

# Le cadre et la demande en ACT<sup>1</sup>

## Résumé :

L'objectif central de la thérapie d'acceptation et d'engagement est d'aider le patient à retrouver la disponibilité, l'envie et la motivation d'agir avec flexibilité en présence de la difficulté ou de l'inconfort. Dans cet article, la thérapie ACT sert de guide au temps de la rencontre, pour faire émerger la demande et construire un cadre sécurisant à la relation thérapeutique. Cette étape prépare le patient à devenir acteur pour développer des relations différentes avec ce qui le fait souffrir et choisir d'avancer vers ce qui donne du sens à sa vie.

L'ACT propose un cadre d'intervention riche, efficace et inspirant pour l'orthophonie, un cadre pour accompagner le changement en prenant soin des besoins du patient et du thérapeute. Nous verrons aussi comment l'ACT permet au thérapeute de se référer constamment à son cadre interne pour se rendre disponible au patient qu'il accueille et s'apprête à aider.

## Introduction :

La personne qui sollicite un rendez-vous chez l'orthophoniste formule sa demande de manières très variées et plus ou moins explicites. Plusieurs éléments reviennent souvent : le besoin d'aller vite, l'attente de réponses, le désir de trouver des solutions à l'aide d'une méthode ou d'exercices apportés par le thérapeute et l'espoir d'éliminer le problème voire de guérir.

Le premier rendez-vous et les séances qui suivront s'inscrivent à contre-courant de ces demandes. Le patient se verra proposer de ralentir, de s'arrêter, d'observer, d'accepter, de réfléchir, d'explorer puis de s'engager personnellement dans un processus de changement pas à pas vers plus d'autonomie.

La relation thérapeutique et le cadre vont transformer cette demande pour que le patient devienne acteur de sa rééducation.

Serge Marquis<sup>2</sup>, médecin, spécialiste en santé communautaire et consultant dans le domaine de la santé mentale au travail, à l'Université de Montréal revendique un « acte révolutionnaire » dans le fait de s'arrêter, dans un monde où le temps est compressé : s'arrêter pour préserver la santé humaine, apprivoiser son stress et apprendre à profiter de la vie. Selon lui, il existe un lien puissant entre le fait de s'arrêter et la question de la dignité humaine : s'arrêter pour redéfinir qui l'on est, ce que l'on veut, redonner du sens à ce que l'on fait et aller mieux.

La thérapie ACT s'inscrit également dans ce projet : prendre le temps de s'arrêter avec le patient pour se rencontrer, regarder autrement, se connecter à ce qui est important, observer les obstacles qui empêchent d'avancer, redonner du sens et envisager des actions concrètes pour progresser dans la direction choisie.

Ainsi, par l'exploration du cadre de la thérapie ACT, du cadre du thérapeute ACT et du cadre d'une séance ACT, cet article propose des bases pour que l'orthophoniste passe à l'ACTion.

## 1- Une vue générale de la thérapie ACT

---

1 ACT : acceptance and Commitment Therapy. Thérapie d'acceptation et d'engagement

2 Marquis Serge. (2015). On est foutu, on pense trop ! Editions de la Martinière.

La thérapie d'acceptation et d'engagement ou thérapie ACT (Acceptance and Commitment Therapy, prononcer comme le mot « acte ») est issue de la famille des thérapies comportementales et cognitives. Elle a été développée par Hayes, Strosahl et Wilson en 1999 et connaît un essor important dans la recherche de ses applications cliniques. Elle appartient à la « troisième vague » et intègre la méditation de pleine conscience, des techniques cognitives et expérientielles et s'inscrit dans la continuité des courants précédents.

La thérapie ACT est une **thérapie existentielle et humaniste**. La souffrance humaine étant universelle et inévitable, elle n'est pas considérée comme le signe d'une pathologie et l'objectif n'est donc pas de la supprimer. Les objectifs de la thérapie d'acceptation et d'engagement sont contenus dans son nom : l'acceptation pour le moment de ce qui ne peut être changé afin de reconnaître et de s'engager vers ce qui peut l'être.

La thérapie ACT est un entraînement à la **flexibilité psychologique** afin de devenir capable de choisir de faire ce qui est important pour soi, même en présence d'obstacles extérieurs et intérieurs. Ces derniers représentent tout ce que nous n'aimons pas ressentir : la souffrance, l'anxiété, la fatigue, certaines pensées négatives, des émotions désagréables, des sensations physiques pénibles, des souvenirs douloureux, des impulsions, des habitudes... Ces obstacles sont inhérents à toute vie humaine, l'objectif n'est donc pas, là encore, de les supprimer mais d'accepter leur présence pour agir et avancer vers ce qui peut être amélioré. En effet, contrôler les expériences intérieures en cherchant à les éliminer ou à les camoufler pour ne plus les ressentir est assez intuitif mais devient souvent une lutte coûteuse, contreproductive qui rend indisponible pour s'engager vers d'autres actions plus constructives.

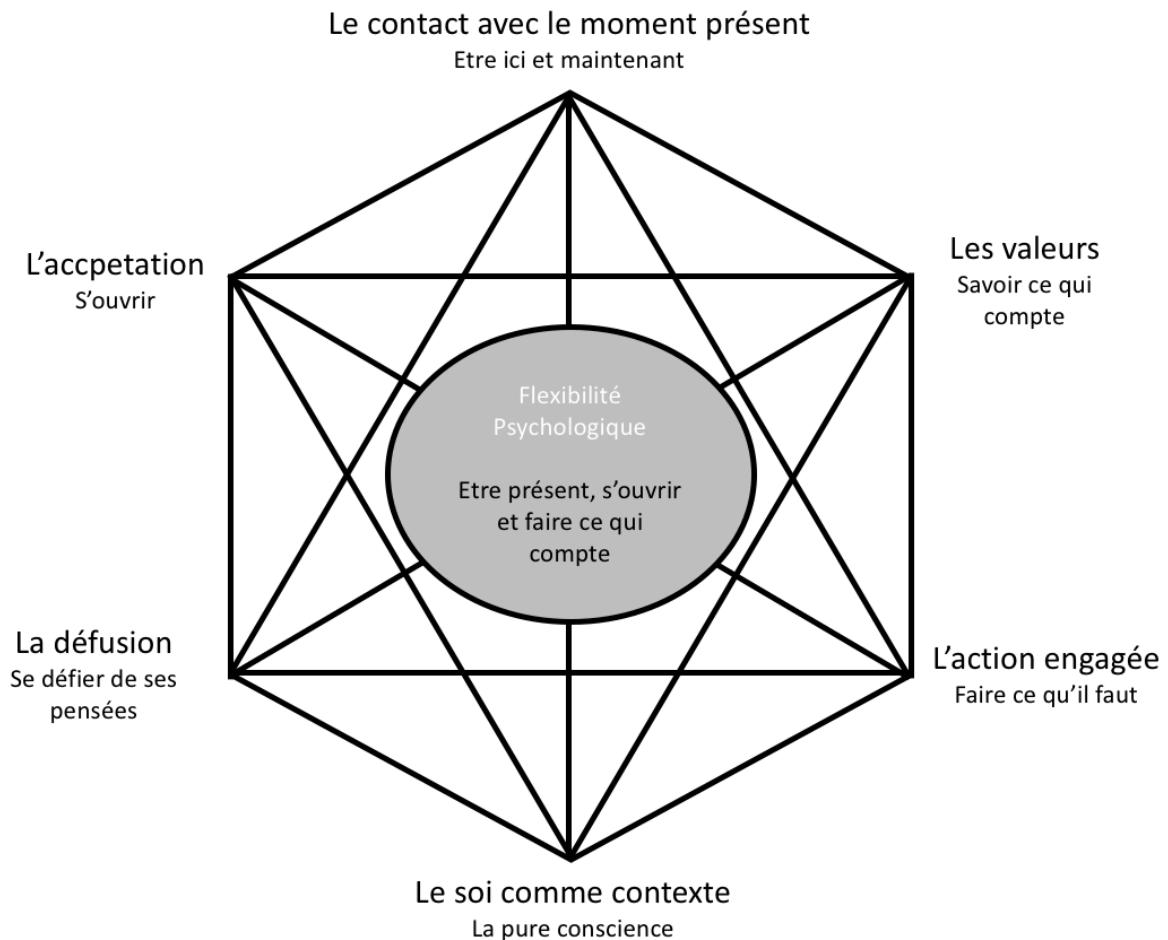
La thérapie ACT est une **thérapie fonctionnelle contextuelle** dans le sens où elle aide à vivre avec ce qui fait souffrir mais aussi car elle s'intéresse à la fonction des comportements et à leurs conséquences dans un contexte donné. L'objectif est de renforcer les comportements fonctionnels et de diminuer les comportements dysfonctionnels. Un comportement fonctionnel est un comportement « utile », qui « marche » ou qui « aide » à avancer dans la direction où nous envisageons un mieux-être.

C'est pour cela qu'il convient de se questionner sur ce qui est important et d'identifier ce qui donne du sens à notre vie. En ACT, c'est ce que l'on appelle les valeurs.

Si nous sommes capables d'identifier ce qui est important pour nous, nous pouvons alors observer si ce que nous faisons nous aide à avancer dans la bonne direction et apprendre progressivement à vivre en accord avec nos valeurs.

## **2- La structure du cadre : les axes thérapeutiques**

La thérapie ACT s'articule autour de six processus essentiels, entraînés au cours des séances, pour favoriser la flexibilité psychologique : le contact avec le moment présent, l'acceptation, la défusion cognitive, le soi comme contexte, l'action engagée et les valeurs. Ils font partie intégrante du cadre, sont en interaction permanente et sont représentés sur les axes du schéma de l'Hexaflex.



### L'Hexaflex ACT

- L'habileté à porter son attention sur **l'instant présent** c'est-à-dire s'entraîner à ramener son attention dans le présent car c'est le seul moment dont nous disposons pour construire quelque chose de nouveau et être dans le concret. Les outils de la **pleine conscience (ou mindfulness)** permettent l'observation des pensées qui occupent notre mental, des sensations qui se manifestent dans notre corps et des émotions que nous ressentons. Ils proposent d'accueillir et d'accepter que les pensées et anciens schémas se présentent, que les habitudes s'activent ou se réactivent afin de transformer ces obstacles en ressource et de s'engager vers ce qui donne profondément du sens à nos vies.

Ce processus implique de s'arrêter et d'observer sans vouloir contrôler, pour prendre du recul et se donner la possibilité de répondre à la situation en faisant des choix pertinents au lieu de réagir comme d'habitude.

- **L'acceptation** est une attitude d'ouverture, de bienveillance, de non contrôle, d'exploration et de curiosité à l'égard de toutes nos expériences intérieures. L'acceptation est une notion ambiguë aujourd'hui car elle est souvent associée à la résignation, à la soumission voire à l'impuissance comme s'il n'y avait plus rien à faire. Ici, l'acceptation consiste à accueillir ce qui est là, dire « oui » pour le moment à ce qui est déjà là, pour ensuite agir mais différemment et de façon plus juste. Accepter, c'est faire de la place au désagréable, à l'inconfort, sans chercher à le modifier ou à le supprimer pour être avec et faire avec. L'acceptation est déjà un pas vers le changement.

- La **défusion** de ses pensées consiste à considérer les pensées pour ce qu'elles sont, des productions de notre esprit que nous ne sommes pas obligés de croire ou de suivre, surtout si elles ne nous aident pas. Si une pensée me dit « il ne faut pas bégayer, on va se moquer de toi » et que je lui accorde toute mon attention, ce que je crains risque de se produire, par un processus de crispation psychique et physique. La défusion cognitive consiste à reconnaître que cette pensée apparaît, sans doute depuis longtemps et de manière automatique, et sans discuter son contenu ou sa véracité je la délaisse pour replacer mon attention sur le présent et sur ce qui m'aide à m'exprimer.

- La connexion à la partie de **soi qui observe** ce qui se passe quand nous sommes en train de vivre une expérience.

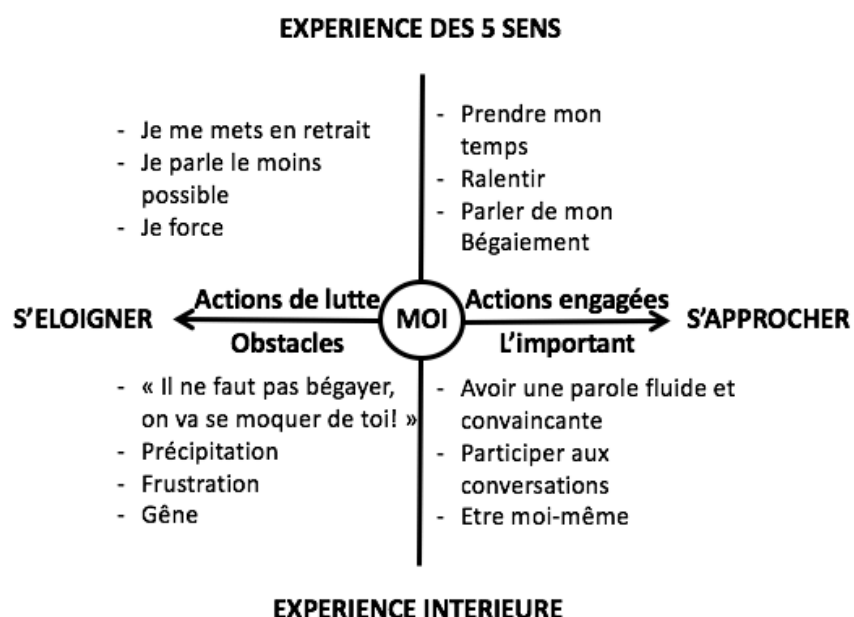
- **L'action engagée** consiste à faire ce qui donne du sens à notre vie, en accord avec nos valeurs au lieu de perdre son énergie dans des tentatives infructueuses de contrôle du désagréable et de l'inconfort.

- **Les valeurs** correspondent à ce qui compte, à l'important pour soi, dans la vie. Ce sont des renforçateurs positifs puissants car elles entraînent un sentiment de cohérence avec ce qui est considéré comme bon par le patient et avec la façon dont il souhaite vivre et être. En séance, nous ne parlons pas de « valeur », car le mot est trop abstrait mais de « l'important ».

### 3- La matrice :

Développée en 2009<sup>3</sup>, la matrice est un diagramme à plusieurs dimensions qui propose un point de vue d'observateur sur la problématique du patient et d'activer la flexibilité psychologique. Elle s'organise autour de deux axes perpendiculaires :

#### Schéma de la matrice : Exemple d'un jeune adulte qui bégai



<sup>3</sup> K. Polk, J. Hambright, M. Webster, J-L. Murat, M-F. Bolduc, B. Schoendorff - 2009

- Au-dessus de l'axe horizontal, le patient note tout ce qui est observable avec les cinq sens, c'est-à-dire tout ce qu'un observateur extérieur peut le voir faire ou dire.
- Au-dessous, il note tout ce qui correspond à ses expériences internes et qui n'est pas directement observable. Avec à droite ce qui est important pour lui et à gauche les obstacles ou tout ce qu'il ne veut pas ou n'aime pas ressentir.
- En haut à droite, se placent les actions qui nous rapprochent de ce qui est important et en haut à gauche ce que nous faisons sur le moment en réaction aux obstacles et qui nous éloignent dans un deuxième temps de ce qui est important.

Dans cet exemple, ralentir ou parler du bégaiement sont deux actions concrètes que ce jeune adulte peut faire pour s'approcher de ce qui est important pour lui : avoir une parole plus fluide. Se mettre en retrait ou se taire sont deux actions réactionnelles qui permettent de ne pas faire l'expérience de la gêne liée au bégaiement. Cependant, dans un deuxième temps, ces deux réactions d'évitement entraînent de la frustration, renforcent la lutte et éloignent le patient de la direction désirée.

La description de la matrice est particulièrement bien expliquée et illustrée dans le dernier ouvrage de Benjamin Schoendorff. L'utilisation de la matrice ACT nécessite une pratique sur soi au préalable au cours de formations.

#### **4- Le cadre de la thérapie ACT : RALENTIR, OBSERVER, CHOISIR**

Christophe André, médecin psychiatre, raconte « La Vie Intérieure » aux auditeurs de France Culture<sup>5</sup> et les invite à l'introspection pour apprendre à distinguer l'urgent de l'important. Cette introspection demande « du temps et du discernement pour que soit révélé ce que nous sommes et ce qui compte vraiment dans nos vies ». De la même manière, **formuler, questionner, explorer et préciser la demande du patient permet de distinguer l'urgent de l'important et donne une direction à la thérapie.**

Dans un premier temps, le patient expose ce qui l'amène et partage son vécu. Nous l'invitons à raconter des expériences précises et concrètes. Nous lui posons des questions pour percevoir sa problématique depuis sa propre perspective.

*Pierre bégaié depuis l'enfance.*

*Aujourd'hui, à 13 ans, il ressent de la honte et de la frustration quand il bégaié ou à la simple idée de bégayer. Il appréhende le regard et le jugement de ses amis mais surtout des adultes qui pourraient le « trouver nul et moins intéressant » à cause de son bégaiement.*

*Pour ne pas être perçu comme une personne qui bégaié, Pierre a mis en place des stratégies devenues, pour certaines, des habitudes dont il n'a plus conscience. Il regarde peu son interlocuteur, change certains mots, utilise des mots de remplissage comme « fin » et « mais » et préfère se taire en classe. Il ne veut pas prendre le risque de bégayer, d'être moqué par ses camarades ou regardé bizarrement par ses professeurs.*

*Pierre a mis en place ces « trucs » car cela fait longtemps maintenant, au travers de ses expériences et des réactions de son entourage, qu'il pense que bégayer est indésirable. Il est persuadé qu'il doit contrôler son bégaiement. Il y met toute son énergie car il pense que ne plus bégayer est ce qu'on a attendu de lui quand il était plus petit et c'est ce qu'il désire maintenant car son bégaiement est à l'origine de ses souffrances et de son manque de confiance.*

<sup>5</sup> Schoendorff B., Olaz F., Webster M., Polk K. 2017. Guide de la matrice ACT.

<sup>6</sup> <https://www.franceculture.fr/emissions/la-vie-interieure/introduction-la-vie-interieure>

Puis, nous proposons au patient de regarder comment sa problématique « fonctionne ». Cette étape consiste à observer l'efficacité à court, moyen et long terme des stratégies qu'il utilise pour contrôler ou faire face à ses difficultés. Il s'agit bien d'observer et non de juger pour rester concret, objectif et diminuer le risque d'intellectualiser.

*Les stratégies utilisées par Pierre dans l'urgence du moment ont pour fonction de cacher ou d'éviter le bégaiement mais aussi de ne pas faire l'expérience des émotions désagréables qui l'accompagne comme la honte et la frustration. Sur le moment, cela fonctionne très bien, l'évitement le soulage temporairement. C'est seulement dans un deuxième temps, avec du recul que Pierre peut réaliser que sa parole est difficile à écouter, que ses propos sont dénaturés par les changements de mots et qu'il transmet l'image d'un jeune homme mal à l'aise. A moyen et long terme non seulement, il bégaie toujours mais il renforce sa peur de bégayer, sa crainte du regard et du jugement des autres, ses scénarios défaitistes (« de quoi ai-je l'air ? », « on va me trouver bizarre », « je suis moins intéressant que les autres »). Il est tendu dans tout son corps à l'idée de bégayer ce qui est peu compatible avec la fluence qu'il veut avoir et pour finir, il s'en veut de ne pas y arriver. Il est coincé !*

L'idée est d'amener le patient à prendre conscience que la lutte dans laquelle il s'est engagé ne l'aide pas ou plus, l'épuise et le rend indisponible pour agir autrement et mieux. C'est le moment de le questionner sur ce qui est important pour lui :

- *Qu'est ce qui est important pour toi ?*
- *Je ne veux plus bégayer !*
- *Qu'est-ce que cela changerait pour toi si tu bégayais moins voire plus du tout?*
- *Je pourrais me sentir normal.*
- *Si tu te sentais normal, en bégayant moins, qu'est-ce que cela changerait pour toi, qu'est-ce que tu ferais différemment ?*
- *Je parlerais plus, je participerais en cours, j'irais plus vers les autres, j'aurais plus confiance.*
- *En quoi c'est important pour toi ?*
- *J'en ai marre d'avoir l'air timide et hésitant.*
- ...

La thérapie ACT s'applique alors à faire passer le patient d'un objectif de contrôle ou de suppression des difficultés à des objectifs plus larges inspirés par ce qui est important pour lui et qui le guideront dans ces choix.

*Pierre nourrit le désir de ne plus bégayer pour se sentir normal. Ses stratégies d'évitement fonctionnent à court terme mais sont contreproductives à long terme et ne l'aident pas à avancer vers ce qui compte vraiment pour lui. Dans la rééducation orthophonique, nous pouvons l'accompagner dans une direction où sa demande sera nuancée et mise au service d'objectifs plus larges guidés par l'important : moins bégayer pour mieux communiquer, se rapprocher des autres, se sentir plus confiant et montrer qu'il est vraiment !*

Accepter ce qui ne peut être changé ou supprimé permet au patient de mettre toute son énergie et sa volonté non pas au service de la lutte et du contrôle mais au service de l'engagement dans des actions concrètes plus fonctionnelles. Dans ce cadre précis, le thérapeute prévient son patient de l'activation de la peur et de l'inconfort. En effet, se mettre en mouvement pour agir en direction de ce qui est important permet d'avancer mais active en même temps des émotions,

des pensées et des sensations désagréables. La peur d'échouer s'active en même temps que l'envie de réussir. Agir ou avancer en cohérence avec ce qui est important ne garantit pas de l'agréable ou du positif, c'est même souvent inconfortable dans un premier temps car il existe des risques et de l'incertitude et il est indispensable de le dire au patient.

Appliquer le modèle de l'ACT apporte un cadre très structurant : il installe et valorise la relation thérapeutique et permet à l'orthophoniste d'utiliser son intuition clinique et sa créativité pour aider au mieux le patient. L'ACT est aussi un outil de supervision très précieux qui aide à éprouver, à définir et à renforcer le cadre interne auquel l'orthophoniste se réfère en permanence au cours des séances.

## 5- Le cadre du thérapeute ACT

**Le cadre interne** auquel se réfère l'orthophoniste permet de guider son regard, sa posture ou sa place de thérapeute dans la relation avec le patient. C'est un repère précieux pour prendre soin du patient tout en prenant soin du thérapeute, de ses besoins et de ses limites, pour accomplir son travail. Ce cadre définit comment chacun choisit d'accueillir, d'accompagner et de s'adapter aux besoins spécifiques d'un patient unique, d'une famille unique, à un moment bien particulier de leur vie, dans un contexte donné. Il permet de se rappeler que le patient est une personne différente de soi, avec ses expériences et son propre référentiel influençant sa manière d'être, de ressentir, de penser et de raisonner.

*Je choisis de partager deux questions essentielles de mon cadre interne :*

*Etre orthophoniste signifie pour moi « aider ou accompagner mon patient du mieux que je peux »*

*Mes références internes comportent de manière non exhaustives les notions suivantes : accueillir, écouter, comprendre, valider, poser le cadre, donner la direction, verbaliser les responsabilités de chacun, nommer les obstacles liés à tout processus de changement, respecter mes besoins, être honnête sur l'issue du soin, donner du sens aux séances d'orthophonie, reformuler au début de la séance, feed-back en fin de séance, se remettre en question, oser dire que je ne sais pas ou que j'ai pu être maladroite, poser clairement le cadre matériel concernant la ponctualité, le règlement, les absences, la présence des parents, les liens avec l'école... **Du mieux que je peux !***

*Cette nuance exprimée au patient et à moi-même insinue l'inévitable confrontation aux limites de mes capacités, avec tout ce que cela peut me faire vivre d'inconfortable ou de constructif.*

*Sortir du perfectionnisme et rester connectée à mes références internes demandent du temps : temps de la réflexion, temps de penser avec le patient et sans le patient. Sans le patient, c'est à dire seule, à l'aide de lectures, de formations, avec les collègues ou en supervision.*

*L'autre point essentiel est « **donner du sens** », que ce soit à la séance, à la prise en charge, aux rôles de chacun ou de garder les yeux levés vers la direction choisie par le patient, direction qu'il peut parfois oublier ou perdre de vue. Le patient s'habitue à venir et peut ne plus savoir pourquoi il vient.*

*Qu'est-ce qu'une séance d'orthophonie dans le référentiel de nos patients ? Il est fréquent et très compréhensible que les parents de nos patients et ces derniers ne sachent pas ce qu'est véritablement l'orthophonie. Subsiste encore l'image éculée de « la dame » qui apprend à parler et qui ne s'occupe que des enfants. Nous l'avons vu, la demande est souvent formulée négativement. Quand elle est formulée de manière positive, les termes évoquent souvent l'idée de contrôler, d'éliminer le problème ou de se débarrasser de la souffrance. Le patient ou les*

*parents de notre patient sont dans une forte attente d'une solution efficace apportée par l'orthophoniste car c'est souvent comme cela que l'orthophonie leur aura été présentée par leur entourage, le médecin ou l'enseignant. C'est à nous de leur expliquer, de leur montrer, de modéliser.*

*Les termes « prise en charge » et « orthophonie » eux-mêmes sous-entendent l'idée de corriger ou de remettre droit la parole et alimentent le malentendu ou la confusion qui laisse à penser que nous allons prendre en charge le patient au sens propre des termes, travailler pour lui ou sur lui et à sa place.*

*De plus, certains patients ne s'attendent pas forcément à devoir participer activement au processus de soin, et viennent dans une démarche de consommation ou l'orthophoniste doit les satisfaire. D'autres perçoivent intuitivement que l'investissement dans la prise en charge a un coût (en termes de temps, de changements, de remise en question, et donc d'inconfort, comme se connecter avec l'inquiétude et la culpabilité pour les parents). Il serait plus confortable de laisser l'enfant avec l'orthophoniste, de rester dans la salle d'attente et de revenir à la fin de la séance... A nous d'expliquer, si c'est notre cadre interne ! Car nos études mais surtout nos expériences ont nourri notre savoir sur le fait que tout apprentissage et tout changement mobilise en profondeur. Changer, faire autrement, s'adapter, « vivre avec » déstabilise, provoque de l'insécurité et des résistances.*

### **Poser le cadre ...**

Expliquer le cadre d'une thérapie fonctionnelle et expérientielle le plus clairement et le plus simplement possible pour créer un environnement de sécurité, à la fois professionnel et humain où le patient sent qu'il est au bon endroit et avec la bonne personne pour progresser sur un chemin que nous prenons le temps de baliser. Poser le cadre définit cet espace où patient et thérapeute se sentiront suffisamment confortable l'un avec l'autre pour s'y référer et le questionner si nécessaire. Il convient de le rappeler souvent, à chaque séance si cela est nécessaire.

### **... et distribuer les rôles de chacun pour poser les bases de l'alliance thérapeutique**

La responsabilité de l'orthophoniste est de proposer au patient des exercices pertinents, de l'encourager à faire des expériences concrètes et d'observer avec lui si c'est fonctionnel. La responsabilité du patient est de s'exposer, d'explorer, en présence de sa peur ou des obstacles intérieurs et d'observer si cela « marche ». Nous l'invitons également à oser dire ce qui se passe pour lui, si cela l'aide, si c'est utile, s'il y a quelque chose qu'il ne comprend ou n'apprécie pas. L'alliance thérapeutique devient alors le contexte dans lequel patient et thérapeute vont s'accorder mutuellement et constamment pour favoriser la mise en mouvement des processus de l'ACT, les expériences et le changement.

**La relation thérapeutique** se veut horizontale et complémentaire dans le sens où patient et thérapeute travaillent ensemble sur un projet commun : le changement. Chacun met son expertise au profit de cet objectif. Le patient est expert de lui-même et de ses expériences. Le thérapeute est expert de certains outils, de certaines connaissances et des observations qu'il peut faire au sein de la séance et seulement là. Il n'est pas expert de la thérapie ! La relation thérapeutique n'est pas tout à fait une relation d'égalité car le patient arrive avec beaucoup de vulnérabilité et de souffrances. Comme nous l'avons vu, le thérapeute pourra rester connecté à ses valeurs de thérapeute mais aussi à ses valeurs d'être humain et à sa propre vulnérabilité pour ne pas risquer de renvoyer l'image parfaite d'une personne qui « contrôle tout ». La compassion et l'authenticité sont des valeurs

La relation thérapeutique est un outil en soi. Elle intègre les qualités, les habiletés et les ressources de chacun. Elle est comme une danse, en mouvement perpétuel, pour trouver le



rythme, s'accorder et se redéfinit à chaque séance. David Vandebosch<sup>6</sup>, thérapeute ACT, parle « d'une improvisation dans une structure ».

La thérapie ACT est fonctionnelle dans le sens où le thérapeute va piocher dans son propre répertoire comportemental et **ses habiletés de thérapeute** des outils appris lors de ses formations mais également issus de ses expériences personnelles pour les mettre au service des objectifs et des besoins du patient. Il ne s'agit pas d'appliquer une procédure thérapeutique à un patient qui est porteur d'un trouble que l'orthophoniste sait prendre en charge. Parmi ces outils, nous retrouvons des techniques d'entretien :

- **La validation** qui consiste à accueillir les ressentis du patient avec bienveillance et compassion afin qu'il se sente accepté tel qu'il est dans le respect de son fonctionnement et de ses règles internes, c'est-à-dire de son propre cadre ou référentiel. La validation peut être verbale et non verbale. Elle implique la qualité de l'écoute, du contact visuel, de la proximité physique avec le patient, du toucher parfois.

- **Les 4 R** : lorsque le patient raconte, explique ou observe, nous l'invitons à se connecter avec des expériences récentes et concrètes pour accéder à l'ensemble de son expérience. Charly Cungi<sup>7</sup> évoque la nécessité de disposer d'un « solfège relationnel » au cours de l'entretien avec notamment la méthode des 4 R : Recontextualiser, Reformuler, Résumer et Renforcer permettent de rester sur la même longueur d'onde avec le patient, au plus près de son expérience afin d'observer la problématique avec lui de son propre point de vue.

Une habileté précieuse consiste à incarner les valeurs de l'ACT comme la compassion et l'authenticité et de rester connecté avec ses valeurs de thérapeute. En effet, une grande partie de notre tâche consiste à placer notre attention sur le patient et sur ses expériences. Nous savons à quel point il est difficile de garder une qualité attentionnelle. Il convient alors d'être capable d'observer ce qui se passe en nous en présence du patient : préoccupations personnelles qui empêchent d'être vraiment à l'écoute, d'être disponible ou tout simplement d'être présent avec le patient. Jugements négatifs sur le patient ou sur soi, anxiété, fatigue, tristesse, paresse, agacement, découragement... L'utilisation de la matrice ou de la méditation de pleine conscience permet de développer nos capacités à observer nos propres expériences intérieures telles que nos distractions attentionnelles. Rester connecté à notre cadre intérieur et à nos valeurs de thérapeute nous autorisera plus facilement à verbaliser les difficultés que nous pouvons éprouver :

- « *J'ai du mal à vous suivre...* »
- « *Je pensais à quelque chose en vous écoutant et du coup j'aurai besoin que vous me redissiez...* »
- « *Je n'arrive pas à me représenter ce qui se passe pour vous* ».

## 6- Le cadre de la séance

**Le bilan** est le temps de la première rencontre pour écouter, entendre la demande du patient, ses attentes, observer, comprendre sa problématique du patient, l'aider à mettre en mots, faire une analyse fonctionnelle, émettre des hypothèses, parfois poser un diagnostic, présenter la prise en charge et les perspectives thérapeutiques avant de s'engager mutuellement. Cette séance, plus longue que celles qui suivront, est un temps particulier, « sur la rive de la vie quotidienne » du patient. Ce retrait est nécessaire pour se donner le temps de regarder

---

<sup>6</sup> <http://www.mieux-etre.org/David-Vandenbosch-Psychotherapeute.html>

<sup>7</sup> Cungi C. 2006. L'alliance thérapeutique. Retz.

autrement, de réfléchir, de dénouer la situation complexe avec laquelle le patient s'est trouvé « coincé » au point d'aller chercher de l'aide.

A la fin du bilan, le thérapeute peut proposer de nouvelles perspectives en s'appuyant sur les ressources du patient, l'invitant à changer de regard sur ses difficultés, en travaillant pour et non en luttant contre. C'est un changement de cap où les valeurs du patient seront notre direction.

Par la suite, chaque séance est un lieu où le patient se donne le temps d'une certaine introspection. C'est parfois c'est le seul temps de la semaine ou du mois qu'il s'accorde pour réfléchir sur lui-même et sur sa problématique.

La séance peut se structurer ainsi :

- Temps d'accueil, d'écoute et de retour sur les séances précédentes
- Rappel des objectifs, de la direction ou du cadre
- Proposer une expérience concrète : proposer sans imposer, demander l'accord, la permission, vérifier si le patient croit que cela va l'aider ou s'il accepte de prendre le risque d'une nouvelle expérience et de ressentir de l'inconfort ou du bizarre. Cela peut être un temps de pleine conscience, un exercice de fluence, une mise en situation, un jeu avec l'enfant et ses parents pour modéliser une parole douce et apprendre à faire des compliments sur la parole de l'enfant quand il ne bégaie pas....
- Le patient quitte la séance avec une « mission » que nous aurons pris le temps de formuler, de mentaliser, de préparer pour augmenter les chances que le patient la remplisse.
- Prévenir l'activation de l'évitement, le « pilote automatique », la puissance des habitudes, les excuses que l'on se donne, le manque de temps, la peur de ne pas y penser, l'oubli. Le plus difficile dans le changement n'est pas la peur de l'inconnu mais de quitter le connu.
- Le feed back en fin de séance est très important et exige d'être attentif à l'organisation temporelle de la séance. Il permet aussi de prendre le temps de se dire au revoir.
  - « *Est-ce que cette séance vous a été utile ? Si oui, en quoi ?* »
  - « *Avec quelle chose concrète vous repartez de cette séance ?* »
  - « *Qu'avez-vous appris aujourd'hui ?* »
  - « *Si vous ne deviez retenir qu'une seule chose de cette séance, laquelle serait-elle ?* »
  - ...

### **Conclusion :**

Accueillir le patient, prendre le temps de le rencontrer et de l'écouter, clarifier sa demande implicite et explicite, formuler des objectifs, s'accorder sur la direction à suivre ensemble, prendre soin de la relation thérapeutique, poser le cadre de la séance et de la prise en charge sont autant d'actions concrètes au cœur de la thérapie ACT et d'une prise en charge orthophonique.

Or, les attentes du patient, son histoire, sa problématique, sa personnalité et surtout sa manière de vivre et de réagir à sa souffrance peuvent biaiser son écoute, sa conscience, sa compréhension et maintenir ses difficultés. C'est pourquoi il est nécessaire de rappeler le cadre, de reformuler les objectifs, de contextualiser ses actions et d'aider le patient à rester connecté à ses valeurs et à ses motivations profondes.

S'il nous fait confiance, qu'il se sent compris dans ce qu'il vit, nous pourrions regarder ensemble ce qui le met en difficulté ou le fait souffrir, observer ses expériences, chercher comment faire autrement, soutenir ses choix et favoriser le changement. Tout comme nous ne pouvons pas sortir d'une pièce sans y être entré, la thérapie ACT propose au patient de « rentrer » dans ses difficultés pour pouvoir « en sortir ». La séance devient alors un espace d'observation, d'exploration, d'entraînement et d'apprentissage qui permet d'identifier les ressources du

patient, de prévenir et d'accepter les obstacles. C'est un lieu pour ralentir au service d'avancer, une quête de sens au service de la vitalité du patient mais également pour éprouver la flexibilité du thérapeute et enrichir sa pratique.

Enfin, l'ACT est un outil que le patient peut rapidement s'approprier au fil des séances pour rester connecté à ce qu'il veut pour lui, le guider et le motiver dans le processus de changement pour s'approcher de ses objectifs.

### **Juliette de CHASSEY**

Orthophoniste et thérapeute ACT à Lyon.

Enseignante à l'Université Claude Bernard Lyon 1, département orthophonie et au D.U. « Bégaiement et trouble de la fluence. Approches plurielles » à l'Université Pierre et Marie Curie à Paris 6.

Contact : [dechassey.juliette@gmail.com](mailto:dechassey.juliette@gmail.com)

### **Bibliographie :**

André C. 2011. Méditer jour après jour, 25 leçons pour vivre en pleine conscience. Livre CD. Editions de l'Iconoclaste.

de Chassey Juliette, Brignone S. 2003. "Thérapie Comportementale et Cognitive et Bégaiement"- Ortho Edition.

Cungi C. 2006. L'alliance thérapeutique. Retz.

Harris Russ. 2012. Passez à l'ACT. Pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement. De Boeck.

Hayes S., Follette V. Linehan M. 2004. Mindfulness and Acceptance : expanding the Cognitive Behavioral Tradition.

Hayes S., Strosahl K., and Wilson K. 2003. Acceptance and Commitment Therapy : an Experiential Approach to Behavior.

Hayes S. with Spencer Smith. 2005. Get Out of Your Mind and Into Your Life : the New Acceptance and Commitment Therapy.

Kabat Zin Jon. 2010. Méditer 108 leçons de pleine conscience. Les Arènes.

Kabat Zin Jon. 2009. Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. MBSR, la réduction du stress basée sur la mindfulness. De Boeck.

Monestes J.L., Villatte M. 2011 : la thérapie d'acceptation et d'engagement ACT. Pratiques en psychothérapie. Elsevier Masson.

Zindel V. Segal, J-Mark-G Williams, John D. Teasdale. 2006. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression. Une nouvelle approche pour prévenir la rechute. De Boeck.

Williams Mark, Teasdale John, Segal Zindel, Kabat-Zinn. 2009. Méditer pour ne plus déprimer. La pleine conscience, une méthode pour mieux vivre. Odile Jacob.

Schoendorff B. 2009. Faire face à la souffrance. Choisir la vie plutôt que la lutte avec la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement. Retz.

Schoendorff B., Grand J., Bolduc M-F. 2011. La thérapie d'acceptation et d'engagement : guide clinique. De Boeck.

Schoendorff B., Olaz F., Webster M., Polk K. 2017. Guide de la matrice ACT.

Thich Nhat Hanh. 2010. Le Miracle de la Pleine Conscience. L'Espace Bleu.

Tolle Eckhart. 1999. Le pouvoir de l'instant présent. J'ai lu.

### **Articles :**

Beck A.T & al. 1979. Cognitive therapy of depression. Guilford press, New York.

Beilby M. Janet, Byrnes L. Michelle, Yaruss J. Scott. 2012. Acceptance and Commitment Therapy for adults who stutter : psychosocial adjustment and speech fluency. Journal of Fluency Disorders.

Beilby M. J., Byrnes L. M. 1993. Acceptance and Commitment Therapy for people Who Stutter.

Hayes S., Hayes L., Hayne W. Reese, and Théodore R. Sarbin. 1994. Varieties of scientific Contextualism.

Hayes S., Wilson K., Gifford E., Follette V., Stosahl K. 1996. Experiential avoidance and behavioral disorders : a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. J. Consult Clin Psychol.

Monestes J.L, M. Villatte M., Loas G. 2009. Introduction à la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT). Journal de thérapie comportemental et cognitive.

Neveu C., Dionne F. Novembre 2009. La thérapie d'Acceptation et d'Engagement. Revue québécoise de psychologie. Dossier volume 26.

Vandenbosch David. Septembre 2012. La souffrance et les quatre piliers de l'approche ACT. ACT Therapie.