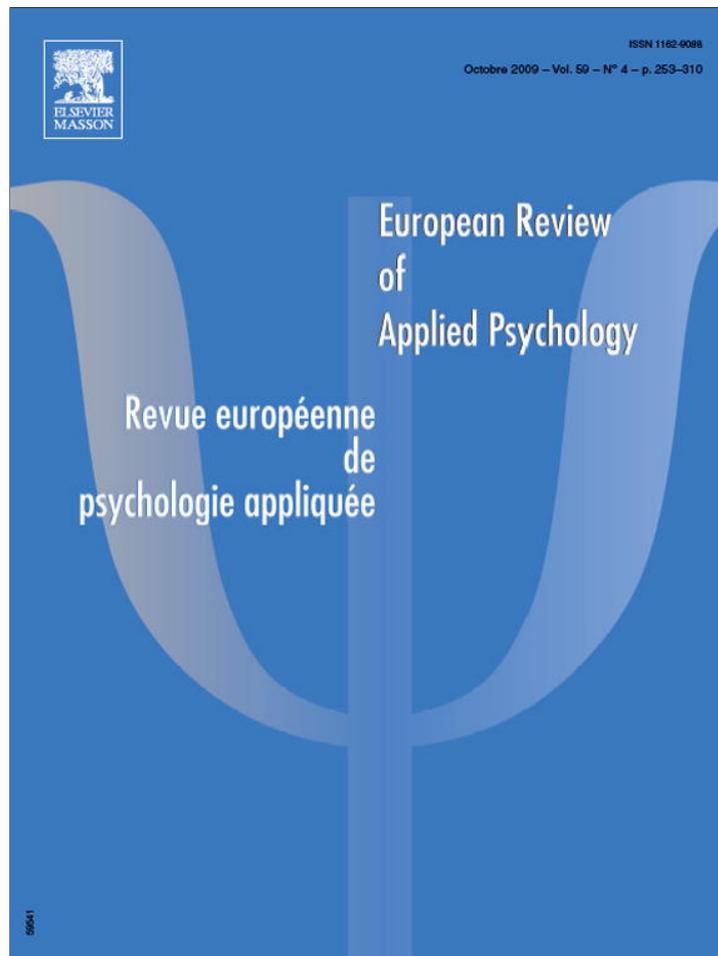


Provided for non-commercial research and education use.  
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



ELSEVIER  
MASSON

Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
 www.em-consulte.com

Revue européenne de psychologie appliquée 59 (2009) 301–308

Revue européenne  
de  
psychologie appliquée

Article original

## Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II)

*French translation and validation of the acceptance & action questionnaire (AAQ-II)*

J.-L. Monestès<sup>a,\*</sup>, M. Villatte<sup>b</sup>, H. Mouras<sup>c</sup>, G. Loas<sup>a</sup>, F.W. Bond<sup>d</sup>

<sup>a</sup> CNRS UMR 8160, service universitaire de psychiatrie neurosciences fonctionnelles & pathologies, hôpital Philippe-Pinel, route de Paris – Dury, 80000 Amiens cedex 1, France

<sup>b</sup> Université de Picardie Jules-Verne, Amiens, France

<sup>c</sup> CNRS 8160, université de Picardie Jules-Verne, Amiens, France

<sup>d</sup> Goldsmiths College, University of London, Royaume-Uni

Reçu le 3 décembre 2008 ; reçu sous la forme révisée 7 septembre 2009 ; accepté le 9 septembre 2009

### Résumé

L'évitement d'expériences psychologiques douloureuses a été choisi comme cible privilégiée par plusieurs nouvelles approches thérapeutiques issues des thérapies comportementales et cognitives. La tentative de suppression des événements psychologiques désagréables conduit à une perte de la flexibilité psychologique fortement corrélée avec un nombre important et varié de troubles psychologiques. Ces nouvelles approches thérapeutiques tentent d'accroître l'acceptation afin de lutter contre cette rigidité psychologique. Parmi ces approches, la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) évalue la flexibilité psychologique au moyen du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II), qui présente de bonnes propriétés psychométriques. Une version française de l'AAQ-II est ici évaluée sur un groupe de 210 sujets témoins et de 118 patients souffrant de troubles anxieux ou dépressifs. La version française de l'AAQ-II présente une bonne consistance interne. Sa validité concurrente comme sa validité de construit semblent solides. Le questionnaire est fiable dans une évaluation en test–retest. La structure factorielle à un facteur de la version francophone de l'AAQ-II est la même que celle de la version originale. Ces résultats assurent une utilisation de la version française de l'AAQ-II en recherche comme en pratique clinique.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II) ; Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) ; Flexibilité psychologique

### Abstract

Avoidance of painful psychological experience has been chosen as the prime target by several new therapeutic approaches derived from cognitive and behavioral therapies. Attempts to suppress unpleasant emotional events lead to a loss of psychological flexibility strongly correlated with a significant number and variety of psychological disorders. These new therapeutic approaches attempt to increase acceptance in order to decrease this psychological rigidity. Among these approaches, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) measures psychological flexibility by mean of Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II), which presents good psychometric properties. A French version of the AAQ-II was evaluated in a group of 210 control subjects and 118 patients with anxiety disorders or depression. The French version of the AAQ-II presents good internal consistency (Cronbach's alpha: 0.76–0.82). Its concurrent validity and construct validity appear strong. The questionnaire is reliable in test–retest evaluation. The one-factor structure of the French version of the AAQ-II reproduces the structure of the original version. These results ensure the use of the French version of the AAQ-II in research as well as in clinical practice.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords:** Acceptance & action questionnaire (AAQ-II); Acceptance and commitment therapy; Psychological flexibility

L'évitement d'expériences psychologiques douloureuses a été défini comme « la volonté de ne pas rester en contact avec des expériences privées particulières (e.g. sensations corporelles, émotions, pensées, souvenirs) et d'agir afin de modifier

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [g08.monestes@ch-pinel.fr](mailto:g08.monestes@ch-pinel.fr) (J.-L. Monestès).

la forme et la fréquence de ces expériences ou des contextes qui les occasionnent» (Hayes et al., 1996, p. 1154). La flexibilité psychologique, au contraire, définit la capacité à ne pas agir uniquement dans le but de modifier les expériences psychologiques désagréables. La tentative de suppression des événements psychologiques désagréables constitue un mécanisme fréquemment impliqué dans les troubles psychologiques (Chowla et Ostafin, 2007), à l'origine d'une aggravation de l'intensité et de la fréquence des symptômes dans les troubles anxieux et dépressifs (Campbell-Sills et al., 2006), le trouble obsessionnel compulsif (Purdon et Clark, 2000) ou encore la douleur chronique (McCracken et al., 2004). Hayes et al. (1996) vont jusqu'à considérer la plupart des troubles psychopathologiques comme le résultat d'évitements d'expérience. Pour ces auteurs, de nombreux symptômes résultent de la répétition de tentatives de suppression des pensées, sensations et émotions désagréables. Des recherches expérimentales ont également mis en évidence les effets paradoxaux de la suppression des pensées et des émotions (Abramowitz et al., 2001 ; Wegner et Zanakos, 1994) : les tentatives de suppression de ces événements psychologiques débouchent sur une augmentation de leur fréquence et de leur intensité (effet rebond).

Depuis une vingtaine d'années, de nouveaux types de psychothérapie ont vu le jour, s'inscrivant en prolongement des thérapies comportementales et cognitives. On trouve parmi elles :

- la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience<sup>1</sup> ;
- la thérapie comportementale dialectique<sup>2</sup> ;
- la psychothérapie analytique fonctionnelle<sup>3</sup> ;
- la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)<sup>4</sup>.

En partant de l'observation que la suppression directe des événements psychologiques douloureux peut conduire à leur réapparition ou leur majoration (Wenzlaff et al., 1988), ces modèles de psychothérapie essaient de développer une démarche d'acceptation, entendue comme une stratégie active consistant à limiter les évitements et entraîner l'exposition.

Parmi ces nouvelles approches thérapeutiques, l'ACT (Hayes et al., 1999) s'appuie sur des travaux expérimentaux sur le langage. Ces recherches montrent qu'un troisième mécanisme d'apprentissage peut être invoqué à côté des apprentissages répondant (Pavlovien) et opérant (Skinnerien). Ce mécanisme, la dérivation de réponses relationnelles arbitrairement applicables (Hayes et al., 1999), conduit à ce que les stimuli verbaux acquièrent des propriétés d'évocation d'émotions ou d'autres signifiants. Là où les approches précédentes en TCC ont mis l'accent sur la modification du contenu des pensées, l'ACT renonce à cette modification et s'intéresse essentiellement au contexte de l'action que ces pensées représentent. Après le constat que le processus de pensée est continu et très complexe à contrôler totalement en raison de ses propriétés relation-

nelles, l'objet central de la thérapie n'est plus de modifier les pensées, mais de changer leur capacité à influencer sur les comportements.

L'ACT s'appuie sur le concept de flexibilité psychologique afin d'envisager la capacité à rester pleinement en contact avec l'ensemble des pensées et des émotions qui apparaissent ou de maintenir un comportement en fonction de la situation et des buts (Hayes et al., 2006). En tentant de supprimer les pensées et émotions désagréables qu'ils ressentent, les patients restreignent leurs répertoires comportementaux et consacrent tous leurs efforts, en toutes circonstances, à essayer de contrôler ou supprimer leurs événements psychologiques pénibles. En d'autres termes, ils perdent leur capacité à s'ajuster aux situations vécues et diminuent leur flexibilité psychologique. La flexibilité psychologique permet de réaliser d'autres ajustements que ceux consistant uniquement à diminuer une expérience psychologique douloureuse. Elle ne constitue pas un contrôle émotionnel mais une acceptation de tous les événements psychologiques, dans le but de dégager des ressources pour l'action en cours.

Un des objectifs de l'ACT est d'aider les patients à augmenter cette flexibilité au moyen de l'acceptation, de la défusion (appréhension des pensées comme des événements psychiques dont le contenu n'est pas obligatoirement un reflet fiable du réel, qui conduit à porter son attention sur les processus de la pensée plutôt que sur son contenu) et de l'engagement dans des actions valorisées par le patient. Par exemple, au lieu de consacrer toute son énergie à organiser son quotidien pour ne pas faire d'attaque de panique (surveiller son rythme cardiaque, ne plus sortir de chez lui), un patient souffrant d'agoraphobie peut se voir proposer une démarche thérapeutique pour augmenter la variété de ses conduites en présence des symptômes.

Le Questionnaire d'Acceptation et d'Action (Acceptance and Action Questionnaire [AAQ] ; Hayes et al., 2004a) a été élaboré afin de mesurer la flexibilité psychologique, c'est-à-dire la capacité à persévérer dans une conduite ou à la modifier en fonction de son utilité (Bond et al., soumis). Dans sa seconde version, l'AAQ-II se compose de dix items cotés sur une échelle de Likert à sept points. Le questionnaire présente de bonnes propriétés psychométriques ainsi qu'une validité discriminante et convergente de bonne qualité. Il a été évalué dans sa version anglaise sur un grand nombre d'échantillons, regroupant au total 3280 sujets (Bond et al., soumis) et a montré une bonne consistance interne (moyenne des alpha de Cronbach = 0,83) ainsi qu'une bonne stabilité temporelle en test-retest ( $r = 0,80$  à trois mois). Les analyses factorielles de l'AAQ-II ont mis en évidence une solution à un facteur, indiquant ainsi l'évaluation d'un seul et même construit.

La flexibilité psychologique semble être corrélée avec la dépression et l'anxiété comme l'ont montré les corrélations négatives avec des mesures de l'anxiété (corrélation avec l'Inventaire d'Anxiété de Beck,  $r = -0,58$ ) et de la dépression (corrélation avec l'Inventaire de Dépression de Beck,  $r = -0,70$ ), montrant ainsi que plus la flexibilité psychologique est importante, moins grande est la probabilité de présence de symptômes anxieux ou dépressifs.

<sup>1</sup> Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT.

<sup>2</sup> Dialectical Behavioral Therapy, DBT.

<sup>3</sup> Functional Analytic Psychotherapy, FAP.

<sup>4</sup> Acceptance and Commitment Therapy, ACT.

Il existe actuellement un nombre important de versions validées du AAQ destinées à évaluer la flexibilité psychologique face à des difficultés variées comme les douleurs chroniques (McCracken et al., 2004), les hallucinations (Shawyer et al., 2007) ou la dépendance à la nicotine (Gifford et al., 2002).

À notre connaissance, il n'existe aucun outil en langue française permettant de mesurer la flexibilité psychologique. Le but de cette recherche est d'étudier les propriétés psychométriques d'une version francophone de cet outil afin d'en permettre l'utilisation en clinique comme en recherche pour des populations francophones.

## 1. Méthode

### 1.1. Participants

Deux échantillons distincts ont été évalués.

#### 1.1.1. Sujets témoins

Les participants étaient des étudiants en soins infirmiers et en psychologie de l'université d'Amiens. Deux cent dix sujets (143 étudiants en psychologie, 67 en soins infirmiers) ont été recrutés pendant leur cours. Une partie d'entre eux (131) étaient présents lors d'un second cours un mois plus tard et ont participé à une seconde évaluation dans le cadre du retest.

#### 1.1.2. Patients

Cent dix-huit patients ont été évalués. Ces patients étaient reçus dans l'unité de psychiatrie pour adulte du CHU d'Amiens. Cette unité reçoit exclusivement des patients présentant une symptomatologie dépressive ou anxieuse aiguë. Ces pathologies ont été choisies en raison de la fréquence importante des évitements d'expériences psychologiques retrouvée chez les sujets déprimés ou présentant une tendance à craindre les ressentis corporels associés à l'anxiété (Tull et Gratz, 2008). Les tentatives stéréotypées de ces patients pour essayer de contrôler et faire disparaître leurs symptômes tendent à rendre ces derniers encore plus présents. Schématiquement, en se centrant de façon rigide sur leurs symptômes dépressifs ou anxieux, les patients se découragent d'être tout le temps tristes ou s'inquiètent d'être constamment anxieux.

### 1.2. Procédures

#### 1.2.1. Traduction de l'AAQ-II en français

L'AAQ-II a été traduit par un groupe de psychologues et psychiatres francophones réunis autour d'une liste de discussion sur l'ACT. Dans un second temps, un traducteur professionnel, ne connaissant pas le domaine de recherche, a retraduit le questionnaire en langue anglaise. Enfin, les différences entre les deux versions ont été corrigées par un anglophone de langue maternelle.

#### 1.3. Passations

Les questionnaires ont été proposés aux sujets témoins au début d'un de leurs cours avec le premier auteur. Les ques-

tionnaires étaient distribués de façon anonyme. Les participants pouvaient refuser de participer à la recherche. Aucune information relative au thème de la recherche ne leur était fournie. Un numéro était attribué aux étudiants souhaitant participer à la recherche. Il leur était demandé de le noter afin de le reporter sur le questionnaire auquel ils auraient à répondre un mois plus tard lors de la seconde évaluation. Cette dernière se déroulait dans les mêmes conditions que la première.

Les questionnaires étaient proposés aux patients par les infirmiers du service le jour précédent la sortie de l'hôpital. Le questionnaire était rempli anonymement et seul par les patients, sans limite de temps. Les critères d'exclusion étaient la présence d'un trouble neurologique associé, la non maîtrise du français ou de la lecture. Les patients ne répondaient au questionnaire qu'une seule fois, la flexibilité psychologique pouvant varier au cours de la prise en charge thérapeutique.

#### 1.4. Analyse des données

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 16. La consistance interne du questionnaire a été évaluée en calculant l'alpha de Cronbach pour chaque groupe (témoins, retest, patients). Les comparaisons entre les scores des sujets témoins et ceux des patients ont été réalisées au moyen de test *t* bilatéraux. Les liens entre les différentes échelles proposées, ainsi qu'entre les résultats obtenus en test et retest à un mois ont été évalués au moyen de coefficients de corrélation de Pearson. Enfin, une analyse en composantes principales avec rotation direct Oblimin a été utilisée afin d'évaluer la structure factorielle de la version française de l'AAQ-II.

### 1.5. Instruments

#### 1.5.1. Le questionnaire d'acceptation et d'action – II

L'AAQ-II est un autoquestionnaire composé de dix items cotés sur une échelle de Likert à sept points (de 1 = jamais vrai à 7 = toujours vrai) (Bond et al., soumis). Le score des items n° 2, 3, 4, 5, 7, 8, et 9 est inversé. Le score total possible s'étend de 10 à 70, les plus hauts scores indiquant une plus grande flexibilité psychologique. Le questionnaire est reproduit dans l'Annexe 1.

#### 1.5.2. L'inventaire des tendances à la suppression

L'inventaire des tendances à la suppression (WBSI, Wegner et Zanakos, 1994)<sup>5</sup> est un autoquestionnaire composé de 15 items et destiné à mesurer la tendance générale à supprimer les pensées négatives intrusives. Les réponses se font sur une échelle de Likert à cinq points grâce à laquelle sont évaluées des affirmations comme « Il y a certaines choses auxquelles je préfère ne pas penser. », ou « J'ai des pensées que je n'arrive pas à arrêter. ».

<sup>5</sup> La traduction a été réalisée par les auteurs de cet article en vue d'une validation conjointe, mais une analyse plus pointue des travaux en cours a révélé qu'une équipe de recherche avait déjà réalisé et soumis pour publication la validation de ces outils. Voir Jermann, Billieux, Larøi, d'Argembeau, Bondolfi, Zermatten, et Van der Linden pour la MAAS, et Schmidt, Gay, Courvoisier, Jermann, Ceschi, David, Brinkmann, et Van der Linden pour la WBSI.

Tableau 1  
Caractéristiques de l'échantillon, valeurs moyennes et alpha de Cronbach pour les trois échantillons.

Sujets	<i>n</i>	Moyenne d'âge (ET)	<i>n</i> femmes(%)	Score moyen AAQ-II (ET)	Score moyen BDI-II (ET)	Score moyen WBSI (ET)	Score moyen STAI (ET)	Score moyen ASI-R	Score moyen MAAS	Alpha de Cronbach AAQ-II
Sujets témoins	210	22,92 (6,24)	168 (80)	47,49 (10,65)	9,79 (8,23)	42,72 (13,57)	38,38 (12,59)	31,57 (24,51)	64,28 (12,92)	0,82
Sujets témoins retest	131	22,86 (5,7)	108 (82,44)	49,21 (10,89)	7,61 (8,28)	41,03 (13,95)	35,10 (12,76)	24,64 (19,92)	65,90 (11,3)	0,87
Patients	118	42,02 (13,87)	81 (68,64)	34,62 (9,83)	22,90 (12,05)	57,06 (12,16)	46,26 (14,66)	47,50 (31,68)	56,89 (14,84)	0,76

BDI-I : inventaire de dépression de Beck-II ; WBSI : inventaire des tendances à la suppression ; STAI : inventaire d'anxiété trait-état ; ASI-R : index de la sensibilité à l'anxiété révisé ; MAAS : échelle d'attention et de pleine conscience.

Les versions anglaises de la WBSI et de l'AAQ-II présentent une corrélation négative ( $r = -0,58$ ) (Bond et al., soumis).

### 1.5.3. L'échelle d'attention et de pleine conscience

L'échelle d'attention et de pleine conscience (MAAS, Brown et Ryan, 2003) est un autoquestionnaire de 15 items évalués sur une échelle de Likert à six points. Elle mesure la pleine conscience, c'est-à-dire la capacité à porter son attention sans jugement sur le moment présent. Un exemple d'item est « Il me semble que je fonctionne "en mode automatique" sans être très conscient(e) de ce que je fais. ». Un score élevé indique une attention de bonne qualité ainsi qu'une bonne conscience de l'action en cours. La MAAS présente une corrélation négative avec des mesures de la dépression (de  $r = -0,41$  à  $r = 0,52$ ).

### 1.5.4. Les autres échelles utilisées

Les autres échelles utilisées sont l'inventaire d'anxiété trait-état (STAI forme A, Spielberger, 1983 – version française Bruchon-Schweitzer et Paulhan, 1993) et l'index de la sensibilité à l'anxiété révisé (Taylor et Cox, 1998 – version française Bouvard et al., 2003) afin d'évaluer l'anxiété et l'inventaire de dépression de Beck (Beck et al., 1998) dans sa version à 13 items afin d'évaluer la dépression (version française Collet et Cottraux, 1986).

Le temps moyen nécessaire pour répondre à tous les questionnaires est de 20 à 25 minutes.

## 2. Résultats

### 2.1. Caractéristiques des échantillons

Les deux groupes recrutés comportaient une majorité de sujets féminins. La moyenne d'âge était de 22,92 années (ET : 6,24) dans le groupe de sujets témoins et de 42,68 années (ET : 14,12) dans le groupe de patients. Cette différence d'âge significative ( $t = -16,55$  ;  $p < 0,000$ ) sera prise ultérieurement en compte dans la comparaison des scores à l'AAQ entre les patients et les sujets témoins. Les caractéristiques de l'échantillon, ainsi que les scores moyens aux échelles, sont détaillés dans le Tableau 1.

Les diagnostics des patients sont regroupés dans la Fig. 1. Seul le diagnostic principal a été retenu. Ces diagnostics ont été posés par les praticiens du service, indépendamment de la présente recherche. Huit des 118 patients ne disposaient pas d'un diagnostic au moment de la recherche.

### 2.2. Caractéristiques de l'AAQ-II version française

#### 2.2.1. Fiabilité

2.2.1.1. *Consistance interne.* L'alpha de Cronbach a été calculé afin d'estimer la consistance interne du questionnaire pour le groupe de sujets témoins, le groupe ayant participé au retest et le groupe de patients. Le Tableau 1 regroupe ces résultats.

Les trois coefficients alpha obtenus sont supérieurs à 0,75 et sont comparables à ceux obtenus par l'étude de validation de la version anglaise de l'AAQ-II (moyenne = 0,83). Le coefficient alpha de Cronbach augmente avec le nombre d'items inclus dans un questionnaire. Les valeurs du coefficient alpha obtenues avec le nombre restreint d'items de l'AAQ-II (10) démontrent une bonne consistance interne du questionnaire.

2.2.1.2. *Fidélité test-retest.* La fidélité test-retest a pu être estimée en comparant les réponses des 131 sujets témoins présents également lors de la seconde évaluation à un mois. Le coefficient de corrélation de Pearson obtenu est de 0,80 ( $p < 0,01$ ), ce qui indique une bonne fidélité test-retest.

#### 2.2.2. Validité

2.2.2.1. *Validité de construit.* Afin d'explorer la structure factorielle de la version française de l'AAQ-II, une analyse en composantes principales a été réalisée sur les résultats des 210 sujets témoins. L'analyse factorielle a révélé une solution à deux facteurs avec des valeurs propres supérieures à un, rendant compte conjointement de 56 % de la variance avant rotation. Le graphique des valeurs propres (Fig. 2) semble indiquer que la matrice de corrélation peut se résumer à un seul facteur.

La flexibilité psychologique constitue en théorie une variable unidimensionnelle (Bond et al., soumis). Une rotation oblique a été effectuée afin de mettre en évidence les items qui constituent

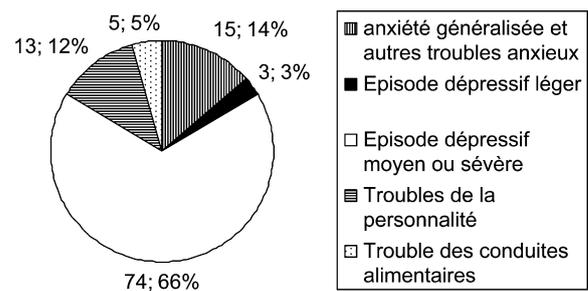


Fig. 1. Répartition des diagnostics dans le groupe des patients.

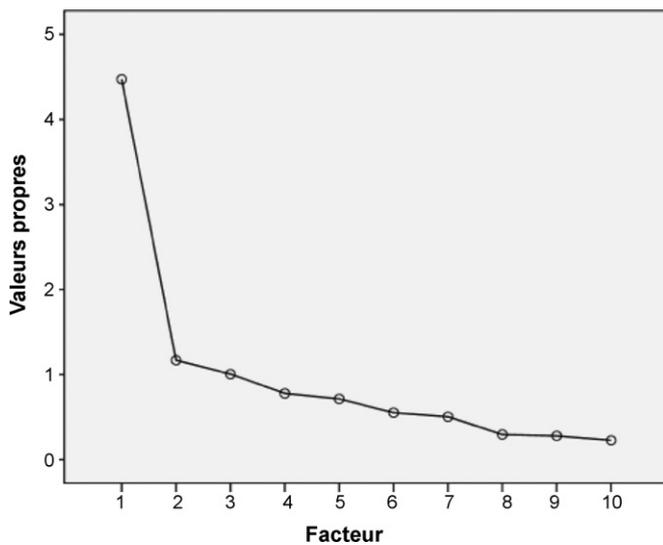


Fig. 2. Graphe des valeurs propres pour les scores à l'AAQ-II des 210 sujets témoins.

le facteur dont la valeur propre est supérieure à un. Les résultats obtenus grâce à une rotation direct Oblimin sont rassemblés dans le Tableau 2.

La rotation direct Oblimin révèle que certains items ne sont pas contenus dans le premier facteur. Cependant, seuls les items formulés positivement se regroupent dans le second facteur (items 1, 6 et 10, seuls items dont la cotation n'est pas inversée), ce qui suggère un effet de méthode. Pour cette raison, les deux facteurs obtenus après rotation pourraient ne pas représenter des construits différents mais se regrouper en un seul et même facteur, tel que prédit théoriquement. Les mêmes résultats ont été obtenus dans l'étude de la version originale de l'AAQ-II (Bond et al., soumis). Dans leur étude, une analyse factorielle confirmatoire montre que cet effet de méthode est responsable de l'apparente répartition de ces trois items sur un second facteur. Cependant, l'analyse factorielle révèle pour ces trois items des poids très différents entre eux. Il est possible que des difficultés de compréhension interviennent pour ces items qui font appel à une plus grande abstraction que les autres. La formulation positive de ces items permettrait de comprendre

Tableau 2  
Analyse en composantes principales avec rotation oblique (Oblimin avec normalisation de Kaiser) pour les 210 sujets témoins.

	Facteur	
	1	2
AAQ1	-0,331	0,637
AAQ2	0,711	-0,048
AAQ3	0,721	0,234
AAQ4	0,752	0,061
AAQ5	0,810	0,002
AAQ6	0,537	0,533
AAQ7	0,818	0,211
AAQ8	0,719	-0,029
AAQ9	0,727	0,123
AAQ10	0,307	0,681

Tableau 3

Coefficients de corrélation de Pearson comparant l'AAQ-II aux autres échelles pour chacun des trois groupes.

	BDI-II	WBSI	STAI-YA	ASI-R	MAAS
Sujets témoins	-0,62**	-0,55**	-0,56**	-0,49**	0,50**
Sujets témoins retest	-0,69**	-0,69**	-0,68**	-0,56**	0,62**
Patients	-0,62**	-0,26**	-0,32**	-0,31**	0,46**

\*\* $p < 0,01$ .

leur faible participation au facteur et leur difficulté de compréhension les différences observées entre les poids reçus par ces items.

2.2.2.2. *Validité concourante.* Des coefficients de corrélation de Pearson ont été calculés afin d'estimer la validité concourante. Pour chacun des trois groupes (test, retest, patients), les corrélations ont été observées entre le score total à l'AAQ-II et le score total à chacune des autres échelles. La WBSI et la MAAS n'ayant pas encore été validées en français, nous avons calculé l'alpha de Cronbach pour la traduction que nous avons utilisée de chacun de ces outils, afin d'estimer leur consistance interne. Celles-ci se révèlent satisfaisantes, avec un alpha de Cronbach de 0,91 pour la WBSI et de 0,88 pour la MAAS.

Les résultats des analyses de corrélations sont rassemblés dans le Tableau 3.

L'AAQ-II présente une corrélation avec toutes les autres échelles utilisées dans cette recherche pour une valeur de  $p < 0,01$ . Pour chacun des groupes, le score total à l'AAQ-II présente une corrélation négative avec toutes les échelles, sauf la MAAS, conformément à ce qui était attendu. Un score bas à l'AAQ-II reflète une flexibilité psychologique basse, ainsi qu'une moindre capacité à l'acceptation. Les scores bas à l'AAQ-II présentent ici une corrélation à un score plus élevé sur les échelles évaluant la dépression, l'anxiété, ou la faible conscience. Néanmoins, les corrélations obtenues sont moins importantes pour le groupe de patients que pour le groupe de sujets témoins, particulièrement pour les échelles STAI-YA, ASI-R et WBSI.

2.2.2.3. *Validité discriminante.* Une analyse de covariance a été effectuée afin d'estimer la capacité de l'AAQ-II à discriminer différentes populations indépendamment de la différence d'âge significative entre les groupes. Les résultats montrent un effet significatif du type de sujet ( $F(1, 306) = 83,66$ ;  $p < 0,000$ ), mais pas d'effet significatif de l'âge ( $F(1, 306) = 2,44$ ;  $p = 0,12$ ). La différence de scores à l'AAQ entre les deux groupes ne peut donc pas être expliquée par leur différence d'âge. Le groupe des patients obtient un score moyen statistiquement moins important que le groupe contrôle, indiquant que le groupe des patients présente une flexibilité psychologique moins importante, indépendamment de l'âge.

Les deux groupes évalués sont constitués d'une proportion importante de sujets de sexe féminin (80 % pour les sujets témoins et 68,64 % pour les patients). Dans le groupe des patients, les hommes obtiennent un score moyen à l'AAQ supérieur à celui des femmes (37,81 vs 33,17;  $t(116) = 2,43$ ;

$p < 0,02$ ). En revanche, cette différence n'est pas significative entre les hommes (49,33) et les femmes (47,12) du groupe de sujets témoins ( $t(193) = 1,04$ ;  $p > 0,3$ ). Par ailleurs, l'effet du sexe n'interagit pas avec le type de groupe ( $F(1, 309) = 0,71$ ;  $p = 0,4$ ).

### 3. Discussion

Les résultats obtenus montrent de bonnes propriétés psychométriques pour la version française de l'AAQ-II. Le questionnaire présente une bonne consistance interne, comme en témoignent les alphas de Cronbach supérieurs à 0,75 obtenus dans les différentes populations. Les analyses menées mettent également en évidence une bonne fidélité test-retest du questionnaire. Par ailleurs, la structure factorielle à un facteur de la version française de l'AAQ-II laisse apparaître la flexibilité psychologique comme une variable unidimensionnelle. Néanmoins, les items dont le score n'est pas inversé (1, 6 et 10) présentent un poids différent des autres, explicable seulement en partie par leur formulation positive. Ces trois items présentent également des poids très différents entre eux qui peuvent évoquer des difficultés de compréhension. Cependant, ces trois items sont les seuls à se regrouper sur un deuxième facteur, ce qui permet de faire l'hypothèse que leurs différences de poids ne sont pas déterminantes. Il reste que ce point mérite d'être approfondi car les résultats sont similaires à ceux de la version originale, de la validation hollandaise (Jacobs et al., 2008) et de la validation italienne (Miselli, Communication personnelle).

Par ailleurs, les corrélations observées par comparaison avec les évaluations de l'anxiété et de la dépression mettent en évidence une valeur prédictive de la flexibilité psychologique sur ces symptomatologies. Bien que l'AAQ-II n'ait pas été conçue dans un but de diagnostic, une analyse des résultats a permis de dégager qu'un score à l'AAQ-II inférieur à 45 prédisait un score supérieur à 14 à la BDI-II (Bond et al., soumis). Les valeurs obtenues pour les échantillons étudiés dans notre recherche semblent confirmer ce calcul puisque le groupe de patients présente un score moyen à l'AAQ-II inférieur à 45 (34,62) pour un score moyen de 22,90 à la BDI-II, alors que le groupe contrôle obtient un score moyen de 47,49 à l'AAQ-II pour un score moyen de 9,79 à la BDI-II ( $< 14$ ).

Enfin, la version française de l'AAQ-II permet de discriminer différentes populations comme en témoignent les résultats de la covariance qui montrent un effet significatif du type de sujet sur le score à l'AAQ, indépendamment de l'âge ou du sexe.

La présente étude montre des limitations inhérentes au recrutement des participants. Les échantillons recrutés sont constitués en majorité de femmes. Une évaluation de l'AAQ-II pour des échantillons comprenant autant d'hommes que de femmes permettrait une plus grande généralisation des résultats. En effet, un appariement entre les participants témoins et les patients n'ayant pas pu être effectué, le sex-ratio indique une plus grande proportion de femmes dans nos deux échantillons (80 % dans le groupe contrôle contre 68,64 % dans le groupe des patients). Cette surreprésentation des femmes dans nos échantillons, ainsi que leurs proportions différentes entre les groupes, peuvent conduire à pondérer la fiabilité des résultats, notamment dans la compa-

raison intergroupes. Les analyses statistiques menées sur nos résultats ne mettent pas en évidence d'effet du sexe sur les différences de flexibilité entre les groupes étudiés. Par ailleurs, l'absence de corrélation entre les résultats à l'AAQ-II et le sexe obtenus dans un échantillon de 872 sujets ( $r = 0,07$ ) semble infirmer une influence du sexe sur la flexibilité psychologique (Bond et al., soumis). Néanmoins, un appariement exact des sujets des différents groupes permettrait d'obtenir des résultats plus fiables.

Le même raisonnement peut être appliqué pour l'âge : les analyses statistiques menées dans cette étude ne mettent pas en évidence une influence de l'âge sur les différences en termes de flexibilité entre les groupes étudiés. Néanmoins, il pourrait être intéressant d'étudier si l'âge influence la flexibilité dans le sens d'une augmentation comme dans le sens d'une diminution.

La corrélation de l'AAQ-II avec les autres outils d'évaluation avait pour but principal d'évaluer la validité concurrente, globalement satisfaisante dans le cadre de l'étude de validation du questionnaire. Mais la variété des pathologies de notre échantillon limite la compréhension des liens entre la flexibilité psychologique et les symptomatologies variées des patients inclus. Le groupe de patients comprenait en effet en majorité des troubles dépressifs (77,96 %), mais également des troubles de la personnalité et des conduites alimentaires. L'hétérogénéité des symptomatologies pourrait expliquer les corrélations plus faibles obtenues par rapport au groupe de sujets témoins entre l'AAQ-II et les autres échelles, notamment pour les échelles mesurant l'anxiété (ASI-R et STAI-YA).

### 4. Conclusion

Les notions d'acceptation et de flexibilité psychologique reçoivent actuellement un intérêt accru. Au niveau thérapeutique, des démarches spécifiques de développement de l'acceptation et de la flexibilité psychologique commencent à être évaluées dans des études randomisées sur des troubles variés comme la dépression (Zettle et Hayes, 1986; Zettle et Rains, 1989), le stress au travail (Bond et Bunce, 2000), les symptômes psychotiques (Bach et Hayes, 2002; Gaudiano et Herbert, 2006), la dépendance aux opiacées (Hayes et al., 2004b), la douleur chronique (Wicksell et al., 2008) et avec des tailles d'effet significatives quant à la diminution de la symptomatologie (pour une revue, voir Powers et al., 2009; Monestès et al., soumis). Toutes ces données permettent de suggérer l'importance d'un travail sur le développement de l'acceptation et de la flexibilité psychologique dans la prise en charge des patients (Jermann et al., soumis). À ce titre, l'AAQ-II, dans sa version originale comme dans sa version française, constitue un outil fiable d'évaluation au long cours de l'efficacité thérapeutique (Schmidt et al., soumis). Le questionnaire permet également de dégager un indicateur de l'acceptation et de la flexibilité psychologique dans les futurs travaux de recherche.

### 5. Conflit d'intérêt

Aucun.

**Remerciements**

Les auteurs remercient les membres de la liste de diffusion francophone ACT pour l'aide apportée dans la traduction de l'échelle et les données transmises, particulièrement S. Georgescu, B. Schoendorff et P. Vuille.

**Annexe 1. Version francophone de l'AAQ-II.**

Les scores les plus élevés indiquent une plus grande flexibilité psychologique.

Le score des items marqués avec un 'I' est inversé.

**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 |

## Références

- Abramowitz, J.S., Tolin, D.F., Street, G.P., 2001. Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review* 21 (5), 683–703.
- Bach, P., Hayes, S.C., 2002. The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70 (5), 1129–1139.
- Beck, A.T., Steer, R., Garbin, M., 1998. Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of research. *Clinical Psychology Review* 8, 77–100.
- Bond, F.W., Bunce, D., 2000. Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology* 5, 156–163.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Orcutt, H.K., Waltz, T., et al., soumis. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: a revised measure of psychological flexibility and acceptance.
- Bouvard, M., Ayxeres-Vighetto, A., Dupont, H., Aupetit, J., Portalier, S., Arrindell, W., 2003. Index de la sensibilité à l'anxiété révisé (anxiety sensibility index revised): validation préliminaire de la version française. *Encephale* 29, 157–164.
- Brown, K.W., Ryan, R.M., 2003. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 84, 822–848.
- Bruchon-Schweitzer, M., Paulhan, I., 1993. *Le manuel du STAI-Y de CD Spielberger*, adaptation française. ECPA, Paris.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D.H., Brown, T.A., Hofmann, S.G., 2006. Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion* 6 (4), 587–595.
- Chowla, N., Ostafin, B., 2007. Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology* 63 (9), 871–890.
- Collet, L., Cottraux, J., 1986. Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items): étude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher. *Encephale* 12, 77–79.
- Gaudiano, B.A., Herbert, J.D., 2006. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy* 44 (3), 415–437.
- Gifford, E.V., Antonuccio, D.O., Kohlenberg, B.S., Hayes, S.C., Piasecki, M.M., 2002. Combining Bupropion SR with acceptance-based behavioral therapy for smoking cessation: Preliminary results from a randomized controlled trial. In: Paper presented at the Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Reno, NV.
- Hayes, S.C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., Lillis, J., 2006. Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 44 (1), 1–25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al., 2004a. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record* 54, 553–578.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., Wilson, K.G., 1999. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press, New York.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S.V., et al., 2004b. A preliminary trial of twelve-step facilitation and Acceptance and Commitment Therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy* 35 (4), 667–688.
- Hayes, S.C., Wilson, K.W., Gifford, E.V., Follette, V.M., Strosahl, K., 1996. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64 (6), 1152–1168.
- Jacobs, J., Kleen, M., De Groot, F., A-Tjak, J., 2008. Het meten van experiëntiële vermijding. De Nederlandstalige versie van de Acceptance and Action Questionnaire-II: the measurement of experiential avoidance. *Gedragstherapie* 4 (41), 349–364.
- Jermann, F., Billieux, J., Larøi, F., d'Argembeau, A., Bondolfi, G., Zermatten, A., et al., soumis. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS): psychometric properties of the French translation and exploration of its relations with emotion regulation strategy.
- McCracken, L.M., Vowles, K.E., Eccleston, C., 2004. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain* 107, 159–166.
- Monestès, J.L., Villatte, M., Loas, G., soumis. Introduction à la thérapie d'acceptation et d'engagement. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*.
- Powers, M.B., Vörding, M., Emmelkamp, P.M.G., 2009. Acceptance and Commitment Therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics* 8, 73–80.
- Purdon, C., Clark, D.A., 2000. White bears and other elusive intrusions: Assessing the relevance of thought suppression for obsessional phenomena. *Behavior Modification* 24, 425–453.
- Schmidt, R.E., Gay, P., Courvoisier, D., Jermann, F., Ceschi, G., David, M., et al., soumis. Anatomy of the White Bear Suppression Inventory (WBSI): a review of previous findings and a new approach.
- Shawyer, F., Ratcliff, K., Mackinnon, A., Farhall, J., Hayes, S.C., Copolov, D., 2007. The Voices Acceptance And Action Scale (VAAS): Pilot data. *Journal of Clinical Psychology* 63 (6), 593–606.
- Spielberger, C.D., 1983. *Manual for the state-trait anxiety inventory (STAI)*. Consulting Psychologists Press, PaloAlto, CA.
- Taylor, S., Cox, B.J., 1998. An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorder* 12, 463–484.
- Tull, M.T., Gratz, K.L., 2008. Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Journal of Anxiety Disorders* 22 (2), 199–210.
- Wegner, D.M., Zanakos, S., 1994. Chronic thought suppression. *Journal of Personality* 62, 615–640.
- Wenzlaff, R.M., Wegner, D.M., Roper, D., 1988. Depression and mental control: The resurgence of unwanted negative thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology* 55, 882–892.
- Wicksell, R.K., Ahlqvist, J., Bring, A., Melin, L., Olsson, G.L., 2008. Can exposure and acceptance strategies improve functioning and life satisfaction in people with chronic pain and whiplash-associated disorders (WAD)? A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy* 37 (3), 1–14.
- Zettle, R.D., Hayes, S.C., 1986. Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior* 4, 30–38.
- Zettle, R.D., Rains, J.C., 1989. Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology* 45, 438–445.