



HAL
open science

French adaptation and analysis of psychometric properties of the Avoidance and Fusion Questionnaire (AFQ) in an adult sample

Maya Corman, Michaël Dambrun, Jacques-Olivier Bay, Régis Peffault de La Tour

► **To cite this version:**

Maya Corman, Michaël Dambrun, Jacques-Olivier Bay, Régis Peffault de La Tour. French adaptation and analysis of psychometric properties of the Avoidance and Fusion Questionnaire (AFQ) in an adult sample. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2018, 177 (4), pp.358-363. 10.1016/j.amp.2018.01.012 . hal-03382773

HAL Id: hal-03382773

<https://hal.science/hal-03382773v1>

Submitted on 22 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Mémoire

Adaptation française et analyse des qualités psychométriques du questionnaire d'évitement et de fusion (AFQ) dans une population adulte

French adaptation and analysis of psychometric properties of the Avoidance and Fusion Questionnaire (AFQ) in an adult sample

Maya Corman ^a, Michaël Dambrun ^a, Jacques-Olivier Bay ^b, Régis Peffault de La Tour ^c

a) Université Clermont Auvergne (UCA), LAPSCO UMR CNRS 6024, 34 avenue Carnot, 63000 Clermont-Ferrand, France

b) CHU de Clermont-Ferrand, site Estaing, service de thérapie cellulaire et d'hématologie clinique adulte, Clermont-Ferrand, France

c) Hôpital Saint-Louis, service d'hématologie, greffe de moelle, Paris, France

Auteur correspondant : Maya Corman, Université Clermont Auvergne, LAPSCO, 34 avenue Carnot, 63037 Clermont-Ferrand, France.

Email : maya.corman@etudiant.univ-bpclermont.fr

Article reçu le 10 juillet 2017 ; accepté le 10 janvier 2018

Résumé

L'approche transdiagnostique des troubles psychologiques met en avant un ensemble de manifestations psychologiques qui seraient responsables du maintien et de l'aggravation de certains troubles. L'évitement d'événements internes tels que les pensées, les émotions et les sensations ainsi que la fusion cognitive (prendre ses pensées comme des faits réels) font partie de ces symptômes. Ces derniers engendreraient une inflexibilité psychologique chez l'individu. L'*Avoidance and Fusion Questionnaire* permet de dépister cette inflexibilité psychologique. Ce questionnaire, destiné à l'origine à une population d'enfants et d'adolescents, a été adapté et validé chez une population adulte mais pas en langue française. Nous l'avons donc traduit et exploré ses qualités psychométriques sur un échantillon de 156 adultes ($M = 42.86$ ans, $ET = 17.97$) à l'aide du logiciel de traitements statistiques SPSS. L'analyse de fiabilité de la version française démontre une bonne consistance interne ($\alpha = .84$). Ensuite, l'Analyse en Composantes Principales (ACP) met en avant que la validité de construit est congruente avec les validations antérieures : l'échelle présente un construit unique. Enfin, l'analyse des corrélations avec des construits supposément reliés tels que la

pleine conscience, l'acceptation, l'alexithymie et la dépression atteste d'une validité de convergence adéquate. L'AFQ semble être un outil complémentaire pertinent pour la recherche comme pour la pratique clinique et intégrable dans une prise en charge de type Thérapie d'Acceptation et d'Engagement.

Mots clés : Adulte ; échelle d'évaluation ; mécanisme de défense ; thérapie d'acceptation et d'engagement

Abstract

Objectives. – The transdiagnostic approach of psychological disorders puts forward a set of psychological manifestations that would be responsible for the maintenance and aggravation of certain disorders such as depression, phobia, anxiety or addictive behaviors. One of these symptoms, the experiential avoidance, is characterized by the avoidance of internal events such as thoughts, emotions and sensations, as well as cognitive fusion (taking thoughts as real facts). The latter would engender psychological inflexibility in the individual and some psychological disorders. Tools such as the Avoidance and Fusion Questionnaire allow to detect this psychological inflexibility. This questionnaire, originally intended for a population of children and adolescents, was adapted and validated in an adult population but not in the French language. Then, we translated it in French and explored its psychometric qualities.

Material and methods. – Our study sample was composed of one hundred and fifty-six adults from Clermont-Ferrand ($Mage=42.86$; $SD= 17.97$; $Range: [18-80]$). They filled out a questionnaire composed by several psychometrics scales, among which the Avoidance and Fusion Questionnaire (AFQ) and the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) were. The internal validity, the factorial structure, the convergent and discriminant validity of the AFQ was explored with the software SPSS.

Results. – The reliability analysis of the french version shows a good internal consistency ($\alpha = .84$). The Principal Component analysis puts forward that the factorial structure of the construct is congruent with previous validations: the scale presents a unique construct. The Principal Component Analysis (ACP) showed that items are representative of the psychological inflexibility. Finally, the analysis of correlations with supposedly related constructs such as mindfulness (FFMQ), acceptance (AAQ-II), alexithymia (TAS-20) and depression (HAD) attest to the validity of convergence. Finally, some sociodemographics variables such as age or level of study are not linked with the AFQ scores.

Conclusion. – The AFQ presents good psychometrics properties. Correlations between the Avoidance and Fusion Questionnaire and particularly the Five Facets of Mindfulness Questionnaire show some similarities. This, highlights the relevance to use mindfulness practice to reduce psychological inflexibility and psychological symptoms. These results also support and reinforces the idea that AFQ can be a suitable measure for an adult population. Furthermore, this scale seems to be a relevant complementary tool to research as well as to clinical practice, and can be integrated into new therapies from the “third wave”, like the Acceptance and Commitment Therapy.

Keywords: Adult; Acceptance and Commitment Therapy (ACT); Assessment scale; Defense mechanism

1. Introduction

Une nouvelle conception de la théorie du soin psychothérapeutique, l’approche transdiagnostique, permet de proposer une prise en charge basée sur des principes psychothérapeutiques communs afin de traiter plusieurs troubles différents [3, 23, 26]. Parmi ces approches, la thérapie d’acceptation et d’engagement ou *Acceptance and Commitment Therapy* en anglais (ACT) [11-13] répond à ce principe. Son objectif est de changer la perception que la personne a de ses pensées, émotions, sensations, et même le rapport entretenu avec ces manifestations [26]. Parmi les mécanismes ciblés par l’ACT, il existerait un phénomène commun aux troubles psychopathologiques [6,7,18,19,24,25,28] : l’évitement expérientiel. Ce dernier a été défini par Hayes, Wilson, Guifford, Follette et Strosahl [15] comme « la volonté de ne pas rester en contact avec des expériences privées particulières (*e. g.* sensations corporelles, émotions, pensées, souvenirs) et d’agir afin de modifier la forme et la fréquence de ces expériences ou des contextes qui les occasionnent » (traduit par nous, p. 1155). Cette « fuite » peut amener l’individu à adopter un style comportemental et cognitif d’action rigide et inflexible qui l’éloigne de la réalisation des buts qu’il s’est fixé [8]. En très étroite relation avec l’évitement expérientiel se trouve le processus de fusion/défusion cognitive. La fusion cognitive correspond à l’adhésion de l’individu à des règles verbales de façon littérale. En d’autres termes, la personne prendra pour vraies ses pensées et agira en fonction, au lieu de considérer ces événements internes comme des phénomènes passagers et transitoires [10,12]. Par exemple, une personne qui croit à la pensée « je ne suis pas courageux », aura tendance à agir en adéquation avec cette pensée et non de façon flexible et

en fonction du contexte présent. Cette manifestation rigide tend par conséquent à alimenter l'évitement expérientiel. La fusion cognitive étant vécue comme une expérience interne désagréable, l'individu va vouloir l'éviter. Évitements expérientiel et fusion cognitive traduisent ainsi une inflexibilité psychologique qui se manifeste lorsque « le langage et la cognition interagissent en contingences directes pour produire une incapacité à persister ou à changer de comportements au service de valeurs finales » ([12], traduit par nous, p. 6). À l'inverse, la flexibilité psychologique se définit comme étant « la capacité à entrer en contact avec le moment présent, tel qu'il est et sans défense psychologique, et reposant sur ce que la situation offre, pour changer ou persister dans un comportement en adéquation avec ses propres valeurs » ([12], traduit par nous, p. 9). L'ACT vise donc à diminuer cette inflexibilité psychologique pour tendre vers une plus grande flexibilité. Ce travail peut être facilité par la pratique de l'ACT, pour laquelle des échelles spécifiques sont utilisées.

Il existe plusieurs échelles utilisées et validées dans le cadre de l'ACT pour mesurer l'inflexibilité psychologique. Parmi ces questionnaires utilisés spécifiquement pour une population adulte, l'*Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ) [14] ou questionnaire d'acceptation et d'action, permet de mesurer le construit de flexibilité psychologique. Une seconde version, l'AAQ II [5], a été validée en français [27]. Elle présente de meilleures qualités psychométriques que la première version [5, 7]. Cependant, cet outil a des limites qui viennent questionner son utilisation exclusive. En effet, d'une part l'AAQ, quelle que soit la version, n'implique pas la dimension d'évitement des sensations physiques, ce qui n'évalue pas l'évitement de manière générale. D'autre part, elle utilise un langage spécifique à l'ACT, qui peut paraître relativement abscons au novice. Elle implique une connaissance minimale des processus en jeu pour comprendre le sens de certains items [20, 29]. Selon Bond et al. [5], « La flexibilité/inflexibilité psychologique est un construit subtil qui peut être difficile à convertir en de courts énoncés qui sont compréhensibles pour des personnes non initiées à l'ACT » (traduit par nous, p. 10) et donc pousse les personnes à répondre de façon biaisée. Ainsi, Schmalz et Murell [29] ainsi que Fergus, Valentiner, Gillen, Hiraoka, Twohig et Abramowitz [9] ont testé l'applicabilité d'un autre outil, à l'origine destiné aux jeunes, sur une population d'adulte. Il s'agit de « l'*Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth* » (AFQ-Y) *i. e.* questionnaire d'évitement et de fusion pour enfants et adolescents [10]. Les auteurs [9,29] sont partis du constat que la formulation des items de l'AFQ-Y n'était pas spécifique à un âge donné (*i. e.* formulation claire et simple) et que, par conséquent, ils pallieraient les potentiels problèmes de compréhension relatifs à l'AAQ et à l'AAQ II. L'AFQ-Y présente des qualités psychométriques très satisfaisantes dont une forte consistance

interne ($\alpha = .90$) est prédicteur de problèmes scolaires chez les enfants et adolescents. Schmalz et Murell [29] et Fergus *et al.* [9] ont donc proposé cet outil comme une alternative à l'AAQ et l'AAQ-II pour la population adulte. Les résultats de leurs études, menées auprès de cohortes d'adultes, révèlent une fiabilité très satisfaisante ($\alpha = .92$ pour l'étude de Schmalz et Murell [29] ; $\alpha = .93$ et $\alpha = .90$ respectivement pour la population témoin et pour les adultes anxio-dépressifs de l'étude de Fergus *et al.* [9]). Les validités de convergence et discriminante sont satisfaisantes. Conformément aux résultats antérieurs de Greco *et al.* [10], les analyses confirment l'existence d'un construit unique. L'AFQ est également fortement corrélée à l'AAQ ($r = .70$ pour l'étude de Fergus *et al.* [9]) et partage une corrélation significative et modérée avec divers symptômes tels que l'anxiété, la dépression, la panique et l'obsession-compulsion [9]. Une version anglaise de l'AFQ-Y existe pour adulte (seul l'item 13 relatif à l'école est modifié pour être adapté à la population adulte), mais à notre connaissance il n'existe pas de version française. L'objectif de cette étude est donc de valider une traduction française de l'AFQ adaptée aux adultes et d'explorer ses qualités psychométriques comparativement aux études anglophones antérieures.

2. Méthode

2.1. Caractéristiques de la population

L'échantillon était composé de 162 personnes, dont 101 femmes et 61 hommes, issues de la population générale et d'une ville française de taille moyenne. L'âge moyen de cet échantillon était de 42.86 ans ($ET=17,97$). Le sujet le plus jeune avait 18 ans et le plus âgé 80. Cent cinquante-six personnes ont répondu de façon complète à l'AFQ ($M = 35.35$; $ET = 11.47$) sachant que le score maximum pouvant être atteint est de 68 (voir Tableau I).

2.2. Procédure

2.2.1. Traduction du questionnaire d'évitement et de fusion

L'AFQ a été traduit par trois personnes ayant pour langue maternelle le français, et ayant une bonne connaissance de l'anglais. Cette première version française a été retraduite en anglais par une personne bilingue ayant l'anglais comme langue maternelle. La version d'origine et la version re-traduite ont ensuite été comparées. La version française n'a fait l'objet que de quelques corrections mineures supplémentaires.

2.2.2. Passations

L'ensemble des questionnaires était couvert par l'anonymat et soumis au consentement libre du participant. Les sujets ont obtenu les questionnaires via des étudiants en psychologie (première année) de l'université Clermont-Auvergne (UCA) qui devaient chacun faire passer ce questionnaire à une ou deux personnes de leur entourage. Les sujets avaient en moyenne une semaine pour le remplir et le remettre à la personne qui le leur avait donné.

2.3. Analyse de données

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé avec la version 20 du logiciel SPSS. Des statistiques descriptives ont été menées dans un premier temps. Dans un deuxième temps, une analyse de fiabilité a été faite afin d'analyser la consistance interne de l'échelle via l'alpha de Cronbach. Une analyse factorielle avec rotation oblimin directe a ensuite été réalisée afin d'explorer la structure factorielle de la version française de cette échelle. Enfin, nous avons analysé les validités de convergence et discriminante. Pour ce faire, nous avons réalisé une matrice de corrélation entre l'AFQ et différents construits psychologiques et variables sociodémographiques.

2.4. Outils de mesure

2.4.1. Le questionnaire d'évitement et de fusion pour adultes ou Avoidance and Fusion Questionnaire for Adults (AFQ)

L'AFQ (*Avoidance and Fusion Questionnaire for Adult*) est à la base un questionnaire destiné à évaluer la flexibilité psychologique chez une population d'enfants et d'adolescents [10]. Une version destinée à la population adulte a été validée par Schmalz et al. [29] et 22 Fergus et al. [9]. Ce questionnaire est composé de 17 items. Les personnes doivent indiquer leur degré d'accord avec chacune des propositions sur une échelle en 4 points allant de 0, « pas du tout vrai », à 4, « très vrai ».

2.4.2. Le questionnaire des cinq facettes de la pleine conscience ou Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

Le FFMQ (*Five Facets Mindfulness Questionnaire*) [1], validé en français [16], est l'un des plus utilisés pour mesurer la pleine conscience. Ce questionnaire évalue cinq

dimensions de la pleine conscience : la capacité à observer les sensations/perceptions/pensées/sentiments, la capacité à décrire ses sensations, perceptions, pensées, sentiments, la capacité à agir en conscience, l'absence de réaction immédiate à l'expérience intérieure, et l'absence de jugement de l'expérience intérieure. La personne doit répondre aux items sur une échelle de 1 (« jamais ou très rarement vrai ») à 5 (« très souvent ou toujours vrai »).

2.4.3. Questionnaire d'Acceptation et d'Action- 2ème version ou Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)

L'AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire version 2) [5, 27] est la seconde version de l'AAQ développé par Hayes, Strosahl, Wilson et Bissett [14] utilisée pour évaluer la flexibilité psychologique. Elle comporte 10 items et la personne doit répondre à l'aide d'une échelle de type Likert en 7 points (allant de 1 « jamais vrai », à 7 « toujours vrai »). Des hauts scores indiquent une plus grande flexibilité psychologique.

2.4.4. Échelle d'Anxiété et de Dépression ou Hospital Anxiety and Depression scale (HAD)

La HAD [31] est une échelle généralement utilisée en milieu hospitalier. Elle mesure la symptomatologie anxio-dépressive à travers 14 items (7 mesure l'anxiété et 7 la dépression). Selon Zigmond et Snaith [31] un score allant de 0 à 7 correspond à l'absence de trouble anxieux et dépressifs, de 8 à 10 trouble anxieux ou dépressif est suspecté, et de 11 à 21 un trouble anxieux ou dépressif est avéré.

2.4.5. Échelle d'alexithymie de Toronto-20 ou Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20)

La TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale-20) [2, 21] est l'outil le plus utilisé pour mesurer le concept d'alexithymie. Elle est composée de 20 items divisés en 3 sous-échelles : la difficulté à identifier les émotions, la difficulté à verbaliser les états émotionnels d'autrui, et la pensée opératoire. Il s'agit d'une échelle en 5 points allant de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement d'accord). Le score est considéré comme clinique lorsqu'il s'étend au-delà de 61.

3. Résultats

3.1. Fiabilité de la version française de l'AFQ

Afin d'obtenir la consistance interne du questionnaire, nous avons réalisé une analyse de fiabilité. La consistance interne de l'échelle extraite à partir des 156 données valides est très satisfaisante puisque l'alpha de Cronbach s'élève à .84.

3.2. Structure factorielle de la version française de l'AFQ

Afin d'explorer la structure factorielle de l'échelle AFQ, une analyse factorielle avec rotation oblimin directe a été réalisée ($KMO = .82$; test de sphéricité de Bartlett : $\chi^2(136) = 665.7, p < .001$). Le test de Cattell sur les valeurs propres indique une cassure très nette entre la première composante (*valeur propre* = 4.82) et la deuxième composante (*valeur propre* = 1.59 ; voir le tracé d'effondrement présenté en Figure I). Autrement dit, cette analyse factorielle révèle une solution à un facteur unique qui est cohérente avec la version d'origine anglophone de l'AFQ. Le tableau II présente pour chaque item l'indice de charge factorielle (CF ; de .31 à .70) ainsi que la corrélation totale avec l'ensemble des autres items (CT ; de .24 à .61). Chaque item contribue positivement et de manière adéquate à l'ensemble de l'échelle.

3.3. La validité de convergence de la version française de l'AFQ

La validité de convergence de l'AFQ a été évaluée en examinant les corrélations de *Pearson* entre cette échelle et différents construits psychologiques (voir Tableau III). Comme attendu, l'AFQ est reliée positivement et significativement avec l'anxiété ($r = .32, p < .001$), la dépression ($r = .31, p < .001$), et l'alexithymie ($r = .45, p < .001$). L'AFQ est également reliée significativement et négativement avec l'AAQ-II ($r = -.64, p < .001$) et la FFMQ ($r = -.42, p < .001$). Une analyse sur les cinq composantes de la FFMQ révèle que trois composantes sont particulièrement reliées à l'AFQ : la capacité à décrire l'expérience intérieure ($r = -.28, p < .001$), la capacité à agir avec conscience ($r = -.34, p < .001$), et l'absence de jugement de l'expérience intérieure ($r = -.51, p < .001$). En revanche, la capacité à observer l'expérience intérieure et l'absence de réaction immédiate à l'expérience intérieure ne sont pas reliées à l'AFQ.

3.4. La validité discriminante de la version française de l'AFQ

La validité discriminante de l'AFQ a été testée en examinant la relation entre cette échelle et différentes variables sociodémographiques. Comme attendu, l'AFQ n'est pas reliée

significativement à l'âge ($r = .07, p > .40$) ni au niveau d'étude ($r = -.13, p > .11$). La croyance religieuse n'a pas d'effet significatif sur l'AFQ ($F(1, 149) = 1.53, p > .22$), ni la catégorie socio-professionnelle ($F(7, 145) = 1.51, p > .17$).

4. Discussion

La version française de l'AFQ présente des qualités psychométriques satisfaisantes : une bonne fiabilité interne, une structure factorielle unidimensionnelle similaire aux validations précédentes et une bonne validité de convergence. Les liens retrouvés avec la dépression et l'anxiété, également présents dans les autres validations de cette échelle, démontrent qu'un faible niveau de flexibilité psychologique peut expliquer ou être expliqué par une symptomatologie dépressive et anxieuse. La causalité n'a pas été explorée dans cette étude, mais la validation américaine de Fergus *et al.*, [9] met en avant que l'AFQ prédirait plusieurs symptômes psychologiques comme les symptômes dépressifs, l'anxiété sociale ou les symptômes d'agoraphobie.

On retrouve une relation négative importante entre l'AAQ et l'AFQ. Cela appuie bien le fait que ces deux mesures évaluent des dimensions psychologiques très proches situées aux deux extrêmes d'un continuum mais pas suffisamment pour exclure l'un de ses outils au profit de l'autre. Pour la dimension de la pleine conscience (évaluée par le FFMQ), des hauts scores sur cette dimension indiquent de bas scores d'évitement expérientiel et de fusion cognitive. Ces résultats sont cohérents avec ceux retrouvés dans un article de Baer *et al.* [1] qui explore les différentes facettes du FFMQ et les relations existantes avec d'autres mesures psychologiques. De plus, ces données sont illustratives de la correspondance existante entre les mécanismes sous-tendant la flexibilité psychologique et les définitions de la pleine conscience [17]. En effet, la pleine conscience consiste en l'action de diriger son attention sur le moment présent de manière intentionnelle et sans jugement de valeurs. Les principes de l'ACT se superposent finalement aux fondements de la pleine conscience puisqu'il s'agit entre autres d'amener l'individu à accepter son expérience interne (ne pas émettre de jugement de valeurs) et à se détacher des expériences du passé et du futur (être dans l'instant présent). Les méthodes basées sur la pleine conscience sont d'ailleurs utilisées dans la pratique de l'ACT [30]. Cependant, à l'instar de Baer *et al.* [1] dans leur étude sur la validation de la FFMQ, aucun lien n'est trouvé entre la facette « observation » et l'évitement expérientiel, évalué par eux avec l'AAQ-II. Selon les auteurs, les items de la composante « observation » du FFMQ sont plutôt des items centrés sur l'observation de stimuli externes

(odeurs, sons) et de sensations physiques, au détriment de stimuli internes tels que les pensées et les émotions. Ces items ne reflèteraient pas suffisamment la dimension « d'observation » de l'expérience intérieure, représentative de la pleine conscience. Cette remarque peut s'appliquer pour interpréter cette absence de relation avec l'AFQ dont la majorité des items traduisent des ressentis émotionnels, des pensées et moins des perceptions externes ou sensations physiques.

Des limites sont malgré tout présentes dans cette étude. Tout d'abord, on ne peut pas déterminer si notre population témoin est « saine » car certains facteurs n'ont pas pu être contrôlés tels que la présence ou non de troubles somatiques (*e. g.* maladies chroniques) ou psychologiques (*e. g.* troubles psychiatriques, addictions). Une autre limite est imputable à la trop faible représentativité des hommes par rapport aux femmes. Or, il existe des différences de prévalence des troubles dépressifs selon le genre [4]. En outre, certaines habitudes de vie telles que l'abus de substances (*e.g.* consommation d'alcool) n'ont pas été exploitées. Pourtant, ces comportements peuvent constituer une stratégie d'évitement qu'il serait pertinent de mettre en relation avec les différents mécanismes d'inflexibilité psychologique [22]. Enfin, il ne faut pas négliger le fait que notre échantillon se limite à l'entourage d'étudiants de première année en psychologie, ce qui peut soulever la question de la généralisation de cette version à une population plus large. Quoiqu'il en soit, la qualité de la validité de convergence montre que cette échelle englobe un certain nombre de composantes psychologiques qui confirme sa pertinence transdiagnostique pour repérer une vulnérabilité à différents troubles émotionnels. De plus, cette échelle semble tout à fait adaptée à une population d'adulte, comme le démontrent les résultats de cette étude.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

Références

- [1] Baer RA, Smith GT, Lykins E, Button D, Krietemeyer J, Sauer S, et al. Construct validity of the five facets mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment* 2008;15:329-42.
- [2] Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research* 1994;38:23-32.
- [3] Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior therapy* 2004;35:205-30.

- [4] Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *La Santé de l'homme* 2012; 43-45.
- [5] Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy* 2011;42:676-88.
- [6] Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy* 2006;44:1251-63.
- [7] Chowla N, Ostafin B. Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of clinical psychology* 2007;63:871-890.
- [8] Dionne F, Ngô TL, Blais MC. Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec* 2013;38:111-30.
- [9] Fergus TA, Valentiner DP, Gillen MJ, Hiraoka R, Twohig MP, Abramowitz JS, et al. Assessing psychological inflexibility: The psychometric properties of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth in two adult samples. *Psychological assessment* 2012;24:402.
- [10] Greco LA, Lambert W, Baer RA. Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment* 2008;20:93.
- [11] Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy* 2004;35:639-65.
- [12] Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy* 2006;44:1-25.
- [13] Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press; 2011.
- [14] Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record* 2004;54:553.
- [15] Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology* 1996;64:1152.
- [16] Heeren A, Douilliez C, Peschard V, Debrauwere L, Philippot P. Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a French-speaking sample. *Revue européenne de psychologie appliquée/European Review of Applied Psychology* 2011;61:147-51.

- [17] Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. UK: Hachette; 2009.
- [18] Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review* 2010;30:865-78.
- [19] Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and therapy* 2006;44:1301-20.
- [20] Livheim F, Tengström A, Bond FW, Andersson G, Dahl J, Rosendahl I. Psychometric properties of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth: A psychological measure of psychological inflexibility in youth. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2016;5:103-10.
- [21] Loas G, Parker JD, Otmani O, Verrier A, Fremaux D. Confirmatory factor analysis of the French translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Perceptual and motor skills* 1997;85:1018-28.
- [22] Luoma J, Drake CE, Kohlenberg BS, Hayes SC. Substance abuse and psychological flexibility: The development of a new measure. *Addiction Research & Theory* 2011;19:3-13.
- [23] Mansell W, Harvey A, Watkins E, Shafran R. Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2009;23:6-19.
- [24] McCracken LM, Velleman SC. Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain* 2010;148:141-7.
- [25] McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain* 2004;107:159-66.
- [26] Monestès JL, Baeyens C. *L'approche transdiagnostique en psychopathologie*. Paris: Dunod; 2016.
- [27] Monestès JL, Villatte M, Mouras H, Loas G, Bond FW. Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology* 2009;59:301-8.
- [28] Purdon C, Clark DA. White bears and other elusive intrusions assessing the relevance of thought suppression for obsessional phenomena. *Behavior Modification* 2000;24:425-53.
- [29] Schmalz JE, Murrell AR. Measuring experiential avoidance in adults: The Avoidance and Fusion Questionnaire. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* 2010;6:198.
- [30] Wilson KC, DuFrene T, Altenloh E. *La pleine conscience en thérapie : une approche de la mindfulness basée sur l'ACT*. De Boeck; 2015.

[31] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta psychiatrica scandinavica 1983;67:361-70.

Figure 1. Graphique des valeurs propres issues de l'analyse en composantes principales des items de l'AFQ (rotation oblimin directe).

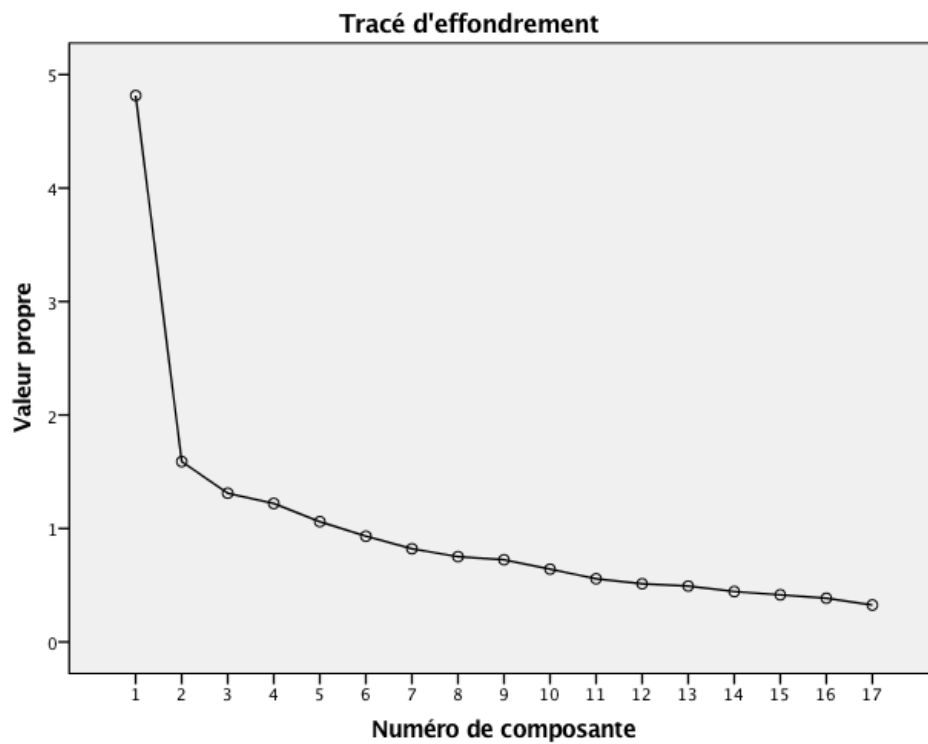


Tableau I. *Score moyen, écart-type et alpha de Cronbach de chaque échelle (n = 156).*

	AFQ	AAQ-II	HAD(A)	HAD(D)	TAS-20	FFMQ
Moyenne des scores (Ecart-type)	35.35 (11.47)	44.34 (9.42)	8.62 (3.38)	5.09 (2.84)	53.44 (10.93)	124.60 (15.56)
Alpha de Cronbach	0.84	0.77	0.71	0.61	0.80	0.81

Note : AFQ : Avoidance and Fusion Questionnaire ; AAQ-II : Acceptance and Action Questionnaire ; HAD : Hospital Anxiety and Depression scale (A : Anxiety ; D : Depression) ; TAS-20 : Toronto Alexithymia Scale ; FFMQ : Five Facets Mindfulness Questionnaire

Tableau II. *Charges factorielles (CF), Moyennes (M), écart-types (ET), et corrélations totales (CT) par item de la version française de l'AFQ (N = 156)*

Items de la version française de l'AFQ	CF	M	ET	CT
1. Ma vie ne sera pas belle tant que je ne me sentirais pas heureux(se).	.31	2.46	1.29	.24
2. Mes pensées et mes sentiments me gâchent la vie.	.54	1.46	1.18	.45
3. Si je me sens triste ou apeuré(e) c'est que quelque chose ne va pas chez moi.	.40	2.25	1.22	.33
4. Les choses négatives que je pense à propos de moi doivent être vraies.	.41	1.92	1.19	.35
5. Je n'essaie pas de nouvelles choses si j'ai peur de tout gâcher.	.50	2.02	1.34	.41
6. Je dois me débarrasser de mes inquiétudes et de mes peurs pour que je puisse avoir une belle vie.	.59	2.56	1.21	.50
7. Je fais tout ce que je peux pour être sûr(e) de ne pas paraître bête devant d'autres personnes.	.59	2.56	1.28	.52
8. J'essaie vraiment d'effacer de mon esprit les souvenirs qui me font du mal.	.47	2.49	1.29	.38
9. Je ne supporte pas de ressentir de la douleur ou des blessures dans mon corps.	.46	2.36	1.29	.38
10. Si mon cœur bat vite, il doit y avoir quelque chose qui ne va pas chez moi.	.57	1.58	1.38	.47
11. Je repousse les pensées et les sentiments qui ne me plaisent pas.	.37	2.38	1.22	.32
12. J'arrête de faire les choses qui sont importantes pour moi lorsque je me sens mal.	.61	1.80	1.32	.50
13. Je réussis moins bien ce que j'entreprends quand j'ai des pensées qui me font me sentir triste.	.52	2.71	1.23	.42
14. Je dis les choses pour avoir l'air cool.	.62	1.29	1.23	.51
15. Je voudrais pouvoir agiter une baguette magique pour faire disparaître toute ma tristesse.	.70	2.17	1.51	.61
16. J'ai peur de mes sentiments.	.63	1.70	1.34	.54
17. Je ne peux pas être un(e) bon(ne) ami(e) quand je me sens contrarié(e).	.60	1.63	1.28	.50

Tableau III. Coefficients de corrélation de Pearson entre le score total à l'AFQ et les autres mesures (n = 156)

Mesures	1	2	3	4	5
1. AFQ	-				
2. AAQ-II	-.64***	-			
3. HAD (A)	.32***	-.51***	-		
4. HAD (D)	.31***	-.32***	.41***	-	
5. TAS-20	.45***	-.57***	.34***	.41***	-
6. FFMQ	-.42***	.53***	-.35***	-.36***	-.62***
FFMQ-observation	.00	.02	-.11	-.23**	-.20*
FFMQ-description	-.28***	.49***	-.29***	-.24**	-.64***
FFMQ-action en conscience	-.34***	.41***	-.23**	-.16+	-.34***
FFMQ-non jugement	-.51***	.48***	-.17*	-.18*	-.41***
FFMQ-non réactivité	.00	.09	-.22**	-.23**	-.18*

Note : AFQ : Avoidance and Fusion Questionnaire ; AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire ; HAD : Hospital Anxiety and Depression scale (A : Anxiety ; D : Depression) ; TAS-20 : Toronto Alexithymia Scale ; FFMQ : Five Facets Mindfulness Questionnaire. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, + $p < .10$.