RIMAS | Regroupement des intervenants en matière d'agression sexuelle

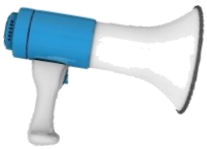
Les chroniques scientifiques ACCES
Approfondissement Clinique Continu en Évaluation et Services auprès des AICS

Octobre 2025

Écrit par MATHIEU COUTURE, Ph.D., Psychologue
Responsable du développement des pratiques | RIMAS

LA THÉRAPIE **ACT** ET SES APPLICATIONS POSSIBLES EN DÉLINQUANCE SEXUELLE

AVERTISSEMENT : *Intervenir auprès des auteurs de violences sexuelles (AVS) requiert une connaissance approfondie des caractéristiques des AVS, des différentes problématiques, de l'évaluation du risque de récidive et des techniques d'intervention.*



ANNONCE!!

La présente Chronique ACCÈS est un prélude à la formation que j'offrirai à l'hiver 2026 sur **la thérapie ACT et ses apports dans l'intervention en délinquance sexuelle**, plus particulièrement sur le plan de la gestion des intérêts sexuels jugés problématiques. Cette formation se déroulera les 25-26 mars à Trois-Rivières. Elle sera annoncée par l'infolettre et les différents réseaux sociaux du RIMAS! Nous vous invitons à vous y inscrire rapidement dès qu'elle sera disponible dans le catalogue de la plateforme de formation du RIMAS, car les places sont limitées!

INTRODUCTION SUR LA THÉRAPIE ACT

La thérapie ACT, pour *Acceptation and Commitment Therapy*, a été créée par Stephen Hayes et ses collaborateurs vers le début des années 2000. Elle a été décrite et est reconnue aujourd'hui comme une thérapie cognitive-comportementale de troisième vague. La première vague était dominée par les approches comportementales fondées sur l'apprentissage stimulus-réponse via le conditionnement classique ou le conditionnement opérant (Hayes et al., 2006). La seconde vague s'est distinguée des approches de conditionnement en ajoutant un ensemble de processus cognitifs intermédiaires entre le stimulus et la réponse, ainsi que divers autres mécanismes d'apprentissage. Ainsi, la manière d'interpréter les stimuli peut modifier à elle seule la réaction de l'individu sur le plan de l'émotion et du comportement et, de plus, cette seule manière de penser peut produire une réponse comportementale spécifique. On s'intéresse, dans la seconde vague, à la nature des cognitions et leur impact sur les choix de la personne (Hayes et al., 2006). Cependant, au fil des années, les données empiriques supportant les mécanismes relatifs à la modification des pensées et à l'impact de cette modification se sont montrées plutôt ténues (Hayes et al., 2006). Il ne semblait pas clair qu'un changement au niveau des pensées soit requis pour qu'il y ait un changement comportemental et une *modification* des symptômes chez les gens souffrant de diverses conditions de santé mentale (voir Hayes et al., 2006; voir aussi Walton et Hocken, 2021 pour une version appliquée à l'intervention en délinquance sexuelle).

Influencé.e.s par les philosophies bouddhistes et la recherche des causes des événements psychologiques[1] qu'expérimente l'individu, les créateur.trice.s d'approches de troisième vague ont théorisé l'importance du contexte dans l'apparition de ces événements psychologiques. Ce n'est pour eux.elles pas vraiment la nature des états

[1] *« Événements psychologiques » ou « Psychological Events » sont des termes fréquemment utilisés par la thérapie de l'ACT pour décrire les états mentaux de la personne : émotions, sentiments, pensées, sensations, souvenirs, etc.*

mentaux qui importe, mais d'abord et avant tout le contexte dans lequel ils se produisent. Parmi ces contextes, la relation que la personne entretient avec la présence de ces états mentaux semble déterminante dans ses réactions et ses choix (Hayes et al., 2006). Par conséquent, en modifiant non pas la nature des événements psychologiques, mais le contexte dans lequel ils se manifestent (voir ici essentiellement la relation de l'individu avec ses états mentaux), on peut engendrer potentiellement un plus grand changement réel. Dit autrement, les pensées sont vues par les tenants de la troisième vague comme des manifestations sur lesquelles l'individu a peu ou pas de pouvoir. Son véritable pouvoir réside dans la manière d'accueillir et de vivre ce que la vie lui apportera : de multiples pensées, de multiples émotions, de multiples sensations, etc. La troisième vague repousse donc en fond de cale la pertinence clinique des pensées, du moins sur le plan de leur contenu.

Les preuves s'accumulent : la santé mentale et l'efficacité comportementale sont plus liées à la manière dont les gens se relient à leurs pensées et sentiments qu'au contenu même de ceux-ci (Bond et al., 2011). L'évitement expérientiel, soit le désir de modifier la nature ou la fréquence d'événements psychologiques difficiles, est associé à plus de détresse et une moins grande satisfaction personnelle (Bond et al., 2011). La thérapie de l'ACT invite donc les gens à apprendre à accueillir et accepter les événements psychologiques et à continuer à adopter des comportements qui vont dans le sens de leurs valeurs de vie, ce que l'évitement expérientiel empêche généralement.

La thérapie ACT est décrite comme une thérapie comportementale, non pas classique mais contemporaine, puisqu'elle met l'accent sur la poursuite des actions qui donnent un sens à l'existence de l'individu et qui le mènent vers l'auto-accomplissement (Hayes et al., 2006). Notons d'autres approches de troisième vague dont la DBT *(Dialectic Behaviorial Therapy de Marsha Linehan) ou la Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (Zindel Segal et collaborateurs). Soulignons les relents humanistes et issus de la psychologie positive bien ancrés dans la philosophie de l'ACT.

INTRODUCTION SUR L'INTERVENTION EN DÉLINQUANCE SEXUELLE

L'intervention auprès des auteurs de violences sexuelles (AVS) doit reposer sur quelques principes bien établis :

- Être en cohérence avec le principe de Risque du modèle RBR (Bonta et Andrews, 2007). L'intensité des interventions doit être appariée au niveau de risque de récidive que présente l'individu. Plus le risque est élevé, plus l'intensité est élevée et vice-versa.
- Être en cohérence avec le principe de Besoins du modèle RBR (Bonta et Andrews, 2007). Les interventions doivent être construites prioritairement (mais non-exclusivement) autour des besoins criminogènes;
- Être en cohérence avec le principe de Réceptivité du modèle RBR (Bonta et Andrews, 2007), soit la Réceptivité spécifique et la Réceptivité générale.
- Les interventions doivent être adaptées aux caractéristiques de l'individu comme son style d'apprentissage ou autres facteurs influençant la manière dont il intègrera les interventions (Réceptivité spécifique). De plus, les interventions doivent mettre l'accent sur les approches cognitives-comportementales qui sont à peu près les seules à avoir démontré une efficacité pour la réduction du risque de récidive (Schmucker et Lösel, 2015).
- Favoriser l'alliance thérapeutique et l'engagement de l'individu vers le changement (ATSA, 2025).
- Ces facteurs sont d'une importance cruciale pour la réussite de l'intervention et, en définitive, la réduction du risque de récidive (voir Marshall et Marshall, 2021).
- Prioriser des cibles d'intervention empiriquement reconnues comme étant associées au risque de récidive dont, entre autres, la régulation des émotions et des pulsions sexuelles (ATSA, 2025).
- La régulation de soi est vue comme l'aspect thérapeutique le plus déterminant dans l'efficacité du traitement et la réduction subséquente du risque de récidive (Seto, 2018).
- Identifier les besoins fondamentaux de l'individu et favoriser leur satisfaction par l'intermédiaire de comportements cohérents et prosociaux (Willis et al., 2013).

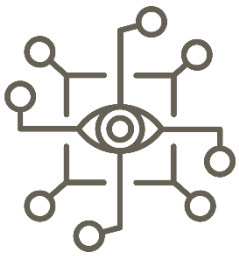
Une meilleure satisfaction de ces besoins diminuera, est-il postulé, l'utilisation de comportements antisociaux dans le but de répondre inadéquatement à ses besoins insatisfaits.

Comme le mentionne Ranfone (2025) dans sa thèse doctorale, plusieurs des principes d'intervention en délinquance sexuelle sont cohérents avec la thérapie ACT. Notamment, le principe de Réceptivité générale est respecté, puisque la thérapie ACT est fondamentalement une approche cognitive-comportementale (bien qu'elle n'ait jamais été testée spécifiquement pour cette population; nous y reviendrons). De plus, les principes fondamentaux de la thérapie ACT sont facilement applicables aux populations présentant divers types d'apprentissage ou autres caractéristiques influençant leur réceptivité spécifique. Notons aussi que la thérapie ACT place un accent majeur sur l'alliance thérapeutique, l'engagement vers le changement comportemental, la satisfaction des besoins fondamentaux (GLM) et la régulation des émotions. Nous verrons dans le présent document comment elle pourrait s'appliquer aussi à la gestion des pulsions sexuelles. Elle cible donc potentiellement des éléments d'importance pour l'intervention en délinquance sexuelle.

Somme toute, l'approche ACT semble appropriée pour l'intervention auprès des AVS. Elle possède encore peu de soutiens empiriques directs, mais peut être considérée comme une approche prometteuse.

LES PRÉMISSES DE LA THÉRAPIE ACT

La thérapie ACT repose sur la théorie du « contextualisme fonctionnel » : aucune pensée, souvenir, sentiment (ou autre état mental) n'est problématique intrinsèquement (Beygi et al., 2023). Les événements psychologiques dépendent du contexte dans lequel ils apparaissent et dans lequel ils sont conditionnés. Selon le contextualisme fonctionnel, le comportement humain doit être interprété dans son contexte, en tenant compte des interactions entre les pensées, les émotions et l'environnement. Ce n'est pas la forme (ou la nature) des comportements qui est importante, mais bien leur fonction (Hayes et al., 2006). Quand une personne choisit tel ou tel comportement, c'est en rapport avec des contextes historiques et situationnels précis. Les événements psychologiques ne sont donc ni bons ni mauvais, mais ils peuvent être moins adaptés à certains contextes.



Dans le contextualisme fonctionnel, les pensées/émotions/sensations ne sont jamais anormales. Elles sont fonctionnelles ou, du moins, l'ont déjà été. Par exemple, lorsqu'un enfant est victime de violences de la part d'adultes autour de lui, croire que les adultes sont dangereux est une pensée fonctionnelle favorisant sa protection. La nature de la pensée est adéquate, dans le contexte précis où elle nait. À l'inverse, la personne doit comprendre, une fois devenue adulte, que cette pensée n'est plus fonctionnelle (n'est plus adaptée au contexte). Elle est peut-être même devenue nuisible et elle éloigne peut-être la personne des actions engagées qu'elle pourrait réaliser, cohérentes avec ses valeurs et son bien-être. C'est là tout le fondement du contextualisme fonctionnel en thérapie ACT (Dionne, 2025). Dans un cadre TCC plus classique, la pensée est vue comme délétère en soi et appelée à être restructurée. Cependant, avec près de 60 000 pensées par jour, on peut se demander si la TCC classique n'accorde pas trop « de sérieux » à la pensée, suscitant une réaction négative paradoxale face à cette pensée (Dionne, 2025).

Une autre théorie guidant la thérapie ACT est la théorie des cadres relationnels *(Relational Frame Theory, RFT)*. La théorie est complexe et résulte de nombreuses années de recherche du fondateur, Stephen Hayes, et de ses collaborateurs. Pour y aller simplement, la théorie postule que l'être humain, par l'intermédiaire du langage, crée des liens (entre les choses) qui ne dépendent pas des propriétés de ces choses. Ainsi, il peut lier les événements de manière symbolique. Les relations symboliques construites par les gens à travers le langage représentent leur manière de se lier à leur pensée. Les cadres relationnels peuvent enrichir l'expérience humaine, mais ils peuvent aussi constituer des pièges puisqu'il devient difficile pour la personne de distinguer le contenu de ses pensées et le processus de ses pensées. Les relations créées sont souvent considérées comme vraies, sans prise de perspective, alors que dans les faits, elles ne sont

que des relations qui dépendent d'un contexte historique et situationnel et des fonctions symboliques qui sont ancrées en elles. Dans les cas plus graves, cela peut créer une fusion cognitive et l'adoption de comportements non-optimaux, voire destructeurs, chez un individu qui n'arrive plus à distinguer le « vrai » du « peut-être faux » (Walton et Hocken, 2021).

Essayons de simplifier un peu. Le langage offre une infinité de possibilités pour l'individu de modifier le sens réel des choses et de se lier de manière symbolique (donc, non réelle) à ces choses. Si les liens créés sont trop rigides (peu flexibles) et s'ils sont tenus pour acquis, ils peuvent entrainer l'individu dans des choix délétères pour lui-même. En thérapie ACT, il faut donc aider les gens à prendre de la perspective sur le contenu de leurs pensées, à mieux comprendre la fonction de ces pensées, à les situer dans un contexte historique et situationnel défini et à défusionner de ces pensées pour choisir leurs comportements de manière autonome et flexible (Hayes et al., 2006; Walton et Hocken, 2021).

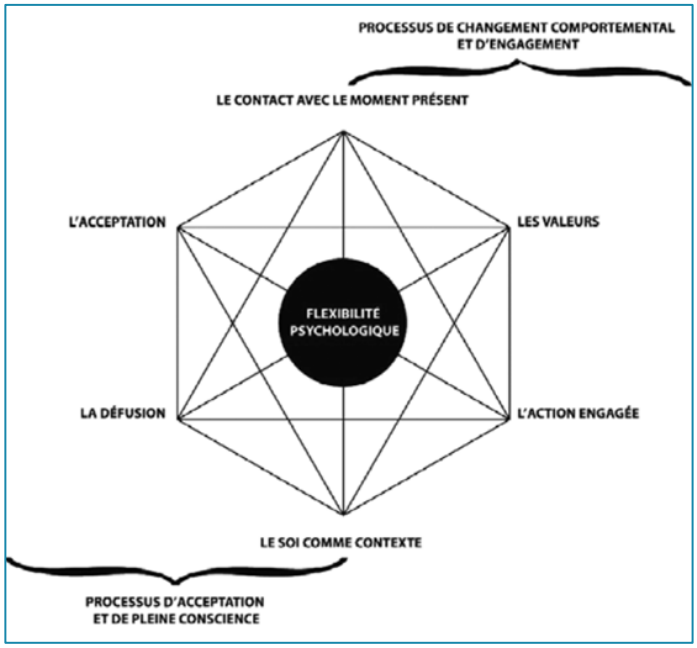
CIBLE PREMIÈRE DE LA THÉRAPIE ACT

La thérapie ACT cherche à augmenter la flexibilité psychologique de l'individu, en développant sa capacité à contacter pleinement le moment présent et tout ce dont il est constitué (pensées, sentiments, sensations, désirs, intentions, etc.) sans s'en défendre et sans jugement, en percevant et interprétant les événements psychologiques comme étant le résultat d'un contexte et non une réalité objective, et en continuant d'orienter ses actions dans la direction de ses valeurs fondamentales, qu'une fusion trop forte avec ses états mentaux peut empêcher (Bond et al., 2011).

L'augmentation de la flexibilité psychologique réduit la souffrance, bien que cette réduction soit un sous-produit secondaire. En effet, l'objectif d'augmenter la flexibilité psychologique est d'aider la personne à composer différemment avec sa souffrance et non pas d'emblée à réduire ou éliminer cette souffrance. Au contraire, la thérapie ACT assume que la souffrance est une partie intégrante de la vie et qu'elle existera toujours. Les problématiques de santé mentale résultent, au fond, d'une trop grande inflexibilité psychologique à composer avec la souffrance (Hayes et al., 2006).

LES SIX PROCESSUS DE LA THÉRAPIE ACT

L'hexaflex (voir Hayes et al., 2006) est une figure bien connue représentant les six processus ou composantes ou mécanismes par lesquels on peut augmenter la flexibilité psychologique d'une personne (la figure ci-dessous est tirée de Neveu et Dionne, 2009). L'augmentation de la flexibilité psychologique est prétendument l'ingrédient actif de la thérapie ACT (Beygi et al., 2023).



1· Le soi comme contexte

Présentée par plusieurs comme la première étape (bien que les composantes de l'hexaflex ne se présentent pas dans un « ordre logique »), la composante « Le soi comme contexte » indique que la personne, le « JE », est complexe et peut vivre des événements psychologiques nombreux, souvent contradictoires par leur nature, dépendant hautement des contextes dans lesquels évolue le « JE ». Les événements psychologiques ne sont donc que la manifestation d'une partie de soi, qui plus est une partie circonstanciée. Il faut donc apprendre à se détacher de ses expériences pour ne pas les considérer comme le reflet d'un « JE » unidimensionnel et inébranlable (Hayes et al., 2006).

2· La défusion cognitive

Sachant que le contenu des événements psychologiques est transitoire et qu'il ne reflète qu'une partie du « JE », la personne peut apprendre à interagir différemment avec celui-ci lorsqu'il survient. Les verbalisations qui suggèrent une grande fusion entre les pensées et l'individu sont celles qui témoignent d'un processus d'identification aux pensées : « *J'ai toujours été différent des autres* », « *Je suis une personne foncièrement timide* », « *Je ne peux pas changer mon impulsivité, je suis quelqu'un de passionné* ». Les pensées fusionnées font croire que la personne ne peut pas faire autrement que s'abandonner à ces pensées, ressentir les émotions qu'elles engendrent et adopter les comportements qui en résultent. Les pensées doivent être vues comme des représentations de processus mentaux et non comme des vérités (Beygi et al., 2023).

3· L'acceptation

Ce terme a été galvaudé avec le temps et de nombreuses utilisations douteuses en ont été faites. Pour être clair, il ne fait pas référence à une bête acceptation de tout ce qui se passe en nous, suivie d'une méditation transcendantale de reconnaissance spirituelle… Certaines émotions, sensations, pensées sont souffrantes. Il ne s'agit pas de les « aimer ». Il s'agit d'accueillir l'inconfort qu'elles peuvent susciter, de tolérer leur présence, de vouloir les apprivoiser et apprendre d'elles. La souffrance est partie intégrante de la vie. Elle survient constamment, à différents degrés : une envie de manger non-satisfaite, un trafic inattendu, une douleur physique, une situation anxiogène, une tristesse, un accident, une maladie, une perte amoureuse, un décès, etc., etc. Éloigner la souffrance et les événements psychologiques qui l'accompagnent est illusoire. Repousser les expériences augmentera généralement leur saillance. Continuer sa vie en adoptant des actions engagées allant dans le sens de ses valeurs, en composant, ou mieux, en coexistant avec ses expériences, est l'idée générale sous-tendant l'acceptation (Hayes et al., 2006; voir aussi Beygi et al., 2023).

4· Le contact avec le moment présent

Lorsque l'individu est en fusion cognitive, l'évitement expérientiel est plus susceptible de survenir (et vice-versa). Il tentera de modifier la fréquence ou la forme des événements psychologiques ou sa sensibilité à ces événements. Les émotions seront vues comme étant négatives, voire dangereuses, et seront évitées. Par un simple (mais si complexe!) effet du langage humain, la personne croira à l'importance de l'évitement, souvent encouragée implicitement par la culture du « *feeling good* », très en vogue dans notre société, et fera tout pour fuir la souffrance (Hayes et al., 2006). Nous nous trouvons alors en pleine fusion cognitive.

En état de fusion cognitive, la personne voit difficilement ses états internes comme résultant d'un contexte, mais bien comme des contenus véridiques. Elle devient plus inflexible. Elle perd de vue ses valeurs et ne s'engage plus au même niveau dans des actions pourtant pleines de sens pour elle. Le contact avec le moment présent diminue puisqu'elle est bloquée, soit dans le passé (ruminations), soit dans le futur (anticipations; Hayes et al., 2006). Elle trouve souvent des justifications, d'ailleurs, pour se maintenir dans cet état ou, dit autrement, pour expliquer sa relative léthargie.

Le contact avec le moment présent implique de vouloir accueillir les événements psychologiques dans l'ici et maintenant, d'expérimenter réellement ces événements, de tolérer l'inconfort qu'ils suscitent et de rester centré sur ce qui est important pour soi (valeurs) pour le mettre en pratique (actions engagées).

5· Les valeurs

Les valeurs permettent de donner une direction aux actions de la personne (Hayes et al., 2006). Les valeurs ne sont pas des objectifs. Ces derniers peuvent être atteints (via des actions engagées), alors que les valeurs ne le sont jamais, par définition. Les valeurs sont une manière d'être

que l'individu souhaite incarner au quotidien dans ses différentes actions (Walton et Hocken, 2021). Elles donnent un sens à son existence. Elles peuvent être formulées par un verbe et un adverbe (p.ex., se connecter aux autres affectueusement; Stoddard et Afari, 2014). Les valeurs ne sont pas (Stoddard et Afari, 2014) :

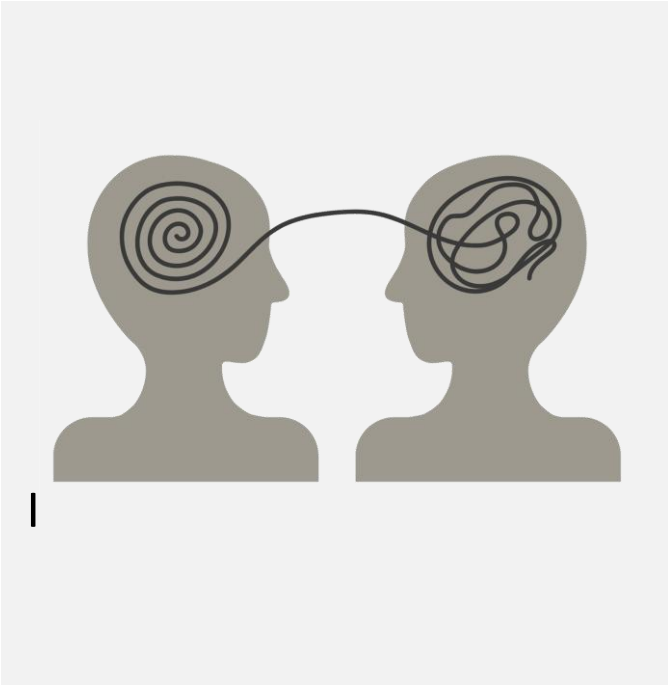
- Des états internes (p.ex., être calme) :
  « Si tu étais plus calme, que ferais-tu que tu ne fasses pas en ce moment? Que ne ferais-tu plus? »
  (Questionnement qui peut mener à la véritable valeur).
- Des manières dont les autres nous traitent (p.ex., être aimé) :
  « Comment pourrais-tu agir, quelle valeur pourrais-tu incarner, pour que les autres t'aiment davantage ? »
- Des objectifs (p.ex., « Participer aux activités de ma fille cette année ») :
  « Quel genre de père es-tu, selon toi, si tu participes aux activités de ta fille cette année? ».

Les gens ont tendance à repousser la mise en action dans des comportements engagés qui répondent à leurs valeurs tant qu'ils ne se sentent pas « réparés ». La thérapie ACT met l'accent sur l'idée que la personne n'est pas « brisée », mais qu'elle est « bloquée » (Dionne, 2025).

6· L'action engagée

La personne saisit que ses expériences psychologiques se situent dans un contexte; elle apprend à défusionner avec ses pensées/sensations/émotions plus délétères; elle accepte d'accueillir et apprendre à tolérer/apprivoiser les expériences plus inconfortables; elle contacte le moment présent, ce qui lui permet aussi de prendre mieux conscience de ses valeurs profondes. Enfin, elle identifie des actions concrètes qui lui permettent de se diriger dans le sens dicté par ses valeurs. L'action engagée est donc un mouvement d'élargissement du répertoire comportemental, la mise en application palpable de comportements précis et/ou la pratique d'habiletés et de compétences qui permettront la mise en place de ces comportements (travail sur les obstacles; Hayes et al., 2006). La personne doit être « willing » à expérimenter de nouvelles choses et à tolérer l'inconfort qui arrivera nécessairement. En effet, l'action engagée vise surtout à améliorer la flexibilité psychologique et à expérimenter et non pas à changer en tant que tel (le changement est vu comme un sous-produit désirable, mais non nécessaire ; Stoddard et Afari, 2014). Il importe ici d'identifier des objectifs (actions engagées) simples et réalistes qui sont au service direct des valeurs choisies, de surmonter les barrières expérientielles (p.ex., fusion cognitive) ou environnementales (p.ex., résolution de problèmes ou psychoéducation) et d'agir (Stoddard et Afari, 2014).

Il ne faut pas agir pour agir! La thérapie ACT se méfie des actions engagées répétitives ou excessives. Ces dernières cachent souvent une autre fonction et peuvent entrainer des effets délétères (p.ex., s'entrainer de manière compulsive pour viser une valeur comme « être en bonne condition physique », en dissimulant l'évitement de l'anxiété qui motive ce comportement). Il faut demeurer à l'affût du lien dissimulé possible entre une valeur et une action engagée (Stoddard et Afari, 2014). De plus, il ne faut pas tomber dans le piège de n'identifier que des activités plaisantes ou des activités « qui font du bien », mais plutôt miser sur les activités qui sont au service des valeurs (Dionne, 2025).



ÉVALUER LES COMPOSANTES DE LA THÉRAPIE ACT

Il peut être intéressant pour l'intervenant.e de tenter de situer un client sur les six composantes de l'ACT. Dionne (2025) propose d'évaluer les composantes sur un continuum et d'y situer notre évaluation qualitative du client, après bien entendu un bon nombre de séances d'évaluation préalables :

SOI COMME CONTENU ----------x----------SOI COMME CONTEXTE
FUSION COGNITIVE ----------x----------DÉFUSION COGNITIVE
ÉVITEMENT EXPÉRIENTIEL---------x----------ACCEPTATION
FUITE DANS LE PASSÉ ET LE FUTUR----------x----------CONTACT MOMENT PRÉSENT
VALEURS OBSCURES----------x----------VALEURS CLAIRES
PASSIVITÉ----------x----------ACTION ENGAGÉE

Il peut bien sûr être intéressant pour l'intervenant.e de se situer lui-même/elle-même par rapport à ces six composantes. En fait, je constate, de mes lectures et formations diverses, que la thérapie ACT place un accent important sur la cohérence entre l'approche professionnelle utilisée et la philosophie de vie personnelle. Un.e bon.ne intervenant.e devrait se situer plus près du Soi comme contexte, de la Défusion cognitive, de l'Acceptation, du Contact avec le moment présent, avoir des Valeurs claires et être dans l'Action Engagée. Il.elle pourrait sinon devenir un mauvais modèle pour le client, mais surtout éviter de diriger son client dans des zones inconfortables nécessaires au changement.

Il existe aussi des questionnaires évaluant spécifiquement chacune des composantes de l'ACT. Vous pouvez y accéder, via une inscription à l'association des sciences comportementales contextuelles, lien : Assessment Measures | Association for Contextual Behavioral Science.

LES DONNÉES D'EFFICACITÉ DE LA THÉRAPIE ACT : SANTÉ MENTALE

Hayes et al. (2006) recensent 27 études incluant 5616 participants et dénotent des corrélations négatives modérées entre un questionnaire d'acceptation et d'action et des états mentaux comme la dépression, l'anxiété, le trouble de stress post-traumatique, les douleurs, le stress quotidien, la performance à l'emploi (corrélation positive) et l'affect négatif. Notons que le questionnaire utilisé évalue la fusion de l'individu avec ses pensées, l'évitement expérientiel et l'action engagée malgré la présence d'événements psychologiques difficiles. Il possède 16 items et présente une bonne validité prédictive, convergente et de critère (Hayes et al., 2004). Ainsi, ces corrélations nous montrent que plus le niveau de flexibilité psychologique est élevé (moins de fusion, moins d'évitement, plus d'action engagée), moins les symptômes sont présents. Ils constatent aussi une réduction des pensées dépressivogènes, des réhospitalisations et de l'adhésion aux hallucinations chez les patients psychotiques, de l'impulsivité chez des patients TPL, entre autres. Ces premières études présentaient une méthodologie de moindre qualité, mais les résultats ont été confirmés par les études ultérieures. Notamment, dans une revue systématique et méta-analytique de la littérature, Beygi et al. (2023) utilisent les données de 14 revues méta-analytiques et de 11 revues systématiques de la littérature (c'est donc une méta méta-analyse). Ils comparent la thérapie ACT avec un groupe contrôle-liste d'attente, un traitement usuel ou une TCC. Ils constatent des tailles d'effet petites à modérées pour des problématiques de santé mentale comme la dépression ou l'anxiété. L'efficacité semble présente aussi chez les adolescents et les enfants, mais les données ne sont pas suffisantes pour effectuer des analyses fiables. Il semble, d'après cette étude, que la thérapie ACT soit efficace dans une certaine mesure pour ces problématiques, sauf en ce

qui concerne la dépression modérée ou sévère. Les auteurs observent aussi des corrélations fortes entres des indices de flexibilité psychologique et la problématique de dépression ou d'anxiété, ce qui est important pour le postulat central de l'approche ACT, comme quoi l'augmentation de la flexibilité psychologique favorise la santé mentale (et vice-versa).

A-Tjak (2015; article allemand cité dans Ranfone, 2025) réalise une méta-analyse incluant 39 études randomisées et contrôlées (note : on n'a pas ça, dans notre domaine..!). Ces études incluent 1821 patients souffrant de diverses problématiques, dont la dépression, l'anxiété et l'addiction à des substances. L'efficacité de la thérapie ACT est vue comme étant similaire à une approche TCC plus classique et, bien entendu, supérieure à un groupe contrôle-liste d'attente.

À ce jour, la thérapie ACT est citée par la division 12 de l'APA comme disposant de forts soutiens empiriques pour des problématiques de douleur chronique, et disposant de support modéré pour la dépression, l'anxiété et le trouble obsessionnel-compulsif (Walton et Hocken, 2021). Malheureusement, les études ayant évalué l'efficacité de la thérapie ACT auprès des AVS sont virtuellement inexistantes (Walton et Hocken, 2021). On peut cependant regarder ce qui se fait du côté des violences interpersonnelles non-sexuelles.

LES DONNÉES D'EFFICACITÉ DE LA THÉRAPIE ACT : VIOLENCES

Visdomine-Lozano (2022) postule que selon l'approche ACT, le comportement antisocial, au sens large, serait le résultat de l'évitement expérientiel (la thérapie ACT postule essentiellement que toute problématique est le résultat d'une perte de flexibilité psychologique propulsée en grande partie par l'évitement expérientiel). La personne adoptant des conduites antisociales serait guidée par des règles rigides visant à contrôler son inconfort, voire son aversion, face aux événements psychologiques (sentiment d'injustice, rage, sentiment d'infériorité, anxiété, rejet, abandon, etc.). Incapable de contextualiser ses sentiments, la personne fusionnerait avec ceux-ci et tenterait de les contrôler, notamment via l'adoption de comportements antisociaux qui seraient alors renforcés négativement. Visdomine-Lozano (2022) soutient donc que l'évitement expérientiel et l'inflexibilité comportementale sont impliqués dans le comportement antisocial.

Quelques données peuvent supporter cette théorie. Zarling et al. (2015) rapporte que la thérapie ACT réduirait significativement les incidents d'agression physique et psychologique chez la personne violente, avec un maintien apparent des progrès sur 6 mois post-thérapie (voir aussi Zarling et Berta, 2017). Byrne et Ghrada (2019) observent, similairement, une réduction des comportements agressifs chez une population forensique exposée à des interventions visant à diminuer l'évitement expérientiel et améliorer la régulation émotionnelle. Par surcroît, Zarling et Berta (2017) exposent plusieurs résultats soutenant les concepts de la thérapie ACT chez les auteurs de violences interpersonnelles (incluant certains auteurs de violences sexuelles). Ces études font état chez ces individus :

- D'une moins grande conscience des expériences internes;
- D'une difficulté à reconnaitre les émotions;
- D'une faible tolérance aux états émotionnels;
- De difficultés à verbaliser ses émotions;
- De tentatives de combattre et contrôler les émotions plus difficiles.

Ces caractéristiques sont en lien avec les six composantes de la thérapie ACT, ce qui suggère que cette approche pourrait être pertinente chez les gens présentant des violences interpersonnelles, dont les violences sexuelles.

Ainsi, en mettant la personne en contact avec ses sentiments, sensations, émotions et pensées… En pratiquant l'apprivoisement des états mentaux, sans tentative de les contrôler par des comportements comme l'abus de substance ou la sexualité… En redirigeant la personne vers des actions engagées dans le sens de ses valeurs de vie (autres que criminelles) et en favorisant la réduction de l'évitement expérientiel, on pourrait favoriser chez elle le développement de répertoires comportementaux plus larges et plus sains, susceptibles d'occasionner des changements qui feront de la

délinquance un choix « moins nécessaire » (Visdomine-Lozano, 2022).

On perçoit donc les applications potentielles de la thérapie ACT auprès des AVS, mais il importe de retenir que cette approche, en tant que telle, n'a pas été testée adéquatement auprès de cette clientèle. Néanmoins, elle est d'orientation cognitive-comportementale tel que le suggère le modèle RBR (Bonta et Andrews, 2007), elle fait appel grandement à l'autorégulation de soi (une des approches thérapeutiques les plus adaptées à la délinquance sexuelle; Yates et al., 2010), elle présente une philosophie d'allure humaniste et s'apparente à la psychologie positive, un peu à l'instar du modèle GLM (Willis et al., 2013), etc. Sans que ces éléments ne constituent des démonstrations en bonne et due forme de l'efficacité de la thérapie ACT auprès des AVS, ils renforcent la pertinence d'utiliser cette approche auprès de cette clientèle.

APPLIQUER LA THÉRAPIE ACT AUX AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES

La dissertation doctorale de Ranfone (2025) est possiblement une des rares références, ce qui m'a grandement étonné, que j'aie trouvé en lien avec la thérapie ACT chez les AVS. Sa dissertation a pour but de créer un protocole afin de guider les études futures auprès des AVS.

Ranfone (2025) aborde d'abord la honte toxique chez les AVS et leur difficulté à défusionner de cette honte, d'autant plus dans une culture très stigmatisante pour eux (registres, lois, médias, etc.). Elle brosse ensuite un portrait des approches et philosophies ayant eu cours dans l'intervention auprès des AVS, mettant l'accent sur le développement trop récent et trop timide des approches issues de la psychologie positive, mettant l'accent aussi sur les forces et la croissance personnelle de l'AVS, mais repoussant du même coup les approches stigmatisantes favorisant la fusion cognitive de l'AVS (p.ex., les thérapies par provocation bien populaires dans les années quatre-vingt). L'autrice évoque qu'avec ses objectifs, la thérapie ACT est cohérente avec les approches préconisées aujourd'hui dans le domaine, dont les interventions visant l'autorégulation, l'accueil, l'empathie, voire la compassion.

Ranfone (2025) propose un protocole ACT pour délinquants sexuels (ACT-SO, pour « sex offenders ») en 8 phases :

1. Introduction au traitement, Acceptation et « Désespoir créatif »

Durant cette phase, les AVS sont conduits vers la compréhension des composantes de la thérapie et l'identification des composantes ayant pu contribuer à leur recours à des violences sexuelles. L'accent est mis sur la volonté de l'AVS d'affronter ses états mentaux, ainsi que sur l'inefficacité, voire la destructivité, des actions qu'ils ont mises en place jusqu'à présent, pensant ainsi répondre à leurs valeurs et besoins (cette confrontation suscite normalement ce qu'on appelle le « désespoir créatif » ou « *creative hopelessness* »). L'autrice invite les thérapeutes à favoriser l'accueil et la défusion de la honte, de l'anxiété et de la méfiance, souvent bien présents chez nos clients.

2. Contact avec le moment présent et Acceptation

Dans cette phase, l'AVS est guidé vers l'exposition et l'accueil des états mentaux, sans jugement, ainsi que vers l'apprivoisement des sensations/sentiments/émotions. On l'invite à reconnaitre l'évitement expérientiel et le contrôle qu'il tente d'exercer sur ses différents états internes, ainsi que les conséquences concrètes de cet évitement et de ce contrôle sur le choix de ses actions.

3. Comportements sexuels et rééducation sexuelle

Dans cette phase, une éducation psychosexuelle est offerte à l'AVS, selon son niveau de connaissances.

4. Défusion cognitive et Soi comme contexte

La personne est invitée à différencier le contenu de ses pensées du contexte dans lequel elles prennent part, c'est-à-dire à prendre une perspective sur ses états mentaux. On met l'accent sur les pensées liées à la délinquance sexuelle. On amène la personne à comprendre qu'elle n'est pas ses pensées et que celles-ci créent de fausses vérités. On peut appliquer cette idée

aux fantasmes sexuels, mais Ranfone (2025) n'en parle pas directement dans sa dissertation (voir subséquemment l'élaboration de cette idée).

5· Processus fonctionnel des délits sexuels

Le travail thérapeutique dans cette phase ressemble aux concepts de la prévention de la récidive, mais dans une optique ACT. Qu'est-ce qui a motivé les comportements sexuels? Où l'AVS a-t-il évité ses expériences psychologiques? Quand a-t-il fusionné avec ses pensées et ses pulsions, tentant soit de les contrôler, ou s'y abandonnant par résignation? Quand a-t-il oublié de concevoir les événements psychologiques comme résultant d'un contexte et non comme des vérités absolues? L'analyse de ces différents aspects permet d'élaborer une « chaine délictuelle » d'un autre genre.

6· Choisir les valeurs et déterminer des actions engagées

Prendre le temps de favoriser l'introspection identitaire de l'individu, de comprendre comment les actions passées n'allaient pas dans le sens des valeurs et d'identifier enfin de nouvelles actions engagées.

7· Relations saines et communication

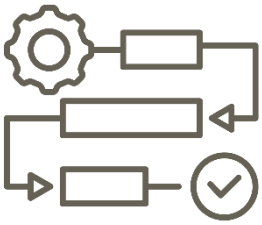
Phase favorisant le développement de compétences particulières au domaine relationnel et intime.

8· Plan d'action engagée

Choix d'actions précises à adopter afin de prévenir la récidive, mais aussi pour améliorer le bien-être. Les actions doivent aller dans le sens des valeurs de l'AVS et constituer des objectifs pertinents. La pratique de la pleine conscience et des diverses habiletés associées à la thérapie ACT est indispensable tout au long du programme d'intervention.

À l'avis personnel du rédacteur de la présente chronique, le programme de Ranfone (2025) présente plusieurs défauts, notamment le manque d'élaboration. Je considère aussi qu'il s'agit d'une tentative un peu timide d'intégrer la thérapie ACT à l'intervention auprès des AVS. Cependant, il s'agit aussi d'une tentative prudente, dans un domaine où les données empiriques sont faibles et éparpillées. En effet, dans ce contexte, il semble indispensable qu'un nouveau programme adoptant une approche non-testée comme la thérapie ACT, conserve les grandes lignes des anciens programmes afin de ne pas déroger aux bonnes pratiques. Ce faisant, néanmoins, toute la portée potentielle de la thérapie ACT n'est pas exploitée. Rendons quand même le mérite à l'autrice d'être sortie un peu des chemins battus et d'avoir osé apporter au domaine de la délinquance sexuelle de la nouveauté.

APPLIQUER LA THÉRAPIE ACT AUX AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES : ALLER PLUS LOIN!



Les métaphores et exercices développés par la thérapie ACT pourraient non seulement être appliqués directement auprès des AVS, mais aussi être adaptés aux concepts associés à la délinquance sexuelle, comme les facteurs de risque, la honte face au délit, la stigmatisation, la méfiance post-incarcération, les intérêts sexuels problématiques, etc. Lors de la formation que je suis entrain d'élaborer et qui sera offerte à l'hiver 2026, je pourrai élaborer longuement sur les applications concrètes de la thérapie ACT lors des interventions auprès des AVS. Pour le moment, je me consacrerai à émettre certaines idées afin de débuter la réflexion à savoir de quelle manière les principes de la thérapie ACT pourraient être appliqués.

Thème 1 : Les six composantes

SOI COMME CONTEXTE : En intervention auprès des AVS, cette composante est indispensable pour aider la personne à comprendre que ses intérêts sexuels paraphiliques ne sont pas le « JE », mais une partie du « JE ». Ils ne la définissent pas dans son intégralité, bien qu'ils lui appartiennent et ne soient pas non plus un phénomène à négliger. La honte est souvent un obstacle à l'intervention. Le Soi comme contexte permet de travailler cette honte et d'amener l'usager à se voir comme un Tout (voir Walton et Hocken, 2021).

DÉFUSION COGNITIVE : En intervention auprès des AVS, la défusion cognitive est souvent nécessaire pour séparer l'auteur de violences sexuelles ET l'individu, ou le criminel « détesté » ET la personne dans son ensemble, ou la honte ET la culpabilité, etc. Elle peut aussi favoriser le

détachement des fantaisies paraphiliques, notamment en apprenant à la personne que le contenu de ses fantasmes ne reflète pas l'entièreté de son identité et qu'elle n'a pas à s'abandonner à ces fantasmes. Nous y reviendrons subséquemment.

ACCEPTATION : En intervention auprès des AVS, on voit rapidement comment l'acceptation jouera un rôle prépondérant. L'AVS devra composer toute sa vie avec les souvenirs de ce qu'il a fait (regrets, culpabilité, honte; réminiscences du processus judiciaire, de l'arrestation, de la thérapie; rappels quotidiens du statut social et moral que lui confèrent les gens qui sont au courant de ses antécédents; présence de fantaisies sexuelles problématiques, tentations occasionnelles, perceptions de soi fluctuantes; etc.). Une grande dose de réalisme est nécessaire dès le début du suivi avec l'AVS : les événements psychologiques et la souffrance font partie de la vie et peut-être d'autant plus pour lui en raison de ce qu'il a fait et de ce qu'il a vécu. L'acceptation est une étape clé pour que des changements aient lieu. Walton et Hocken (2021) font un lien entre l'acceptation et un impact possible, entre autres, sur le facteur de risque « Recours à la sexualité comme mécanisme d'adaptation ». En effet, l'acceptation favorise une ouverture de la conscience, une défusion des expériences vécues et un élargissement des choix comportementaux possibles (p.ex. : « *Quelles sont mes possibilités d'actions engagées face à cette pulsion sexuelle que je ressens?* »).

CONTACT AVEC LE MOMENT PRÉSENT : En intervention auprès des AVS, on remarque souvent que les usagers expérimentent une forme de fuite ou d'évitement expérientiel. Cette fuite est accompagnée de craintes de recontacter des états internes déplaisants, que ce soient des pensées en lien avec l'incarcération, des humeurs dépressives qui ont autrefois mené à des conduites malsaines, des pensées sexuelles déviantes, etc. On peut penser au facteur de risque « Émotions négatives ». Les émotions négatives, notamment sous la forme de ruminations, résultent souvent d'une fusion de l'individu avec les émotions et d'une incapacité à se connecter au moment présent (Walton et Hocken, 2021).

VALEURS : En intervention auprès des AVS, il est assez évident que les actions récentes de la personne l'ont placée en contradiction avec certaines de ses valeurs[2] . L'actualisation des fantasmes sexuels est impraticable pour aller dans le sens de ses valeurs. Plusieurs comportements associés de près ou de loin à la délinquance sexuelle seront aussi impraticables et devront être recadrés (Walton et Hocken, 2021). Par surcroît, des éléments liés à la problématique sexuelle peuvent créer des obstacles aux actions engagées choisies pour aller dans la direction de certaines valeurs. Ils devront alors être travaillés en tant que tel.

ACTION ENGAGÉE : Identifier des actions engagées qui vont dans le sens de valeurs prosociales peut aider l'AVS à faire amende honorable, en quelque sorte, mais surtout à rétablir son équilibre psychique, notamment sur le plan de l'image de soi. La mise en action engagée l'aidera à vivre de nouvelles expériences, à apprivoiser les émotions qu'il a longtemps fuies, à mieux réguler ses émotions et ses pulsions et, pour finir, à être un individu plus accompli et moins potentiellement à risque pour autrui.

Thème 2 : Disposition à l'intervention

Les principes de la thérapie ACT peuvent favoriser la disposition du client, mais aussi celle de l'intervenant.e. Pour le client, comprendre le Soi comme contexte et défusionner de ses pensées et émotions difficiles peuvent aider à distinguer l'AVS ET l'individu dans sa globalité. Il n'est pas rare dans notre domaine de rencontrer des individus dont les représentations de soi et des autres sont (situationnellement) clivées. Les aspects positifs de soi et d'autrui sont donc dissociés des aspects négatifs, ces derniers attirant toute l'attention de la personne, l'absorbant parfois dans des émotions et des choix comportementaux contre-productifs (méfiance excessive, isolement social, passivité, autodestruction, etc.). Différentes circonstances influencent cette disposition du client, comme les réminiscences du processus judiciaire,

[2] *Sans avoir à tomber dans la sur-représentation de valeurs positives, voire parfois un peu trop orientées par le judéo-christianisme, la thérapie ACT met néanmoins l'accent sur des valeurs dites positives, dans le sens où elles favorisent l'épanouissement prosocial de la personne. Ainsi, si l'individu possède une valeur ancrée, mais antisociale, on ne travaillera pas avec cette valeur en thérapie. Il faut néanmoins demeurer ouvert.e et flexible face aux valeurs que peuvent vouloir incarner nos clients.*

les fantaisies sexuelles problématiques, la honte, la culpabilité envahissante, etc. Les exercices de défusion cognitive et de soi contextuel semblent pertinents pour favoriser la motivation et l'engagement en intervention, plus susceptibles de survenir lorsque le client prend une perspective face à ce qu'il vit. Pour leur part, la motivation et l'engagement influencent la participation au traitement qui lui, favorise la réduction du risque de récidive (voir, p.ex., Schmucker et Lösel, 2015).

Pour l'intervenant.e, les mêmes concepts peuvent aider à gérer les réactions du client face au contexte : comprendre l'importance contextuelle du déni dans l'équilibre psychique du client afin de ne pas agir impulsivement et de manière confrontante avec un tel individu, contextualiser la méchanceté des violences sexuelles et défusionner l'individu de ce qu'il a fait, etc. La pratique de la défusion cognitive et du Soi comme contexte (l'Autre comme contexte) peuvent cultiver chez l'intervenant.e les attitudes thérapeutiques reconnues comme étant efficaces, dont l'empathie, la chaleur, la flexibilité et la directivité bienveillante (Marshall et Marshall, 2021).

Thème 3 : Gestion des émotions et des pulsions sexuelles

Comme le nomme Visdomine-Lozano (2022), les personnes aux prises avec une problématique de violence interpersonnelle tendent à s'abandonner à l'évitement expérientiel. Connecter avec les sensations, émotions et pensées plus difficiles est donc ardu pour ces gens : anxiété, déprime, préoccupations, culpabilité, etc. On peut voir chez les AVS le recours fréquent à des mécanismes d'adaptation compensatoires qui servent possiblement en partie de défense contre la honte et la culpabilité liées à leurs gestes et/ou leurs intérêts sexuels. On peut penser, par exemple, au recours à la sexualité comme mécanisme d'adaptation lors de situations émotionnellement complexes (Cortoni et Marshall, 2001). L'exposition et l'acceptation des états internes sont des composantes indispensables pour qu'un changement survienne sur le plan de la gestion des émotions. Or, en début de thérapie, les AVS sont souvent très frileux à ce type d'exercice, notamment car ils craignent que des états désagréables remontent, dont possiblement des fantasmes sexuels problématiques sur lesquels ils n'auraient, selon eux, pas le contrôle. Bref, en début de thérapie, les mécanismes de défense sont « bourrés à bloc ».

Il semble fort pertinent d'apprendre aux AVS à mieux réguler leurs émotions par les stratégies de la thérapie ACT : défusion cognitive, acceptation, contact avec le moment présent. Apprivoiser les états mentaux pour ce qu'ils sont, des guides à écouter et non des menaces à contrôler, peut non seulement favoriser une meilleure gestion de l'impulsivité, mais possiblement aussi une meilleure résolution des problèmes. En effet, l'intervenant.e sait que des émotions mieux comprises et mieux régulées faciliteront la mentalisation requise pour permettre une meilleure identification des problèmes et des solutions potentielles.

Utiliser ces mêmes techniques pour la gestion des pulsions sexuelles serait une idée intéressante. On peut imaginer, par exemple, pratiquer avec un client l'exposition aux tensions physiques résultant de l'excitation sexuelle, lors de l'évocation de fantasmes sexuels problématiques, par exemple. Par la pleine conscience, la tolérance et l'apprivoisement (acceptation), le client peut en venir à composer avec les sensations, ainsi que les sentiments et pensées qu'elles engendrent. Quel pourrait être l'effet de pratiquer des exercices d'exposition aux tensions pendant 5, puis 10, puis 15, puis 30 minutes, plusieurs fois par semaine pendant plusieurs semaines? Augmenterait-on la capacité du client à composer avec des pulsions sexuelles, réduisant ainsi le risque d'actualisation comportementale de ces pulsions sexuelles? L'idée, bien que plus intuitive qu'empirique, se vaut.

La pratique de la défusion cognitive, l'identification des valeurs et l'action engagée peuvent favoriser également un travail sur la gestion des pulsions sexuelles. Lorsque le client croit que ses fantasmes sexuels font partie intégrante de son identité, donc lorsqu'il fusionne avec ses fantasmes, il peut être plus difficile de les mettre en perspective puis de décider de ne pas les agir. La logique est simple : « *Ces fantasmes font partie de moi, ils sont moi, j'ai une excitation sexuelle, il est normal de répondre à ses besoins sexuels* ». Et pourtant, on pourrait aussi voir la chose ainsi : « *Ces fantasmes sont une partie de mes fantasmes, ils ne me définissent pas. Je ressens une*

excitation sexuelle, mais je préfère ne pas l'agir car je souhaite interagir sainement avec mes fantasmes et ne pas augmenter le risque de les actualiser » (soit la valeur d'agir prosocialement et comme une figure adulte saine avec les enfants).

Une approche ACT visant la gestion des émotions et des pulsions sexuelles aurait le potentiel de créer des changements en lien avec plusieurs facteurs de risque de récidive de la Stable-2007 : Émotions négatives, Résolution des problèmes, Préoccupations sexuelles, Recours à la sexualité comme mécanisme d'adaptation et Intérêts sexuels déviants. Sans compter les facteurs de risque sur lesquels un effet plus indirect pourrait avoir lieu, comme Hostilité envers les femmes ou Relations intimes. Le tout demeure intuitif, mais semble se tenir, cliniquement parlant.

Thème 4 : Acceptation et action engagée

L'AVS, par ses gestes et/ou les intérêts sexuels problématiques, mais aussi par les expériences de vie adverses par lesquelles il est souvent passé (voir Grady et Yoder, 2024), sera souvent aux prises avec des souffrances internes (comme tout humain d'ailleurs, mais possiblement davantage que le commun des mortels). La honte resurgira fréquemment, la peur aussi, l'excitation sexuelle dangereuse, les reviviscences d'événements marquants de sa vie, etc. En traitement, la souffrance sera non seulement également présente, mais elle sera plus forte. On l'amènera à ressentir les choses comme il ne les a jamais ressenties, on travaillera les événements marquants et leurs impacts actuels, on explorera la fonction d'un fantasme sexuel particulier, etc. Rien de bien confortable!

Le client doit non seulement accepter et comprendre la notion de l'Acceptation (tolérance et apprivoisement), mais il doit aussi VOULOIR y aller. Il doit sentir la nécessité de s'exposer à ses états internes et d'apprendre à composer avec eux… pour le reste de sa vie! Un apprentissage majeur doit être fait pour favoriser ce désir contre-intuitif de souffrir davantage (!) : *l'action engagée, bienfaisante pour l'individu, est possible (et peut-être même plus riche), même lorsqu'il y a souffrance*. C'est peut-être même cette souffrance qui ajoute une valeur aux actions. La thérapie ACT offre une métaphore intéressante à ce sujet (voir Stoddard et Afari, 2014). Il s'agit du match de football.

> Supposons que la personne fait face au match le plus important de sa vie. C'est la finale. Elle était exténuée avant de débuter le match. La saison a été éprouvante. Les blessures s'accumulent. Aujourd'hui, il pleut et la température est froide. Son équipe perd après la mi-temps : 7-17. La fatigue se fait sentir. Elle aimerait abandonner, mais c'est si important pour elle de supporter ses coéquipiers. Remporter ce match, ce serait le summum de la détermination, du courage et de l'esprit d'équipe, trois valeurs chères à ses yeux, qu'elle souhaite incarner à travers ses actions. La personne poursuit le match. Elle se donne à fond. Son équipe remonte et l'emporte 24-20.
>
> Maintenant, imaginons le même scénario, mais en disant à la personne que la partie est annulée et que l'arbitre (pour une raison impossible, ça n'a pas d'importance) déclare victorieuse son équipe par la marque de 24-20. Sans jouer.
>
> Aimerait-elle ça? Non! Pourquoi?!

La métaphore permet non seulement de distinguer les valeurs (détermination, courage, esprit d'équipe) ET l'objectif (poursuivre et/ou remporter le match), mais aussi de signifier à quel point **l'action engagée peut *(et doit)* se dérouler malgré les conditions adverses de la vie.** C'est difficile, mais c'est possible et c'est même potentiellement plus gratifiant à la fin.

Ainsi l'AVS doit-il savoir que l'intervention ne sera pas de tout repos et que son existence non plus, mais qu'il est possible de continuer d'agir dans le sens de ses valeurs, tout en accueillant et en composant avec la souffrance.

Thème 5 : L'évitement expérientiel chez l'intervenant·e

La thérapie ACT, tel que mentionné précédemment, place un fort accent sur la concordance entre la pratique professionnelle et la pratique personnelle de l'intervenant.e. Il arrive fréquemment en intervention que nous soyons confronté.e.s à des situations inconfortables. Le simple fait de rencontrer des gens pour discuter d'émotions difficiles est en soi une situation inconfortable. Explorer la vie sexuelle du client, se plonger dans ses expériences traumatiques, décortiquer des violences

sexuelles commises à l'endroit d'enfants (par exemple) sont toutes des situations hautement inconfortables, même pour des intervenant.e.s formé.e.s. Il en est de même pour les obstacles pouvant survenir pendant les séances, comme les confrontations nécessaires du client, la mise en lumière de contradictions, l'utilisation de son contre-transfert pour refléter au client ce qu'il projette, etc. Souvent, malgré notre spécialisation, parler de la sexualité et de ce qui s'y rattache est loin d'être facile.

La personnalité de l'intervenant.e[3] est à la fois sa force et sa faiblesse, selon moi. L'empathie et le désir d'aider sont des forces indéniables. Qu'en est-il lorsque le client ressent un malaise, aussi thérapeutique soit-il? Qu'en est-il lorsqu'une confrontation, même bienveillante, est nécessaire et susceptible d'ébranler le client? Qu'en est-il si l'intervenant.e craint que l'alliance thérapeutique (et le lien) soit brisée par ses interventions? Dans ces moments, on constate que l'intervenant.e possède aussi certains attributs contre-productifs : peur de déplaire, peur du rejet, peur de blesser, peur de paraitre insensible, etc. Il arrive que l'intervenant.e souhaite, inconsciemment surtout, fuir ces états et donc, s'abandonner aussi à une forme d'évitement expérientiel. Car les émotions vécues par l'intervenant.e lors d'une intervention en bonne et due forme sont complexes. Elles requièrent des capacités adaptatives, un effort mental et émotionnel, une discipline, une conscience des états mentaux présents et qui influencent la dynamique avec le client, etc. Pour de nombreuses raisons bien faciles à comprendre, l'intervenant.e n'a pas toujours envie de s'engager dans un véritable travail thérapeutique. J'oserais même affirmer que l'intervenant.e typique a plus souvent qu'autrement une préférence pour un certain évitement expérientiel…

Les composantes de la thérapie ACT sont d'excellents outils pour l'intervenant.e. En tant qu'être humain, la pratique de la défusion cognitive, du soi comme contexte, du contact avec le moment présent, de l'identification des valeurs, de l'acceptation et de l'action engagée est indispensable :

- Dans sa vie personnelle;
- Dans son vécu professionnel général;
- Dans ses perceptions des clients;
- Dans ses perceptions de la problématique des clients;
- Dans sa manière de gérer les obstacles rencontrés en évaluation et en intervention.

L'intégration des composantes ACT comme manière d'être peut favoriser le bien-être de l'individu « derrière » l'intervenant.e, mais aussi et surtout enrichir l'être professionnel et relationnel qu'il.elle se doit d'être pour mieux accompagner ses clients. Un « mode de vie » fondé sur l'ACT a le pouvoir de préparer l'intervenant.e à mieux faire face aux problématiques complexes que sont les violences sexuelles et à mieux réagir aux obstacles surgissant en intervention, notamment l'évitement expérientiel du client et/ou son propre évitement expérientiel.

CONCLUSION

La thérapie ACT n'est pas encore validée empiriquement pour l'intervention auprès des AVS. Il s'agit néanmoins d'une approche cognitive-comportementale, de troisième vague, qui met l'accent sur l'autorégulation émotionnelle et qui s'accorde donc très bien aux principes directeurs des bonnes pratiques auprès des AVS.

Ses composantes permettent d'amener l'individu à percevoir qu'il est nettement plus que ses états internes situationnels (Soi comme contexte), qu'il peut apprendre à ne pas se laisser envahir par ses états internes (Défusion cognitive), qu'il peut même rechercher à évoquer ces états pour apprendre à les apprivoiser, les tolérer, composer avec eux et mieux voir ce qu'ils peuvent lui apporter (Acceptation), lui permettant de focusser sur le moment présent en délaissant un peu les ruminations du passé et les anticipations du futur (Contact avec le moment présent), favorisant d'autant plus la prise de conscience de ce qui est véritablement important pour lui (Valeurs) et l'identification d'actions concrètes lui

[3] *Je précise que je suis conscient qu'il s'agit d'une généralisation et que chaque intervenant.e possède sa propre personnalité. Je crois toutefois que certains attributs sont plus typiquement présents chez l'intervenant.e typique, et c'est le portrait que je tente de brosser ici.*

permettant non pas d'atteindre ses buts, mais de se diriger, malgré la présence de souffrance, dans le sens de ses valeurs (Action engagée). La pratique de ces composantes favorise une plus grande flexibilité psychologique qui semble permettre un plus grand bien-être psychologique et une réduction des comportements non-optimaux, dont les comportements violents.

Il reste encore bien du travail à faire pour opérationnaliser l'approche ACT auprès des AVS, comme adapter les métaphores et exercices au domaine de la délinquance sexuelle et tester son impact sur des variables d'importance, comme les facteurs de risque de récidive, la récidive officielle et d'autres variables d'intérêt.

Formation Thérapie ACT | 25-26 mars 2026
Trois-Rivières

Lors de la formation de l'hiver 2026, à laquelle je vous convie, nous irons plus loin encore dans ces concepts discutés dans la présente chronique ACCÈS. Nous mettrons l'accent sur l'intervention sur les intérêts sexuels et les apports de la troisième vague, sans négliger pour autant les apports des première et deuxième vagues.

Nous détaillerons mieux aussi les composantes de la thérapie ACT et la manière de les appliquer à notre clientèle. C'est un rendez-vous!

La plateforme de formation du RIMAS

RÉFÉRENCES

Association for the Treatment and Prevention of Sexual Abuse. (2025). *Best Practice Guidelines for the Assessment, Treatment, and Risk Management and Risk Reduction of Men Who Have Committed Sexually Abusive Behaviors*. https://www.atsa.com

Beygi, Z., Jangali, R. T., Derakhshan, N., Alidadi, M., Javanbakhsh, F., et Mahboobizadeh, M. (2023). An overview of reviews on the effects of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression and anxiety. *Iranian journal of psychiatry*, *18*(2), 248.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, *42*(4), 676-688.

Bonta, J., et Andrews, D. A. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation*, *6*(1), 1-22.

Byrne, G., et Ghráda, Á. N. (2019). The application and adoption of four 'third wave'psychotherapies for mental health difficulties and aggression within correctional and forensic settings: A systematic review. *Aggression and violent behavior*, *46*, 45-55.

Cortoni, F., et Marshall, W. L. (2001). Sex as a coping strategy and its relationship to juvenile sexual history and intimacy in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *13*(1), 27-43.

Dionne, F. (2025; Formation en webrediffusion visionnée en 2025). *Intégrer la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) dans sa pratique cognitivo-comportementale*. Institut de formation en thérapie comportementale et cognitive. https://iftcc.com/FormationEnLigne.aspx?id=2070

Grady, M. D., et Yoder, J. (2024). Attachment theory and sexual offending: making the connection. *Current psychiatry reports*, *26*(4), 134-141.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., et Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, *44*(1), 1-25.

Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*, *54*(4), 553-578.

Marshall, W. L., et Marshall, L. E. (2021). Empirically Based Psychological Approaches to the Treatment of Sex Offenders. *Sex Offenders: Identification, Risk Assessment, Treatment, and Legal Issues*, 276.

Neveu, C., et Dionne, F. (2009). La thérapie d'acceptation et d'engagement: une approche novatrice. *Psychologie Québec, 26*, 29-31.

Ranfone, G. M. (2025). *Using Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of People Who Commit Sexual Offenses* (Doctoral dissertation, Widener University).

Schmucker, M., et Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, *11*(4), 597-630.

Seto, M. C. (2018). *Pedophilia and Sexual Offending Against Children: Theory, Assessment, and Intervention*. American Psychological Association.

Stoddard, J. A., et Afari, N. (2014). *The Big Book of ACT Metaphors: a practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in Acceptance and Commitment Therapy*. new harbinger publications.

Visdómine-Lozano, J. C. (2022). Contextualist perspectives in the treatment of antisocial behaviors and offending: A comparative review of FAP, ACT, DBT, and MDT. *Trauma, Violence, & Abuse*, *23*(1), 241-254.

Walton, J. S., et Hocken, K. (2021). Compassion and acceptance as interventions for paraphilic disorders and sexual offending behaviour. In G. Akerman, D. Perkins, et R. M. Bartels (Eds.), *Assessing and managing problematic sexual interests: A practitioner's guide* (pp. 149–170). Routledge/Taylor & Francis Group.

Willis, G. M., Prescott, D. S., et Yates, P. M. (2013). The Good Lives Model (GLM) in theory and practice. *Sexual Abuse in Australia and New Zealand*, *5*(1), 3-9.

Yates, P. M., Prescott, D., et Ward, T. (2010). *Applying the good lives and self-regulation models to sex offender treatment*. Brandon: Safer Society.

Zarling, A., Lawrence, E., et Marchman, J. (2015). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for aggressive behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*, *83*(1), 199.

Zarling, A., et Berta, M. (2017). An Acceptance and Commitment Therapy Approach for Partner Aggression. *Partner Abuse*, *8*(1).