou la patient-e à identifier les valeurs qui lui sont centrales, celui ou celle-ci est invité-e à imaginer ce qu'il ou elle aimerait voir inscrit sur sa pierre tombale.

Une vie que vous admirez (Schoendorff et al., 2011, pp. 253-254)

Le ou la thérapeute propose au ou à la patient-e de citer un personnage historique ou de fiction qu'il ou elle admire, afin de déterminer quels sont les éléments de sa vie ou les qualités qu'il ou elle considère comme admirables.

Vous remercier dans cinq ans (Schoendorff et al., 2011, p. 254)

Cet exercice est particulièrement adapté aux jeunes patient·e·s pour qui il est parfois difficile de se projeter dans l'avenir. En les guidant progressivement, le ou la thérapeute leur propose d'essayer de s'imaginer dans quelques années, et de ressentir de la reconnaissance pour eux ou elles-mêmes à propos d'une action qu'ils ou elles ont réalisée aujourd'hui pour eux ou elles-mêmes, ou pour quelqu'un d'autre.

Le dernier jour sur terre (Schoendorff et al., 2011, p. 255)

Il est demandé au ou à la patient·e d'imaginer qu'il ne lui reste qu'un jour à vivre. Il ou elle est amené·e à revenir sur son passé pour identifier les actions dont il ou elle est particulièrement fier·ère. Il ou elle est ensuite amené·e à citer trois actions qu'il ou elle regrette et sur lesquelles il ou elle souhaiterait pouvoir revenir.

Outils utilisés pour travailler l'action engagée

Fiche d'activation comportementale valorisée

La personne doit remplir cette fiche d'activité, puis client·e et thérapeute l'analyseront la prochaine séance.

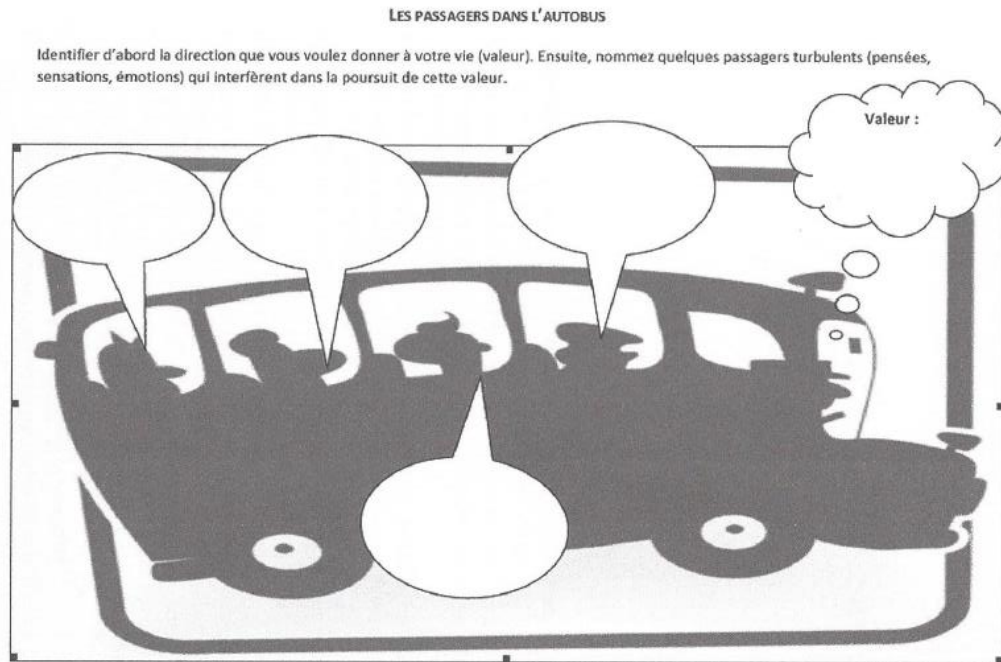
FICHE D'ACTIVITÉS Nom: _____ Semaine: _____ Date: _____

Jour						
6 - 7						
7 - 8						
8 - 9						
9 - 10						
10 - 11						
11 - 12						
12 - 13						
13 - 14						
14 - 15						
15 - 16						
16 - 17						
17 - 18						
18 - 19						
19 - 20						
20 - 21						
21 - 22						
22 - 23						

Pour chaque activité inscrite, notez un A si c'était une activité pour s'approcher de quelque chose d'important et un E si c'était pour s'éloigner de quelque chose que vous ne vouliez pas ressentir. Si l'activité était facile à engager, inscrivez une étoile (*), deux étoiles si la difficulté était moyenne (***) et trois étoiles si l'action était difficile à engager (***).

Métaphore du bus

Selon Schoendorff et al. (2011), l'intégralité du modèle ACT est illustrée par le biais de cette métaphore. La vie est comparée à un bus, dont le chauffeur ou la personne est le maître.



Tiré de Schoendorff et al., 2011, p. 451

Le chauffeur a plusieurs possibilités face à des passagers perturbateurs :

1. s'arrêter et tenter de les faire descendre. Pendant ce temps, le bus ne poursuit pas sa route.
2. entamer une discussion avec eux, mais pendant ce temps le bus ne poursuit toujours pas sa route.
3. trouver une entente et accepter de changer quelque peu sa trajectoire pour gagner de la sérénité. Cependant, en répétant les compromis le risque est que le bus tourne en rond.
4. la dernière option consiste à d'emblée informer les passagers de la direction sans se soucier d'eux. S'ils s'avancent vers le chauffeur, il peut toujours les écouter sans se laisser submerger. Parfois, le chauffeur peut même suivre leur conseil lui permettant d'éviter les dangers. Mais, il maintient ses choix et objectifs.

Annexe 3 : Autres outils cités dans les entretiens

Nous listons ci-dessous des outils cités par l'une ou l'autre des participantes, mais que nous n'avons pas retrouvés dans les livres que nous avons à notre disposition et qui finalement ne visent pas un processus en particulier.

Vidéo de M. Ramesh

Le lien pour accéder à une vidéo qu'une participante donne à ses client-e-s pour leur expliquer ce qu'est l'ACT :

<https://www.youtube.com/watch?v=ZYgvZJY8vow>

Colonnes de Beck

Fiche à 5 colonnes de Beck

(d'après Cottraux, 2011, p. 216)

SITUATION	EMOTIONS	PENSÉES AUTOMATIQUES	PENSÉES ALTERNATIVES	RÉSULTAT
<i>Décrire l'évènement ou le fil de pensées qui a déclenché l'émotion</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Spécifier l'émotion ressentie2. Evaluer son intensité (0 à 100%)	<ol style="list-style-type: none">1. Ecrire littéralement la pensée qui a précédé, accompagné ou suivi l'émotion2. Evaluer votre niveau de croyance dans la pensée (0 à 100%)	<ol style="list-style-type: none">1. Ecrire d'autres pensées qu'il aurait été possible d'avoir face à cette situation2. Evaluer votre niveau de croyance dans chaque pensée (0 à 100%)	<ol style="list-style-type: none">1. Réévaluer votre niveau de croyance dans la pensée automatique2. Réévaluer l'intensité de l'émotion

Selon le cours de J. Desrosier (Communication personnelle, mars 2021)

Annexe 4 : Outils permettant le recueil de données et mesures

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8965771/>

AAQ-2 ou AAQ-II

Cet outil se trouve dans l'ouvrage de Seznec et al., 2019 (pp. 44-45), ainsi que de Schoendorff et al. 2011 (pp. 429-430). Mais, il est également dans l'article de Monestès et al. (2009).

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 |

Tiré de Monestès et al., 2009, p. 307

CAMS-R

The Cognitive and Affective Mindfulness Scale – Revised (CAMS-R)

The CAMS-R is a 12-item measure designed to capture a broad conceptualization of mindfulness with language that is not specific to any particular type of meditation training.

Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S. et al. *J Psychopathol Behav Assess* (2007) 29: 177.
doi:10.1007/s10862-006-9035-8

Instructions: People have a variety of ways of relating to their thoughts and feelings. For each of the items below, rate how much each of these ways applies to *you*.

- _____ 1. It is easy for me to concentrate on what I am doing.
- _____ 2. I am preoccupied by the future.
- _____ 3. I can tolerate emotional pain.
- _____ 4. I can accept things I cannot change.
- _____ 5. I can usually describe how I feel at the moment in considerable detail.
- _____ 6. I am easily distracted.
- _____ 7. I am preoccupied by the past.
- _____ 8. It's easy for me to keep track of my thoughts and feelings.
- _____ 9. I try to notice my thoughts without judging them.
- _____ 10. I am able to accept the thoughts and feelings I have.
- _____ 11. I am able to focus on the present moment.
- _____ 12. I am able to pay close attention to one thing for a long period of time.

Scoring: Items 2, 6, and 7 are reverse-scored. After appropriate reversals, sum values for items 1 - 12. Higher values reflect greater mindful qualities.

Tiré de : https://qgsc.berkeley.edu/images/uploads/The_Cognitive_and_Affective_Mindfulness_Scale_%E2%80%93_Revised.pdf

Cognitive and Affective Mindfulness Scale- Revised (CAMS-R)

Please respond to each item by marking <u>one box per row</u>		Rarely/Not at All	Sometimes	Often	Almost Always
CAMS-R1	It is easy for me to concentrate on what I am doing.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
CAMS-R3	I can tolerate emotional pain.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
CAMS-R4	I can accept things I cannot change.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
CAMS-R5	I can usually describe how I feel at the moment in considerable detail.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
CAMS-R6	I am easily distracted. (R)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
CAMS-R8	It's easy for me to keep track of my thoughts and feelings.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
CAMS-R9	I try to notice my thoughts without judging them.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
CAMS-R10	I am able to accept the thoughts and feelings I have.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
CAMS-R11	I am able to focus on the present moment.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
CAMS-R12	I am able to pay close attention to one thing for a long period of time.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Scoring: Note that 6 is reversed scored. Sum of all values reflect greater mindful qualities.

Your total score: _____

Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 177-190.
Note that original scale was 12 items, but the original items 2 and 7 were deleted as less useful than the remaining 10.

Tiré de : <https://ogg.osu.edu/media/documents/MB%20Stream/CAMS-R.pdf>

L'échelle PHLMS

2. PHILADELPHIA MINDFULNESS SCALE – PHLMS

Cardaciotto et al. (2005). Traduction Française: Berghmans, Kretsch, Tarquinio (2008)

Instructions : Veuillez entourer la fréquence à laquelle vous avez fait l'expérience de chacune des énonciations suivantes *au cours de la semaine passée*.

1. Je suis conscient des pensées traversant mon esprit.

1. Jamais	2. Rarement	3. Parfois	4. Souvent	5. Très souvent
-----------	-------------	------------	------------	-----------------

2. J'essaye de me distraire lorsque je ressens des émotions désagréables.

1. Jamais	2. Rarement	3. Parfois	4. Souvent	5. Très souvent
-----------	-------------	------------	------------	-----------------

3. Lorsque je parle avec d'autres personnes, je suis conscient de leurs expressions faciales et corporelles.

1. Jamais	2. Rarement	3. Parfois	4. Souvent	5. Très souvent
-----------	-------------	------------	------------	-----------------

4. Je ne veux pas penser à certains aspects de moi-même.

1. Jamais	2. Rarement	3. Parfois	4. Souvent	5. Très souvent
-----------	-------------	------------	------------	-----------------

5. Lorsque je prends une douche, je suis conscient de la façon dont l'eau ruisselle sur mon corps.

1. Jamais	2. Rarement	3. Parfois	4. Souvent	5. Très souvent
-----------	-------------	------------	------------	-----------------

6. J'essaye de rester occupé afin d'empêcher des pensées ou des sentiments d'arriver à mon esprit.

1. Jamais	2. Rarement	3. Parfois	4. Souvent	5. Très souvent
-----------	-------------	------------	------------	-----------------

7. Lorsque je suis très surpris, je constate ce qu'il se passe à l'intérieur de mon corps.

1. Jamais	2. Rarement	3. Parfois	4. Souvent	5. Très souvent
-----------	-------------	------------	------------	-----------------

8. Je souhaiterais pouvoir contrôler mes émotions plus facilement.

1. Jamais	2. Rarement	3. Parfois	4. Souvent	5. Très souvent
-----------	-------------	------------	------------	-----------------

9. Lorsque je marche à l'extérieur, je suis conscient des odeurs ou de la façon dont je ressens l'air sur mon visage.

1. Jamais	2. Rarement	3. Parfois	4. Souvent	5. Très souvent
-----------	-------------	------------	------------	-----------------

10. Je me dis que je ne devrais pas avoir certaines pensées.

1. Jamais	2. Rarement	3. Parfois	4. Souvent	5. Très souvent
-----------	-------------	------------	------------	-----------------

11. Lorsque quelqu'un me demande comment je me sens, je peux identifier mes émotions facilement.

1. Jamais	2. Rarement	3. Parfois	4. Souvent	5. Très souvent
-----------	-------------	------------	------------	-----------------

12. Il y a des choses auxquelles j'essaye de ne pas penser.

1. Jamais	2. Rarement	3. Parfois	4. Souvent	5. Très souvent
-----------	-------------	------------	------------	-----------------

13. Je suis conscient de mes pensées lorsque mon humeur change.

1. Jamais	2. Rarement	3. Parfois	4. Souvent	5. Très souvent
-----------	-------------	------------	------------	-----------------

14. Je me dis que je ne devrais pas me sentir triste.

1. Jamais	2. Rarement	3. Parfois	4. Souvent	5. Très souvent
-----------	-------------	------------	------------	-----------------

15. Je constate des changements dans mon corps, comme mon cœur qui bat plus vite ou mes muscles qui se tendent.

1. Jamais	2. Rarement	3. Parfois	4. Souvent	5. Très souvent
-----------	-------------	------------	------------	-----------------

Tiré de Schoendorff et al., 2011, pp. 430-431

Annexe 5 : Questionnaire

Questionnaire adressé à la Suisse francophone, Belgique, Canada, France, Luxembourg

Utilisation de l'ACT en ergothérapie

Description du formulaire

Utilisez-vous ou avez-vous utilisé la méthode ACT dans le cadre de votre pratique? *

Oui

Non

⋮

Seriez-vous d'accord de nous indiquer votre adresse e-mail pour que nous puissions vous contacter pour un court entretien concernant votre expérience?

Oui

Non

Adresse mail

Réponse courte

NB :

Sur Ergonet, nous avons donné la possibilité aux personnes de mettre leur adresse mail **et/ou** numéro de téléphone. Puis, nous avons modifié ainsi lorsque nous avons transmis le questionnaire à d'autres pays. En effet, ne sachant pas d'où les personnes nous écrivaient, nous ne voulions pas les rappeler à des heures indécentes du au décalage horaire.

Questionnaire adressé à la Suisse germanophone

Einsatz der Acceptance und Commitment- Therapie (kurz ACT) in der Ergotherapie

Description du formulaire

Setzen Sie oder haben Sie die Acceptance und Commitment-Therapie in Ihrer
Therapeutenaktivität eingesetzt? *

- Ja
- Nein

Sind Sie einverstanden, uns Ihre Mail-Adresse oder Telefon-Nummer zu geben, um in einem
kurzen Gespräch weitere Fragen zur Acceptance und Commitment-Therapie zu klären? *

- Ja
- Nein

Mail-Adresse oder Telefon-Nummer *

Réponse courte

Annexe 6 : Échantillonnage

Utilisation de différents moyens pour contacter les ergothérapeutes pratiquant l'ACT :

- Messages sur les réseaux sociaux :
 - groupe d'ergothérapeutes (Suisse, Belgique, Canada, France)
 - deux écoles dispensant la formation ACT (« Groupe de l'institut de Psychologie Contextuelle » à Québec, « Association Francophone pour une science comportementale contextuelle » à Bruxelles)
 - un groupe destiné aux praticien.nes novices et expérimentés en ACT (« Groupe ACT : la thérapie d'acceptation et d'Engagement – français »)
- Mail aux différentes associations des ergothérapeutes afin qu'ils transmettent notre message à leurs membres :
 - Association Suisse des ergothérapeutes (ASE) : un mail français – allemand a été envoyé à tous les responsables de section.
 - Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE)
 - Association Luxembourgeoise des Ergothérapeutes Diplômés (ALED)
 - Association Canadienne des ergothérapeutes (ACE)
 - Union Professionnelle des Ergothérapeutes – belge francophone & germanophone (UPE)

Annexe 7 : Guide d'entretien

Ce guide d'entrevues individuelles semi-dirigées n'est pas suivi de façon linéaire, il est flexible et sert de support et de fil conducteur à l'entretien en regroupant les différentes thématiques à aborder (Nez, 2011).

GUIDE D'ENTRETIEN

Coordonnées de la personne interrogée

- Date de l'entretien : _____
- Type d'entretien (face à face, visioconférence) : _____
- Nom de la personne rencontrée : _____
- Téléphone : _____
- Adresse Mail : _____

Introduction et présentation

Bonjour, nous vous remercions pour le temps que vous être prête à nous consacrer pour cet entretien. Nous sommes étudiantes en troisième année en ergothérapie à la Haute école de travail social et de la santé de Lausanne (HETSL). Dans le cadre de notre travail de Bachelor, nous souhaitons étudier comment l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) est intégrée à la pratique des ergothérapeutes qui l'utilisent avec leurs patients, et quelle est la plus-value de cette méthode dans leurs interventions. Votre expérience personnelle permettra au travers de ce travail de documenter et d'approfondir cette thématique encore peu explorée dans la littérature.

Ce projet est sous la direction de Valérie Simonet, maître d'enseignement à la Haute école de travail social et de la santé de Lausanne, et sous la co-direction du Docteur Titus Bihl Lainsbury médecin chef adjoint en médecine physique et réhabilitation à l'HFR de Fribourg et médecin responsable UATO EMS La Providence.

L'entretien réalisé aujourd'hui durera entre 45 et 90 minutes et les questions porteront sur les thèmes suivants :

1. Votre contexte de pratique et votre expérience personnelle
2. Biais par lequel vous avez découvert l'ACT
3. Votre formation à l'ACT

4. Présentation de la méthode avec les patients
5. Mise en œuvre de l'ACT
6. Résultats que vous avez observés
7. Votre avis sur l'ACT vis-à-vis de votre pratique
8. Diffusion de la méthode ACT

Nous tenons à préciser que l'entretien sera entièrement confidentiel et que vous êtes libre de répondre ou non aux questions. Vous pouvez interrompre l'entretien si vous le souhaitez et poser des questions si vous avez besoin de plus d'informations.

Afin de faciliter la retranscription des données ultérieurement, et conformément à votre accord suite à la signature du consentement éclairé, l'entretien sera enregistré.

Avez-vous des questions concernant le déroulement de l'entretien avant de débiter ?

Guide d'entretien

Thèmes	Questions	Réponses envisageables
Contexte de pratique, expérience professionnelle	• Depuis quand pratiquez-vous en tant qu'ergothérapeute ?	⇒ Nbre mois/années
	• Avez-vous une formation professionnelle antérieure ? Si oui laquelle ?	⇒ Psychologue...
	• Dans quel domaine pratiquez-vous actuellement ?	⇒ Santé physique (douleurs, neurologie), ⇒ Santé mentale (dépression, tr. anxieux, symptômes psychotiques, tr personnalité, ado à risque, abus de substances ?)
	• Quelle est la clientèle prise en charge dans votre institution ?	⇒ enfants, adolescents, adultes, personnes âgées
	• Dans quel type d'institution travaillez-vous ? Depuis combien de temps ?	⇒ Hôpital, cabinet, domicile
	• Quel est le type de pratique	⇒ indépendante, employée
	• Travaillez-vous en équipe pluridisciplinaire ? Si oui quel genre d'équipe pluridisciplinaire ? <i>Aide pour la discussion (si besoin) :</i> Quels sont les professionnels composant cette équipe ?	⇒ oui / non ⇒ ergothérapeute, physiothérapeute, psychologue, psychiatre, assistant social... ?
Découverte de l'ACT	• Comment avez-vous découvert l'ACT ?	⇒ Dans le cadre de la formation d'ergothérapeute, recherche de formation continue, séminaire, recherche sur internet, proposition de la hiérarchie/collègue...
	• Quelles ont été vos démarches après avoir entendu parler de l'ACT et avant de vous être inscrit à une formation	⇒ Consultation de livres concernant le sujet ⇒ Utilisation des moteurs de recherche pour en savoir davantage

	<p><u>Aide pour la discussion :</u> Vous êtes-vous renseigné sur les EBP ?</p>	<p>⇒ lecture de diverses études sur l'explication de la thérapie et sur l'efficacité</p> <p>⇒ renseigner sur EBP : quelle population elle s'avère efficace...</p>
Formation à l'ACT	<p>• Quelles ont été vos motivations initiales à suivre cette formation</p>	<p>⇒ lien entre ACT et ergothérapie ; apport de l'ACT pour l'ergothérapie</p> <p>⇒ Manque d'outils pour la clinique</p>
	<p>• Comment vous êtes-vous formés à l'ACT ?</p> <p><u>Aide pour la discussion :</u> Où et comment, quand, combien de temps a duré la formation</p>	<p>⇒ où et comment: dans une école avec un intervenant, à distance avec un intervenant ou autodidacte (formation en ligne)</p> <p>⇒ quand : année</p> <p>⇒ combien de temps a duré la formation .</p>
	<p>• Pratiquez-vous la méthode sur vous-même ?</p> <p>◊ Si oui, de quelle manière et à quelle fréquence ?</p>	<p>⇒ oui / non</p> <p>⇒ explication :</p> <p>⇒ utilisation de son hexaflex en parallèle afin de partager sa propre expérience de l'intervention à ses patients (position égalitaire).</p> <p>⇒ Raison : le thérapeute est lui aussi soumis à la fusion cognitive et l'évitement expérientiel.</p> <p>⇒ → mise en commun appuie sa posture de non-jugement, empathie + opportunité pour lui de progresser.</p>
Présentation de la méthode aux patients ACT et patients	<p>• Avec quel patient utilisez-vous l'ACT ?</p> <p><u>Aide pour la discussion :</u> Y a-t-il des critères d'inclusion/exclusion (âge, type de pathologie, niveau cognitif...) ?</p>	<p>⇒ Critères d'inclusion / exclusion</p> <p>◊ âge : enfant dès quel âge, adulte, personnes âgées</p> <p>◊ type de pathologies</p> <ul style="list-style-type: none"> - santé physique : douleur, oncologie, neurologie (épilepsie) - santé mentale : dépression, tr. anxieux, symptômes psychotiques, tr. personnalité, ado à risque, tr. abus substances - programme de prévention-promotion santé - amélioration apprentissage (neurodéveloppemental) <p>◊ niveau cognitif (pas de démence)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Présentez-vous l'ACT au patient lorsque vous l'utilisez ? <ul style="list-style-type: none"> ◊ Si oui <ul style="list-style-type: none"> - de quelle manière ? - Quelles sont les réactions des patients à ce moment-là ? ◊ si non : <ul style="list-style-type: none"> - y a-t-il des raisons ? Quelles sont-elles ? - Quelles sont les réactions des patients lors de l'utilisation de méthodes appartenant à l'ACT 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ ... ⇒ utilisation implicite, explicite ⇒ explications uniquement orale, explications orale et utilisation de schéma type hexaflex, matrice... ⇒ Proposition de lectures sur le sujet
	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les réactions que vous avez rencontrées avec les patients ? <i>Aide pour la discussion :</i> ◊ Est-ce que certains patients connaissaient déjà la méthode ? si oui, est-ce qu'ils la pratiquaient ? ◊ Comment les patients réagissent au fait que le but n'est pas à tout prix de diminuer les symptômes ? (quand cela leur est expliqué) 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ surpris : car leur but en venant en thérapie est de diminuer les symptômes ⇒ certains patients la connaissaient déjà ⇒ posent bcp de questions ⇒ réticent ⇒ ...
	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous été confrontée à des difficultés pour l'adhésion des patients ? Lesquelles ? • à titre comparatif, sont-elles plus nombreuses, moins nombreuses que lors d'utilisation d'autres méthodes ? • Avez-vous été confrontés à d'autres difficultés que celles concernant l'adhésion des patients ? 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ oui, non ⇒ difficulté à saisir l'importance de suivre nos valeurs, actions engagées si celles-ci ne diminuent pas les symptômes... ⇒ ... ⇒ ex. légitimité d'utiliser cette approche en ergo par les médecins ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il des situations qui favorisent l'utilisation de l'ACT ou au contraire qui lui sont défavorables ? 	
Mise en œuvre de l'ACT	<ul style="list-style-type: none"> • Quels processus de l'ACT utilisez-vous ? 	<p>⇒ acceptation, défusion cognitive, soi contexte (ou observateur), moment présent, valeurs, actions engagées,</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Suivez-vous toujours le même processus ? <ul style="list-style-type: none"> ◊ Si non : suivez-vous un même processus pour un petit groupe de personnes ? <u>Aide à la discussion :</u> Par exemple, avec un type de population, vous commencez généralement d'un côté de la matrice... ◊ si oui, - et quel est ce processus ? - quel est le point commun de ses personnes 	<p>⇒ si oui, détail processus : présentation ACT, matrice, travail sur acceptation, puis défusion, puis... (ordre que l'ergo utilise)</p> <p>⇒ Utilisation d'une lettre de début de thérapie ?</p> <p>⇒ si non exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◊ personnes avec un terrain anxieux : travail d'abord sur les valeurs avant d'observer les situations de lutte... ◊ personnes dépressives ◊ personnes avec douleur chronique : utilisation de la matrice et démonstration de lutte... ◊ ... ◊ utilisation d'un élément en particulier très régulièrement (lequel) <p>⇒ L'ACT étant fondée sur un processus favorisant la flexibilité psychologique, sa mise en œuvre ne suit pas un protocole selon un cadre rigide et figé dans le temps</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisez-vous des modèles de pratique ou des cadres de références ? Si oui, lesquels ? 	<p>⇒ MCRO, MOH, PEO, Modèle de réadaptation, Modèle du rétablissement, cadre biomécanique...</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Comment mettez-vous en œuvre les séances ACT avec vos patients ? <u>Aide pour la discussion :</u> ◊ quel est le type de séance : individuelle – groupe 	<p>⇒ Séance de groupe / individuelle</p> <p>⇒ séances dédiées entièrement à cela (durée) / partie de séance (avec proportion)</p> <p>⇒ pratique en bloc ou alternée</p> <p>⇒ fréquence : occasionnellement, 1x par semaine, toujours...</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ◇ quelle durée d'utilisation d'ACT : séance entière (durée), partie de séance ◇ Quelle fréquence : occasionnellement, toujours... ◇ Quelle durée d'intervention : 9 séances, 18 séances... ◇ quelles sont les techniques utilisées ? ◇ quels outils 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ sur une durée de quelle période : 9 séances, 18... ⇒ La durée d'une intervention ACT peut ainsi varier de quelques séances à une thérapie s'étalant sur plusieurs mois. ⇒ Techniques utilisées : métaphore, matrice, exercices expérientiels, exercices autour du langage → avec des exemples
	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il des exercices types que vous faites en fonction de la problématique de patient ? • Utilisez-vous des protocoles en fonction des pathologies ? <p><u>Question supplémentaire :</u> Faites-vous partie de l'association for contextual behavioral science ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ex- fiche d'activation comportementale avec les personnes souffrant de dépression ⇒ Utilisation de protocoles proposés par l'ACBS (association for contextual behavioral science) ?
	<ul style="list-style-type: none"> • Comment intégrez- la pratique de l'ACT au processus ergo (évaluation, problématisation, objectifs, intervention, réévaluation) ? <p><u>Aide pour la discussion :</u> à quel moment de la prise en charge utilisez-vous l'ACT ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Évaluation – réévaluation : utilisation de la matrice ⇒ Objectif, planification de l'intervention : utilisation de la roue de satisfaction pour définir avec le ou la client-e sur quelle problématique il désire travailler ⇒ Réalisation : utilisation d'exercices...
	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quels domaines utilisez-vous préférentiellement l'ACT avec vos patients ? 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ AVQ, productivité et/ou loisirs
	<ul style="list-style-type: none"> • Êtes-vous parfois confrontée à des difficultés lors du processus ACT ? Si oui lesquelles 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Blocages : réticences, perte de motivation, difficultés à identifier les valeurs, désaccords...
	<ul style="list-style-type: none"> • Comment qualifieriez-vous la mise en œuvre de l'ACT dans votre pratique ? <p><u>2e temps :</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ difficile au début puis ensuite plus facile, intuitive, aisée... ⇒ facile, car point commun avec ergothérapie notamment sur l'importance de l'activité significative, vision holistique.

	<ul style="list-style-type: none"> ◇ En quoi est-ce difficile ? ◇ En quoi est-ce aisé ? ◇ ... 	<p>⇒ difficile : car les patients viennent en thérapie avec l'idée de vouloir diminuer les symptômes</p>
<p>Résultats observés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment évaluez-vous les effets de l'ACT sur vos patients ? <p><u>Aide pour la discussion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Utilisez-vous des mesures standardisées ? Lesquelles ? ◇ Des mesures non standardisées ? Entretiens, observation, autre ... ? ◇ Quels sont les indicateurs évalués ? <ul style="list-style-type: none"> - Facteurs psychosociaux ? - Facteurs physiques ? - Facteurs psychologiques ? - Activation dans la vie quotidienne ? - Intensité de la douleur ? - Participation sociale ? ◇ Évaluez-vous les résultats à long terme ? 	<p>⇒ Utilisation d'instruments de mesure standardisés (lesquels ?), non standardisés (entretiens, obs, ...)</p> <p>⇒ Indicateurs évalués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Facteurs psychosociaux ? ◇ Facteurs physiques ? ◇ Facteurs psychologiques ? ◇ Activation dans la vie quotidienne ? participation sociale ◇ Intensité de la douleur <p>⇒ Évaluation à court-moyen-long terme</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous constaté une permanence des résultats sur le long terme ? 	<p>Exemples :</p> <p>⇒ Changement de vision par rapport à la problématique, moins de centration dessus et apprentissage à vivre avec</p> <p>⇒ participation sociale augmentée</p> <p>⇒ vie plus riche avec pas forcément moins de symptômes... + de sens, + de joie, + de bien-être...</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Comment considérez-vous les résultats de l'ACT comparativement aux méthodes que vous utilisez habituellement ? <p><u>Aide pour la discussion :</u></p>	<p>Exemples de réponses :</p> <p>⇒ Résultats : meilleurs – identique – moins bons.</p> <p>⇒ ACT semble être plus efficace pour amorcer le changement</p> <p>⇒ Qualité de vie : meilleure – identique - moins bonne</p> <p>⇒ atteintes des résultats : + rapide – identique – moins rapide</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Au niveau du changement, y a-t-il une différence si l'ACT est utilisé ou non ? ◇ Y a-t-il une différence au niveau de la qualité de vie ? ◇ Y a-t-il une différence au niveau de la durée pour l'obtention des résultats similaires ? ◇ Voyez-vous une différence au niveau de la durée totale de la thérapie et renouvellement des bons d'ergothérapie avec l'utilisation de l'ACT ? <ul style="list-style-type: none"> ● Avez-vous remarqué une différence de participation des client·e·s en utilisant l'ACT ? Dites m'en plus... <i>Aide pour la discussion :</i> Différences : <ul style="list-style-type: none"> ◇ Au niveau de la thérapie en elle-même ◇ Au niveau de la participation sociale ? ◇ Dans la réalisation d'activités de la vie quotidienne 	<p>⇒ Maintien des résultats sur le long terme : meilleur – identique – moins bons</p> <p>⇒ thérapie moins longue, moins de répétition (vu que dit que diminutions des coûts liés à la santé)</p> <hr/> <p>⇒ Modification de la participation</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ en thérapie (↗ ou = ou ↘) + explication ◇ sociale de manière générale (↗ ou = ou ↘) + explications ◇ dans la VQ au niveau de ses AVQ/AIVQ, productivité et loisirs (↗ ou = ou ↘) + explications
Avis sur l'ACT vis-à-vis de votre pratique	<ul style="list-style-type: none"> ● Comment considérez-vous la faisabilité et la praticité de l'ACT comparativement aux méthodes que vous utilisez habituellement ? ● Avez-vous l'impression que depuis l'introduction de l'ACT dans votre pratique, celle-ci a évolué ? <ul style="list-style-type: none"> ◇ si oui, de quelle manière ? ◇ si non pourquoi ? <i>Aide pour la discussion :</i> qu'est-ce qui a été différent et qu'est-ce qui est resté identique ? 	<p>⇒ Adhésion patient, durée prise en charge, explication du processus interventionnel...</p> <hr/> <p>⇒ oui / non</p> <p>⇒ modification :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ + de discussion autour des valeurs, sur le sens... ◇ ne cherche plus à tout prix à vouloir faire diminuer douleurs des patients ◇ aborde les choses de manière différente : plus de lutte, mais acceptation ◇ ... <p>⇒ Identique :</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ◇ l'activité significative a toujours été importante ◇ pratique top down, où l'activité = centrale ◇ vision holistique de la personne ◇ ...
	<ul style="list-style-type: none"> • Envisagez-vous de poursuivre avec cette méthode ? Pour quelles raisons ? 	⇒ Oui / non
	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous songé ou avez-vous déjà renoncé à cette méthode après un temps d'utilisation ? 	⇒ oui / non ⇒ difficulté à l'appliquer dans le processus ergo ⇒ peu connu ⇒ résistance des patients ⇒ ...
	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous ou envisagez-vous d'étendre la population à laquelle proposer cette méthode ? <p><u>2^e temps :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • pensez-vous que cette méthode pourrait être utilisé dans d'autres domaines que ceux pour lesquels vous l'utilisiez actuellement ? (NB : domaines qui ne sont pas forcément présents dans le cabinet de l'ergothérapeute → Cf. question du début) <p><u>Relance :</u></p> <p>Est-ce que vous vous verriez utiliser l'ACT dans un autre domaine que celui pour lequel vous l'utilisez aujourd'hui. (ex. santé physique si la personne travaille en santé mentale)</p>	⇒ oui non ⇒ Personne <ul style="list-style-type: none"> ◇ âge : enfant dès quel âge, adulte, personnes âgées ◇ type de pathologie <ul style="list-style-type: none"> - santé physique : douleur, oncologie, neurologie (épilepsie) - santé mentale : dépression, tr. anxieux, symptômes psychotiques, tr. personnalité, ado à risque, tr. abus substances - programme de prévention-promotion santé - amélioration apprentissage ◇ niveau cognitif (pas de démence)
Diffusion de l'ACT	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous ou envisagez-vous de conseiller cette méthode à d'autres collègues ? 	⇒ oui / non ... + explications ⇒ sinon rebondir avec effet + dit auparavant ?

	et pour quelles raisons ?	⇒ cela peut être parce que tout simplement pas pensé d'en faire part...
	<ul style="list-style-type: none"> • Souhaitez-vous ou auriez-vous souhaité au début de votre pratique recevoir plus d'information sur la méthode ACT ? 	⇒ oui / non
	<p><u>2^e temps :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que vous pouvez m'expliquer (raisons) 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Seriez-vous intéressée à assister à des congrès / séminaires / autre sur le sujet ? 	⇒ oui / non

Annexe 8 : Formulaire de consentement éclairé

Version française

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Titre de l'étude : La plus-value de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) dans la pratique de l'ergothérapie.

Cette feuille d'information décrit le projet de recherche avec les conditions de participation. Avant de décider de votre participation à notre étude, nous vous encourageons à prendre connaissance de ce document. N'hésitez pas, en tout temps, à poser toutes les questions que vous jugez utiles.

Renseignements au sujet de l'étude

1. Description du projet : nature, but et objectifs

Il s'agit d'une étude descriptive dont le but est de décrire l'utilisation de l'ACT en ergothérapie (auprès de diverses patientèles) en vue de la faire connaître.

En effet, bien que l'approche ACT et l'ergothérapie semblent présenter une forte compatibilité, la littérature demeure rare concernant la combinaison de ces deux approches. De plus, elle ne permet pas de se faire une idée précise des résultats obtenus par les ergothérapeutes.

La question de recherche consiste à se demander en quoi l'ACT est une plus-value dans la pratique de l'ergothérapie.

Les objectifs poursuivis tendent à obtenir des indications sur l'utilisation de l'ACT en thérapie au niveau pratique, sur les bénéfices observés pour le professionnel ou pour le client par l'ergothérapeute de l'utilisation de l'ACT.

2. Nature de la participation

Le recueil de données sera réalisé sous forme d'entrevues individuelles semi-dirigées d'une durée de 30 minutes à une heure par participant. Ces entretiens seront réalisés, au début de l'année 2022, en français ou en Suisse-allemand par le biais d'un interprète dans le cas des interrogés suisses allemands ne parlant pas français. L'éventualité d'un biais au recueil d'informations sera alors prise en considération. Ces entrevues seront enregistrées afin de faciliter la transcription et l'analyse des données.

Pour les ergothérapeutes travaillant en Suisse romande, l'endroit de rencontre sera choisi en fonction de la préférence du participant (lieu de pratique habituel, domicile ou autre...)

Titre : La plus-value de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) dans la pratique de l'ergothérapie.

ou par visioconférence si elles-ils le préfèrent. En revanche, pour les ergothérapeutes plus éloignés géographiquement, les entretiens seront réalisés par visioconférence.

Vous pouvez participer à cette étude si vous êtes ergothérapeute diplômé-e, quel que soit l'âge ; vous pratiquez l'ACT en thérapie avec vos clients, quel que soit le domaine de pratique ; vous exercez en Suisse, au Canada, en France, en Belgique ou au Luxembourg et si vous avez une bonne compréhension ou expression de la langue français ou suisse allemande.

Vous ne pouvez pas participer à cette étude si vous êtes ergothérapeute en cours de formation de la méthode ACT.

La participation est donc ouverte à toutes personnes répondant aux critères ci-dessus.

3. Avantages à participer

Votre participation à l'étude ne vous apportera aucun bénéfice directement. En revanche, les résultats de l'étude pourraient se révéler importants par la suite puisqu'il pourrait permettre de faire connaître l'ACT auprès d'une plus grande proportion d'ergothérapeute et éventuellement être un outil supplémentaire dans l'exercice de leur pratique.

4. Risques et inconvénients

En participant à cette étude, vous ne serez exposé à aucun risque.

Il peut y avoir des inconvénients d'ordre logistique, il sera notamment nécessaire de bénéficier d'un logiciel afin de réaliser les entretiens à distance. Le choix de ce dernier se fera d'entente avec vous (Zoom, Teams, Skype...). De plus, les entretiens de langue allemande seront effectués accompagné d'un interprète. Le deuxième inconvénient concerne l'aspect temporel puisque nous vous demandons de nous consacrer du temps.

5. Confidentialité et conservation des données

Les informations seront gardées confidentielles et conservées de manière sécurisée. Un code sera attribué à chaque participant à l'étude et seule l'équipe de recherche pourra connaître son identité. Votre nom n'apparaîtra jamais. Toutes les personnes impliquées dans l'étude sont tenues au secret professionnel. Toutes les informations collectées, sous format papier ou électronique seront détruites à la fin de l'étude. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période.

6. Retour des résultats

Les résultats vous seront communiqués à la fin de la récolte et de l'analyse des données par voie électronique. Les résultats pourront servir à des fins de conférences et communications scientifiques sans qu'aucune informations ne permettent de vous identifier.

7. Compensation et dépenses

Si vous participez à ce projet, vous ne recevrez aucune rémunération financière pour cela.

8. Droits des participants : Participation volontaire et droit de retrait de l'étude

Vous êtes libre de participer ou non à cette recherche. Vous pouvez à tout moment, sans avoir à donner de raison, ou subir de préjudice de quelque nature que ce soit, vous retirer de l'étude si vous le souhaitez. Il vous suffit d'aviser par oral ou par écrit une des personnes ressources ci-dessous.

9. Personnes ressources

Si vous avez des questions pendant ou après l'étude ou pour vous retirer de l'étude, vous pouvez vous adresser à tout moment à l'une des interlocutrices suivantes :

- Christen Gwénola, étudiante en ergothérapie (BSC III), gwenola.christen@hetsl.ch,
+41 78 641 73 93
- Ducrest Cathia étudiante en ergothérapie (BSC III), cathia.ducrest@hetsl.ch,
+41 79 431 13 16

Consentement du participant

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans préjudice. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je recevrai une copie signée et datée du présent formulaire. Je, soussigné-e, consens à participer à ce projet.

Nom et prénom du participant
(en caractères d'imprimerie)

Signature

Date

Formulaire d'engagement responsables du projet de recherche

Je certifie : a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement ; b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard ; c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation dans le projet ; d) m'engager à garantir la confidentialité ; e) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Titre : La plus-value de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) dans la pratique de l'ergothérapie.

Prénom et nom des responsables du projet
(en caractères d'imprimerie)

Signatures

Date

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Titel der Studie : Der Mehrwert der Akzeptanz- und Bindungstherapie (ACT) in der ergotherapeutischen Praxis.

Dieses Merkblatt beschreibt das Forschungsprojekt mit den Teilnahmebedingungen. Bevor Sie sich entscheiden, an unserer Studie teilzunehmen, empfehlen wir Ihnen, dieses Dokument zu lesen. Zögern Sie nicht, jederzeit Fragen zu stellen, die Sie für nützlich halten.

Informationen zum Studium

1. Beschreibung des Projekts: Art, Ziel und Ziele

Dies ist eine deskriptive Studie, deren Zweck es ist, den Einsatz von ACT in der Ergotherapie (mit verschiedenen Patienten) zu beschreiben, um sie bekannt zu machen.

Obwohl der ACT-Ansatz und die Ergotherapie eine starke Kompatibilität zu bieten scheinen, bleibt die Literatur über die Kombination dieser beiden Ansätze rar. Darüber hinaus erlaubt es uns nicht, eine genaue Vorstellung von den Ergebnissen der Ergotherapeuten zu bekommen.

Die Forschungsfrage lautet, inwiefern ACT einen Mehrwert in der ergotherapeutischen Praxis darstellt.

Die verfolgten Ziele tendieren dazu, Hinweise auf den Einsatz von ACT in der Therapie auf praktischer Ebene zu erhalten, auf die Vorteile, die der Ergotherapeut für den Fachmann oder für den Klienten durch den Einsatz von ACT beobachtet.

2. Art der Teilnahme

Die Datenerhebung erfolgt in Form von halbgerichteten Einzelinterviews von 30 Minuten bis zu einer Stunde pro Teilnehmer. Diese Interviews werden anfangs 2022 auf Französisch oder bei schweizerdeutschen Befragten, die kein Französisch sprechen, auf Schweizerdeutsch durch einen Dolmetscher durchgeführt. Die Möglichkeit einer Befangenheit bei der Erhebung von Informationen wird dann berücksichtigt. Diese Interviews werden aufgezeichnet, um die Transkription und Datenanalyse zu erleichtern.

Für Ergotherapeuten, die in der Westschweiz tätig sind, wird der Treffpunkt nach Wunsch des Teilnehmers gewählt (üblicher Praxisort, zu Hause oder anderswo usw.) oder auf Wunsch per Videokonferenz. Bei geografisch weiter entfernten Ergotherapeuten werden die Interviews hingegen per Videokonferenz durchgeführt.

Sie können an dieser Studie teilnehmen, wenn Sie ein qualifizierter Ergotherapeut sind, unabhängig vom Alter; Sie praktizieren ACT in der Therapie mit Ihren Klienten unabhängig vom Fachgebiet; Sie in der Schweiz, Kanada, Frankreich, Belgien oder Luxemburg praktizieren und über gute Kenntnisse oder Ausdrucksmöglichkeiten der französischen oder schweizerdeutschen Sprache verfügen.

Sie können an dieser Studie nicht teilnehmen, wenn Sie Ergotherapeut/in in Ausbildung nach der ACT-Methode sind.

3. Vorteile der Teilnahme

Ihre Teilnahme an der Studie kommt Ihnen nicht direkt zugute. Andererseits könnten sich die Ergebnisse der Studie im Nachhinein als wichtig erweisen, da sie es ermöglichen könnten, ACT einem größeren Anteil von Ergotherapeuten bekannt zu machen und möglicherweise ein zusätzliches Instrument in der Ausübung ihrer Praxis zu sein.

4. Risiken und Nachteile

Durch die Teilnahme an dieser Studie gehen Sie keinerlei Risiko ein.

Es kann logistische Nachteile geben, insbesondere wird es notwendig sein, von einer Software zu profitieren, um die Interviews aus der Ferne durchzuführen. Die Wahl des letzteren erfolgt in Absprache mit Ihnen (Zoom, Teams, Skype etc.). Zusätzlich werden deutschsprachige Interviews in Begleitung eines Dolmetschers geführt. Der zweite Nachteil betrifft den zeitlichen Aspekt, da wir Sie bitten, uns Zeit zu widmen.

5. Vertraulichkeit und Datenaufbewahrung

Informationen werden vertraulich behandelt und sicher gespeichert. Jedem Studienteilnehmer wird ein Code zugewiesen, dessen Identität nur das Forschungsteam erfahren kann. Ihr Name wird niemals erscheinen. Alle an der Studie beteiligten Personen unterliegen der Schweigepflicht. Alle gesammelten Informationen in Papier- oder elektronischer Form werden am Ende der Studie vernichtet. Nach diesem Zeitraum werden nur Daten aufbewahrt, die keine Identifizierung Ihrer Person zulassen.

6. Rückgabe der Ergebnisse

Die Ergebnisse werden Ihnen am Ende der elektronischen Datenerhebung und Auswertung mitgeteilt. Die Ergebnisse können für Zwecke von Konferenzen und wissenschaftlichen Mitteilungen verwendet werden, ohne dass Informationen vorliegen, die eine Identifizierung Ihrer Person ermöglichen.

7. Vergütung und Auslagen

Wenn Sie an diesem Projekt teilnehmen, erhalten Sie dafür keine finanzielle Vergütung.

8. Rechte der Teilnehmer: Freiwillige Teilnahme und Rücktrittsrecht von der Studie

Es steht Ihnen frei, an dieser Studie teilzunehmen oder nicht. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Vorurteile von der Studie zurücktreten, wenn Sie dies wünschen. Alles, was Sie tun müssen, ist, eine der untenstehenden Ansprechpartner mündlich oder schriftlich zu benachrichtigen.

9. Ressourcenpersonen

Bei Fragen während oder nach der Studie oder zum Rücktritt von der Studie können Sie sich jederzeit an einen der folgenden Ansprechpartner wenden :

- Christen Gwénola, Studentin der Ergotherapie (BSC III), gwenola.christen@hetsl.ch, +41 78 641 73 93
- Ducrest Cathia, Studentin des Ergotherapie (BSC III), cathia.ducrest@hetsl.ch, +41 79 431 13 16

Zustimmung des Teilnehmers

Ich habe den Inhalt dieses Formulars gelesen und verstanden. Ich bestätige, dass es mir erklärt wurde. Ich hatte die Möglichkeit alle meine Fragen zu stellen und sie wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich weiß, dass es mir freisteht, an dem Projekt teilzunehmen, und dass es mir freisteht, jederzeit durch mündliche Mitteilung unbeschadet davon zurückzutreten. Ich versichere, dass mir für meine Entscheidung ausreichend Zeit eingeräumt wurde. Ich erhalte eine unterzeichnete und datierte Kopie dieses Formulars. Ich, der/die Unterzeichnete, stimme zu, an diesem Projekt teilzunehmen.

Vor- und Nachname des Teilnehmers
(in Großbuchstaben)

Unterschrift

Datum

Verpflichtungserklärung verantwortlich für das Forschungsprojekt

Ich bestätige: a) dass ich dem Unterzeichner die Bedingungen dieser Einwilligungserklärung erklärt habe; b) nachdem er die Fragen beantwortet hat, die er mir diesbezüglich gestellt hat; c) ihn deutlich darauf hingewiesen haben, dass es ihm jederzeit freisteht, seine Teilnahme am Projekt zu beenden; d) sich zur Wahrung der Vertraulichkeit verpflichten; e) dass ich ihm eine unterzeichnete und datierte Kopie dieses Formulars übergebe.

Vor- und Nachname der Projektleiter
(in Großbuchstaben)

Datum

Unterschriften