



Année 2017

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Antonella D'ANNUNZIO

Née le 10/11/1975 à Pescara (Italie)

TITRE

L'impact de la pratique de la pleine conscience sur la santé mentale (stress, anxiété, dépression) et la santé physique chez un groupe de lycéens en classe de terminale : étude contrôlée.

Présentée et soutenue publiquement le 10/07/2017 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Facultés de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie et Addictologie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT, Physiologie, Faculté de Médecine -Tours

Professeur Michel BOTBOL, Pédopsychiatrie, Faculté de Médecine – Brest

Docteur, Elisabeth LARY-COUZINET, Promotion de la santé en faveur des élèves – Tours

Directeur de Thèse : Docteur Vincent ROUYER, Pédopsychiatrie, PH, CH Henri Ey - Bonneval

Résumé

Introduction :

Dans le cadre scolaire, les adolescents sont confrontés régulièrement à l'anxiété de performance et ce d'autant plus lorsqu'ils abordent la fin du cycle du secondaire sanctionnée par les épreuves du baccalauréat. L'année de terminale est donc génératrice pour la plupart d'entre eux d'un surcroît de stress. Les objectifs de ce travail étaient d'évaluer la pertinence, la faisabilité et les bénéfices d'un programme d'intervention en groupe basé sur la pleine conscience chez des lycéens en classe de terminale.

Matériel et Méthode :

Cette étude contrôlée et non randomisée a été réalisée auprès d'un groupe de 22 élèves de classe de terminale dans un lycée de l'Indre-et-Loire. Les élèves ont été répartis en deux groupes. Un groupe a constitué le groupe expérimental qui a bénéficié du programme MBSR pour adolescents et le deuxième groupe a constitué le groupe témoin qui n'a bénéficié d'aucune prise en charge. Les deux groupes ont bénéficié d'une passation de questionnaire avant et après le déroulement du programme. Les bénéfices ont été évalués par 5 échelles explorant les difficultés de santé mentale et de santé générale : questionnaire général de santé (GHQ-28), échelle de stress ressenti (PSS-10), double échelle HAD anxiété-dépression, questionnaire d'évaluation de la dépendance chimique à la nicotine de Fagerström (FTND) et un questionnaire d'évaluation de fin programme.

Résultats :

Le programme d'intervention proposé s'est avéré réalisable dans un cadre scolaire chez un groupe d'élèves volontaires et investi par ceux-ci. Notre étude a permis, également, de mettre en évidence des effets positifs de la pratique de la pleine conscience pour l'ensemble du groupe, principalement en ce qui concerne la santé générale, l'anxiété, l'insomnie ($p=0,02$) et le bien-être comparativement au groupe témoin. Par contre, les résultats ne mettent pas en évidence une diminution des symptômes dépressifs, du stress ressenti, ni de diminution de la consommation du tabac chez les fumeurs.

Conclusion :

Nous pouvons suggérer que l'entraînement à la pleine conscience fournit aux jeunes une boîte à outil qui leur permet d'être acteur majeur de la gestion de leurs émotions et de faire face aux défis auxquels ils sont confrontés.

Mots clé : Méditation ; Pleine conscience ; MBSR ; Adolescent ; Milieu scolaire.

The impact of mindfulness on the mental health (stress, anxiety, depression) and the physical health of a group of final-year high-school students: a controlled study.

Abstract

Introduction:

As part of their school life, adolescents are regularly confronted with performance anxiety. This is at its peak when they reach the end of their high-school education and are confronted with their baccalaureate exams. The final year, for many of them, generates a great deal of stress. The objectives of this study are to evaluate the relevance, the feasibility and the benefits of a group intervention programme based on mindfulness for high-school students in their final year.

Equipment and Method:

This controlled, non-randomised study was conducted on a group of 22 final-year students in a high school in the department of Indre-et-Loire. The students were split into two groups. One group was the experimental group, which underwent the MBSR programme for adolescents, and the second was the control group which had no such treatment. Students in both groups completed a questionnaire before and after the programme. The benefits were evaluated using 5 scales, exploring mental health and general health problems: the general health questionnaire (GHQ-28), the perceived stress scale (PSS-10), the anxiety and depression HAD double scale, the Fagerström test for nicotine dependence (FTND) and an evaluation questionnaire at the end of the programme.

Results:

The proposed intervention programme has been shown to be workable in schools with groups of students who are willing and invested in the programme. Our study also showed the positive effects of mindfulness for the whole group, mostly concerning general health, anxiety, insomnia ($p=0.02$) and well-being in relation to the control group. However, the results do not show a reduction in the symptoms of depression, perceived stress, or a reduction in tobacco consumption for smokers.

Conclusion:

We can suggest that mindfulness training provides young people with a toolbox which enables them to take an active role in the management of their emotions and better handle the challenges to which they are confronted.

Keywords: Meditation, Mindfulness, Adolescent, MBSR, School settings.

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOUREC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr. André GOUAZE - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI –

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles.....	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian.....	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry.....	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COSNAY Pierre.....	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles.....	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence

LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
QUENTIN Roland.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SALIBA Elie.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs
POTIER Alain..... Médecine Générale
ROBERT Jean..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David..... Physiologie
BARBIER Louise..... Chirurgie digestive
BERNARD-BRUNET Anne..... Cardiologie

BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLOIN Antoine.....	Réanimation
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse.....	Médecine Générale
LEMOINE Maël.....	Philosophie
MONJAUZE Cécile.....	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE ClaireOrthophoniste
GOUIN Jean-MariePraticien Hospitalier
MONDON KarlPraticien Hospitalier
PERRIER Danièle.....Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA EmmanuellePraticien Hospitalier
MAJZOUB SamuelPraticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE



*En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples*

et selon la tradition d'Hippocrate,

*je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.*

Remerciements

A l'ensemble de mon jury de thèse, à mes Maîtres, qui sont pour moi des exemples.

A Monsieur le Professeur GAILLARD,

Je vous remercie de la richesse de votre enseignement dont j'ai pu bénéficier tout au long de mes études médicales.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Vincent CAMUS,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Je vous remercie pour votre enseignement particulièrement riche dont j'ai pu bénéficier tout au long de mes études médicales.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur BALLON,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger à mon jury de thèse. Je vous remercie pour votre enseignement particulièrement riche dont j'ai pu bénéficier tout au long de mes études médicales.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Professeur BONNET-BRILHAULT,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger à mon jury de thèse. Je vous remercie pour votre enseignement particulièrement riche dont j'ai pu bénéficier tout au long de mes études médicales.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur BOTBOL,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger à mon jury de thèse.

Je vous remercie pour votre accueil lors du regroupement du DESC de pédopsychiatrie à Rennes.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur LARY-COUZINET,

Vous avez eu la gentillesse d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie pour votre aide dans la réalisation de mon projet de thèse.

Veillez trouver ici mes remerciements sincères pour votre confiance, votre ouverture d'esprit, votre écoute et votre disponibilité.

Je vous remercie également de votre accompagnement lors de mon stage au sein de votre service.

Veillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur ROUYER,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail.

Egalement, Je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré et pour votre confiance.

Je vous remercie profondément pour vos enseignements durant mes stages passés dans votre service et surtout pour le goût que vous m'avez transmis pour la pédopsychiatrie.

Veillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma sincère reconnaissance.

Je souhaite remercier sincèrement et chaleureusement les personnes qui se sont rendues disponibles et ont contribué à ce travail :

Monsieur Jean-Claude MANSUY, l'équipe de direction et pédagogique du lycée Jean Monnet de Joué-lès-Tours.

Sylvia MARCHANDIER, infirmière scolaire du lycée Jean Monnet de Joué-lès-Tours (un grand merci pour ta disponibilité et ton investissement dans mon projet).

Elisabeth BREVET, instructrice MBSR pour adolescents.

Sylvie CHANDELLIER, instructrice MBSR adulte.

Je tiens à remercier également tous les médecins et les équipes soignantes que j'ai rencontré tout au long de mon internat de psychiatrie pour leur accompagnement et leur accueil.

Un grand merci à vous tous qui m'avez accompagnée, chacun à votre façon, tout au long de mon travail.

Witanaa, Tu me transmets confiance et énergie pour avancer. Pendant ces onze années tu m'as portée, soutenue et tu as toujours cru en moi. Merci pour tous ces bons moments passés à tes côtés, pour ton amour infailible.

Valérie, Je te suis profondément reconnaissante et touchée pour l'aide précieuse que tu m'as apportée tes corrections soignées, tes relectures attentives et ta belle disponibilité. Je ne pourrai jamais te remercier assez.

Saïd, Je te remercie pour ton aide précieuse concernant la partie statistique sans laquelle ce travail n'aurait pu aboutir.

Merci pour toutes ces rencontres parfois anonymes, pendant mes voyages en Europe, en Afrique, ou au Brésil, qui m'ont appris l'humilité et m'ont ouvert l'esprit.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	19
PREMIERE PARTIE : LA PLEINE CONSCIENCE.....	22
I. LA PLEINE CONSCIENCE.....	23
A. <i>La Méditation</i>	24
B. <i>La méditation de pleine conscience et ses idées reçues</i>	25
C. <i>L'historique</i>	27
II. LES MECANISMES DE LA PLEINE CONSCIENCE.....	30
III. LA PLEINE CONSCIENCE ET LA MEDECINE.....	37
A. LES APPROCHES BASEES SUR LA PLEINE CONSCIENCE	37
IV. LES APPLICATIONS ET L'EFFICACITE DE LA PLEINE CONSCIENCE.....	42
A. LES APPLICATIONS PSYCHIATRIQUES	43
1) <i>La dépression</i>	43
2) <i>Le trouble bipolaire</i>	44
3) <i>Les troubles psychotiques</i>	45
4) <i>Le trouble obsessionnel compulsif</i>	45
5) <i>L'insomnie</i>	45
6) <i>Les troubles des conduites alimentaires</i>	45
7) <i>Les troubles liés au traumatisme</i>	45
8) <i>Les troubles sexuels</i>	46
9) <i>Le stress et la qualité de la vie des étudiants</i>	46
10) <i>Les addictions</i>	47
B. LES APPLICATIONS MEDICALES.....	48
1) <i>Le douleur chronique</i>	48
2) <i>La cancérologie</i>	48
3) <i>Troubles somatoformes</i>	49
V. LA PLEINE CONSCIENCE CHEZ LES ADOLESCENTS.....	50
A. LES MECANISMES DE LA PLEINE CONSCIENCE	50
B. LES APPROCHES BASEES SUR LA PLEINE CONSCIENCE.....	52
VI. LES APPLICATIONS ET L'EFFICACITE DE LA PLEINE CONSCIENCE	56
A. LES APPLICATIONS EN SANTE MENTALE	57
1) <i>L'autisme</i>	57
2) <i>Les troubles des conduites alimentaires</i>	58

3) <i>L'insomnie</i>	59
4) <i>Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)</i>	60
5) <i>Le trouble des conduites</i>	61
B. LES APPLICATIONS MEDICALES.....	64
1) <i>Les maladies physiques chroniques</i>	64
2) <i>La cancérologie</i>	65
3) <i>Le douleur chronique</i>	65
4) <i>Troubles somatoformes</i>	66
VII. LA SANTE DES ELEVES.....	67
VIII. L'ETAT DES LIEUX DE LA SANTE MENTALE ET PHYSIQUES DES ELEVES.....	70
A. LA SANTE MENTALE DES LYCEENS	70
1) <i>Le stress scolaire</i>	70
2) <i>Le stress</i>	71
3) <i>Les troubles anxieux</i>	73
4) <i>La dépression et le burnout</i>	75
B. LA SANTE PHYSIQUE DES LYCEENS	78
C. LES ADDICTIONS	80
D. LES ADDICTIONS AUX SUBSTANCE PSYCHOACTIVES	82
1) <i>L'alcool</i>	83
2) <i>Le cannabis</i>	84
3) <i>Le tabac</i>	85
LA DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE CLINIQUE	90
I. CONTEXTE DE L'ETUDE.....	91
II. MATERIEL ET METHODES.....	92
A. PARTICIPANTS ET RECRUTEMENT	92
1) <i>Critères de sélection</i>	93
2) <i>Critères de non inclusion</i>	93
B. METHODE	93
1) <i>Matériel utilisé</i>	93
C. CALENDRIER DES EVALUATIONS OU OBSERVATIONS	98
1) <i>Durée de l'étude et procédé d'anonymisation</i>	98
III. PROGRAMME MBSR ADAPTE AUX ADOLESCENTS « L'ATTENTION ÇA MARCHE » SELON LA METHODE DE ELINE SNEL.....	99

A. CADRE.....	99
B. PREMIERE SEANCE : OBSERVER ET SE CONCENTRER	99
1) <i>Présentation des symboles/ outils du programme</i>	100
2) <i>Thème de la première séance : observer et se concentrer</i>	101
3) <i>Exercice : la pleine conscience du souffle</i>	101
4) <i>Entrainement de la semaine</i>	102
C. DEUXIEME SEANCE : QUITTER LA TETE, SENTIR LE CORPS.....	102
1) <i>Thème de la séance : quitter la tête, sentir le corps</i>	102
2) <i>Exercice : scan corporel ou balayage corporel (body scan)</i>	102
3) <i>Entrainement de la semaine</i>	103
D. SEANCE DE RATRAPAGE.....	103
E. TROISIEME SEANCE : L'INTERET DES SENS	103
1) <i>Thème : l'intérêt des sens</i>	103
2) <i>Exercices : le raisin sec, la méditation assise et l'observation de la météo intérieure</i>	103
3) <i>Temps de partage</i>	106
4) <i>Entrainement de la semaine</i>	106
F. QUATRIEME SEANCE : LES EMOTIONS (SENTIMENTS), ÇA SE SENT ET LA FABRIQUE DES RUMINATIONS	107
1) <i>Thème : les sentiments, ça se sent et la fabrique des ruminations</i>	107
2) <i>Symboles /outils : L'histoire d'Anne</i>	107
3) <i>Temps de partage</i>	107
4) <i>Entrainement de la semaine</i>	108
G. CINQUIEME SEANCE : LA TENSION ET LE STRESS.....	108
1) <i>Thème la tension et le stress</i>	108
2) <i>Temps de partage</i>	108
3) <i>Exercice : méditation de la montagne</i>	108
4) <i>Entrainement pendant la période de vacances d'hiver</i>	109
H. SIXIEME SEANCE : L'ART DE COMMUNIQUER	109
1) <i>Thème : l'art de communiquer</i>	109
2) <i>Symboles /outils : les histoires : La grenouille qui braille, la grenouille invisible et la grenouille de la pleine conscience</i>	109
3) <i>Exercices : dessiner un plan</i>	111
4) <i>Entrainement de la semaine</i>	111
I. SEPTIEME SEANCE : LA PATIENCE, LA CONFIANCE ET LE LACHER-PRISE.....	111
1) <i>Thème : la patience, la confiance et le lâcher-prise</i>	111
2) <i>Exercice : la force du guerrier</i>	112

3) <i>Entrainement de la semaine</i>	113
J. HUITIEME SEANCE ETRE GENTIL C'EST AGREABLE ET LE SECRET DU BONHEUR	113
1) <i>Thème : Etre gentil c'est agréable et le secret du bonheur</i>	113
2) <i>Symboles /outils : l'histoire du serpent et des tourmenteurs</i>	113
IV. RESULTATS	115
A. LES ANALYSES STATISTIQUES.....	115
1) <i>Les caractéristiques des populations étudiées</i>	116
2) <i>Les caractéristiques des populations initiales avant-intervention (T1)</i>	117
3) <i>Les caractéristiques de la population expérimentale avant et après intervention (T1 et T2)</i> . 118	
4) <i>Les caractéristiques des populations expérimentale et témoin après intervention (T2)</i>	121
5) <i>L'adhésion des élèves au programme « L'attention ça marche »</i>	123
6) <i>La pratique de la pleine conscience au sein du groupe E pendant le programme</i>	125
V. DISCUSSION	126
VI. LIMITES DE L'ETUDE	134
CONCLUSION	136
BIBLIOGRAPHIE	137
ANNEXE	147
ANNEXE 1 : FICHE D'INSCRIPTION PROGRAMME MBSR.....	147
ANNEXE 2 : NOTICE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE.....	148
ANNEXE 3 : PERCEIVED STRESS SCALE (PSS) (ECHELLE DU STRESS RESSENTI DE COHEN)	151
ANNEXE 4 : FAGERSTRÖM TEST FOR NICOTINE DEPENDENCE (FTND)	153
ANNEXE 5 : HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HAD)	154
ANNEXE 6 : THE GENERAL HEALTH (QUESTIONNAIRE GHQ-28)	156
ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE FIN PROGRAMME.....	162

Index des abréviations et leur traduction

Par ordre d'apparition dans le texte

MBSR = Mindfulness Based Stress Reduction : Programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience

TCC = Thérapies Cognitives et comportementales

ADM=Association pour le Développement de la Mindfulness

MBCT = Mindfulness Based Cognitive Therapy : Programme de thérapie cognitive basé sur la pleine conscience

MBRP = Mindfulness Bases Relapse Prevention : Programme de prévention des rechutes basé sur la pleine conscience concernant les addictions

MBPED = Mindfulness-Based Psycho Education : Programme de psycho éducation basé sur la pleine conscience

ECR = Essai Randomisé Contrôlé

DT2 = Diabète de type 2

TDH= Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité

INPES= Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

PES= Parcours Educatif de Santé

AGD= Assemblée Générale des Délégués

CVC= Conseil de la Vie Collégienne

CVL=Conseil des Délégués pour la vie Lycéenne

CESC= Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté

SGA= Syndrome Général d'Adaptation

TAG= Trouble d'Anxiété Généralisée

SPA= Substance Psycho-Active

GHQ-28=The General Health : Questionnaire de Santé Générale

PSS= Perceived Stress Scale : Echelle du stress ressenti de Cohen

HAD= Hospital Anxiety and Depression Scale : Echelle d'Anxiété et Dépression

FTND = Fagerström Test for Nicotine Dependence : Questionnaire d'évaluation de la dépendance chimique à la nicotine de Fagerström

TNS= Traitements Nicotiniques Substitutifs

PP= Per-protocole

Introduction

Tous les humains ont besoin de silence, de calme et de réflexion. Pourtant, aujourd'hui, trouver le silence doit être un choix délibéré, une décision à prendre et surtout à imposer dans notre quotidien.

Christophe André (André, 2009) explique que dans nos sociétés contemporaines il y a des carences de calme, de lenteur et de continuité.

Les carences de calme : nous sommes très souvent envahis par des environnements bruyants agressants et sollicitants (musique tout le temps, images tout le temps, écrans tout le temps).

Les carences de lenteur : notre société nous incite à réagir, à aller de plus en plus vite, à répondre de plus en plus vite au téléphone, aux mails, aux sollicitations diverses. L'accélération technique au travail, sur les écrans, dans les transports, la consommation, ont mené à l'accélération effrénée de notre rythme de vie. L'impression de ne plus avoir de temps, que tout va trop vite, que notre vie file, l'impression d'être impuissant à ralentir nous angoisse et nous stresse.

Les carences de continuité : dans notre société il est de plus en plus difficile de rester dans la continuité qu'il s'agisse d'un loisir ou d'un travail sans être dérangé par ces objets à la fois merveilleux et diaboliques que sont le téléphone, les écrans, etc.

Lorsque nous décidons de faire de la méditation c'est souvent parce que nous, intuitivement ou de manière consciente, aspirons à redonner à notre cerveau, à notre personne, des moments où nous sommes dans le calme, la lenteur et la continuité.

L'intérêt que l'on porte à la méditation vient, très probablement, du fait qu'elle répond à des déséquilibres, qu'elle rééquilibre des carences, des manques, liés à notre style de vie contemporain.

Aujourd'hui, certains pensent que la méditation est une mode.

Depuis les années 1980 – 1990, on assiste, par an, à une augmentation des publications ainsi que des travaux concernant de près ou de loin la méditation.

Pour toutes les raisons exposées au début, la méditation est au-delà de la mode et au-delà de ce que peut montrer la science. En effet, elle compense les carences de la société contemporaine en apportant le silence et le calme dont tous les humains ont besoin.

Les adolescents et les étudiants n'échappent pas à ces carences contemporaines, sans doute parce qu'il s'agit des populations les plus fragiles : les plus fortement exposées aux pressions sociales.

Un élève, qui a participé à notre étude clinique, a laissé un commentaire au questionnaire d'évaluation de fin programme : « ...j'aurai voulu m'investir plus dans cette activité... Le problème est que le quotidien est déjà très rempli et le fait de toujours avoir quelque chose à faire empêche justement de s'arrêter même si j'ai conscience que c'est bénéfique ».

Comment, dans cette société, l'adolescent peut-il se retrouver lui-même, se construire, devenir adulte ?

Dans un monde où tout va de plus en plus vite, il n'a plus le temps de se poser, pour se construire un espace intérieur, approfondir sa pensée. Connecté en permanence à un monde virtuel, qui lui offre une « mosaïque de modèles éphémères » et lui envoie des images parcellaires de lui (son profil Facebook, etc.), il a du mal à savoir qui il est et ce qu'il veut vraiment, alors qu'il est paradoxalement confronté à l'injonction de « devenir soi-même ». Comme tout l'encourage à vivre dans l'immédiateté, il lui est difficile de se projeter dans l'avenir. (Marcelli, 2013)

Cette hyper connectivité impose une hyperactivité cognitive, cérébrale, attentionnelle, comportementale qui est génératrice d'un stress insidieux et omniprésent. Notre corps, notre cerveau, nos émotions sont constamment en alerte. Ainsi s'installe le stress. Tôt, trop tôt dans la vie des enfants. Un stress qui, souvent, ne les quittera plus. Un stress qui va entraver leurs parcours personnel et scolaire, qui touchera la confiance et l'estime de soi, qui perturbera les apprentissages scolaires, et entamera parfois leur plaisir de vivre.

Le milieu scolaire, lieu d'apprentissage tant sur le plan intellectuel que social, se révèle être un des lieux privilégiés où peuvent se manifester les difficultés psychiques des adolescents dont l'anxiété et les symptômes dépressifs. Que ces difficultés soient directement générées ou plus simplement révélées par les multiples facettes de la vie scolaire ainsi que la transition vers les classes dites diplômantes peut être déstabilisant pour certains élèves vulnérables au stress et plus anxieux en général.

De ce fait, la classe de terminale représente l'année de passage du lycée à l'enseignement post-bac. Le baccalauréat est le « sésame », la « clé », qui permet de poursuivre des études supérieures. En passant le baccalauréat, c'est leur avenir professionnel qui est en jeu ; on comprend donc à quel point la situation est source de stress.

Les stratégies d'intervention basée sur la pleine conscience dans le milieu scolaire constituent une approche de prévention et de traitement de différentes problématiques psychiques chez les adolescents, dont le stress, l'anxiété et la dépression et de santé générale dont le bien-être.

En effet, les techniques de pleine conscience permettent aux adolescents d'augmenter leur capacité attentionnelle, de freiner l'activation automatique de leurs pensées (pensées orientées vers le futur, les inquiétudes excessives et l'anticipation de l'échec ou des conséquences négatives) et ainsi de choisir des stratégies d'autorégulation plus efficaces.

De plus, les programmes inspirés de l'approche de pleine conscience s'inscrivent parfaitement dans le projet de parcours éducatif de santé prévu dans la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves.

Après la présentation de la pleine conscience et de la méditation dans son contenu, son contexte, sa forme, ses mécanismes, ses variations et ses applications, nous exposerons l'étude que nous avons réalisée auprès d'un groupe d'élèves de classe de terminale dans un lycée de la Touraine, cherchant à répondre à la question suivante : une intervention en groupe basée sur la pleine conscience est-elle pertinente, faisable et acceptable chez un groupe de lycéens en milieu scolaire ?

Les objectifs étaient de tester les effets d'un programme adapté du MBSR pour les adolescents sur la santé mentale (stress, anxiété, dépression) et la santé physique chez un groupe de lycéens en classe de terminale et d'évaluer la réduction de consommation de tabac chez les fumeurs.

La première partie : La pleine conscience

I. La pleine conscience (*Mindfulness*)

L'enseignant zen vietnamien Tich Nhat Hanh est à l'origine du mot *mindfulness*.

Le mot *Mindfulness* dérive des racines originelles sanskrites « *samyak* » (juste) et « *smrti* » (attention), donc « *samyak smrti* » « l'attention juste », traduit en anglais par *mindfulness* et en français par *pleine conscience*. (Lestage, 2016)

A ce jour, il n'existe pas de définition unique de la pleine conscience, en raison de l'évolution de ce concept et en raison des regards théoriques, expérimentaux ou cliniques apportés par le monde occidental.

La pleine conscience peut être utilisée pour définir :

- une construction théorique ;
- une pratique ;
- un processus psychologique, comme le fait d'être en état de pleine conscience.

La définition la plus utilisée de pleine conscience est un « *état de conscience* qui résulte du fait de diriger son attention d'une certaine manière, c'est-à-dire délibérément, au moment présent, sans jugement de valeur sur l'expérience qui se déploie moment après moment ». Elle a été introduite par Jon Kabat-Zinn (Kabat-Zinn, 2009).

A sa suite, Christophe André définit la pleine conscience comme « *une qualité de la conscience* qui émerge lorsqu'on tourne intentionnellement son esprit vers le moment présent. C'est l'attention portée à l'expérience vécue et éprouvée, sans filtre (on accepte ce qui vient), sans jugement (on ne décide pas si c'est bien ou mal, désirable ou non), sans attente (on ne cherche pas quelque chose de précis) » (André, 2009).

La capacité d'orienter son attention d'une telle manière peut être développée à travers la pratique de diverses techniques :

- La pratique de la méditation sur le corps et la respiration ;
- Des exercices d'attention sur les perceptions internes et externes, les sensations corporelles, les pensées et émotions ;

- La mise en évidence du « pilotage automatique » de l'individu au quotidien, et le développement du mode « être » en parallèle du mode « faire » ;
- Le repérage des habitudes cognitives qui alimentent les ruminations mentales, et l'entraînement à l'acceptation du moment présent.

A. La méditation

Le terme de méditation possède toute une série de significations distinctes :

- 1) Stratégie d'autorégulation avec une focalisation sur l'attention ;
- 2) Etat de concentration dans lequel la conscience réfléchie est centrée sur un seul objet ;
- 3) Etat de relaxation psychologiquement et médicalement bienfaisant ;
- 4) Etat dissocié dans lequel des phénomènes de trances peuvent se produire ;
- 5) Etat mystique dans lequel sont vécus les réalités ou les objets religieux les plus élevés.

Ces différentes significations ont en commun d'être des états de conscience différents ou modifiés.

Shapiro (Berghmans, 2010), propose de définir la méditation de la façon suivante : « le terme méditation se réfère à la famille de pratique de l'autorégulation qui se focalise sur l'attention et la conscience afin d'amener les processus mentaux sous un contrôle volontaire plus grand et, de ce fait, entraîner le bien-être mental et physique qui a pour objectif de développer des états émotionnels spécifiques comme la joie, le calme ». Elle se réfère donc à une famille de techniques qui ont en commun une tentative consciente de focalisation de l'attention de manière non analytique, et une tentative de ne pas demeurer sur des pensées discursives et ruminatives.

Pour Matthieu Ricard, le mot français « méditation » provient des mots sanskrit et tibétain, *bhavana* qui signifie cultiver et *gom* se familiariser.

Toujours selon Matthieu Ricard, il s'agit principalement de se familiariser avec une vision claire et juste des choses, et de cultiver des qualités que nous possédons tous en nous mais qui demeurent à l'état latent aussi longtemps que nous ne faisons pas l'effort de les développer.

« Se transformer intérieurement en entraînant son esprit c'est le véritable sens de la méditation ». (Ricard, 2008)

De façon très générale, il existe deux principales approches communes à la grande majorité des techniques méditatives, quelles qu'en soient les origines culturelles ou historiques. Ce sont des

invariants, fruit de toutes les pratiques, et dont le méditant appliqué peut faire l'expérience. (Rousselard et al., 2014)

La première approche est le SAMATHA (attention vigilante) en sanskrit, qui signifie « tranquille », « paisible ». Il souligne que les méditations procurent un calme mental au fil de la pratique. De façon pratique, le Samatha n'est pas propre à une technique précise puisque plusieurs techniques y donnent accès : diverses pratiques bouddhistes, différents yogas, et des relaxations dites « laïques ». Toutes invitent à focaliser sa concentration sur un objet précis. Il peut s'agir de respiration, de la contemplation d'une flamme, d'une couleur ou d'objet, voire d'un objet mental.

La seconde approche de toutes les pratiques méditatives est la VIPASSANA, qui signifie « vision pénétrante » voir les choses telles qu'elles sont réellement. C'est l'une des plus anciennes techniques de méditation de l'Inde.

La vision pénétrante, ou Vipassana, amène à percevoir les choses telles qu'elles sont et non telles qu'on voudrait qu'elles soient, grâce à un esprit libéré de nos croyances et de nos schémas de pensées aliénants, eux-mêmes nés de nos peurs. La Vipassana est aussi l'art d'entrer dans une connaissance aiguë de notre for intérieur : ce monde psychique, sensoriel et émotionnel qui nous gouverne le plus souvent à notre insu.

Outre l'existence de plusieurs pratiques permettant d'expérimenter la vision pénétrante (zen, par exemple), le mot Vipassana désigne aussi une technique de méditation spécifique d'inspiration indo-birmane ; son origine se perdrait dans le fond des âges de l'Inde, mais elle aurait été redécouverte par le Buddha historique lui-même. Il est demandé de porter une attention assidue et dépassionnée aux sensations corporelles qui vivent, évoluent et meurent instant après instant à la surface de notre corps et dans nos viscères.

Cette pratique, apparemment simple, demande un entraînement assidu et minutieux. A celui qui le pratique ainsi, le Vipassana permet de développer une qualité mentale d'une immense richesse : (l'équanimité, détachement et sérénité) face aux choses et phénomènes éphémères.

B. La méditation de pleine conscience et ses idées reçues

La méditation de pleine conscience est un ensemble de techniques méditatives inspirées du bouddhisme, qui ont été laïcisées, codifiées et validées par la science pour pouvoir être intégrées dans le monde de la santé et, plus largement dans la société occidentale.

Quelques idées reçues sur la méditation :

- 1) La méditation est une réflexion approfondie et intelligente sur un sujet métaphysique comme la vie, la mort ou le cosmos. En réalité, dans la méditation de pleine conscience, l'attention n'est pas portée sur la réflexion intellectuelle ou l'élaboration conceptuelle, mais sur le ressenti non verbal, corporel et sensoriel.
- 2) La méditation consiste à faire le vide dans sa tête. En réalité, dans la méditation de pleine conscience, les instants sans mentalisation sont assez rares, et l'essentiel du travail consiste, non à faire taire le bavardage de l'esprit, mais à ne pas se laisser entraîner par lui, en l'observant au lieu de s'y identifier. L'objectif est de se rapprocher d'une « conscience sans objet », où l'esprit n'est engagé dans aucune activité mentale volontaire, mais tente de rester en position d'observateur. Ce n'est donc pas une absence de pensées, mais une absence d'engagement dans les pensées.
- 3) La méditation est une démarche religieuse ou spirituelle. En réalité, dans la méditation de pleine conscience, on cherche avant tout à développer et à tester au quotidien un outil de régulation attentionnelle et émotionnelle, au-delà de toute forme de croyance.
- 4) La méditation est un peu comme la relaxation ou la sophrologie. En réalité, dans la méditation de pleine conscience, on ne cherche pas à atteindre un état de détente ou de calme particulier (certaines séances peuvent au contraire être difficiles ou douloureuses), mais juste à intensifier sa conscience et son recul envers ses expériences intimes. Par exemple, plutôt que de chercher à ne pas être en colère ou triste, on tend à observer la nature de ces émotions, leur impact sur le corps, les comportements qu'elles déclenchent. Donner ainsi un « espace mental » à ses émotions négatives permet d'en reprendre le contrôle, en leur permettant d'exister et de s'exprimer sans être amplifiées par la répression (ne pas les autoriser) ou la fusion (ne pas s'en distancier).

C. L'historique

Historiquement, la pleine conscience constitue la pratique de base des différentes méditations bouddhistes. (Kabat-Zinn, 2003).

Dans l'Inde ancienne, différentes pratiques méditatives ont été expérimentées par des « chercheurs de vérité » (sages, ermites, yogis...). Né il y a plus de 3000 ans, le yoga accorde à la méditation une place essentielle.

A partir du 6^e siècle av. J. C., le bouddhisme a développé en Inde une vision nouvelle concernant l'homme et la vie - en réaction à la conception brahmanique qui dominait la société du temps. Sa doctrine et ses pratiques seront d'abord diffusées dans le bassin du Gange avant de gagner peu à peu la plupart des pays d'Asie.

L'Occident a très longtemps ignoré ces philosophies orientales et les entraînements de l'esprit qu'elles proposent. Ce n'est guère avant les 19^e et 20^e siècles que quelques pionniers s'intéressèrent au bouddhisme et à ses pratiques spirituelles.

Il faut attendre la fin de la 2^eme guerre mondiale - la vague de réfugiés sino-japonais aux Etats-Unis va y contribuer - pour que l'Occident commence à s'approprier les philosophies de l'Orient et les exercices de l'esprit qui les accompagnent.

Avec la naissance du « New Age », l'émergence des écrivains et artistes de la « Beat génération », le mouvement hippie, un plus grand nombre d'Occidentaux se sont tournés vers les traditions de l'Orient.

C'est une période au cours de laquelle l'implantation de temples et de centres de méditation ira grandissante pendant que, dans le même temps, les notions de « bien-être » et de « développement personnel » émergeront dans la société moderne.

Cet engouement de l'Occident sera favorisé par des intellectuels comme le romancier Aldous Huxley qui, dans « La Philosophie éternelle », évoquant la recherche d'une sagesse universelle, met en avant le bouddhisme, ou encore, comme le philosophe Martin Heidegger qui pense retrouver dans la philosophie bouddhique la mise en cause que lui-même fait de la notion d'ego et de la distinction entre pensée « méditante » et pensée « calculante ».

Même si des études scientifiques sporadiques parsèment les trois premiers quarts du 20^eme siècle, il faut attendre la fin des années 1970 pour que la science occidentale entreprenne des études systématiques sur les effets de la méditation.

Jon Kabat-Zinn, fait connaître la pleine conscience au monde médical et œuvre à la mise en place de programmes de soins dans de nombreux domaines. A la fin des années 70, ce jeune docteur en biologie moléculaire, enseigne le Yoga et pratique la méditation bouddhiste vipassana. Convaincu des bienfaits de l'association de ces pratiques, il cherche à en donner une forme plus contemporaine, spécifiquement conçue pour soulager la détresse physique et morale. Kabat-Zinn poursuit ses investigations au Centre Médical de l'Université du Massachusetts (UMass). Il crée le programme thérapeutique de la *Mindfulness Based Stress Reduction* ou MBSR. Dans sa clinique de réduction du stress (Stress Reduction Clinic) qu'il crée en 1979 (devenue maintenant le CFM, Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society), Kabat-Zinn met rapidement en pratique son programme MBRS auprès de personnes souffrant de douleurs physiques persistantes.

On constate que, depuis la fin des années 1980 à nos jours, l'augmentation du nombre des publications scientifiques s'y rapportant est exponentielle. De même, les centres de recherche sur les neurosciences contemplatives n'ont cessé de se multiplier aux Etats- Unis et en Europe.

« Science sans conscience n'est que ruine de l'âme », disait Rabelais. Aujourd'hui, cette alliance encore fraîche entre la science du monde occidental et la conscience des traditions spirituelles donne lieu à des partages enrichissants pour les deux disciplines. C'est dans cet élan qu'en 1987 fut créé le « Mind and Life Institute » (ou Institut de l'esprit et de la vie) de la rencontre entre le chercheur chilien Francisco Varela, le 14^e DALAÏ- LAMA et de l'homme d'affaire américain Adam Engle. Cet institut est un forum où méditants et scientifiques peuvent échanger leurs idées.

Depuis sa création, l'institut propose d'épanouir le dialogue entre le bouddhisme et les scientifiques ouverts à la méditation par des échanges entre ces deux mondes, et en participant à des études scientifiques rapprochant des méditants de différents bords et spécialistes de sciences de l'esprit et de la santé.

En 2001, l'institut a lancé l'idée d'un programme de recherche sur les effets, à court et à long terme, de l'entraînement de l'esprit dans lequel des expériences pourraient être faites directement sur les moines bouddhistes.

Le moine bouddhiste français Matthieu RICARD s'est porté volontaire pour participer aux recherches et rassembler autour de lui d'autres méditants experts.

La méditation de pleine conscience est devenue aujourd'hui une méthode - codifiée et laïque - d'entraînement des patients à la stabilité attentionnelle, à la régulation émotionnelle et au discernement cognitif. (André, 2015)

II. Les mécanismes de la pleine conscience

Il y a plusieurs modèles pour expliquer les mécanismes d'action de la pleine conscience (Ben, 2015) : psychologiques, neurocognitifs, neurophysiologiques et biologiques.

Bishop a proposé un modèle à deux composantes de la pleine conscience, impliquant « l'autorégulation de l'attention » (maintenue sur l'expérience immédiate) et « l'orientation des attitudes » (la curiosité, l'ouverture et l'acceptation). (Thanh-Lan Ngô, 2013). Baer (Heeren, 2010) a suggéré un modèle de changement articulé autour de cinq types de processus : l'exposition, les changements cognitifs, l'acceptation, la gestion de soi et la relaxation.

Shapiro en 2006 (Shapiro, 2006) postule qu'il y a trois composantes principales fonctionnant simultanément dans la pleine conscience : l'intention, l'attention et l'attitude.

Ce dernier modèle sera exposé. Il fait référence à la description de la pleine conscience de Jon Kabat-Zinn mentionnée plus haut « prêter attention (Attention) d'une manière particulière (Attitude) sur le but (Intention), dans le moment présent, et non de façon discrétionnaire ».

L'intention fait référence au fait que le sujet doit s'engager intentionnellement dans une démarche active de pratique et d'observance thérapeutique.

L'attention est une composante essentielle de la pratique méditative, beaucoup d'exercices consistant à focaliser son attention sur un objet (le corps, la respiration, les sensations) dans une optique d'autorégulation. Celle-ci implique l'observation des opérations cognitives internes et externes à chaque instant.

Il s'agit d'une attention soutenue et flexible qui permet le retour à l'objet attentionnel quand la concentration est rompue. Ce changement permet au sujet de ramener son attention sur un stimulus tel que la respiration quand cette dernière a été perturbée par des émotions, pensées ou sensations. Maintenir l'attention sur le souffle permet d'activer un processus d'ancrage de l'attention dans le moment présent afin que les pensées, sensations et émotions puissent être détectées lorsqu'elles apparaissent dans le courant de la conscience. Ce processus d'ancrage de l'attention sur l'objet est primordial et permet aux individus de constamment revenir au moment présent.

Alors que l'auto-focalisation sélective de l'attention peut être identifiée comme un processus central dans le maintien et l'exacerbation de certains troubles, avec la pleine conscience la focalisation de l'attention devient adaptative. L'attention est maintenue dans l'instant présent,

de manière vigilante et continue, ce qui permet de maintenir le sujet dans l'instant présent en l'éloignant des ruminations du passé ou de l'avenir.

Le sujet met en œuvre des réponses émotionnelles plus adaptatives et régulées, laissant moins de place au conditionnement et aux réponses automatiques. Enfin, l'attention ne doit pas entraîner de processus de discrimination et de conceptualisation. Le sujet acquiert la capacité d'observer le contenu de sa conscience pour voir ses pensées sans coloration affective ou intellectuelle, telles que les croyances et autres biais.

L'attitude se caractérise par son ouverture et la curiosité face à l'expérience. Chaque stimulus doit être sujet d'observation sans que la personne ne le suscite ou ne le laisse disparaître. Trop souvent nous laissons nos pensées et nos croyances guider la façon dont on peut expérimenter de nouvelles expériences. Elles viennent colorer notre vision du monde et des choses qui nous entourent. Cultiver un esprit ouvert, l'esprit curieux du débutant, nous permet d'être réceptif à toutes les données de notre environnement, à voir ce qui est déjà connu mais sous un œil nouveau. Ainsi nous pouvons nous demander si auparavant nous ne percevions pas les choses qu'à travers le voile de nos préjugés et de nos opinions ?

L'attitude est également caractérisée par le non-jugement, le non-attachement et l'acceptation. Cela implique une décision consciente d'abandon afin de permettre et d'autoriser la manifestation des émotions, sensation et pensées, afin de ne plus être absorbé, permettant au sujet de se désengager de la rumination mentale.

Pour le non-jugement, il s'agit, dans un premier temps, de prendre conscience de la tendance de notre esprit à juger systématiquement, étiqueter les expériences que nous vivons comme bonnes ou mauvaises, agréables ou désagréables. Prendre conscience de ce flot constant de jugements sur le monde qui nous entoure ainsi que sur nous-même est le premier pas pour pouvoir, par la suite, apprendre à s'en dégager et se dégager des émotions négatives qui en découlent.

Cette notion de non-jugement est fortement liée à celle d'acceptation. Accepter signifie voir les choses comme elles sont dans le moment présent sans chercher à changer quoi que soit. L'acceptation de situation de tristesse, de douleur, de honte, de colère, fait partie du processus de guérison. Sans elle nous sommes dans le déni de ce qui nous arrive. Mettre de côté les petits soucis et les grands malheurs de notre vie est une dépense d'énergie immense visant à nier et à résister à ce qui est déjà un fait, à agir de façon à faire comme si elles n'existaient pas

(l'évitement), à tenter de résoudre coûte que coûte (la compensation), ou encore à se faire envahir par les obstacles qui se dressent devant nous, nous maintenant ainsi dans une attitude d'immobilisme (la soumission). Ceci empêche l'émergence d'un changement positif et nous maintient dans un cercle vicieux qui nous fait doucement glisser vers la résignation, l'abandon et la dépression : l'inverse de l'acceptation.

L'intention, l'attention et l'attitude sont en interaction constante et vont permettre un changement de perspective chez le sujet qui se traduit en termes de « re-perception » ou capacité métacognitive où le sujet est capable d'observer ses propres processus mentaux.

Au travers du processus intentionnel de focalisation de l'attention et le non-jugement des contenus de conscience, l'individu qui pratique la pleine conscience met en lumière une forme de regard sur lui-même en pleine conscience et de façon attentionnée et sans jugement. Dans l'optique où l'individu peut observer ses contenus de conscience, il n'est pas totalement immergé avec ses contenus. Si ces contenus de conscience sont, par exemple, la douleur où la dépression, la re-perception permet au sujet de ne plus s'identifier à ses sensations corporelles ou ses émotions. Il peut simplement être avec, au lieu d'être défini, contrôlé ou conditionné par elles.

La re-perception est semblable à un autre concept comme la décentration : quitter le cercle vicieux émotions-cognitions négatives et pouvoir en rester à distance est possible en focalisant son attention sur le moment présent.

D'autres auteurs ont proposé des modèles sur des mécanismes d'action neurophysiologique.

Des recherches avec des techniques d'imagerie fonctionnelle cherchent à comprendre l'impact de la pratique de la pleine conscience sur la physiologie particulièrement du cerveau et du corps.

La pratique de la pleine conscience peut avoir des effets durables sur la structure du cerveau et peut également entraîner des modifications fonctionnelles et comportementales dans le contrôle de l'attention et des émotions. Cette pratique ne va pas avoir un effet seulement sur le cerveau, mais aussi sur la biologie périphérique plus particulièrement sur les mécanismes liés au stress et à l'inflammation voire même de l'expression génétique.

Les théories les plus acceptées dans les modifications structurelles du cerveau sont centrées sur la notion de neuroplasticité c'est-à-dire une réorganisation de l'activité neuronale : l'expérience consciente, quel que soit l'exercice pratiqué, va modifier le cerveau adulte. La pratique de la

pleine conscience modifie la structure du cerveau selon le nombre d'heures de méditation pratiquée durant la vie.

Dans une étude du 2012, (Sagi, 2012) il a été montré qu'un entraînement dans une tâche de mémoire de 2 heures par jour peut produire des changements dans les structures du cerveau et ces derniers peuvent être mesurés.

Actuellement, une quinzaine d'études montrant les changements structuraux du cerveau dus à la méditation sont disponibles.

Les régions du cerveau impliquées dans ces phénomènes de neuroplasticité sont nombreuses, comme illustrées sur la figure 1, pour les individus qui pratiquent de façon régulière et depuis longtemps la méditation en pleine conscience. Ces régions sont associées avec des processus attentionnels, la perception sensorielle, l'intéroception et l'empathie.

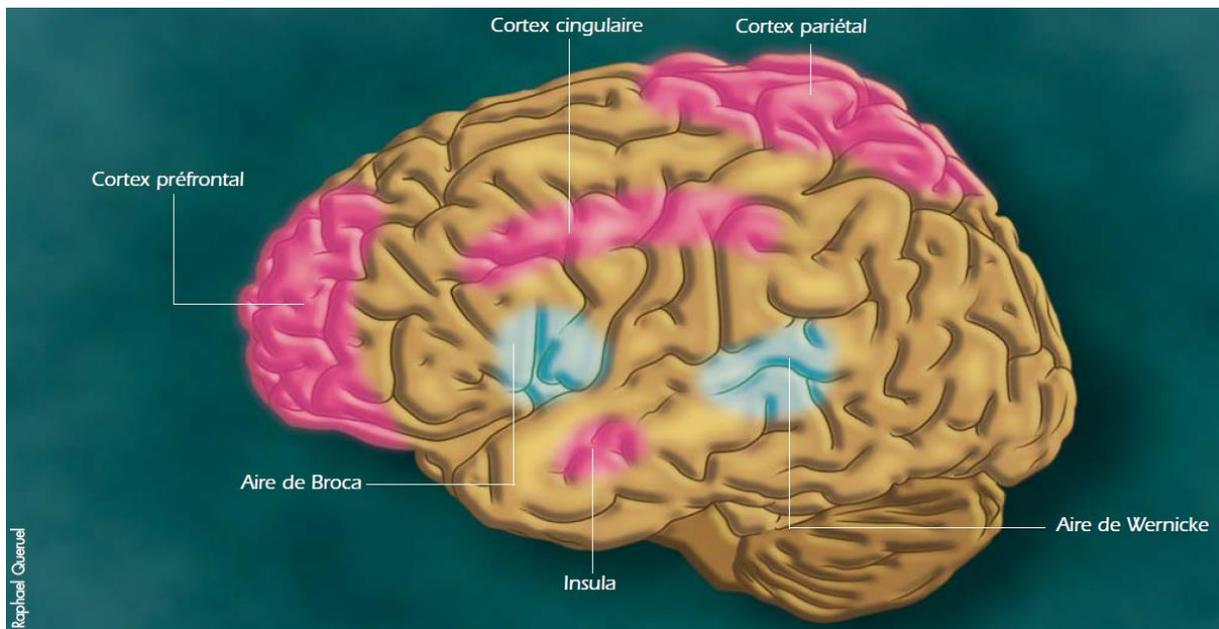


Figure 1. Les aires cérébrales impliquées dans la méditation. (Cerveau & Psycho, 2010)

L'apprentissage de la pleine conscience induit une modification de l'insula antérieure droite, une augmentation significative de l'épaisseur corticale et une augmentation de l'activité chez les méditants confirmés, un méditant confirmé ou expert est quelqu'un qui a médité au moins mille heures formellement pendant sa vie. (Lutz et al., 2012)

L'insula est impliquée dans la perception intéroceptive et son volume de matière grise serait corrélé à la finesse de cette perception. L'augmentation de la matière grise de l'insula chez des pratiquants semble corrélée avec le nombre d'heures de pratique.

C'est au travers de l'intéroception que nous percevons nos sensations corporelles. Les perceptions intéroceptives nous informent sur notre état général, notre tonicité, notre niveau de stress, nos humeurs et nos dispositions. Les sensations corporelles perçues par intéroception incluent la température, le toucher, la douleur, les démangeaisons, les sensations musculaires et viscérales, la faim, la soif, la respiration, etc.

L'intéroception recrute un système complexe d'afférents sympathiques et parasympathiques qui passe par la formation réticulée, le thalamus, l'insula dorsale médiale/postérieure et enfin l'insula antérieure, qui assure l'interface avec le cortex orbitofrontal. Ce cortex associatif, qui forme une partie importante du système limbique permettant le ressenti et la gestion des émotions, est impliqué dans l'évaluation des contextes (situations, environnement social et sensations propres) et la gestion des actions dirigées vers un but.

Le cortex insulaire possède également des connexions bidirectionnelles vers l'amygdale, pôle de gestion de l'émotion de peur, le noyau accumbens, impliqué dans la motivation, ainsi que vers le gyrus cingulaire antérieur impliqué dans la détection d'erreurs et l'allocation des ressources attentionnelles, tant cognitives qu'émotionnelles.

Le volume et le nombre de connexions neuronales des zones du cerveau engagées dans l'empathie et les émotions positives (insula, cortex cingulaire antérieur) augmentent.

Plusieurs études ont évalué le rôle des interventions basées sur la pleine conscience dans l'amélioration des capacités de régulation émotionnelle ; en fait les méditants confirmés présentent une inhibition bilatérale de l'activité amygdalienne.

Ainsi, lorsque le sujet méditant ressent des émotions de tristesse, il présente une diminution de l'activité des zones du langage (aire de Wernicke et de Broca) et une activation des zones de l'introspection et de la perception des sensations internes (aires paralimbiques). (André, 2010)

En parallèle, les zones concernant l'agressivité, la peur et l'anticipation anxieuse (amygdales) voient leur volume diminuer.

L'augmentation de l'épaisseur corticale a été notée parmi les méditants confirmés dans toutes les zones frontales du cerveau, en particulier dans le cortex préfrontal dorso et ventrolatéral et le cortex orbito-frontal avec une amélioration des fonctions exécutives.

Ce processus sous-tend de nombreuses fonctions cognitives telles que la planification, l'acquisition de règles et l'inhibitions des comportements automatiques.

La principale fonction des processus exécutifs est de faciliter l'adaptation à des situations nouvelles, et ce, notamment lorsque les routines d'action, c'est-à-dire les habilités cognitives surappries, ne peuvent suffire. La flexibilité cognitive est définie comme la capacité à désengager le focus attentionnel d'une tâche devenue non pertinente pour s'engager activement dans autre tâche.

La flexibilité n'est pas sous la dépendance directe des processus inhibiteurs. Dans l'inhibition le focus attentionnel reste fixé sur un type de stimulus et le système de contrôle doit prévenir l'interférence suscitée par la survenue intempestive d'informations non pertinentes, alors que le focus demeure mobile dans le cas de la flexibilité. (Heeren, 2011)

Des modifications de la fonction cérébrale et du comportement ont été mises en évidence dans des recherches de Lutz et al., (Slater, 2009). Une étude a exploré l'impact de l'entraînement de la méditation sur le contrôle de l'attention. Cette étude s'est réalisée dans un monastère près de Boston et il a été mesuré l'activité électrique de surface avec électroencéphalogramme qui mesure l'activité électrique produite pour un large nombre de neurones. Les chercheurs se sont intéressés à une tâche qui s'appelle « tâche du clignement de l'attention ». Dans cette tâche, il est présenté au sujet très rapidement une succession de lettre à l'écran et dans ces lettres se présentent deux nombres (par exemple 3 et 7) qui ont été appelés T1 et T2. La tâche du sujet est de détecter ces deux chiffres. Quand l'intervalle entre T1 et T2 est longue (6 ms) tout le monde peut détecter les deux chiffres. Quand on réduit l'intervalle entre T1 et T2 (3ms) typiquement l'attention est capturée par le premier chiffre (le nombre 3) et, ensuite, comme les ressources attentionnelles sont absorbées complètement il n'est pas possible de voir le deuxième chiffre. Ce modèle a permis d'évaluer qu'en cultivant cette présence attentionnelle il y a une augmentation de la capacité de détecter le deuxième stimulus (deuxième chiffre) et donc, une diminution du clignement de l'attention, suggérant qu'il y a une plus grande flexibilité dans la manière où le pratiquant expérimenté peut allouer les ressources attentionnelles. Pendant cette tâche, il a été mesuré l'activité électrique, les potentiels évoqués qui sont la réponse cérébrale moyenne quand le sujet détecte ces chiffres. Un de ces potentiels, P3b, qui a lieu dans le cerveau tous les 300 millisecondes et qui indexe la quantité d'attention qui est allouée par la perception T1. L'étude a montré une réduction de ce potentiel évoqué chez le pratiquant et donc, suggère que la réduction du clignement de l'attention est produite par la réduction dans la location des ressources attentionnelles quand le sujet perçoit le premier chiffre.

Dans une autre étude contrôlée (Opialla, 2015) il a été demandé aux méditants experts de générer pendant l'étude soit un état de compassion ou soit un état neutre et pendant ces deux états les chercheurs ont présenté des sons de vocalisations humaines soit des sons négatifs, par exemple les cris d'une femme qui se fait agresser soit des sons positifs (un petit bébé qui est en train de rire) ou un son neutre (un café parisien). Chez les experts comparés aux novices, il a été trouvé une plus grande réponse pendant l'état de compassion que pendant l'état neutre, dans l'insula. L'insula, comme décrit plus haut, est impliquée dans l'intéroception et dans le ressenti de la souffrance, et depuis quelques années il ressort que cette région est également impliquée dans l'empathie, capacité de percevoir, ressentir la douleur de quelqu'un d'autre. Le mécanisme par lequel le cerveau peut ressentir de l'empathie est dû à l'activation de l'insula. L'étude montre qu'il y a une plus grande capacité à s'ouvrir à la souffrance et un état de compassion plus fort chez les experts.

L'entraînement de pleine conscience va avoir un effet de régulation des émotions qui, naturellement, aura aussi des conséquences sur le corps et en particulier sur tout le système qui est impliqué dans le stress ou dans l'inflammation.

Dans une autre étude, l'intérêt a porté sur l'impact d'un programme MBRS sur l'inflammation neurogène (inflammation d'un organe qui est directement déterminé par l'activité nerveuse) et il a été montré qu'il y a une conséquence directe de la capacité à réguler l'attention et le stress par entraînement de la pleine conscience sur des processus liés à l'inflammation. (Kaliman et al. 2014). La possibilité d'une action biologique sur le système immunitaire et le cortisol a été retrouvée dans les premières études et est en cours de confirmation. Une meilleure régulation de la cortisolémie se traduit par une diminution plus rapide du taux de cortisol après le pic matinal et un taux de cortisol nocturne légèrement plus élevé au coucher qu'au lever.

III. La pleine conscience et la médecine

Le développement des techniques et des pratiques de la pleine conscience est au cœur des méthodes psychothérapeutiques dites de la « troisième vague des Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) ». (Heeren, 2010)

La troisième vague TCC, dite vague « émotionnelle », succède à la première vague dite « comportementale » et à la deuxième dite « cognitive », sans pour autant les exclure mais enrichissant leurs moyens thérapeutiques. (Bouvet et al., 2015)

Si les approches de la première et de la deuxième vague ont pour objectif de modifier les comportements et les pensées dysfonctionnels (avec pour effet de mieux réguler les émotions qui en découlent), les techniques de la troisième vague se caractérisent par l'objectif de modifier, non les éléments dysfonctionnels, mais le rapport que le sujet entretient intérieurement avec eux, et en particulier avec les éléments émotionnels douloureux.

La pleine conscience vise à rendre les patients conscients de leurs sentiments, leurs sensations corporelles, leurs besoins et leurs impulsions émotionnelles, pour arriver à les comprendre, les accepter et finalement les exprimer par des comportements adaptés. De plus, la pleine conscience a un effet global sur la personnalité. Elle n'est pas seulement un outil de soin, mais aussi une manière durable de modifier le rapport vis-à-vis de soi et du monde, une manière de se changer et de changer l'entourage.

A. Les approches basées sur la pleine conscience

- **La pleine conscience basée sur la réduction du stress (MBSR)**

La première application médicale de la méditation de pleine conscience a été développée par Jon Kabat-Zinn, qui a été un des premiers à entreprendre l'adaptation de la méditation bouddhiste en lui ôtant son aspect religieux pour l'intégrer à un programme de soins scientifiquement contrôlable. (Kabat-Zinn, 1985) Kabat-Zinn a développé la thérapie Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) basée sur le développement de la pleine conscience, via un programme de méditation intensif. L'approche MBSR a été originellement développée pour les patients souffrant de douleurs chroniques et de problématiques de stress.

Ci-dessous, le schéma 1 proposé par l'Association pour le Développement de la Mindfulness (ADM), représentant la pleine conscience et le développement qu'elle connaît dans le monde occidental depuis plusieurs décennies :

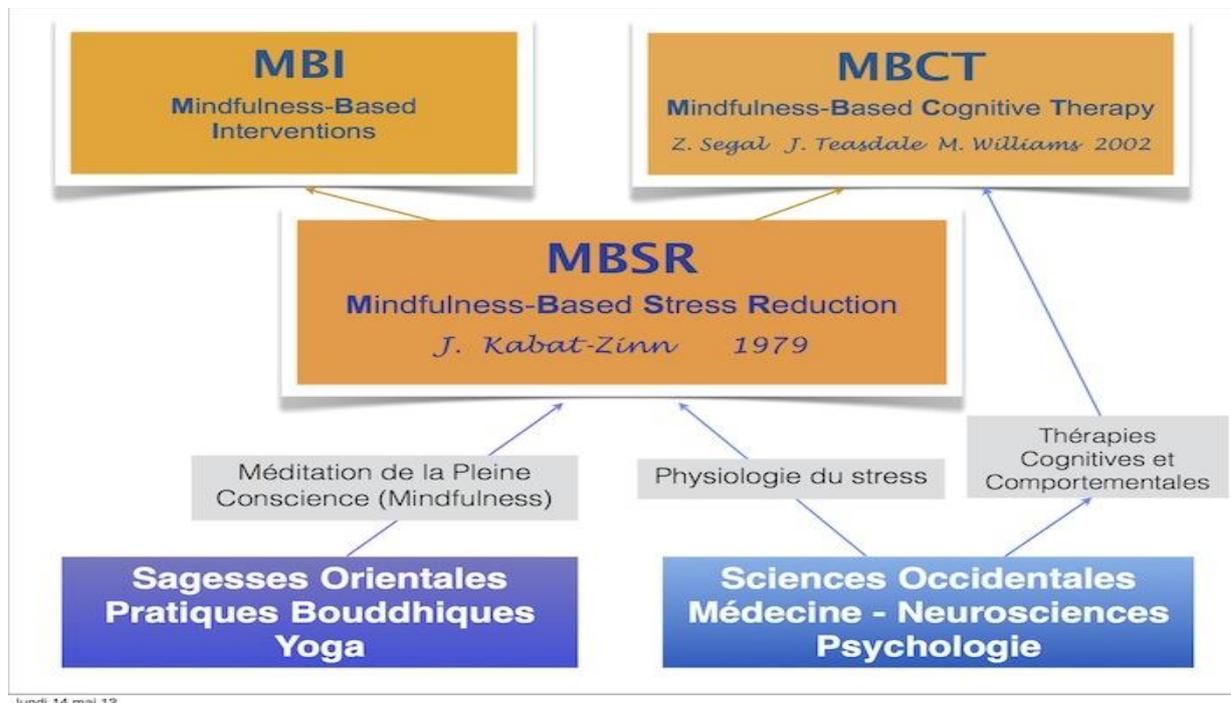


Schéma 1. Association pour le Développement de la Mindfulness (ADM), (2012).

Les autres thérapies faisant appel au concept de pleine conscience sont issues de programme de « Mindfulness-Based Stress Reduction » (MBSR) que a été modifié progressivement afin de s'adapter spécifiquement aux différentes indications pour lesquelles il est utilisé. Ces modifications constituent parfois uniquement une adaptation terminologique au contexte de travail.

Le programme de thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, « Mindfulness-Based Cognitive Therapy » (MBCT) ou thérapie cognitive basée sur la pleine conscience est l'adaptation par John Teasdal, Mark Williams et Zindel Segal, du programme MBSR de Jon Kabat-Zinn pour en faire un programme surtout de prévention de la rechute dépressive.

La spécificité de MBCT réside dans le fait qu'il incorpore des éléments de TCC.

Les principales variations proposant la méditation en pleine conscience (MB = Mindfulness-Based) sont les suivantes :

MB-RP Relapse Prevention ou la prévention de la rechute basée sur la pleine conscience est un programme visant la prévention de la rechute dans les troubles liés à l'abus de substances. Ce programme a été développé par Alan Marlatt et intègre la pratique de la méditation de pleine conscience avec des principes de prévention de la rechute, issus de TCC.

MB-Childbirth and Parenting, pour la naissance et la parentalité, MB Cognitive Thérapy for Children- MCCT-C pour les enfants anxieux, MB-Elder Care chez les personnes âgées, MB-Eating Awareness Training pour les troubles du comportement alimentaire, MB-Art Therapy utilisé chez des patients souffrant de cancer, MB-Breathing Therapy, pour les patients souffrant d'insuffisance respiratoire.

Les programmes de méditation de pleine conscience adaptés aux adolescents vont être développés dans le chapitre consacré aux adolescents.

La MBSR est une formation pratique et intensive de différents exercices, durant 8 semaines, à raison de 2 heures et demie par semaine, sauf la sixième séance qui consiste en une journée entière d'exercices, en groupe de 15 à 20 à personnes avec un instructeur.

L'instructeur du programme guide les participants par le moyen d'inductions qui les invite à se relier, en pleine conscience, à leur expérience, moment après moment.

Le programme MBSR utilise un certain nombre des pratiques formelles et informelles ainsi que des informations didactiques.

Les pratiques formelles sont de moments qui sont consacrés à des exercices de pleine conscience. Des exercices guidés.

Les principaux exercices formels utilisés :

- L'exercice du raisin qui permet de mettre en évidence le processus de pensée automatique. Il s'agit inviter les participants à simplement regarder un raisin sec (ou tout autre objet) avec intérêt et curiosité comme s'ils n'avaient jamais vu un objet de la sorte auparavant. Ils sont guidés au travers d'un processus lent d'observation passant par tous les sens.

- L'exercice du scan corporel (body-scan) au cours duquel le sujet allongé se focalise de manière séquentielle sur les sensations présentes dans les parties de son corps.
- Les exercices de méditation assise axés sur l'ancrage au souffle.
- Les postures de Hatha Yoga. Le Hatha Yoga est une méthode de yoga doux et non compétitif. *"Il se pratique avec douceur et lenteur, dans le plaisir"*, pour développer encore d'avantage la conscience au corps.

A la fin de chaque séance, le participant est convié à s'exprimer sur son ressenti, son vécu. L'instructeur, par son attitude particulièrement ouverte, curieuse, confiante dans le processus à l'œuvre chez le participant, favorise le déploiement de la parole sur l'expérience concrète de chacun, et s'appuie sur ces feedbacks pour enseigner les compétences qu'il reconnaît à l'œuvre dans les propos des uns et des autres. En outre, ces échanges permettent de tisser des liens entre les participants.

Entre les séances, des exercices de pratique quotidienne de 45 minutes par jour, durant six jours sur sept, que le participant s'engage à respecter, sont proposés. Pour ce faire, des enregistrements audios sont mis à la disposition des participants au début du programme, bien qu'ils soient progressivement encouragés à s'exercer sans support.

Aux participants, il est également proposé d'ajouter aux exercices formels, des exercices informels pendant leur pratique en autonomie quotidienne : faire une activité de la vie quotidienne, souvent effectuée de manière automatique et sans prise de conscience (par exemple faire la vaisselle, marcher, prendre une douche ou encore manger) en pleine conscience, noter chaque jour un événement positif et un événement négatif avec les pensées, émotions et sensations associées afin de mieux comprendre ses réactions, prendre des temps de respiration consciente dans la journée pour se reconnecter à soi.

La pratique méditative en dehors des séances collectives est extrêmement importante dans la réussite du traitement et les participants sont encouragés à pratiquer le plus possible de manière formelle et informelle.

La formation de l'instructeur met l'accent sur son expérience méditative personnelle. Celle-ci dure plusieurs années et mène à une certification garantissant la conformité de la formation par rapport au programme initial dispensé par le Center for Mindfulness at the University of Massachusetts Medical School.

La personne doit pratiquer la mindfulness quotidiennement depuis au moins 2 ans, avoir participé à quatre retraites en silence de 5 à 10 jours, et suivre une formation spécifique intensive. Elle dispense ensuite au moins quatre sessions complètes de MBSR ou MBCT sous supervision avant d'obtenir la certification.

Trois formations francophones seulement sont disponibles pour le moment : le « Certificat Universitaire à la pleine conscience » proposé à l'Université Libre de Bruxelles, le « Diplôme Universitaire de Médecine, Méditation et Neurosciences » à l'Université de Strasbourg dirigée par le Docteur Jean-Gérard Bloch, et une « formation aux interventions psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience » à la Faculté de Psychologie de l'Université catholique de Louvain. Ces formations sont proposées en coordination avec le Center for Mindfulness.

IV. Les applications et l'efficacité de la pleine conscience

La pleine conscience, historiquement conçue par John Kabat-Zinn comme application à la gestion du stress, s'est ensuite rapprochée des thérapies cognitives pour élaborer des programmes contre les récurrences dépressives. D'autres indications ont progressivement été proposées et étudiées, les processus actifs de la pleine conscience sont tels que cette approche peut s'appliquer dans différents troubles médicaux ou psychiatriques.

Les indications médicales de cette méthode se sont élargies : céphalées, lombalgies, hypertension, maladies cardiovasculaires, sida, cancer, troubles de l'immunité, greffes chirurgicales, dermatologie, troubles respiratoires, etc.

En santé mentale, des applications dans le contexte, notamment, des troubles anxieux et de l'humeur, de l'abus de substances, des troubles alimentaires, de trouble de la sexualité, de psychose, des troubles de la personnalité, des troubles obsessionnels compulsifs voient le jour, en combinaison avec d'autres ingrédients thérapeutiques.

Son application se généralise à des populations non cliniques (par exemple : entreprises, éducation, sport, armée, prison).

Les études menées sur la pleine conscience, bien qu'un nombre relativement important d'études sont scientifiquement valides (comparaison avec un groupe témoin, répartition aléatoire des sujets, évaluation pré et post-traitement, etc.), comportent des limites méthodologiques (peu de données sur le taux d'abandon, sur l'existence d'autres interventions durant la période du programme, sur la description de l'intervention et les éventuelles adaptations, sur la pertinence clinique des résultats, la taille insuffisante des échantillons, le concept même de pleine conscience et sur la compétence de l'instructeur). Et encore, souvent dans les études, ne sont pas précisées la distinction entre une pratique individuelle ou en groupe et surtout l'observance thérapeutique. Les sujets qui suivent ce type de thérapie sont encouragés à pratiquer plusieurs fois par semaine la méditation pendant la diffusion de la formation. Il y a un lien direct entre la pratique et l'action thérapeutique.

Nous exposons les principaux domaines d'application de la pleine conscience en deux groupes : les applications psychiatriques et les applications médicales.

A. Les applications psychiatriques

1) La dépression

La méditation de pleine conscience a fait l'objet de nombreuses études dans le syndrome dépressif, en aigu ou en rémission, sous la forme de MBCT

Une méta-analyse, en 2012 (Klamin-Yobas, 2012), contenant 11 études, réalisées auprès des patients avec un épisode dépressif, a mis en évidence que la pleine conscience améliore les symptômes dépressifs et a montré, également, une diminution du risque relatif de rechute de 40% à un an chez les patients ayant trois ou plus épisodes de dépression

Le programme MBCT a été conçu comme un traitement pour la prévention des rechutes à mettre en œuvre chez des patients en rémission de leur dernier épisode dépressif majeur. Dès les premiers travaux, il est apparu que l'efficacité préventive concernait les patients avec au moins trois épisodes antérieurs.

Depuis, d'autres travaux ont permis de se demander si le gain d'effet préventif n'est pas limité lorsque les patients poursuivent un traitement antidépresseur, sans permettre de conclure étant donné les résultats contradictoires.

Une méta-analyse (Kuyken et al., 2016), contenant 10 études, a étudié l'efficacité du programme MBCT par rapport aux soins habituels chez les sujets avec une dépression récurrente démontrant une efficacité pour la prévention des rechutes pour les personnes souffrant de dépression récurrente, en particulier ceux qui ont des symptômes résiduels plus prononcés.

Plus récemment, quelques études ont montré qu'il était possible d'utiliser un programme MBCT chez des patients qui ne sont pas encore en rémission de leur état dépressif, avec un bénéfice possible sur l'évolution de l'épisode dépressif et ce, en dépit des obstacles apparents à la pratique de la méditation en cours d'épisode dépressif. Mais la méditation de pleine conscience n'a pas été à ce jour validée lors des périodes aiguës de la maladie dépressive, et reste avant tout un outil de prévention. Selon les études, elle permet de diminuer la fréquence des récurrences, ou d'allonger les périodes de rémission. Dans ce cadre, son efficacité est comparable au maintien sous antidépresseur

Dans une étude (Hamidian, 2016), il a été évalué l'efficacité de la combinaison MBCT et traitement médicamenteux. Il a été démontré une amélioration significative de la

symptomatologie dépressive et une augmentation de la capacité de la régulation émotionnelle par rapport à la seule pharmacothérapie.

Dans une essai randomisé et contrôlé (Kuyken et al., 2015) chez des patients adultes ayant trois, ou plus, épisodes dépressifs majeurs précédents et sous traitement antidépresseur de maintenance, il a été cherché à vérifier si la MBCT peut déterminer une diminution et/ou l'arrêt des antidépresseurs de maintenance pour la prévention de rechute dépressive de plus de 24 mois. Aucune preuve a été trouvée que la MBCT est supérieure à un traitement antidépresseur de maintenance pour la prévention des récurrences. Les deux traitements associés donnent des résultats positifs durables en termes de prévention de rechute ou de récurrence dépressive et de la qualité de vie.

Il y a eu une étude (Labbé, 2016) sur l'efficacité de l'approche MBCT dans le traitement de la dépression et de l'anxiété chez les personnes âgées, qui montre une amélioration de l'anxiété aiguë et de la dépression. Ces résultats sont encourageants chez cette population très sensible aux effets indésirables et avec une réponse partielle aux traitements médicamenteux.

Enfin, les patients avec des pathologies somatiques ou les sujets de la population générale ayant des symptômes dépressifs sans troubles dépressifs constitués, voient leurs symptômes s'améliorer avec le programme MBSR ou le programme MBCT.

Plusieurs études ont mis en évidence l'efficacité de la pleine conscience sur les symptômes dépressifs et anxieux. Cependant aucune étude n'a encore montré la supériorité de la pleine conscience sur les thérapies comportementales et cognitives.

2) Le trouble bipolaire

Toutes les études MBCT incluant des patients bipolaires en rémission ont montré la faisabilité du protocole auprès d'eux, avec une amélioration de la régulation émotionnelle et une réduction des symptômes anxieux et des idées suicidaires. (Ives-Deliperi et al., 2013, Williams et al., 2008, André, 2014)

Les données sur le long terme manquent actuellement. Les approches fondées à la pleine conscience représentent probablement un grand intérêt en tant qu'outil adjuvant à la prise en charge médicamenteuse, psychologique et éducative des patients bipolaires.

3) Les troubles psychotiques

La psychose a été longtemps considérée comme une contre-indication à la méditation de peur de favoriser les phénomènes de dissociation. Des études viennent remettre en cause cette idée mais elles sont peu nombreuses et nécessitent encore d'être étayées.

4) Le trouble obsessionnel compulsif

Il existe à ce jour un très faible nombre d'essais cliniques sur l'utilisation de la MBCT dans le TOC. Il existe une grande hétérogénéité dans leur conception, et, la place de la pleine conscience dans la stratégie thérapeutique (thérapie de maintien, de complément ou utilisée en première intention) est encore un point à déterminer. (Bondolfi, 2016, Clé, 2017)

5) L'insomnie

Les approches basées sur la pleine conscience rapportent une piste intéressante dans le domaine de la prise en charge de l'insomnie. Les études soutenant les bénéfices du programme de la pleine conscience se multiplient. Les résultats montrent une amélioration de la qualité et de la durée du sommeil. (Adam, 2016)

6) Les troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires ont surtout été évalués sur le versant de la boulimie et de l'hyperphagie.

Une méta-analyse (Ruffault al., 2016) réalisée pour vérifier l'efficacité sur la perte de poids et les effets sur la santé physique chez des sujets en surpoids et obèses, n'a pas mis en évidence d'effets significatifs sur la perte du poids, mais diminue effectivement les compulsions et les prises alimentaires émotionnelles et favorise la reprise et la pratique d'activité physique.

7) Les troubles liés au traumatisme

Une méta-analyse (Hilton et al., 2016) de 10 études a recherché l'efficacité des approches de la pleine conscience dans le trouble du stress post-traumatique. Les résultats d'intérêt

comprenaient des symptômes de stress post-traumatique, la dépression, l'anxiété, la qualité liée à la santé de la vie, l'état fonctionnel, et les événements indésirables.

Les effets ont été positifs, mais pas statistiquement significatifs pour la qualité de la vie et de l'anxiété, et aucune étude s'est adressée à l'état fonctionnel. La méditation semble être efficace pour le stress post - traumatique et les symptômes de la dépression.

8) Les troubles sexuels

Une première étude (Van Gordon, 2016) a été réalisée sur le traitement par la pleine conscience de la dépendance sexuelle.

Les participants ont montré des améliorations cliniquement significatives dans le comportement de dépendance sexuelle, ainsi que des réductions dans la dépression et la détresse psychologique. Les résultats ont été maintenus pendant 6 mois.

9) Le stress et la qualité de la vie des étudiants

Les recherches abordant les problèmes de tracas quotidiens, de santé mentale et de qualité de vie des étudiants sont encore peu nombreuses en France et concernent essentiellement les étudiants d'université.

Les étudiants constituent une population fragile, vulnérable, potentiellement exposée à la précarité et au stress.

L'enquête nationale Conditions de vie des étudiants menée par l'Observatoire national de la vie étudiante au printemps 2016 (OVEINFOS, 2017) a mis en évidence, bien que les étudiants s'estiment globalement en bonne santé, nombreux sont ceux qui déclarent éprouver des symptômes de fatigue ou de mal-être. Ils déclarent fréquemment ressentir des états d'épuisement (53 % des hommes et 67 % des femmes), de stress (49 % des hommes et 69 % des femmes) et rencontrer des problèmes de sommeil (40 % des hommes et 50 % des femmes). De même, 37 % des étudiantes et 27 % des étudiants déclarent également s'être sentis déprimés la semaine précédant l'enquête. Ces symptômes, déjà bien ancrés en 2013, semblent s'être amplifiés en 2016 : alors qu'en 2013, 20 % des étudiants indiquaient n'être concernés par aucun des symptômes proposés, ils ne sont plus que 16 % dans ce cas en 2016. Entre 2013 et 2016, on observe une augmentation de la déclaration de l'ensemble des symptômes particulièrement

l'épuisement. De plus, les écarts entre hommes et femmes, déjà nettement marqués en 2013, se creusent encore un peu en 2016 : 69 % des étudiantes se déclarent stressées et 67 % se déclarent épuisées en 2016 (contre respectivement 49 % et 53 % des étudiants) alors qu'elles étaient 62 % et 58 % en 2013.

Le stress, les tracas quotidiens, c'est-à-dire les expériences et les conditions de vie quotidiennes estimées comme frappantes, saillantes, nocives ou comme menaçantes vis-à-vis du bien-être sont bien connus par les étudiants et sont spécifiques au monde étudiant. Ces tracas ou stressseurs mineurs retrouvés chez les étudiants sont : la peur de ne pas réussir dans les études, le manque d'indépendance matérielle et financière, le stress lié aux rythmes de travail, aux emplois du temps décousus, aux transports, aux exigences de performance, aux examens.

La pleine conscience est peut-être une approche efficace pour favoriser le passage et l'adaptation des étudiants dans un milieu universitaire.

La revue de la littérature, analyse 11 études (O' Driscoll, 2017) conduites sur les étudiants pour évaluer les effets de la pleine conscience sur le stress lié aux études et ses conséquences : dépression et épuisement scolaire. Celles-ci ont démontré une augmentation significative de la satisfaction de la vie, une diminution significative de la dépression et de l'anxiété. Une diminution légère a été trouvée pour les problèmes de sommeil et la consommation d'alcool.

10) Les addictions

Une méta-analyse sur les études évaluant les approches basées sur la pleine conscience chez des sujets avec des conduites addictives a été réalisée en 2015 et a mis en évidence une diminution des consommations de toutes les substances confondues et des effets positifs sur le craving. La pleine conscience s'est révélée également efficace pour augmenter les taux d'abstinence post - traitement de la cigarette par rapport à d'autres traitements. (Li et al., 2017)

Des études récentes ont montré que la pleine conscience a un potentiel prometteur pour le traitement du tabagisme. Afin d'examiner l'efficacité de la pleine conscience dans le sevrage tabagique, il a été réalisé une revue systématique de la littérature et une méta-analyse des études contrôlées randomisées. (Oikonomou et al., 2016) Les résultats ont montré que 25,2% des participants sont restés abstinents pendant plus de 4 mois après le programme par rapport à 13,6 % de ceux qui ont reçu un traitement de substitution.

B. Les applications médicales

1) Le douleur chronique

De nombreuses études ont été réalisées pour déterminer l'efficacité de la MBSR dans le traitement des douleurs chroniques.

Une méta-analyse (Hilton et al., 2017) portant sur trente-huit études (21 ECR concernant MBSR, 6 sur MBCT et 11 sur d'autres formes de pleine conscience) a étudié l'efficacité de la pleine conscience dans la douleur chronique quel que soit son étiologie (migraine, fibromyalgie, maux de dos, l'arthrose ou les névralgies etc.). L'effet est une légère diminution de la douleur, une amélioration statistiquement significative de la dépression, la qualité liée à la santé physique et la qualité de vie liée à la santé mentale. Seules quatre études ont porté sur les changements dans l'utilisation d'analgésiques.

2) La cancérologie

Au sein de pathologie somatique, c'est dans la cancérologie que la méditation de pleine conscience a été plus largement étudiée. Le diagnostic de cancer représente un choc existentiel, source de souffrance profonde, dont découlent des symptômes psychologiques tout au long de la maladie accompagnés souvent d'une quête de sens à laquelle la méditation de pleine conscience peut répondre.

Une revue de la littérature de 2016, avec 13 études évaluant MBSR (Rush, 2017) a montré que la pleine conscience chez les patients atteints d'un cancer peut déterminer une amélioration de la santé mentale avec un effet sur l'anxiété, le stress, l'asthénie, l'humeur et le sommeil. Elle n'a pas permis de mettre en évidence d'amélioration significative de la santé physique ni de l'adaptation psychosociale à la maladie.

La pratique de la MBSR est un outil utile dans le cadre de la prise en charge globale des patients souffrant d'un cancer en montrant que cette technique favorise une meilleure qualité de vie et soulage les symptômes psychologiques vis-à-vis de l'humeur et de la souffrance émotionnelle. (Zhang, 2016).

Des améliorations significatives sont observées sur la détresse, la qualité de vie, la pleine conscience et le développement personnel. Les bénéfices sont maintenus trois mois après

l'intervention. Les participantes trouvent le programme bénéfique, en particulier sa modalité en groupe, et expriment des retours positifs sur l'ensemble de la thérapie et sur chacun de ces éléments spécifiques. (Johns et al., 2015).

Une étude randomisée et contrôlée (Hoffman et al., 2012), incluant 229 femmes ayant un cancer du sein (traitées par chimiothérapie, chirurgie et/ou radiothérapie) sur l'évaluation de l'anxiété, la dépression, la fatigue, la confusion, la vigueur, la colère après un programme MBSR a montré une amélioration significative de la qualité de vie (bien-être physique, social, émotionnel, fonctionnel) immédiatement après le programme, mais également à distance.

3) Troubles somatoformes

La recherche a exploré le potentiel des thérapies basées sur la pleine conscience dans le traitement des troubles somatoformes, incluant la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique, et le syndrome de l'intestin irritable. La méta-analyse (Lakhan, 2013) indique un effet des thérapies basées sur la pleine conscience (en comparaison de la liste d'attente ou des groupes de soutien) pour réduire la douleur, la sévérité des symptômes, la dépression et l'anxiété associées aux troubles somatoformes, et pour améliorer la qualité de vie des patients souffrant de ce type de troubles. Les analyses en sous-groupes indiquent que l'efficacité des thérapies basées sur la pleine conscience est plus consistante pour le syndrome de l'intestin irritable (pour la douleur, la sévérité des symptômes et la qualité de vie), et que MBSR et MBCT sont plus efficaces que les thérapies basées sur la pleine conscience éclectiques ou non spécifiées. Les thérapies basées sur la pleine conscience peuvent être efficaces pour traiter au moins certains aspects des troubles somatoformes.

V. La pleine conscience chez les adolescents

L'intérêt grandissant des chercheurs d'utiliser une approche basée sur la pleine conscience auprès des enfants et des adolescents découle des effets positifs largement documentés dans des études pilotes et des études cliniques réalisées auprès d'adultes. (Burke,2010).

Les recherches chez les jeunes sont prometteuses, mais elles ont été menées au sein de populations limitées. De plus, la majorité d'entre elles a manqué de rigueur scientifique. En effet, la plupart ne quantifient pas suffisamment d'éléments de conception clés, tels que les qualifications d'instructeurs, l'attrition, et les méthodes de randomisation et / ou l'analyse des données appropriées.

A l'adolescence, les jeunes deviennent de bons candidats pour l'apprentissage de la pleine conscience étant donné qu'il s'agit d'une période de changements rapides sur le plan neurophysiologique, induisant un développement notable des fonctions exécutives (entre autres le contrôle de l'attention, l'inhibition des comportements inappropriés et la prise de décisions). Les difficultés à réguler leurs émotions et à utiliser des stratégies de résolution de problèmes efficaces sont des facteurs de risque de l'anxiété et de la dépression pour les adolescents, puisque cela engendre chez eux un sentiment d'impuissance face aux situations d'adversité et de stress environnemental.

Par conséquent, la pratique de la pleine conscience est pertinente pour les adolescents : elle favorise une attention vigilante et curieuse aux réactions physiologiques liées aux expériences émotionnelles et permet ainsi leur identification et leur acceptation. Elle développe ainsi les capacités de régulation émotionnelle et oriente l'attention vers la résolution de problèmes.

A. Les mécanismes de la pleine conscience

Les modèles pour expliquer les mécanismes de la pleine conscience pour les adolescents sont les mêmes que ceux déjà exposés pour les adultes.

Cependant, il y a des spécificités liées au fait que l'adolescence est une période de profonde réorganisation anatomique et fonctionnelle du cerveau. Entre l'enfance et l'âge adulte le cerveau subit des modifications complexes en termes de volume, de densité et d'épaisseur corticale. Le volume de la substance grise augmente en phase pré pubertaire pour se réduire ensuite. La diminution du volume est due principalement à une destruction massive du nombre

de synapses (« élagage synaptique ») et des ramifications axonales ainsi qu'à une myélinisation axonale intra corticale croissante avec un tempo variable selon les régions.

Le cortex préfrontal, lieu de contrôle des fonctions exécutives, incluant la planification, la régulation émotionnelle, la prise de décision et la conscience de soi, est une des régions du cerveau qui subit le développement le plus prolongé chez les êtres humains. Le cortex préfrontal commence à se développer très tôt dans la vie et continue après l'adolescence jusqu'à ce que l'individu soit dans sa 20e année.

Ce développement cérébral pourrait expliquer l'amélioration régulière dans le contrôle de soi de l'enfance à l'âge adulte. Par contraste, le système limbique, qui gouverne le traitement de la récompense, l'appétit, la recherche du plaisir, se développe plus tôt dans l'adolescence que le cortex préfrontal.

La plus grande disparité de maturation entre le système limbique et le cortex préfrontal a lieu du début à la mi-adolescence. La prise de risque augmentée à ce moment pourrait être expliquée par un déséquilibre développemental, favorisant les comportements dirigés par l'émotion et les récompenses sur la prise de décisions plus rationnelles.

Plusieurs études mettent en évidence l'association, chez les adolescents, de déficit des fonctions exécutives et de troubles du comportement à type d'hétéro-agressivité et antisocial, déficit d'attention, difficultés relationnelles avec les pairs, absentéismes scolaires, dépression et conduites addictives.

A l'inverse, les adolescents avec des capacités exécutives plus développées présentent de meilleures capacités d'adaptation et d'estime de soi.

D'autres études ont également mis en évidence, que les adultes qui ont eu une enfance difficile ont moins de réussite et de satisfaction dans le travail, des taux plus élevés de rupture dans leurs relations et une moins bonne santé physique.

Ces études ont attiré l'attention sur l'importance d'élaborer des stratégies d'intervention visant à améliorer les fonctions exécutives au début du développement, afin de prévenir la survenue des difficultés à l'adolescence et favoriser une réussite plus positive à l'âge adulte. (Perry-Parrish, 2016). Les approches fondées sur la pleine conscience améliorent plusieurs composantes spécifiques de la fonction exécutive : l'attention et la capacité à se concentrer, la

régulation émotionnelle, la capacité de résolution de problèmes, la flexibilité, l'inhibition et la mémoire de travail.

B. Les approches basées sur la pleine conscience

A l'heure actuelle, plusieurs programmes de la pleine conscience pour les enfants et les adolescents sont disponibles. Ces programmes sont des adaptations des programmes MBSR et MBCT validés pour les adultes et s'inspirent des très nombreux protocoles enfants et adolescents existant à travers le monde, principalement aux Etats-Unis. Il faut noter que chacun a construit des programmes en regard de son expérience et de sa place : des différences sont perceptibles entre les programmes adaptés par les psychologues, ceux des pédagogues, ceux qui ont suivi des formations d'instructeur en mindfulness, etc. Dans certains programmes nous trouvons plus d'exercices corporels, de yoga ou autres, dans d'autres programmes des séquences plus longues sont consacrées aux « enseignements », les images sont largement privilégiées dans les méditations inspirées par Thich Nhat Hanh ou Eline Snel.

Tous ont cependant comme base les fondements et les principes des programmes adultes dont ils respectent la structure et la dynamique.

Un programme pour enfant et /ou adolescent s'ajuste et se remanie en permanence, avec les retours des participants, des parents, des pédagogues et avec l'expérience personnelle de l'instructeur. Le travail de validation empirique de ces programmes est donc à ses balbutiements.

Chez les adolescents, le programme Learning to BREATHE est un des programmes de prévention universelle basé sur la pleine conscience qui a été validé empiriquement. Il vise principalement à augmenter les capacités de régulation émotionnelle, la gestion du stress et les fonctions exécutives de manière à favoriser le bien-être et l'apprentissage chez les adolescents.

Ce programme est disponible en trois versions : 6, 12 ou 18 sessions. Il aborde différents sujets associés à la pleine conscience (c.-à-d. observation et compréhension des sensations physiques, des émotions, des pensées, etc.) dans le cadre d'activités de groupe, de discussions et d'activités pratiques. Les résultats généraux de l'implantation de ce programme dans différents contextes liés au milieu scolaire (c.-à-d. écoles publiques, privées, spécialisées, activités parascolaires)

montrent une amélioration des habiletés de régulation émotionnelle et une diminution des symptômes psychosomatiques chez les adolescents. Plus précisément, ces derniers présentent une meilleure capacité à reconnaître et à définir leurs émotions, une diminution de l'anxiété et du niveau de réactivité aux émotions et aux pensées négatives, ainsi que de meilleures capacités d'autorégulation.

Les programmes exposés ci-dessous sont ceux disponibles en France.

Eline Slen est une thérapeute et formatrice néerlandaise, qui a fondé il y a quelques années l'Académie internationale pour l'enseignement de la pleine conscience (Academy for Mindful Teaching- AMT), afin de former les professionnels de l'enseignement et des services psychosociaux, selon la méthode « L'attention, ça marche ! », la pleine conscience pour les enfants et les adolescents.

Elle a créé cette méthode adaptée aux enfants et aux adolescents, en s'inspirant fortement du programme MBSR de Jon Kabat Zinn. Le développement de ces méthodes est maintenant international et s'implante en France.

La méthode propose des programmes suivant 4 tranches d'âge : 5-7 ans, 8-11 ans, 12-15 ans et 15-19 ans.

Durant la formation d'une heure par semaine en moyenne, les enfants et les adolescents apprennent, à partir d'une attitude attentive et bienveillante, à stabiliser, diriger et déplacer leur attention.

Ils se familiarisent avec leur univers intérieur, sans devoir aussitôt juger ce qu'ils (ou d'autres) pensent, ressentent ou vivent.

Ils apprennent à s'accommoder du calme et de l'agitation aux moments où ils apparaissent. Ils apprennent également à reconnaître les pensées et sentiments « pénibles », à ne pas les refouler et à ne pas se laisser entraîner par eux, mais au contraire à leur accorder tout simplement une attention bienveillante. Et surtout, ils apprennent la gentillesse, envers eux-mêmes et envers les autres.

Cette méthode propose un programme en 8 ou 10 semaines en fonction de l'âge des enfants et des adolescents.

Les thèmes abordés lors de chaque séance permettent de balayer tout un champ des possibles

pour chaque enfant ou adolescent :

1. Observer et se concentrer
2. Écouter son corps
3. Goût, odorat, ouïe, vue et toucher
4. Patience, confiance et lâcher-prise
5. Détecter, reconnaître et accepter les émotions
6. Faire connaissance du flot de pensées et apprendre comment avoir de l'influence sur ces pensées
7. Être gentil, c'est agréable
8. Le secret du bonheur

Pour les adolescents, 2 thèmes supplémentaires sont abordés : apprendre à faire face au stress et l'art de communiquer.

Eline Snel a réussi à convaincre son gouvernement, aux Pays-Bas, d'enseigner la méditation à l'école. Grâce à elle, les professeurs des établissements primaires de son pays qui le souhaitent, bénéficient aujourd'hui d'une formation gratuite à la méditation des enfants, financée par l'État.

La pratique généralisée dans toutes les écoles, à l'image des Pays-Bas, est encore à l'étude. Dans les pays anglo-saxons et scandinaves, cette formation est largement encouragée et répandue. En France, il s'agit d'en prouver scientifiquement les bienfaits, c'est alors que les formateurs auront leur pleine légitimité à l'enseigner partout.

Après les premières expériences prometteuses dans des écoles à Paris et en province de la méthode de Snel, une étude d'ampleur nationale a été mise en place en France et en Belgique, menée par le Centre de recherche Inserm U 897 « Épidémiologie et Biostatistique » de l'Université de Bordeaux (Responsable de l'étude : Professeur Grégory Michel). Des élèves en classe de GS de maternelle jusqu'au CM2 ont bénéficié depuis la rentrée 2015 du programme « L'Attention, ça marche ». L'objectif de cette première étude francophone est d'évaluer les effets de ce programme sur la réussite scolaire et le bien-être des enfants à l'école. Les résultats de cette étude sont attendus dans le courant de l'année 2017.

La formation des enseignants francophones se déroule à Paris (ou autre lieu en août mais sur une semaine en continu) et Bruxelles. Chaque année, au mois d'août, une université d'été est organisée aux Pays-Bas pour tous ceux que cette formation intéresse ou qui y ont participé, y compris les francophones.

En complément des enseignements d'Eline Snel, l'Association « Enfance et Attention » facilite la diffusion et la mise en pratique de sa méthode dans l'Hexagone.

En plus des praticiens de la méthode Snel, des instructeurs du programme Mindfulness in Schools Project intitulé « b. », développé en Grande-Bretagne, ont rejoint l'association française. Jeanne Siaud-Facchin, vient aussi de rejoindre « Enfance et Attention ».

Jeanne Siaud-Facchin, psychologue clinicienne et psychothérapeute, a fondé en 2000, Cogito'Z dans plusieurs villes de France. Il s'agit d'un centre privé indépendant et autonome avec plusieurs missions et, entre autres, un centre pilote pour la mindfulness.

Elle a mis au point le programme Mindful UP pour les enfants et les adolescents, issus des programmes MBSR et de la psychologie positive.

Le programme "MindUp" a été fondé en 2003 aux États-Unis, il est porté par l'actrice américaine Goldie Hawn, pratiquante assidue de la méditation de pleine conscience.

Son objectif initial était d'aider les enfants à surmonter les événements comme les attentats du 11 septembre, qui ont traumatisé un pays tout entier durant plusieurs années, et les massacres dans les écoles et campus américains.

Cogito Z dispense, également, la formation certifiante de Praticien Mindful UP : Mindfulness pour les enfants et adolescents permettant d'apprendre à appliquer et à transmettre les programmes de Méditation de Pleine Conscience auprès des enfants et des adolescents.

Une pratique personnelle de la pleine conscience par l'intervenant est essentielle et une condition nécessaire en vue d'être instructeur.

La méditation de pleine conscience est « une pratique qui ne s'instruit pas mais se partage ». La pleine conscience doit d'abord être intégrée par l'identification et la compréhension intime de ce qui se produit en soi avec la pleine conscience. Et c'est là où tout devient plus subtil. C'est l'essence même de cette pratique. (Siaud-Facchin, 2014)

VI. Les applications et l'efficacité de la pleine conscience

Les applications de la pleine conscience chez les adolescents sont nombreuses et son utilisation semble pertinente non seulement auprès de populations cliniques, mais également dans une visée préventive, par exemple en milieu scolaire.

En fait, instaurer des stratégies d'intervention basées sur la pleine conscience dans les écoles constitue une approche novatrice pertinente en termes de prévention de différentes problématiques chez les enfants et les adolescents, dont le stress et l'anxiété.

Aux Etats-Unis, la pleine conscience à l'école fait l'objet d'un grand nombre d'études pour en valider la portée et les bienfaits pour les élèves et les apprentissages. Des organismes, des associations, des regroupements de professionnels assurent la promotion de cette méditation contemporaine et interviennent dans de nombreuses écoles à l'intérieur du pays. Proportionnellement à l'étendue du territoire cela reste peu, mais beaucoup en regard de ce que, timidement, commence à proposer l'Europe. Seule vraie exception, les Pays-Bas, qui sous l'impulsion d'Eline Snel, ont convaincu le gouvernement de financer des programmes de méditation à l'école pour les plus jeunes enfants. D'autres initiatives existent, en France ou ailleurs, menées par des enseignants qui, ayant eux-mêmes suivi des programmes, en proposent des séquences à leurs élèves ou par l'intermédiaire d'associations ou d'organismes qui viennent assurer les formations dans les classes.

Cependant, les conclusions quant à son efficacité auprès de jeunes sont limitées en raison du manque de rigueur méthodologique dans les études (p. ex. petite taille des échantillons, absence de randomisation, absence de groupe contrôle, variation des méthodes d'intervention utilisées). Ces limites s'expliquent probablement par le fait que les études visaient d'abord à tester la faisabilité et la pertinence de l'apprentissage de la pleine conscience chez les enfants et les adolescents avant qu'on réalise des recherches plus contrôlées.

Une première méta-analyse, (Zoogman, 2014) de 20 études a recherché l'efficacité des approches de la pleine conscience chez les jeunes de moins de 18 ans, a suggéré que la pleine conscience peut-être particulièrement bénéfique pour les populations cliniques. Cette méta-analyse a également montré une amélioration de l'attention chez les jeunes.

Nous exposons les principaux domaines d'application de la pleine conscience en deux groupes : les applications en santé mentale et médicale.

A. Les applications en santé mentale

L'application de la pleine conscience en santé mentale chez les adolescents est réalisable et acceptable, et elle offre un impact significatif sur leur détresse psychologique et une augmentation de leur conscience et de leur estime de soi. Les parents rapportent aussi une amélioration globale significative du fonctionnement de leurs adolescents.

Biegel et al., (Biegel 2009) ont réalisé une étude contrôlée et randomisée pour évaluer l'efficacité du programme MBSR pour les adolescents avec 102 adolescents âgés de 14-18 ans avec divers diagnostics psychiatriques.

Les résultats comprenaient une réduction significative de l'anxiété, de la dépression, de la somatisation, du stress perçu, des symptômes obsessionnels, d'un certain nombre de diagnostics de l'axe I, et des conflits interpersonnels. Est également noté une amélioration de l'estime de soi et de la qualité du sommeil.

1) L'autisme

En 2012, une première étude sur la méthode « L'attention, ça marche ! » a été conduite sur les enfants souffrant de trouble du spectre de l'autisme pour évaluer les effets. Les résultats positifs ont encouragé à poursuivre l'application de la méthode de la pleine conscience auprès de ce groupe d'enfants. (Hans, 2012).

Plusieurs études se sont orientées vers des approches basées sur la pleine conscience en combinaison pour les adolescents atteints de trouble du spectre de l'autisme et pour leurs parents. En fait, les mères d'enfant souffrant de troubles neurodéveloppementaux souffrent souvent d'une mauvaise santé, d'un stress élevé, d'une anxiété et d'une dépression. (Dykens, 2014).

Les parents hautement stressés sont moins en mesure de mettre en œuvre des interventions pour leurs enfants handicapés et leurs enfants font moins de progrès dans leur développement.

Dans une étude (Bruin, 2015) il a été examiné les effets des approches basées sur la pleine conscience adaptée aux adolescents atteints de trouble autistique et, en parallèle, une intervention en pleine conscience (Mindful Parenting) pour leurs parents.

Les adolescents ont montré une amélioration de leur qualité de vie et une diminution de la rumination, mais aucun changement au niveau des symptômes de base liés à leur pathologie.

Les parents ont rapporté une amélioration des interactions et de la communication sociale de leurs enfants. Eux-mêmes, les parents, ont rapporté une amélioration de leur bien-être, une amélioration de leur compétence en matière de parentalité.

2) Les troubles des conduites alimentaires

Plusieurs études ont mis en évidence la pertinence et l'efficacité des approches basées sur la pleine conscience chez des adolescents en surpoids ou obèses, mais ce sont des études isolées avec des limites méthodologiques.

Une étude expérimentale (Salmoirago-Blotcher, 2015) a évalué le rôle d'un programme de pleine conscience (Commit To Get Fit) chez des adolescents en milieu scolaire avec l'objectif de favoriser et maintenir une alimentation saine et une activité physique. Cette étude préliminaire a montré la faisabilité d'une approche basée sur la pleine conscience dans un cadre scolaire.

Dans une étude pilote (Tuner, 2017) réalisée sur 15 adolescents, âgés de 14 à 18 ans, avec des problèmes de surpoids et d'obésité, il a été évalué la faisabilité, l'acceptabilité et l'utilité d'une application mobile basée sur la mindfulness visant à améliorer les comportements liés à l'excès pondéral (p. Ex., Alimentation, activité physique, sommeil).

Les adolescents ont été invités à accéder à l'application une fois par jour, tous les jours pendant 6 semaines. Les résultats ont mis en évidence une adhésion élevée des adolescents, en particulier lors de la pratique des activités physiques. Ils ont déclaré que l'application était très utile et agréable et qu'ils se sentaient plus détendus, concentrés et plus paisibles.

Les résultats de cette étude suggèrent que l'application mobile basée sur la pleine conscience peut améliorer la prise de conscience des comportements alimentaires chez les adolescents avec des problèmes de poids, encourager la pratique d'activité physique, améliorer le sommeil et le bien-être général.

Dans une autre étude il a été examiné les effets d'un programme en pleine conscience sur les attitudes et les comportements alimentaires des adolescents à risque de diabète de type 2 (DT2).

Le DT2 est une maladie chronique accompagnée d'un risque accru d'une série de complications graves pour la santé, y compris les maladies vasculaires, cardiovasculaires et périphériques et les AVC. L'incidence et la prévalence du DT2 chez les adolescents et les jeunes adultes ont augmenté de façon alarmante.

Les facteurs de risque bien établis pour le DT2 incluent l'excès de graisse corporelle et la résistance à l'insuline, ce qui fait référence à une diminution de la sensibilité aux effets de l'insuline, une hormone clé qui régule la glycémie. En effet, le DT2 peut être retardé ou empêché chez les adultes à risque par une modification intensive du mode de vie visant à réduire la graisse corporelle et à améliorer la résistance à l'insuline. Cependant, la maintenance à long terme de la perte de poids reste un défi, en particulier à l'adolescence.

L'étude (Pivarunas et al., 2015) a montré une pertinence d'un programme en pleine conscience chez cette population mettant en évidence une amélioration des habitudes alimentaires surtout une réduction des accès d'hyperphagie.

Une étude randomisée et contrôlée (Cavanagh, 2014) a examiné si un programme de psychoéducation et de pleine conscience aurait un effet sur l'apport alimentaire et la taille des portions chez des adolescents avec obésité. Ni l'un ni l'autre n'a été efficace pour réduire la taille des portions, les adolescents ont consommé dans la majeure partie 34% de pâtes en plus que celles qui ont été servis. Globalement, les adolescents qui ont suivi le programme de pleine conscience ont tendance à manger moins, mais cette tendance n'était pas significative.

Une autre étude (Singh, 2008) a évalué l'efficacité d'un programme de pleine conscience chez des adolescents atteints du syndrome de Prader-Willi.

Le syndrome de Prader-Willi est une maladie génétique qui se caractérise, à la naissance, par un manque de tonus musculaire (hypotonie) et des difficultés à s'alimenter, puis par une obésité précoce associée à une prise excessive d'aliments (hyperphagie). Souvent, il existe aussi des troubles de la croissance, du développement sexuel, de l'apprentissage et du comportement. La sévérité des manifestations varie beaucoup d'une personne à l'autre. Les accès d'hyperphagie peuvent être incontrôlables.

Les résultats ont mis évidence une diminution du poids pendant la période de suivi de 3 ans, mais l'amélioration la plus importante a été obtenue de la combinaison des approches basées sur la pleine conscience et une formation sur l'alimentation saine.

3) L'insomnie

Une étude contrôlée randomisée (Blake, 2017) menée sur 123 adolescents d'âge moyen de 14,48 ans avec des troubles du sommeil et des symptômes d'anxiété, ayant pour but de tester si une intervention basée sur la pleine conscience pourrait améliorer le sommeil et l'anxiété pendant les périodes scolaires, a montré une réduction du temps de latence du sommeil.

4) Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est un trouble du développement chronique et potentiellement handicapant qui affecte les enfants et les adultes. Les progrès récents de la recherche ont conduit à une amélioration du dépistage, des traitements pharmacologiques et psychosociaux. Cependant, le TDAH peut perturber le fonctionnement personnel, scolaire, familial et social des enfants et des adolescents et, s'il n'est pas identifié et traité tôt, il peut avoir des conséquences sur toute la vie adulte.

L'efficacité des approches basées sur la pleine conscience pour les enfants et les adolescents atteints de TDAH est clairement démontrée dans plusieurs études (Modesto-Lowe, 2015) Cependant, le stade actuel de la recherche dans ce domaine est limité par le manque d'essais randomisés et contrôlés (cliniques) avec de grands échantillons, des formats normalisés pour les interventions, des mesures objectives et qui sont généralisables en dehors du contexte d'intervention.

8 études (Meppelink, 2016) ont été réalisées pour évaluer l'efficacité des approches basées sur la pleine conscience pour les enfants et les adolescents atteints de TDAH et leurs parents.

Parmi les 8 études, 6 ont été menées chez des adolescents avec des troubles externalisés et TDAH et chez leurs parents. En fait, les adolescents ont bénéficié d'un programme basé sur la pleine conscience type Mymind et en parallèle leurs parents ont, également, bénéficié d'un programme de pleine conscience pour adulte.

Les résultats ont montré une baisse du stress chez les parents et les adolescents, une réduction des conflits familiaux, une amélioration de l'interaction mère-enfant et un sentiment de satisfaction dans le rôle de parents chez les adultes et une augmentation de leur parenté consciencieuse.

Les parents ont signalé une réduction de l'inattention, de l'hyperactivité et de l'impulsivité des adolescents avec une meilleure maîtrise de soi et une meilleure relation avec leurs pairs.

Les adolescents ont signalé une amélioration de leur comportement, de l'attention et une augmentation de la sensation du bonheur.

Ces améliorations ont généralement été maintenues au suivi six mois plus tard.

Zylowska et al., ont mené une étude de faisabilité avec 24 adultes et 8 adolescents atteints de TDAH. Les participants ont signalé une baisse des symptômes du TDAH autodéclarés et surtout une amélioration de l'attention, mais pas de diminution de l'hyperactivité. Chez les adultes, des améliorations ont été observées dans l'anxiété et la dépression. En raison des faibles chiffres dans cette étude, aucune conclusion distincte n'a été tirée pour les adolescents seuls.

Dans une autre étude de Haydicky et al., ont été évalués les effets d'une formation sur les arts martiaux en pleine conscience de 20 semaines chez 60 enfants dans un échantillon clinique de garçons adolescents (âgés de 12 à 18 ans) ayant des troubles d'apprentissage, 28 adolescents avec une comorbidité de TDAH. Ces derniers ont été partagés en deux groupes, un groupe a bénéficié d'un programme arts martiaux de pleine conscience et l'autre a formé le groupe contrôle. Les résultats de ce sous-groupe ont montré une diminution de trouble du comportement externalisé et de conduite.

5)Le trouble des conduites

La revue de la littérature 2016 (Rawlett, 2016) comprenant 11 études analyse les effets de la pleine conscience chez les adolescents atteints de trouble des conduites. Ces 11 études comprenaient huit programmes différents adaptés aux adolescents.

Deux études ont été menées en milieu carcéral chez des adolescents âgés de 14 à 18 ans. Les résultats obtenus ont été une augmentation du bien-être, de l'auto-régulation et de la conscience de soi en plus des expériences collectives positives et de l'acceptation des approches en pleine conscience de la part du groupe. Cette étude prouve la faisabilité de ce type d'intervention chez des adolescents en prison.

Trois études ont été réalisées chez des adolescents avec des troubles psychiatriques. Ils ont été recrutés dans des établissements psychiatriques. Les résultats ont révélé une diminution de la lutte contre la détresse émotionnelle, de l'anxiété, du stress ressenti, des plaintes somatiques, de trouble obsessionnel-compulsif et une augmentation de l'estime de soi.

Cinq, autres, études ont été réalisées en milieu scolaire, une dans deux lycées publics avec un taux élevé d'obtention du diplôme (99%), des familles à revenu moyen ou élevé et 99% d'un corps étudiant de race blanche ; une autre étude a été réalisée dans un internat pour les jeunes à

risque dans la région de l'Atlantique moyen des États-Unis, la troisième étude a été réalisée chez des élèves faisant des études secondaires à Hong Kong et la quatrième dans une école d'une zone rurale et la dernière étude dans quatre écoles primaires urbaines et publiques.

Les résultats suggèrent que des interventions de pleine conscience étaient possibles dans ce cadre scolaire avec des adolescents à risque et des adolescents sans risque. Les avantages de fournir une intervention dans un cadre scolaire sont que les étudiants ne doivent pas voyager pour assister à des cours, l'environnement est connu par les élèves et leurs parents et enfin, les élèves peuvent facilement être suivis à long terme s'ils restent inscrits à l'école.

Les résultats ont révélé une diminution des symptômes dépressifs, de l'anxiété, des ruminations, du sentiment d'injustice, de la colère et de l'irritabilité, une augmentation de la sensation de bien-être, de la compassion de soi, une amélioration des capacités adaptatives et de la régulation émotionnelle. Par contre, il n'y avait aucune différence dans le contrôle des impulsions.

La dernière étude a été réalisée chez les jeunes urbains infectés par le VIH ou à risque d'infection recrutés dans un centre de soins primaires pédiatriques associé à un hôpital. Tous les adolescents étaient afro-américains, 77% étaient des femmes et 11 étaient infectés par le VIH. Les résultats ont montré une réduction significative de l'hostilité, des troubles généraux et émotionnels. Les dix adolescents qui ont complété des entrevues approfondies ont perçu des améliorations dans les interactions interpersonnelles, les résultats scolaires, la santé physique et la diminution du stress.

Des études évaluant les bénéfices des approches basées sur la pleine conscience, réalisées exclusivement en cadre scolaire, sont rassemblées dans la revue de la littérature réalisée en 2015 (Felver, 2015), portant sur 28 études menées auprès de jeunes d'une tranche d'âge de 5 à 17 ans (âge moyen 12,3). 22 études ont été menées aux États Unis, 2 en Australie, 2 en Angleterre, 1 au Canada et 1 à Hong Kong. Dans la majorité des études, les interventions en pleine conscience ont été effectuées dans une des classes pendant les temps scolaires, et 25 études ont été effectuées sur des groupes d'élèves (taille moyenne du groupe : 16 élèves). Le nombre total des élèves qui ont participé à ces études était de 3414 (11 études auprès des élèves de l'école primaire, 9 du collège et 9 du lycée). Seulement quelques études rapportaient les caractéristiques de la population étudiée : 5 études ont recruté des élèves avec des pathologies médicales, 3 avec des troubles du comportement, 1 avec des élèves en condition de placement et 2 études chez des élèves avec des difficultés d'apprentissage, les autres études n'ont pas

donné ce type de renseignement et donc, il a été supposé que les sujets avaient été sélectionnés parmi une population non-clinique. 6 types différents d'intervention ont été utilisés dans ces études (MBSR, MBCT, Breathing Awareness Meditation, Mindful School, Learning to BREATHE et Soles of the Feet). Dans 16 études, les interventions ont été développées par des instructeurs extérieurs à l'école et dans 10 études par des enseignantes de l'école.

Les résultats ont mis en évidence une réduction des problèmes comportementaux (n = 6), de l'anxiété (n = 5), de la dépression (n = 4), des troubles affectifs (n = 4), des idées suicidaires (n = 1) et une amélioration de la fonction exécutive et de l'attention (n = 4).

Les études ont, également, révélé une augmentation des comportements pro-sociaux : l'engagement en classe, la gestion des émotions, les compétences sociales, l'optimisme et le comportement en classe.

Quatre études ont démontré des avantages aux aspects du fonctionnement physiologique. Aucune étude dans la présente analyse n'inclue des données sur les résultats scolaires.

B. Les applications médicales

1) Les maladies physiques chroniques

Dans ma recherche documentaire, plusieurs études ont examiné la faisabilité et l'effet d'une approche de pleine conscience chez les adolescents atteints d'une maladie physique chronique. La revue de la littérature (Kohut et al., 2017) compte 8 études qui ont constaté que les approches de pleine conscience sont acceptées par les adolescents et améliorent la lutte contre la détresse émotionnelle.

2) La cancérologie

Plusieurs études cherchent à évaluer la pertinence de la pleine conscience chez les adolescents atteints de cancer. Bien que les jeunes mettent en place des stratégies d'adaptation afin de pallier les symptômes du cancer et ses conséquences tant au niveau scolaire que dans la relation avec les pairs ou la famille etc., les approches basées sur la pleine conscience peuvent être particulièrement bénéfiques pour les adolescents atteints de cancer. (Jones, 2013)

En fait, la période de l'adolescence est une période complexe, où psychisme et physique sont en perpétuelles modifications. Il s'agit également d'une période emplies de perspectives d'avenir, de questionnements et de projets.

L'apparition d'un cancer chez les adolescents vient perturber et remettre en question toutes ces perspectives. Tout d'abord, sur le plan physique, les traitements entraînent souvent des modifications corporelles, telles la perte des cheveux, une modification du poids (perte ou gain), une chirurgie mutilante, les cicatrices liées au cathéter... Ensuite, sur le plan psychique, on peut observer chez ces patients jeunes, atteints de cancer, une atteinte de l'estime de soi et une impression de perte de contrôle : le sentiment d'être invulnérable, intouchable, d'être libre, plein d'avenir et de projets se trouve mis à mal par l'annonce souvent violente de la maladie grave. Enfin, sur le plan social et familial, il existe fréquemment un réinvestissement des parents avec une dépendance accrue réciproque, dans une période de vie où, sans la maladie, les adolescents et jeunes adultes tendent habituellement vers l'indépendance.

D'un point de vue psychopathologique, la période de traitement du cancer peut être propice à l'apparition de symptômes anxieux et dépressifs.

Une étude réalisée par l'université de Louvain (Van der Gucht et al., 2016) a examiné l'efficacité de la pleine conscience pour améliorer la lutte contre la détresse émotionnelle et la qualité de vie chez les jeunes en rémission d'un cancer. Cette étude a montré une amélioration de la lutte contre la détresse émotionnelle et l'amélioration de la qualité de vie après 3 mois de suivi, dont une réduction significative des attitudes négatives à l'égard de soi.

3) Le douleur chronique

La douleur chronique pédiatrique est un problème important. Les enfants atteints de douleur chronique subissent des troubles psychologiques avec des retentissements sur le fonctionnement scolaire. La douleur chronique dans l'enfance influe non seulement sur la qualité de vie, mais laisse également aux jeunes un risque de progression de la douleur à l'âge adulte.

Il a été mis en évidence dans une étude pilote (Chadi et al., 2016) que la pleine conscience améliore l'attitude face à la douleur chez les adolescents atteints de douleurs chroniques avec une amélioration de la qualité de la vie. La réduction des taux de cortisol salivaire observée chez les participants à l'étude soulève des questions intéressantes sur les fondements biophysiques de la pleine conscience.

Dans un autre étude pilote (Waelde et al., 2017) réalisée sur 20 adolescents âgés de 13 à 17 ans souffrant de douleur chronique a évalué les effets d'une intervention basée sur la pleine conscience sur l'intensité de la douleur, l'incapacité fonctionnelle, la dépression et les inquiétudes des parents.

L'intervention a été signalée comme étant réalisable, acceptable et utile pour la majorité des participants. Les résultats ont été : une légère réduction de l'incapacité fonctionnelle (en raison du petit nombre de patients, ces résultats n'étaient pas statistiquement significatifs), une réduction des inquiétudes des parents (statistiquement significative) à l'égard de la douleur chronique de leur enfant au cours de la période d'intervention de six semaines. Il se peut que les parents aient augmenté la confiance dans la capacité de leur enfant à mettre en œuvre des compétences d'autogestion face à la douleur.

L'intervention a été utile pour une amélioration de la lutte contre la détresse et de la dysrégulation émotionnelle qui accompagnent l'expérience de la douleur, mais il n'y a pas eu de changements significatifs sur l'intensité de la douleur ou de la dépression.

4) Troubles somatoformes

Les syndromes somatiques fonctionnels comprennent des conditions telles que le syndrome de fatigue chronique, le syndrome du côlon irritable, la fibromyalgie, la douleur chronique inexpliquée et les symptômes attribués à la maladie chronique de Lyme.

Dans une étude. (Ali et al., 2017) un groupe d'adolescents souffrant de douleurs chroniques et d'autres symptômes somatiques fonctionnels, il a été développé un programme MBRS adapté aux adolescents pour évaluer son efficacité. Les résultats montrent que ce type de programme améliore l'incapacité fonctionnelle et a un impact positif sur la symptomatologie dépressive et l'anxiété.

VII. LA SANTE DES ELEVES

La politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves vise à réduire les inégalités sociales, d'éducation et de santé pour permettre la réussite de tous les élèves et promouvoir une École plus juste et plus équitable.

Elle contribue à offrir aux élèves les conditions favorables aux apprentissages et vise à permettre à chacun d'entre eux d'acquérir les connaissances, les compétences et la culture nécessaires à la construction d'un individu et d'un citoyen responsables. Elle concourt à créer un environnement scolaire favorable et constitue un élément clé d'une École du bien-être et de la bienveillance.

La circulaire n° 2011-216 du 2 décembre 2011 parue au BOEN n°46 du 15 décembre 2011 précise les orientations nationales de cette politique éducative.

Trois principes essentiels :

- La démarche de projet adaptée aux réalités et aux besoins spécifiques de chaque école ou établissement.
- La responsabilisation de l'ensemble des acteurs du système éducatif (personnels d'inspection, de direction, d'enseignement, d'éducation, d'orientation, sociaux, de santé, TOS).
- L'ouverture à de nouveaux partenaires.

Sept objectifs prioritaires :

- L'hygiène de vie.
- L'éducation nutritionnelle et la promotion des activités physiques.
- L'éducation à la sexualité, l'accès à la contraception, la prévention des IST et du sida.
- La prévention des conduites addictives.
- La lutte contre les jeux dangereux.
- La prévention du mal-être.
- La formation aux premiers secours.

Des partenariats doivent permettre de développer des actions dans les établissements scolaires et de réaliser des ressources pédagogiques : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Croix rouge, Planning familial, Comité national contre le tabagisme...).

Le parcours éducatif de santé (PES), mis en place à la rentrée 2016, s'inscrit dans la loi de la refondation de l'École de la République, réaffirmé par la loi de modernisation du système de santé. Le parcours éducatif de santé recouvre tous les niveaux scolaires, de la maternelle au lycée. Il prépare les élèves à prendre soin d'eux-mêmes et des autres. L'égalité entre les filles et les garçons en est un enjeu transversal majeur.

Le PES est structuré autour de trois axes :

- 1) l'éducation à la santé ;
- 2) la prévention ;
- 3) la protection.

Axe premier du parcours, **l'éducation à la santé**, en lien avec le socle commun de connaissances, de compétences et de culture et le développement des compétences disciplinaires dans le cadre des programmes d'enseignement et des enseignements pratiques interdisciplinaires (EPI), propose des activités intégrant l'alimentation, l'hygiène, les rythmes de vie, la prévention des addictions, la sécurité, etc. Dès lors, il importe de travailler sur la question des acquisitions dans le cadre des enseignements et inviter à se pencher sur les activités faites dans la classe, le PES ne devant pas reposer sur des actions éducatives faites uniquement par les personnels de santé ou des partenaires.

Les actions éducatives peuvent notamment reprendre les priorités définies dans la circulaire n°2011-216 du 02 décembre 2011 :

- faire acquérir aux élèves des bonnes habitudes d'hygiène de vie ;
- généraliser la mise en œuvre de l'éducation nutritionnelle et promouvoir les activités physiques (intégrant la prévention du surpoids et de l'obésité) ;
- généraliser l'éducation à la sexualité (accès à la contraception et prévention des IST et du sida) ;
- généraliser la prévention des conduites addictives ;
- organiser la prévention des « jeux dangereux » et participer à la prévention et à la lutte contre le harcèlement entre élèves ;
- repérer les signes d'alerte témoignant du mal-être et organiser le cas échéant la prise en charge des élèves repérés, notamment des victimes ou des auteurs de harcèlement ;
- renforcer l'éducation à la responsabilité face aux risques (formation aux premiers secours).

L'axe **prévention** regroupe les actions centrées sur une ou plusieurs problématiques de santé prioritaires ayant des dimensions éducatives et sociales (conduites addictives, alimentation et activité physique, vaccination, contraception, protection de l'enfance par exemple...). Les démarches de prévention mobilisent les familles et les acteurs locaux du territoire. Ces actions doivent répondre aux besoins des élèves d'un territoire scolaire identifié et proposer des actions réalisables en fonction des ressources. Cela nécessite un travail de diagnostic.

Les actions relevant de l'axe **protection** visent à créer un climat d'établissement favorable à la santé et au bien-être de tous les membres de la communauté éducative. Il s'agit d'une démarche à mener collectivement, centrée sur l'amélioration de l'environnement de l'établissement (la restauration, l'ergonomie, les locaux, les sanitaires).

Cela comprend aussi les ressources disponibles pour les élèves et leurs familles en matière de santé comme les visites médicales et de dépistage, les examens systématiques et à la demande, le suivi infirmier, l'accompagnement social, les dispositifs locaux de prise en charge des enfants et adolescents (PMI, maisons des adolescents, secteur de psychiatrie, réseau « dys », etc.).

Le but est aussi de promouvoir une approche éducative en inscrivant ce PES dans l'éducation citoyenne de l'école. Les démarches choisies doivent associer l'assemblée générale des délégués (AGD), le conseil de la vie collégienne (CVC), le conseil des délégués pour la vie lycéenne (CVL) et surtout être inscrite dans le projet du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)

Piloté par le chef d'établissement, le CESC est une instance de réflexion, d'observation et de veille, dans laquelle les parents sont représentés. Les actions menées dans ce cadre sont prises en charge par les personnels volontaires des établissements scolaires en lien, le cas échéant, avec les partenaires institutionnels ou des associations agréées.

L'éducation à la santé s'appuie sur les objectifs et contenus des enseignements, des actions éducatives et la vie scolaire des établissements.

Elle permet aux élèves d'acquérir des connaissances et de développer leur esprit critique, d'être capables de faire des choix responsables et d'être autonomes.

VIII. L'état des lieux de la santé mentale et physique des lycéens

Nous développerons les principales problématiques en santé mentale rencontrées en milieu scolaire : le stress, les troubles anxieux, le burnout et la santé générale des élèves de lycée.

A. La santé mentale des lycéens

L'OMS rapporte qu'environ 20% des adolescents de 10 à 24 ans souffrent d'un problème de santé mentale chaque année, le plus souvent sous forme de dépression ou d'anxiété, tandis que les comportements suicidaires restent l'une des principales causes de mortalité chez les jeunes. (OMS, 2011)

1) Le stress scolaire

Le milieu scolaire est un contexte développemental qui occupe une place considérable dans la vie des adolescents mais c'est un siège, non seulement de facteurs favorisant l'épanouissement de l'adolescent à travers l'aide aux devoirs, la socialisation, le soutien pédagogique et la protection des élèves, mais c'est aussi le siège de contraintes, d'exigences éducatives, d'évaluations pédagogiques susceptibles d'entraîner une forme de stress qui peut s'avérer génératrice de souffrance pour l'adolescent scolarisé.

Le stress scolaire se définit comme un état de stress chronique chez des élèves s'étant fixés des buts qu'ils n'arrivent pas à atteindre (que ce soit en termes de performances aux examens ou de relation avec les pairs et les adultes) ou dont la perception des attentes que l'on peut avoir d'eux dépasse leurs capacités (Zakari, 2011).

Le stress scolaire, bien qu'il ait un impact certain sur la santé mentale des élèves, c'est-à-dire «la capacité à atteindre et à maintenir un fonctionnement psychologique et un bien-être optimum » (OMS, 2005), est beaucoup moins étudié que le stress professionnel ou le stress universitaire.

Le « métier d'élève » (Perrenoud, 1994/2013) comprend pourtant, comme pour l'adulte et pour toute situation de travail ou d'apprentissage, de nombreuses contraintes, notamment un rythme de travail soutenu, des pressions institutionnelles, familiales et personnelles.

Diverses recherches internationales montrent l'importance du stress scolaire dans la vie quotidienne des adolescents. En effet, parmi les différentes sources de stress les plus souvent ressenties au cours de l'adolescence, on trouve celles de la sphère scolaire, tels que les mauvaises notes, le fait d'avoir trop de devoirs et de travaux écrits à produire. De plus, à mesure

qu'ils grandissent, les élèves se font plus de soucis pour leur avenir professionnel, leur avenir scolaire. (Dumont, 2000)

Comme le montre une étude épidémiologique sur la santé et le bien-être chez les jeunes, environ 23 % des adolescents français, 28 % des adolescents suisses et belges, 50 % des adolescents canadiens et jusqu'à 68 % des adolescents turcs se disent stressés par leur travail scolaire (Currie et al., 2012).

Dans une autre étude il est observé qu'un élève sur deux, soit 45% des élèves, se dit stressé, voire très stressé, par la situation scolaire. Par ailleurs, le degré de stress scolaire augmente graduellement du collège au lycée. Les filles, quelle que soit la classe, se sentent plus stressées par la situation scolaire que les garçons. (Esparés-Pistre, 2015)

Les symptômes du stress sont multiples : il peut s'agir de manifestations physiques, comme des maux de tête, un sentiment de fatigue, des difficultés à s'endormir, des troubles émotionnels, comme la diminution de l'estime de soi, la dépression, l'anxiété, des problèmes cognitifs (par exemple des difficultés de concentration), des comportements à risques (comme l'absentéisme, les addictions, la menace de suicide). Un stress important peut même conduire au burnout scolaire (Chabrol, 2014)

2) Le stress

Le concept du stress a été développé par *Hans Selye*, considéré comme le père du stress. Dès 1936, il décrit une série de réactions biologiques et physiologiques s'activant sous l'effet de différents facteurs de stress. Selye conclut alors que toutes ces manifestations hormonales et neurologiques montrent significativement la réponse du corps au stress et il définit alors le stress comme « *la réponse non spécifique de l'organisme à toute demande d'adaptation qui lui est faite* ». Mais c'est en 1946, qu'Hans Selye introduit véritablement la notion de stress et démontre ses fondements. Il décrit de façon globale les réactions de l'organisme face au stress sous le terme de « *syndrome général d'adaptation* » (SGA) dont il distingue trois phases :

Une phase d'alarme : des moyens de défense sont mobilisés pour réagir rapidement à l'agent stressant. Le stress cause l'apparition de réactions physiques et psychologiques caractéristiques. Au niveau somatique, le rythme cardiaque s'accélère, la respiration se fait plus rapide, les muscles se tendent. Les effets psychiques se traduisent par la vigilance, l'euphorie, un sentiment de détresse ou d'oppression.

Une phase de résistance : lorsque l'agent stressant persiste, la défense est maintenue et les réserves d'énergie nécessaires sont reconstituées. Les premiers signes physiques de la réaction d'alarme ont disparu. Le corps s'adapte et la résistance s'élève au-dessus de la normale.

Une phase d'épuisement : lorsque l'exposition au stress se poursuit trop longtemps, les défenses s'effondrent. La personne n'est plus capable de répondre adéquatement à la situation stressante et des symptômes caractéristiques apparaissent.

Cette réponse de l'organisme en situation difficile est donc naturelle, normale et utile à la survie. Elle le met en alerte et libère les moyens énergétiques qui lui permettent de contrer l'agent stressant. Elle constitue avant tout un phénomène favorable visant à faire face efficacement aux situations exceptionnelles. Cet ensemble de réactions d'adaptation est appelé stress protecteur ou bien encore stress adaptatif.

Si l'action n'est pas possible et la réaction de l'individu n'est plus adaptée, ou si le stress devient une cause d'épuisement, on parle de mauvais stress. Dans ce cas, sans être une maladie, il peut favoriser l'apparition de pathologies.

Les agents stressants sont multiples : professionnels, personnels, familiaux...etc. Ils peuvent avoir un caractère agréable (mariage, promotion professionnelle) ou désagréable (divorce, licenciement).

Le stress est une notion subjective puisqu'une même stimulation extérieure peut affecter différemment chaque individu. Par ailleurs, une personne peut réagir différemment à une même situation stressante en fonction du moment où celle-ci survient dans sa vie. La signification attribuée aux agents stressants va également influencer sur le vécu de la situation.

Les recherches de médecine psychosomatique distinguent quatre types de stress :

- (1) le stress ponctuel limité dans le temps ou stress aigu (traumatisme physique ou psychique) ;
- (2) le stress lié à des séquences d'événements ;
- (3) le stress permanent intermittent ;
- (4) le stress permanent.

L'organisme ne peut répondre que d'une seule façon au stress avec une réponse univoque et standardisée.

La réponse au stress est sous la dépendance du système neuroendocrinien du stress dont la topographie est à la fois centrale (au niveau du système nerveux central) et périphérique (système nerveux autonome et glandes surrénales).

Le principal circuit hormonal impliqué dans la réaction du stress est l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. Lorsque l'organisme est confronté à un agent stressant, que ce stressor soit absolu ou relatif, il y a une décharge de corticolibérine (CRF) de l'hypothalamus. L'émission de CRF déclenche alors une cascade de sécrétions hormonales, notamment la libération d'hormones adrénocorticotropes (ACTH) par l'hypophyse, suivie par la sécrétion de glucocorticoïdes et de catécholamines par les glandes surrénales, qui sont situées juste au-dessus des reins. Les glucocorticoïdes (cortisol) et les catécholamines (adrénaline et noradrénaline) sont connus comme des hormones de stress. Ils servent à activer le système nerveux ou la « réaction combat ou fuite » du corps, caractérisée par une augmentation du rythme cardiaque, de la pression artérielle et de la tension musculaire.

L'une des caractéristiques du cortisol est sa capacité à franchir la barrière hémato-encéphalique pour aller se fixer à des récepteurs spécifiques dans certaines zones du cerveau.

3) Les Troubles anxieux

Les troubles anxieux engendrent beaucoup de souffrance chez les jeunes. Cela peut affecter leur développement cognitif et social et nuire à leur intégration scolaire, familiale, professionnelle et sociale. Ces perturbations peuvent se traduire par de mauvaises performances scolaires pouvant mener au décrochage, à une faible estime de soi, à la perte d'amis significatifs, à une intégration difficile dans le milieu du travail, à une perte de productivité.

Les jeunes affectés de troubles anxieux sont également plus à risque de connaître des problèmes associés à l'usage d'alcool, de tabac ou de drogues. L'anxiété est également associée à un risque accru de dépression et de suicide.

Les troubles anxieux regroupent des troubles qui partagent les caractéristiques d'une peur et d'une anxiété excessive et des perturbations comportementales qui leur sont apparentées. La peur est la réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue, alors que l'anxiété est l'anticipation d'une menace future (APA, 2015)

Par exemple, s'il est normal que la majorité des jeunes ressentent de l'anxiété le matin d'une présentation orale, ceux qui présentent un trouble d'anxiété sociale peuvent refuser de faire leur présentation ou encore s'absenter de l'école.

Le jeune qui souffre d'un trouble anxieux éprouve de la difficulté à mener une vie normale, que ce soit à la maison, à l'école ou dans d'autres milieux. Par exemple, un jeune atteint d'anxiété de séparation pourrait être incapable de participer à un camp de vacances avec ses amis. Un autre qui montre un trouble d'anxiété généralisée pourrait échouer à un examen en raison de son anxiété, même s'il réussit en général très bien à l'école.

Les troubles anxieux représentent le diagnostic psychiatrique le plus fréquent chez l'enfant entre 6 et 18 ans avec des différences de prévalence et de facteur de risque selon les formes cliniques (Denis, 2016).

Les principaux troubles anxieux rencontrés chez les enfants et les adolescents sont l'anxiété de séparation, mutisme sélectif, phobie spécifique, anxiété sociale (phobie sociale), le trouble d'anxiété généralisée (TAG), trouble panique, agoraphobie (APA, 2015).

Le trouble d'anxiété de séparation se définit par une anxiété excessive et inappropriée à ce stade du développement, concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché.

Les manifestations les plus courantes sont, entre autres, une détresse excessive et récurrente dans des situations de séparation, une crainte excessive et persistante concernant la disparition des principales figures d'attachements, ou encore une crainte excessive et persistante qu'un événement malheureux ne vienne séparer l'enfant de ses parents. (APA, 2015)

Sa prévalence chez l'enfant est de 3 à 5 % avec un pic d'apparition entre 7 et 9 ans. Il est chronologiquement le premier trouble anxieux susceptible de survenir et il est le plus fréquent chez l'enfant pré-pubère. (Denis, 2016)

L'anxiété généralisée (TAG) se caractérise par des soucis excessifs (attentes avec appréhension), d'une durée supérieure à six mois et concernant un certain nombre d'événements ou activités (tels que le travail et les performances scolaires). (APA, 2015)

Les enfants et les adolescents qui en sont atteints se manifestent plus particulièrement par des inquiétudes très nombreuses et très intenses concernant différents aspects de la vie courante : santé, argent, réussite scolaire ou autres. Les jeunes aux prises avec ce problème se soucient de tout mais plus particulièrement de leurs performances relationnelles, scolaires et sportives. Ils

ont peu confiance en eux-mêmes et demandent à être réassurés constamment. Outre ces inquiétudes, parmi les manifestations les plus courantes on trouve : un haut degré de tension, l'agitation, la fatigabilité, une grande irritabilité, une perturbation du sommeil, des difficultés de concentration et de mémoire. Chez certains, cette anxiété peut s'accompagner de questionnements sur leur identité personnelle.

Un seul de ces symptômes est requis pour le diagnostic chez l'enfant (alors que trois le sont chez l'adulte).

La prévalence du TAG chez les jeunes varie de 0,3 à 4,6%. La période de plus grande incidence est l'adolescence, avec un deuxième pic au début de l'âge adulte. (Martine, 2014)

L'anxiété sociale se définit par une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou de performances durant lesquelles le sujet peut être sous observation attentive d'autrui. (APA, 2015) Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante. C'est donc le jugement des autres qui le préoccupe et non la crainte d'une atteinte à son intégrité physique. Il s'agit d'un des troubles les plus fréquents dans l'enfance et l'adolescence, mais aussi le moins reconnu.

Les enfants et les adolescents qui présentent une anxiété sociale tendent à être « invisible » et négligés dans une classe, souvent jusqu'à ce qu'ils refusent d'aller à l'école.

L'anxiété sociale débute le plus souvent à la fin de l'enfance autour de 12 ans en moyenne, un pic de fréquence situé à l'adolescence et de prévalences variables selon les pays (0,2% en Inde ; 1,8% à Taïwan ; 9,2% aux Pays Bas et 13,1% aux Etats-Unis). (Denis, 2016).

Les adolescents peuvent ressentir des symptômes de panique lorsqu'ils sont confrontés à des situations sociales anxiogènes. D'autres manifestations courantes sont : un contact visuel pauvre, épaules tombantes, ongles rongés, voix chevrotante. L'évitement de certaines situations sociales académiques ou sportives entraîne souvent un appauvrissement des investissements inhérents à l'âge et suscite une détresse au quotidien. Les jeunes avec anxiété sociale rapportent d'avoir peu d'amis et peu d'engagement dans les activités parascolaires.

4) La dépression et le burnout

La dépression est un trouble fréquent durant l'adolescence, environ 8 % des adolescents entre 12 et 18 ans souffriraient d'une dépression en France. 1/3 des adolescents souffrant de dépression ferait une tentative de suicide. (HAS, 2014)

Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les adolescents en Europe.

La dépression chez les jeunes peut prendre des formes très différentes de la dépression chez les adultes. Dans cette tranche d'âge, aucun symptôme n'est spécifique à la dépression.

Le diagnostic de dépression chez les jeunes est posé en se basant sur les classifications internationales DSM-V et CIM-10 les mêmes que pour les adultes.

Les critères diagnostiques du DSM-V pour le trouble dépressif caractérisé :

- les symptômes de base (au moins un symptôme doit être présent) : humeur dépressive, qui ne varie guère d'un jour à l'autre (chez l'enfant humeur irritable) ; perte de l'intérêt et du plaisir ;
- les symptômes associés : fatigue et perte d'énergie ; agitation ou ralentissement psychomoteur ; diminution de la capacité à penser ou se concentrer, ou indécision ; idées de culpabilité ou de dévalorisation excessives ou inappropriées ; idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires, perturbation du sommeil, perte ou gain de poids, ou perturbation de l'appétit.

Au moins cinq symptômes doivent être présents pendant une période de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur.

Malgré le fait que les symptômes soient globalement les mêmes chez les jeunes et l'adulte, il y a des nuances par rapport à chaque étape de développement de l'enfance à l'adolescence, qui créent des tableaux cliniques différents.

Les adolescents sont plus impulsifs, plus irritables, se mettent dans des situations à risque, ont moins de symptômes neurovégétatifs que les adultes. Leurs conduites suicidaires sont toutefois similaires à celles de ces derniers. On constate généralement une baisse de leurs performances scolaires. Les adolescents se plaignent souvent d'une diminution de concentration, de l'attention et de la mémoire, ainsi que d'une impossibilité à prendre des décisions. Ils montrent plus de perturbations au niveau du sommeil et de l'appétit que les plus jeunes.

Un aspect très important à considérer est celui de la dépression subsyndromique, où les jeunes présentent plusieurs symptômes dépressifs, mais n'arrivent toutefois pas à remplir les critères d'un trouble dépressif caractérisé. L'importance de ce cas est représentée par le risque que ces jeunes-là développent un trouble dépressif plus tard dans la vie.

L'étude de Birmaher et al. a montré que la dépression chez les adolescents était fréquemment associée à des difficultés scolaires.

Le stress scolaire et la symptomatologie dépressive semblent être des facteurs prédisant positivement le sentiment d'épuisement : le burnout chez des lycéens français. (Zakari, 2008)

Le burnout scolaire désigne un syndrome d'épuisement lié à l'école qui se caractérise par :

- un épuisement émotionnel face aux demandes de l'école avec notamment une fatigue chronique liée à une surcharge de travail scolaire ;
- du cynisme à l'égard de l'école, comme par exemple une perte d'intérêt et une incapacité à donner du sens à sa scolarité ;
- un sentiment d'inadéquation en tant qu'élève, compris comme un manque d'accomplissement dans le travail scolaire et dans l'école en générale.

Le burnout scolaire apparaît chez des élèves initialement engagés dans leur scolarité, qui n'arrivent plus à faire face aux exigences de l'école (Salmela-Aro, Savolainen et Holopainen, 2009), des élèves ayant de trop fortes attentes à l'égard de leur activité ou vulnérabilisés par un stress chronique important et une trop forte pression.

Selon les études menées dans différents pays, entre 6,7 et 15% des adolescents ont un niveau de burnout sévère. (Meylan, 2015). Plusieurs études montrent que la sévérité du burnout scolaire varie selon le genre (les filles sont plus à risque que les garçons) mais aussi selon le degré de scolarité et les études suivies (les adolescents en dernière année de la scolarité obligatoire et ceux suivant des études menant à des formations universitaires sont le plus à risque).

De plus, les adolescents qui visent la réussite et la performance scolaire ont des niveaux de burnout plus élevés que ceux qui visent l'apprentissage ou la maîtrise de savoirs. Il apparaît aussi que les adolescents stressés par leur réussite scolaire et inquiets pour l'avenir académique et/ou professionnel ont des niveaux d'épuisement et un sentiment d'inadéquation particulièrement élevé. Enfin, des auteurs ont mis en évidence que les périodes de transition scolaire sont des moments critiques pour l'apparition ou le développement du burnout et en particulier pour les adolescents qui poursuivent leurs études dans des voies académiques.

B. La sante physique des lycéens

D'une façon générale, 96 % des jeunes de 15-30 ans se déclarent plutôt en bonne santé. Les filles se déclarent plus volontiers en moins bonne santé, alors que les garçons sont plus enclins à adopter des conduites à risque. (HBSC, 2010)

L'état de santé des adolescents semble être étroitement lié à l'environnement familial, aux modes de vie, aux résultats scolaires, aux relations sociales et aux conditions de vie. Le fait qu'un adolescent juge sa santé mauvaise et fasse état d'une symptomatologie riche et récurrente va généralement de pair avec un mode de vie à risque, une certaine solitude, la perception d'un climat scolaire défavorable ou l'impression d'avoir de nombreux problèmes à l'école. À l'inverse, un environnement favorable est essentiel pour que le jeune puisse s'accomplir pleinement et être en bonne santé. Une expérience positive de l'école est en règle générale associée à des niveaux élevés de bien-être, et les adolescents qui ont des relations positives avec leurs parents ou d'autres adultes sont moins enclins à la dépression.

Le recours aux professionnels de santé est variable : 79,2 % des 15 à 30 ans ont consulté « au moins une fois » un médecin généraliste, 49,1 % un dentiste, 25,6 % un spécialiste (hors professionnel psy ou gynécologue), 7,0 % un professionnel de la santé mentale, 4,1 % un homéopathe et 2,4 % un acupuncteur.

Le médecin généraliste demeure le professionnel le plus consulté et, en dehors des consultations pour raisons de santé, 48,6 % des 15-30 ans l'ont consulté pour une visite de routine il y a moins d'un an, plus souvent pour les 15-19 ans. Les 15-19 ans sont également ceux qui se sont le plus rendus chez leur dentiste au cours de l'année (54,8 % 46,6 % des autres). Parmi les femmes de 15 à 30 ans, 52,8 % déclarent avoir consulté un gynécologue dans l'année (23,8 % parmi les 15-19 ans, 59,4 % des 20-25 ans et 72,0 % des 26-30 ans).

En 2010, la fréquentation d'un médecin ou d'une infirmière scolaire par les jeunes scolarisés semble relativement faible : dans l'année, seuls 44,1 % des 15-19 ans scolarisés ou étudiants, 32,2 % des 20-25 ans et 23,2 % des 26-30 ans ont consulté un médecin ou une infirmière scolaire. Les quelques variations observées en fonction des filières (47,0 % pour les élèves relevant de l'enseignement technique ou professionnel, 43,5 % pour les élèves de l'enseignement général et 33,2 % pour ceux de l'enseignement supérieur) sont essentiellement dues à l'âge des élèves. (Baromètre Santé, 2010)

Les jeunes consultent le généraliste ou autres professionnels pour :

- des préoccupations plutôt liées à des sujets tels que l'image de soi, les relations avec les pairs ou avec les camarades du sexe opposé ;
- des questions de contraception (le médecin généraliste demeure encore un interlocuteur sur ces questions pour les jeunes de 15-19 ans même si les jeunes femmes recourent aujourd'hui facilement à un gynécologue et se font suivre pour leur grande majorité régulièrement).
- des maladies chroniques graves même si elles sont rares, les jeunes déclarant être atteints d'une maladie chronique, consultent davantage le généraliste ;
- des problèmes de poids. Les filles présentent une propension à consulter plus fréquemment un médecin généraliste à mesure qu'elles rencontrent ces problèmes, sauf lorsqu'elles sont en état de maigreur. Les garçons, en revanche, ont tendance à moins consulter le généraliste lorsqu'ils sont en état de maigreur ou d'obésité. À l'adolescence, on a pu observer que 45 % des filles se trouvent trop grosses, alors que seulement 6 % d'entre elles se trouvent trop maigres, ce qui est le cas de 22 % des garçons.
- des allergies, maux courants. Et de nombreux jeunes souffrent régulièrement de symptômes, comme des maux de tête ou des douleurs, ou expriment un ressenti de fatigue ;
- pour une visite de routine chez leur médecin généraliste, en dehors de tout problème de santé ;
- « pour des questions de tristesse, déprime ou anhédonie » concerne environ 5 % des 15-30 ans (6,7 % des filles et 2,6 % des garçons) ;
- des motifs administratifs. Les jeunes adolescents font référence aux certificats d'aptitude au sport ou au certificat vaccinal qui les conduisent fréquemment à solliciter le médecin généraliste.

Principaux problèmes de santé :

- la consommation de substances psychoactives et notamment les plus courantes d'entre elles, à savoir le tabac, l'alcool et le cannabis ;
- les troubles des conduites alimentaires ;
- la sédentarité ;
- les rapports sexuels non protégés ;
- la perturbation du sommeil .

C. Les addictions

Selon Goodman (Goodman , 1990) le terme d'addiction est employé pour désigner un processus dans lequel un comportement, censé soulager un mal-être, finit par devenir difficilement contrôlable et se maintient malgré ses conséquences négatives.

Ce concept d'addiction permet de regrouper dans une seule entité deux types d'addictions :

- les addictions aux substances psychoactives (SPA) licites (alcool, tabac...) ou illicites (cannabis, héroïne, cocaïne...) ; il est également possible de citer, dans cette catégorie, les médicaments, notamment des benzodiazépines ; l'addiction aux substances psycho actives a remplacé, dans la pratique, la notion de pharmaco dépendance ;
- les addictions sans substances (achats, jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo, travail, activité physique, troubles des conduites alimentaires...) ; dans la littérature et les médias, ces addictions peuvent être appelées "addictions comportementales" ; les similitudes comportementales retrouvées entre les addictions sans drogue et celles aux substances psychoactives sont expliquées par des mécanismes neurobiologiques proches.

Initialement, les travaux portant sur les addictions étaient centrés sur la consommation des produits tel que l'alcool, le tabac et les substances illicites. La classification des troubles mentaux DSM-IV-TR a ainsi permis de différencier trois types de consommation de substance psychoactive : l'usage, l'abus et la dépendance.

La 5e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-V) fait évoluer la notion d’addiction.

Nous passons d’une nosographie catégorielle à une représentation dimensionnelle.

Ainsi, l’usage des patients qui était qualifié de “simple”, “à risque”, “nocif” avant d’arriver à un stade de dépendance est désormais gradué en fonction de critères de gravité des troubles d’utilisation de la substance (tableau 1). Dans cette nouvelle version, seul le critère de problèmes légaux récurrents pour abus de substance a été retiré car les législations ne sont pas identiques d’un pays à un autre. De plus, les DSM-V permettent une approche plus fine de la sévérité de l’addiction avec l’introduction du *craving* (envie irrésistible à consommer), comme nouveau critère clinique de sévérité.

Tableau 1. Les critères d’addiction du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-V).		
	Oui	Non
1. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue		
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l’utilisation de cette substance		
4. Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance		
5. L’utilisation répétée de la substance conduit à l’incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l’école ou à la maison		
6. Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance		
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l’utilisation de la substance		

8. Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux		
9. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne soit consciente d'avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance		
10. Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré • effet notablement diminué en cas d'utilisation connue d'une même quantité de la substance 		

Cotation : attribuer 1 point en cas de réponse « oui ». Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items :

- score < 2 : absence d'addiction
- score de 2 à 3 : addiction légère
- score de 4 à 5 : addiction modérée
- score \geq 6 : addiction sévère

Nous nous sommes orientés principalement vers les addictions liées aux substances et après une brève présentation générale de ce concept et des données épidémiologiques concernant l'alcool et le cannabis, nous aborderons plus particulièrement le tabagisme chez les lycéens.

D. Les addictions aux substance psychoactives

Une SPA est un produit naturel ou synthétique qui agit principalement sur l'état du système nerveux central en y modifiant certains processus biochimiques et physiologiques cérébraux. En altérant de la sorte les fonctions du cerveau, une SPA peut induire des modifications de la

perception, des sensations, de l'humeur, de la conscience ou d'autres fonctions psychologiques et comportementales.

Les différents effets pharmacologiques des SPA permettent de distinguer trois grandes catégories :

- les stimulants qui, par leur action sur le système nerveux central, produisent une accélération des processus normaux de l'organisme (cocaïne, amphétamines, café, tabac, boissons énergisantes, etc.),
- les perturbateurs ou hallucinogènes qui altèrent la perception et le jugement (cannabis, LSD, etc.) et
- les dépresseurs qui entraînent une sensation de détente et une perte d'inhibition (alcool, héroïne, plusieurs médicaments dont les tranquillisants, somnifères, analgésiques, etc).

Les données épidémiologiques récentes concernant les usages de substances licites et illicites montrent qu'à 17 ans, la plupart des adolescents ont expérimenté une ou plusieurs substances psychoactives. Le tabac et l'alcool restent, à ce jour, les substances les plus prisées et les plus consommées de façon régulière par les adolescents, suivi par le cannabis.

1) L'alcool

Selon Escapad, (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) (ESCAPAD, 2014), l'expérimentation d'alcool concerne plus de neuf jeunes de 17 ans sur dix (92 %).

D'après l'enquête HBSC, (HBSC, 2010) à 11 ans, 59 % des élèves déclarent avoir déjà bu de l'alcool au cours de leur vie. L'âge moyen lors de la première consommation, pour les élèves de 15 ans, est légèrement plus bas chez les garçons (13,3 ans) que chez les filles (13,5 ans).

À 15 ans, 58 % des élèves déclarent avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours du mois ; les jeunes de 17 ans sont 79 % à être dans ce cas. La consommation régulière (au moins dix fois au cours des trente derniers jours) concerne 9 % des élèves de 15 ans et 12 % des jeunes de 17 ans. Quel que soit l'âge, les garçons sont beaucoup plus nombreux que les filles à consommer régulièrement de l'alcool.

À 17 ans, plus d'un jeune sur deux (57 %) a déjà connu l'ivresse. L'âge moyen de la première ivresse, estimé par les jeunes de 17 ans, est de 15,1 ans (15,0 ans chez les garçons et 15,3 ans chez les filles).

À l'âge de 17 ans, la plupart des consommations d'alcool ont lieu le week-end, avec des amis. Les consommations solitaires ou en semaine s'avèrent plutôt rares. En revanche, les consommations avec les parents sont assez communes.

Le domicile privé ou celui des amis, les débits de boissons (bars, pubs puis discothèques) et le domicile parental sont les lieux de consommation les plus cités, les lieux publics ouverts et l'école arrivant ensuite. De plus, les proportions de consommateurs réguliers et de jeunes déclarant des ivresses répétées sont corrélées à la fréquence de sorties dans les bars ou à celles des soirées entre amis. Cela suggère que les consommations d'alcool des jeunes de 17 ans ont lieu, la plupart du temps, dans un cadre festif et convivial.

L'élévation du milieu social et économique de la famille est associée, dans Escapad, (ESCAPAD, 2014) à une consommation régulière croissante d'alcool et à des ivresses répétées plus répandues chez les jeunes de 17 ans. Ce phénomène peut s'expliquer notamment par les ressources financières de la famille, la consommation d'alcool étant ainsi plus limitée pour les jeunes issus de milieux plus modestes.

De même, la situation familiale apparaît elle aussi fortement associée à la consommation d'alcool. Les jeunes dont les parents ne vivent pas ensemble, qui vivent en internat ou hors de leur foyer, s'avèrent plus fréquemment consommateurs réguliers d'alcool et déclarent davantage d'ivresses répétées. Il est possible que l'absence de l'un ou des deux parents entraîne une augmentation des opportunités de consommer.

L'enquête HBSC (HBSC, 2010) montre des résultats similaires pour les élèves de 11 à 15 ans : milieu social favorisé et vie dans une famille recomposée ou monoparentale sont associés à la consommation d'alcool et à l'ivresse.

2) Cannabis

Les résultats des dernières enquêtes HBSC et ESPAD (conduites toutes deux en milieu scolaire) présentent des résultats concordants avec ceux d'ESCAPAD concernant la place particulière de

l'usage de cannabis en France parmi les adolescents. Le cannabis apparaît comme le produit illicite le plus consommé entre 11 et 16 ans et surtout parmi les garçons. En termes d'expérimentation, l'usage du cannabis dans l'enquête HBSC 2014 est très rare à 11 ans, il concerne 5,6 % des 13 ans et 28,3 % des 15 ans, des proportions stables par rapport à 2010 (Spilka et al. 2015a).

En 2015, 32 % des élèves nés en 1999 (âgés de 16 ans) ont expérimenté le cannabis au moins une fois au cours de leur vie (29 % des filles et 24 % des garçons), un niveau en baisse par rapport à la dernière enquête ESPAD de 2011 (39 %) (ESPAD, 2015)

Les usages déclarés de cannabis au cours des 30 derniers jours s'avèrent marginaux chez les moins de 15 ans. L'usage apparaît relativement stable chez *les jeunes de 15 ans* (14,2 % contre 12,5 % en 2010, évolution non significative), il concerne 17 % de ceux de 16 ans, en nette baisse par rapport à 2011 (24 %).

3) Tabac

La France reste un des pays d'Europe occidentale où le tabagisme est le plus répandu. En effet, parmi les personnes de plus de 15 ans, plus du tiers fument en France contre, par exemple, environ un quart en Allemagne, en Espagne, en Belgique et aux Pays-Bas, et environ un cinquième en Italie et en Grande-Bretagne (parmi les adultes). L'écart est encore plus marqué avec les États-Unis et l'Australie, où les prévalences du tabagisme parmi les adultes étaient, respectivement, de 17% en 2014 et de 15% en 2014-2015. (Andler, 2015)

Selon, l'enquête ESPAD (Bourdillon, 2016) en 2015, près des deux tiers des lycéens (61%) déclaraient avoir fumé au moins une cigarette au cours de leur vie. Ce niveau d'expérimentation est en nette baisse par rapport à 2011 (70%). Il en est de même pour le tabagisme quotidien, de nouveau orienté à la baisse avec 23% de lycéens fumeurs en 2015 contre 31% en 2011. Par ailleurs, près de la moitié des lycéens (48%) avaient déjà utilisé une chicha (narguilé) et 7% l'avaient fait sans avoir jamais fumé de cigarette. En 2015, 23,3% des 15-75 ans déclaraient avoir expérimenté l'e-cigarette (hommes : 26,3%, femmes : 20,4%).

L'adolescence est la période privilégiée de l'initiation et de l'intensification des usages de tabac. Les premières expérimentations de la cigarette se font généralement autour de l'âge de 13 ans puis, le nombre de fumeurs augmente rapidement dès l'âge de 15 ans ; les jeunes passent

rapidement de la phase d'expérimentation à la consommation régulière de tabac et à la dépendance au produit. Un début précoce de consommation de tabac est associé à une dépendance plus rapide et plus intense.

Les années lycée demeurent une période majeure de développement du tabagisme quotidien, amorcé au cours de la seconde moitié du collège : cela concerne 16 % des élèves de 3e, proportion qui double en 2de et à la fin du lycée un élève sur trois se déclare fumeur quotidien. En outre, un quart (24 %) des fumeurs quotidiens en 2de déclarent fumer plus de 10 cigarettes par jour, alors qu'ils ne sont que 5 % dans ce cas en 3e.

En outre, on constate que, depuis 2011, le délai de passage au tabagisme quotidien s'est fortement réduit. Actuellement, moins d'un an s'écoule en moyenne entre la première cigarette et un éventuel comportement de tabagisme quotidien (en 2003, le délai moyen était de un an et demi).

Le renforcement du tabagisme est en partie lié au fort pouvoir addictif du tabac qui entraîne « mécaniquement » une intensification de la consommation avec l'ancienneté dans l'usage. Il est probable qu'il résulte aussi d'une émancipation des adolescents avec l'entrée au lycée où les opportunités de fumer sont plus nombreuses : soirées, temps passé entre ami(e)s devant le lycée, aux interclasses ou après les cours, dans l'espace public, etc.

Différents facteurs et raisons peuvent amener les jeunes à commencer à fumer. Pour le tabac, le début de la consommation est très souvent un entraînement et un passage intégratif. A la période de l'adolescence, les jeunes ont tendance à prendre des risques ; la curiosité de nouvelles expériences, ou encore le besoin de transgresser des règles, favorisent l'expérimentation de la cigarette.

L'estime de soi et la connaissance des dangers de la consommation jouent également un rôle dans le début de la consommation. Une bonne estime de soi ainsi qu'une bonne connaissance des risques liés au tabagisme diminue en effet les risques de commencer à fumer.

Des troubles psychopathologiques comme les troubles anxieux et dépressifs peuvent encore favoriser la consommation des cigarettes. Parmi les troubles anxieux, la phobie sociale est la pathologie la plus courante : le tabagisme y est 2 fois plus fréquent, souvent associé à l'alcool. (Chéron-Launay, 2011)

Le sexe apparaît comme un facteur discriminant pour l'usage quotidien de cigarettes, les filles se révélant davantage fumeuses que les garçons.

En France, l'initiation au tabac se fait en règle générale avec des camarades (51%) et en famille (22%). L'initiation se fait majoritairement avec les amis et pendant les vacances. (Hastier, 2006)

L'entourage joue un rôle important dans le début de la consommation de tabac. La famille, les amis et les modèles autour de soi influencent en effet le comportement par rapport au tabac. Les jeunes qui comptent des fumeurs dans leur entourage sont notamment plus à risque de commencer à fumer. Les lycéens vivant dans des familles recomposées ou monoparentales présentent une consommation quotidienne de cigarette plus importante que ceux vivant dans des familles nucléaires. Cependant, le niveau socioculturel du foyer de l'adolescent, ne semble pas avoir de lien avec la consommation quotidienne de cigarettes.

Le type de territoire dans lequel se situe l'établissement scolaire de l'élève s'est révélé un facteur associé au tabagisme quotidien : les élèves scolarisés dans un lycée situé en zone rurale ou dans une ville isolée présentent un tabagisme plus important relativement à ceux localisés en périphérie d'agglomérations, toutes choses égales par ailleurs. Il s'agit de la seule substance pour laquelle le type de territoire semble jouer un rôle sans qu'il soit possible d'en déterminer la nature exacte. (ESPAD, 2015)

Au niveau de l'environnement scolaire, le stress lié au travail scolaire est également un facteur qui augmente le risque de commencer à fumer.

La filière d'étude apparaît également comme une caractéristique fortement associée à l'usage quotidien de tabac. Les jeunes en 2^{de} professionnelle ou 1^{re} année de CAP sont plus nombreux à fumer quotidiennement que leurs homologues en cycle général et technologique (35 % contre 22 %). La tendance se maintient dans les classes supérieures (1^{re} professionnelle et 2^{de} année de CAP), mais l'écart se réduit nettement en terminale.

Les jeunes qui sont sortis du système scolaire sont plus nombreux que les jeunes scolarisés, lycéens ou étudiants du supérieur à déclarer fumer quotidiennement. Ceux qui sont sortis du système scolaire sont proportionnellement deux fois plus nombreux à déclarer un tabagisme quotidien (59,9 % contre 28,9 % parmi les élèves ou étudiants). (ESCAPAD, 2014)

La banalisation du tabac, par une grande accessibilité, et la facilitation de l'offre sont des facteurs incitatifs forts pour les jeunes. (Kerjean, 2005). Un autre facteur important expliquant la consommation de tabac est la nicotine présente dans les cigarettes et les autres produits du tabac. Le pouvoir addictif de la nicotine est en effet élevé, fumer rend ainsi très vite dépendant et amène à poursuivre la consommation.

Les effets recherchés de la consommation du tabac sont

- un passage intégratif (entraînement) au début de la consommation puis celle-ci perdure du fait d'une forte et rapide dépendance physique. (Kerjean, 2012)
- La réduction des émotions négatives et de relaxation-plaisir apparaissent comme les motivations principales, la cigarette semblant être utilisée avant tout par les adolescents comme un moyen de réduire les tensions internes et de gérer le stress.

La nicotine gagne très rapidement le cerveau, (« effet shoot de cigarette dont la nicotine arrive au cerveau en moins de sept secondes »). L'action de la nicotine sur le système nerveux central est psychostimulante, permet de se réveiller si l'on est endormi et a une action anxiolytique immédiate, mais à très court terme, elle permet de se détendre si l'on est « stressé ». (Juchet, 2001)

Selon l'étude de Michaud, 61% des lycéens déclarent rechercher les sensations positives ressenties de la pratique de fumer : la cigarette serait un moyen de «se détresser », de «se relaxer », de «se détendre », de « s'apaiser », de «se soulager les nerfs », de « décompresser », de «se faire plaisir ». Un tiers (30%) des lycéens évoque leur consommation par ses aspects négatifs : la dépendance et le besoin. (Michaud et al., 2003)

- Une action anorexigène et une augmentation du métabolisme basal favorisant la libération d'opiacés endogènes (beta-endorphines). Ces effets métaboliques, couplés aux effets sur le système nerveux central, sont souvent ceux auxquels les fumeurs sont particulièrement attachés et qu'ils invoquent en premier dans leur réticence à arrêter de fumer. (Juchet, 2001)
- La cigarette occupe les doigts et donne une contenance. Elle associe une gestuelle et des accessoires tendances et permet la gestion de l'ennui. (Kerjean, 2005)

Dans l'étude Chabrol et al., (Chabrol, 2000) près de 90 % des élèves souhaitent arrêter de fumer.

Les raisons évoquées sont les plus souvent :

- le coût financier ;
- les craintes pour la santé, (cela montre que la plupart des adolescents sont conscients des risques) ;
- le désir de suivre le conseil des parents ou le désir de suivre celui du médecin.

Par contre, l'anticipation des difficultés à arrêter et les conséquences négatives de l'arrêt empêchent d'acter l'arrêt du tabac.

Trois quarts des lycéens présentent la crainte d'être plus tendu, plus anxieux, en arrêtant de fumer, ce qui peut montrer la conscience qu'ont ces adolescents du rôle de la cigarette dans la gestion du stress et de l'importance des symptômes de sevrage.

Il est à noter que près de 60 % des filles appréhendent une prise de poids.

Les conséquences négatives anticipées de l'arrêt sont liées à la dépendance et aux motivations. La crainte d'échouer, présente chez la moitié des sujets, est liée à la conscience de la dépendance, du caractère insupportable du manque et à la fréquence des échecs des tentatives d'arrêt signalées. (Chabrol, 2000)

Deuxième partie : L'étude clinique

I. Contexte de l'étude

L'adolescence est une période de la vie qui apporte son lot de questionnements, d'inquiétudes et de décisions à prendre. Les changements dus à la maturation ainsi que les obligations, surtout scolaires, qui s'y rattachent génèrent parfois un état de stress nécessitant des adaptations auxquelles certains jeunes ne se sentent ni aptes ni prêts.

Dans ce contexte, les adolescents peuvent présenter plusieurs difficultés, comme le stress, de l'anxiété, des symptômes dépressifs, des addictions et des symptômes de santé générale.

Les stratégies d'intervention basée sur la pleine conscience dans le milieu scolaire constituent une approche de prévention et de traitement de ces difficultés.

En effet, les techniques de pleine conscience permettent aux adolescents d'augmenter leur capacité attentionnelle, de freiner l'activation automatique de leurs pensées (pensées orientées vers le futur, les inquiétudes excessives et l'anticipation de l'échec ou des conséquences négatives) et ainsi de choisir des stratégies d'autorégulation plus efficaces.

Au vu de l'intérêt potentiel pour les approches de pleine conscience dans le milieu scolaire pour améliorer le bien-être et favoriser la réussite scolaire des élèves, nous avons mené une étude contrôlée sur un groupe d'élèves du Lycée Jean Monnet à Joué-Lès-Tours avec les objectifs suivants :

- 1) Evaluer la pertinence, la faisabilité et l'acceptabilité d'intégrer des interventions en groupe basées sur la pleine conscience dans des programmes de prévention et de traitement des problématiques (anxiété, stress, dépression, conduites addictives, etc.), chez des lycéens en milieu scolaire.
- 2) Tester les effets d'un programme adapté du MBSR pour les adolescents sur la santé mentale (stress, anxiété, dépression) et la santé physique chez un groupe de lycéens en classe de terminale.
- 3) Evaluer la réduction de consommation de tabac chez les fumeurs.

Notre première hypothèse était que, les approches basées sur la pleine conscience à partir du programme MBSR adapté aux adolescents, devrait contribuer à réduire les scores moyens de stress perçu, d'anxiété, de dépression et contribuer à l'amélioration de la santé générale.

Notre seconde hypothèse était que cette approche devrait contribuer à réduire la consommation de tabac chez les fumeurs.

II. Matériel et méthodes

A. Participants et recrutement

Cette étude a été réalisée sur un échantillon d'origine de 24 élèves en classe de terminale au Lycée Jean Monnet à Joué-Lès-Tours. Après 2 désistements, l'échantillon final a été de 22 élèves. Les élèves ont été recrutés sur la base du volontariat. Le projet a été diffusé après une présentation au médecin Responsable Conseiller Technique-DSDEN37 Dr LARY, au proviseur Monsieur MANSUY et au groupe de suivi du lycée (proviseur adjoint, assistante sociale, conseillère principale d'éducation, professeurs principaux, conseillère d'orientation psychologique, infirmière scolaire). Une campagne d'affichage, une présentation du projet dans les classes de terminales et un stand d'information dans le hall du lycée ont été organisés.

Le recrutement a eu lieu pendant les mois de novembre et décembre avant les vacances scolaires de Noël 2016. La clôture des inscriptions a été fixée au 16 décembre 2016. Des inscriptions tardives ont été acceptées au mois de janvier 2017.

Les inscriptions se sont effectuées à l'infirmerie du lycée auprès de Madame Sylvia MARCHADIER (infirmière scolaire) avec le remplissage d'une fiche d'inscription.

Lors de l'inscription, ont été donnés à l'élève :

- un rendez-vous avec Madame D'ANNUNZIO, (pour le mardi 03 ou le mercredi 04 janvier 2017 (de 8H30 à 17H00), pour un entretien d'une durée de 15 minutes par élève ;
- la notice d'information et le formulaire de consentement éclairé qui était à remplir, à signer et à remettre lors du rendez-vous.
- Le recrutement a été fait sur la base de la fiche d'inscription et de l'entretien individuel.

L'entretien individuel des élèves avec Madame D'Annunzio (entretien également ouvert aux parents souhaitant un complément d'information) avait pour objectifs de :

- Récupérer le formulaire de consentement éclairé signé.
- Donner des renseignements et répondre aux questions sur le cadre de recherche et sur le programme MBSR pour adolescents selon la méthode « L'attention ça marche » de Eline SNEL.

- Affiner le recrutement des élèves : repérer les élèves les plus motivés, prêts à s'engager dans la durée, à ne pas manquer des séances et à s'engager dans une pratique personnelle à la maison.

1) Critères de sélection :

- Elèves en classe de terminale ayant acceptés le cadre de recherche pendant la période considérée.
- Autorisation parentale.

2) Critères de non inclusion :

- Sans autorisation parentale.
- Etre affecté de problèmes de santé importants.
- Etre affecté de troubles psychiatriques aigus.
- Etre sous suivi psychothérapeutique.

B. Méthode

Les 24 élèves recrutés ont été répartis en deux groupes. Un groupe a constitué le groupe expérimental qui a bénéficié du programme MBSR pour adolescents selon la méthode « l'attention ça marche » de Eline Snel et le deuxième groupe a constitué le groupe témoin qui n'a bénéficié d'aucune prise en charge.

La formation de deux groupes n'a pas pu être faite de façon randomisée, mais en fonction de la disponibilité des élèves.

Les deux groupes ont bénéficié d'une passation de questionnaire avant et après le déroulement du programme MBSR.

Les passations de questionnaires pour le groupe témoin se sont déroulés à l'infirmerie du lycée pendant les matinées des jours de la première et dernière séance du programme.

1) Matériel utilisé

- The General Health (Questionnaire GHQ-28)
- Perceived Stress Scale (PSS) (Echelle du stress ressenti de Cohen)
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

- Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) (Questionnaire d'évaluation de la dépendance chimique à la nicotine de Fagerström).
- Programme MBSR adapté pour adolescent de 12 à 19 ans, selon la méthode « L'attention ça marche » de Eline SNEL.
- Questionnaire d'évaluation de fin programme.

a. The general health questionnaire (GHQ)

Le General Health Questionnaire (GHQ) est un instrument d'auto-évaluation, mis au point par Goldberg en 1972 afin de dépister des troubles psychiatriques chez des sujets de la population générale ainsi que chez des patients consultant dans des structures de soins non psychiatriques comme, par exemple, des consultations ambulatoires de médecine générale. Depuis 1972, de nombreuses versions (GHQ-60, GHQ-30, GHQ-28 et GHQ-12) ont été mises au point ainsi que des traductions dans 38 langues différentes. Son utilisation dans les contextes les plus variés au plan culturel ainsi que les nombreuses études qui s'y réfèrent lui ont assuré une large audience. La version française du GHQ-28 a été validée par Pariente et ses collaborateurs. (*Pariente 1990*)

Le questionnaire GHQ est composé d'items évaluant 4 domaines :

- les symptômes associés à la dépression ;
- les symptômes associés à l'anxiété et l'insomnie ;
- les symptômes associés à la désadaptation sociale ;
- les symptômes associés à la somatisation.

Le GHQ est un questionnaire auto-administré que la personne renseigne en considérant son état au cours des semaines passées. Quatre modalités de réponse sont proposées, avec une formulation variable selon les items :

- 1) « Mieux que d'habitude », « comme d'habitude », « moins bien que d'habitude », « beaucoup moins bien que d'habitude » ;
- 2) « Pas du tout », « pas plus que d'habitude », « un peu plus que d'habitude », « bien plus que d'habitude » ;
- 3) « Plus que d'habitude », « comme d'habitude », « moins que d'habitude », « bien moins que d'habitude »

- 4) « Moins de temps que d'habitude », « autant que d'habitude », « plus que d'habitude », « beaucoup plus de temps que d'habitude »
- 5) « Certainement pas », « je ne sais pas », « m'a traversé l'esprit », « oui certainement » (GHQ-28 uniquement).

Les items sont formulés positivement ou négativement, mais la première modalité de réponse correspond à l'absence de problème de santé mentale et la dernière correspond à la présence de problèmes de santé mentale.

Trois systèmes de cotation ont été proposés. Dans cette étude, nous avons utilisé la cotation dichotomique 0-0-1-1. Dans cette cotation les 2 réponses traduisant une amélioration par rapport à la situation habituelle sont cotées « 0 », tandis que les 2 réponses témoignant d'une aggravation sont cotées « 1 ».

L'addition des réponses obtenues à chaque item permet de calculer un score global considéré comme témoignant d'une atteinte psychique (ou d'une forte probabilité d'atteinte psychique) lorsqu'il est élevé. Pour le GHQ-28, 4 sous-scores peuvent également être calculés : symptômes somatiques, anxiété et insomnie, désadaptation sociale et dépression sévère.

Le choix des seuils pour les systèmes de cotation dichotomiques est variable. Pour le GHQ-28, le seuil 4/5 est usuellement retenu pour traduire l'existence d'une détresse psychologique.

Le GHQ ne donne aucune information sur l'état de santé de base du sujet. Il permet seulement de savoir si la personne interrogée est mieux ou plus mal que d'habitude au moment de la passation du questionnaire. Il est donc sensible à des troubles très transitoires et permet de détecter une aggravation de la situation des personnes mais ne permet pas de détecter des troubles de longue durée. Il ne donne pas de diagnostic clinique.

b. Perceived Stress Scale (PSS) (Echelle du stress ressenti de Cohen) :

La PSS est une échelle adaptée de Cohen et Williamson ; c'est l'une des plus utilisées pour évaluer la perception du stress. Ses 10 items permettent de mesurer simplement et rapidement l'importance avec laquelle des situations de la vie sont perçues comme menaçantes, c'est à dire non prévisibles, incontrôlables et pénibles.

Deux types d'évaluation : l'évaluation primaire désigne la façon dont un sujet perçoit les exigences d'une situation (urgences, gravité, nature de la menace). L'évaluation secondaire consiste en l'estimation par le sujet de ses ressources et capacité à contrôler ou non la situation.

La PSS est un outil de mesure, largement répandu dans la communauté scientifique et pour des applications très variées, auprès de diverses populations (par exemple des patients en situation d'hospitalisation, des étudiants, des salariés).

Trois versions existent : PSS-14, PSS-10 et PSS-4. Dans notre étude nous avons utilisé la version PSS-10 pour ses qualités psychométriques plus satisfaisantes.

La PSS a été utilisée dans l'étude comme une échelle unidimensionnelle (avec le calcul d'un seul score).

Pour chaque item, le sujet estime sa fréquence d'apparition sur une période récente (le mois écoulé). Echelle de fréquence en 5 points (de « jamais » à « très souvent ») :

- « Très souvent » 5 points,
- « Assez souvent » : 4 points,
- « Parfois » : 3 points,
- « Presque jamais » : 2 points,
- « Jamais » : 1 point.

Les items 4,5,6,7,9,19, sont inversés (« très souvent » : 1 point, « assez souvent » : 2 points, « parfois » : 3 points « presque jamais » : 4 points et « jamais » : 5 points) (Langevin 2015)

c. Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

Pour obtenir le score anxiété il suffit d'additionner les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13
: Total A = _____

Pour obtenir le score de la dépression il suffit d'additionner les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

L'interprétation suivante peut être proposée pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine.

d. Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) Questionnaire d'évaluation de la dépendance chimique à la nicotine de Fagerström :

Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) est un auto-questionnaire simple, largement utilisé dans le monde pour évaluer la dépendance physique à la cigarette et adapter la posologie des traitements nicotiques substitutifs (TNS). Le plus connu, et sans doute le plus utilisé, est le test de Fagerström dans sa seconde version, le FTND en 6 questions notées sur 10 points qui a été publié en 1991.

Il comporte 6 questions, avec un score total variant de 0 à 10, découpé en 4 stades : dépendance nulle de 0 à 2, dépendance faible de 3 à 4, dépendance moyenne de 5 à 6 et dépendance forte de 7 à 10. La dépendance est jugée forte si le score est égal ou supérieur à 6.

Ses propriétés psychométriques sont cependant médiocres, en particulier, sa cohérence interne qui est faible. Malgré ces limites, il s'agit d'un test largement utilisé pour évaluer la dépendance à la cigarette, ce qui explique que nous l'ayons utilisé dans ce travail.

Le programme MBSR adapté pour adolescents de 12 à 19 ans, selon la méthode « L'attention ça marche » de Eline SNEL sera développé dans le chapitre suivant.

e) Questionnaire d'évaluation de fin programme

Ce questionnaire a été élaboré par Madame D'Annunzio et Madame Brevet afin d'évaluer la pratique du travail en autonomie et l'acceptabilité du programme par les élèves.

Le questionnaire comprenait 9 items explorant l'exécution des exercices du cahier « L'attention ça marche », la pratique des entraînements formels et informels et leurs fréquences. Les exercices que les élèves ont utilisé dans un contexte d'évaluation ou examen et s'ils

continueront à les utiliser dans l'avenir, s'ils sont favorables à la participation aux séances de soutien et avec quelle fréquence. Enfin, une dernière question ouverte pour laisser les élèves exprimer des commentaires, suggestions, etc.

C. Calendrier des évaluations ou observations

Le programme MBRS s'est déroulé en 8 séances hebdomadaires, le mercredi, sur le créneau horaire de 13H00 à 14H30, dans une salle d'étude du lycée E030. Chaque séance s'est déroulée à partir d'un thème.

Le choix du jour a été porté au mercredi car la majeure partie des élèves des classes de terminale n'avait pas de cours.

Les séances ont été animées par Madame Elisabeth BREVET enseignante spécialisée en remédiation pédagogique en primaire et instructrice certifiée à la pleine conscience pour enfants et adolescents (5 ans-19 ans) suite à la formation « L'attention ça marche », programme adapté du MBSR par Eline SNEL. Membre de l'Association « Enfance et Attention ».

Madame Antonella D'ANNUNZIO interne en psychiatrie à la Faculté de Tours avec une attestation de suivi du programme MBSR par l'instructrice Madame Sylvie CHANDELLIER, membre de l'Association pour le Développement de la Mindfulness (ADM), a participé aux séances avec un rôle d'observatrice participante.

1) Durée de l'étude et procédé d'anonymisation

L'étude a eu une durée d'environ trois mois avec une interruption au mois de février pendant les vacances d'hiver. Les dates des séances ont été les suivantes : 11/01/17, 18/01, 25/01, 01/02, 08/02, 01/03, 08/03, 15/03 et une séance de rattrapage le 20/01/2017.

Une seule absence par élève a été tolérée pendant le déroulement du programme complet.

Les données obtenues ont été traitées avec la plus entière confidentialité. A chaque élève a été attribué une lettre E (comme élève et un nombre 1, 2, 3, ...) pour garantir l'anonymat.

Toutes les données sont gardées dans un endroit sécurisé et seule Madame D'Annunzio y a accès.

III. Programme MBSR adapté aux adolescents « L'attention ça marche » selon la méthode de Eline SNEL

A. Cadre

- 8 séances hebdomadaires.
- 1 h 30 par séance.
- 11 élèves de classe de terminale.
- Rappel de séance par SMS le lundi soir.
- Envoi des exercices pour la semaine par mail le mercredi soir.
- Salle d'étude E030 du lycée Jean Monnet de Joué-les- Tours.
- Les pratiques ont été effectuées tout d'abord assis sur des chaises puis selon le choix des élèves parfois assis en tailleur sur le sol, et selon les exercices allongés sur des tapis de sol.

Pendant une séance alternent des temps de méditation assise ou allongée (scan corporel), anecdotes/histoires, méditation en mouvement (à partir du yoga) et temps de partage sur l'expérience vécue. Chaque séance se poursuit par des exercices en autonomie à la maison d'une durée de 10/15 minutes. Des enregistrements et un cahier d'exercices ont été donnés aux élèves comme support d'entraînement.

Nous décrivons les passages plus représentatifs de chaque séance du programme « L'attention ça marche » de la méthode Eline Snel.

B. Première séance : observer et se concentrer

La première séance a débuté avec la passation des questionnaires, puis l'institutrice madame BREVET s'est présentée et ensuite chaque participant a fait de même, en précisant un trait de sa personnalité qu'il apprécie, ce qui est important dans sa vie et ses attentes au regard du programme.

Nous avons continué la séance avec des précisions d'ordre pratique :

- La présence régulière aux séances, la ponctualité et le travail quotidien à effectuer en autonomie à la maison.
- La confidentialité et le respect de ce que disent ou vivent les autres.

- Le détachement des forces de jugement et des forces critiques pour se contenter uniquement de faire ce qu'il y a à faire, du mieux que l'on peut, en étant conscient de la façon dont le sujet ressent ce qui se passe en lui-même.
- L'écoute dans un esprit d'ouverture et de compréhension.
- Une attention à se laisser de l'espace pour s'exercer : espace physique, moral et émotionnel.
- Absence de jugement dans la réalisation des exercices : il n'y a pas de bonne ou de mauvaise façon de se sentir/ressentir lors des exercices.
- Encouragement aux participants à adopter une posture confortable et digne.
- L'importance du partage dans le groupe ; le partage est un moment essentiel, car il permet de renforcer les expériences individuelles et facilite l'ajustement de sa propre pratique. Nous préconisons de ne pas rendre la parole obligatoire.

1) Présentation des symboles/ outils du programme

- Le bol tibétain

Le bol chantant tibétain, instrument ancestral himalayen sacré est reconnu depuis toujours pour le son incomparable et envoûtant qu'il produit et que l'on utilise au cours des séances d'harmonisation des chakras, de prières, ou de méditation.

La tradition tibétaine veut qu'un alliage de sept métaux différents soit employé, chaque métal se rapportant à un des sept chakras, ce qui leur donne des vertus thérapeutiques. Selon d'autres sources, les métaux utilisés font référence à sept corps du Système Solaire.

Le bol tibétain a été utilisé au début et à la fin des exercices de méditation.

- La grenouille

La grenouille est le symbole de la méthode « L'attention, ça marche » d'Eline Snel. Elle a trouvé dans la grenouille une image forte et parlante pour les enfants.

Comme nous, la grenouille peut s'asseoir et rester immobile. On peut voir son ventre respirer. Et, comme notre esprit, elle peut faire des bonds énormes. De plus, cet animal des contes de fée a le pouvoir de se transformer : en prince quand la princesse l'embrasse par exemple. La grenouille peut ainsi voir sa vie changer.

- Cahier d'exercices

Le cahier d'exercices est un guide de devoirs qui a été donné à chaque élève au début du programme. Il est un outil conçu par la méthode « L'attention, ça marche » d'Eline Snel, il est organisé en fonction des thèmes des séances, en reprend les grandes lignes et propose des exercices pour faciliter la compréhension et l'entraînement en autonomie à la pleine conscience.

2) Thème de la première séance : observer et se concentrer

Dans cette première séance, les mécanismes de l'attention ont été expliqués : en apprenant à observer et à se concentrer, nous pouvons entraîner notre attention. Sans l'attention on ne sait même pas ce que l'on fait ou pourquoi on réagit de telle ou telle manière. En apprenant à diriger son attention sur les signaux du corps, sur les pensées, les émotions et les réactions automatiques en réponse aux sollicitations de l'environnement, nous prenons conscience de nos modes de fonctionnement. Et c'est par cette conscience, que le changement va arriver.

- S'arrêter ;
- observer ce qui est là ;
- diriger son attention sur la respiration ;
- s'entraîner à rester ici et remarquer quand l'attention s'égare.

Egalement, dans cette première séance a été soulignée l'importance de la motivation. Sans motivation on n'arrive nulle part, et il ne reste que des intentions vagues de faire quelque chose en pleine conscience.

3) Exercice : la pleine conscience du souffle

Le développement de la pleine conscience commence souvent à l'aide de la respiration. L'individu n'a pas conscience de sa respiration, à moins qu'un événement ne surgisse qui l'empêche de respirer correctement. Dans la conscience de l'espace de respiration, entre l'alternance de l'inspiration et de l'expiration, l'individu prend conscience de son corps et de la nécessité de ce souffle vital qui vient le nourrir. Dans ce processus simple, il peut se centrer sur l'instant présent, dans une extrême aisance. Bien sûr de nombreuses pensées vagabondes vont se manifester, et l'individu devra revenir sur la pleine conscience de sa respiration. En se centrant sur le souffle, le sujet crée un espace de liaison avec lui-même tout en prenant

conscience de son corps et de la volatilité de ses pensées et de la nature de son mental. En se recentrant sur la respiration, il commence à se sensibiliser à la conscience de l'instant présent, et aborde sa respiration comme un ancrage lui permettant de revenir dans l'instant, de se détacher de ses pensées intrusives du passé ou du futur.

La focalisation de l'attention sur le souffle de manière vigilante et continue, à partir de cet espace de respiration comme un point d'ancrage face aux pensées vagabondes et à l'automatisme du mental, est le premier pas vers la pleine conscience.

4) Entraînement de la semaine

L'entraînement de la semaine a été une invitation à écouter l'introduction, puis chaque jour, à entraîner son attention avec l'enregistrement de « La Pleine conscience du souffle. »

C. Deuxième séance : quitter la tête, sentir le corps

La deuxième séance a débuté avec un bref retour sur le déroulement de la séance 1.

1) Thème de la séance : quitter la tête, sentir le corps

L'objectif de cette séance a été d'apprendre à vraiment écouter le corps, aiguïser ses sensations corporelles. C'est par et à travers le corps que tout se vit, que tout se ressent, que l'on peut, enfin se sentir être.

2) Exercice : scan corporel ou balayage corporel (body scan)

Le scan corporel est une technique méditative utilisée pour rétablir le contact avec le corps. Cette technique a pour objectif de développer la conscience des sensations physiques, d'amener une conscience détaillée vers chaque endroit du corps en apprenant à maintenir une attention soutenue vers un endroit particulier pendant un temps déterminé et de développer la concentration, le calme, la souplesse d'attention, bref de mettre en place un état de pleine conscience. Par le body scan, c'est une attention vigilante, soutenue qui est donnée à soi-même et qui va dans certains cas permettre d'être plus sensible à des dysfonctionnements avant que ceux-ci ne deviennent gênants, ou tout simplement, par cette observation consciente, d'essayer de donner un sens aux symptômes et sensations ressentis. L'utilisation du corps comme objet d'attention permet d'une part, par une plus grande conscience du corps, de mieux gérer les émotions. Des sentiments, comme la colère ou la tristesse peuvent être exprimés par la pensée mais aussi par le biais du corps, et plus exactement comme un effet dans le corps. Le corps peut

être le reflet du mental. D'autre part, l'intérêt d'utiliser le corps comme objet d'attention est d'amener de la conscience dans les manifestations de l'émotion en tant que sensations physiques ou de sensations ressenties dans le corps.

3) Entraînement de la semaine

S'entraîner pendant la semaine au scan corporel, avec un exercice (relâchement de tension et relâchement corporel) et revenir aussi à la pleine conscience du souffle. Essayer de bien se concentrer sur une pratique de méditation formelle par jour et de temps à autre, effectuer une micro pause pour se recentrer, retrouver le calme.

Compléter la leçon 2 du livret d'exercices.

D. Séance de rattrapage

Cette séance a été organisée pour permettre à un élève de rattraper les deux premières séances du programme et pouvoir intégrer le groupe. Séance exceptionnelle, mise en place suite aux justifications apportées par l'élève sur ses absences.

E. Troisième séance : L'intérêt des sens

« Dans les semaines précédentes, les séances ont traité de l'observation et de la concentration, de la capacité à ne pas réagir ou juger ce que tu constates chez toi ou chez les autres ; nous allons continuer à utiliser cette capacité de manière constante. »

1) Thème : l'intérêt des sens

Entraîner les sens pour goûter la réalité. Les sens sont des instruments d'observation qui nous mettent en contact direct avec ce que nous vivons, sans apporter de jugement, d'idée préconçue. Tout ce que nous vivons, ressentons, entendons, nous le percevons par nos sens. L'utilisation des sens nous amène à l'expérience immédiate. Ce que l'on voit, goûte, sent ou entend est vraiment là ! Ce que vous en pensez, c'est autre chose. Dès que les pensées s'en mêlent, il y aura des jugements, des opinions et des attentes, etc. L'expérience directe disparaîtra à ce moment. Il en va de même avec les émotions que l'on peut ressentir.

2) Exercices : le raisin sec, la méditation assise et l'observation de la météo intérieure

- L'exercice du raisin sec

« Je vais faire le tour de la salle et je vais donner à chacun quelques « objets ». Maintenant, ce que j'aimerais que vous fassiez, c'est que vous vous focalisiez sur ces objets et que vous imaginiez simplement que vous n'avez jamais rien vu de pareil auparavant, que c'est la première fois que vous voyez ces objets.

- Prenez un de ces objets et tenez-le dans la paume de la main ou entre l'index et le pouce.
- Prenez soin de le regarder.
- Regardez-le soigneusement, comme si vous n'aviez jamais rien vu de tel auparavant.
- Tournez-le entre les doigts.
- Explorez sa texture entre les doigts.
- Examinez les reliefs où la lumière brille... les coins et les plis plus sombres.
- Laissez vos yeux explorer chacune de ses parties, comme si vous n'aviez jamais vu une telle chose auparavant.
- Et si, en faisant cela, des pensées vous viennent à l'esprit, telles que « c'est vraiment étrange ce que nous sommes en train de faire » ou « quel est le but de ceci » ou « je n'aime pas ces choses », alors, notez les simplement comme des pensées et ramenez votre conscience vers l'objet.
- Et maintenant, sentez l'objet, prenez-le et portez-le à votre nez, et à chaque inspiration, notez soigneusement son odeur.
- Et maintenant, prenez l'objet entre le pouce et l'index et amenez-le près de votre oreille et écoutez s'il fait du bruit quand vous le faites glisser entre vos doigts.
- Et maintenant, regardez-le à nouveau.
- Et maintenant, amenez lentement l'objet à la bouche, en remarquant peut-être comment votre main et votre bras savent exactement où aller, en remarquant peut-être que votre bouche salive alors que l'objet s'approche.
- Et maintenant, mettez doucement l'objet dans la bouche, et remarquez de quelle manière il est « accueilli », sans le mordre, en explorant simplement les sensations de l'avoir dans la bouche.
- Et lorsque vous serez prêts, mordez très consciemment dedans et notez le goût qu'il libère.
- Mâchez-le lentement... remarquez la salive dans la bouche... le changement de consistance de l'objet.

- Ensuite, lorsque vous vous sentez prêts à avaler, regardez si vous pouvez d'abord détecter l'intention d'avalier au fur et à mesure qu'elle se forme, de telle sorte que vous expérimentiez ceci consciemment avant même de réellement avaler l'objet.
- Pour terminer, examinez si vous pouvez suivre les sensations quand l'objet est avalé et descend dans votre estomac, tout en réalisant également que votre estomac contient un raisin de plus.

Cet exercice a pour objectif de mettre en évidence le processus de pilotage automatique dans lequel l'individu se retrouve dans de nombreux moments de sa vie quotidienne. C'est un comportement mécanique que le sujet met en application sans être vraiment conscient de ce qui se passe (lire une page d'un livre sans rien retenir, lors de la conduite d'un véhicule, arriver à destination sans s'en être rendu compte). Dans ce mode, le corps réalise une chose et le mental autre chose. Cet exercice est une illustration de notre degré d'inattention à ce qui se passe, ainsi qu'un exemple des changements pouvant survenir quand l'attention à nos sens nous relie au présent de l'expérience, par exemple, quand nous mangeons plus lentement en nous focalisant sur la nourriture.

Le sujet devient conscient d'aspects de la vie qui autrement passeraient inaperçus, tant sur le plan positif que sur le plan négatif. L'objectif est par la suite d'apporter de la conscience dans les événements et les actions de la vie de tous les jours pour savoir ce qui est vécu et pouvoir pour la suite changer la nature de l'expérience.

- La méditation assise

Cet exercice a pour objectif d'aider les sujets à trouver des moyens de réduire leur degré d'identification à ce qu'ils pensent, et de les encourager à voir les pensées comme des pensées. L'idée est clairement d'explorer l'évitement, l'établissement et la consolidation de schémas des pensées négatifs. Mais aussi d'aider les sujets à modifier leur relation aux pensées, pour qu'ils n'en dépendent plus mais soient en relation avec elles, comme objet de leur attention. L'exercice permet également de travailler sur le processus de rumination et de vagabondage mental.

- L'observation de la météo intérieure

Prendre le temps de reconnaître sa météo intérieure consiste à ressentir tout simplement ce qui se passe en nous : quelle émotion est là ? s'exprime-t-elle physiquement ? quelles pensées y

sont associées ? Quelles que soient les réponses intérieures à ces questions, il n'y en a pas de bonnes ou de mauvaises. Les choses sont ainsi à ce moment-là.

Pour les jeunes, le terme de météo est particulièrement intéressant car il permet d'imager les émotions : le soleil pour la joie, la pluie pour la tristesse, l'orage pour la colère, etc. Il est surprenant de remarquer que ces associations vont être propres à chaque personne.

De plus, la notion de météo illustre aussi parfaitement le caractère changeant de la vie émotionnelle. Comme il peut pleuvoir le matin et faire un magnifique soleil l'après-midi, nous pouvons être triste à un moment et joyeux quelques heures plus tard. Rien n'est figé, la vie émotionnelle est en mouvance continuelle.

« Assieds-toi confortablement. Ferme complètement les yeux ou ferme-les presque entièrement, comme tu préfères. Prends tranquillement le temps de découvrir comment tu te sens. Quel temps fait-il à l'intérieur ? te sens-tu détendu ? y a-t-il du soleil à l'intérieur ? ou te sens-tu comme quand il y a des nuages ou qu'il pleut ? Il y a peut-être de l'orage. Qu'est-ce que tu observes ?

Sans réfléchir, tu laisses venir le bulletin du temps qui correspond à ce que tu ressens en ce moment. Et quand tu te rends bien compte de ce que tu ressens maintenant, tu laisses les choses comme elles sont... Tu ne dois pas vouloir ressentir autre chose ou changer ce qui est. Tout comme le temps qu'il fait dehors, tu ne peux changer celui qu'il fait à l'intérieur.

Reste un moment auprès de ce que tu ressens. Tu fais attention, avec gentillesse et curiosité, aux nuages, au ciel clair ou à l'averse qui arrive... Tu ne peux pas changer ton humeur d'un coup. Mais, à un autre moment de la journée, le temps aura changé... Pour l'instant, c'est comme ça. Et c'est bien ainsi. Les sentiments changent ».

3) Temps de partage

Pendant la séance une discussion sur l'expérience du raisin sec et de la météo intérieure a été ouverte avec les élèves.

4) Entraînement de la semaine

Remplir le plus précisément possible le calendrier météo dans le cahier d'exercices de la semaine trois. Remplir « en pleine conscience » la partie sur les jugements.

L'entraînement aux exercices de méditation reste important pour garder la motivation, enrichir la palette des ressentis et la connaissance de soi-même.

La méditation sur le souffle (avec ou sans enregistrement) et le scan corporel restent les deux valeurs sûres de l'éveil à la pleine conscience, les jeunes sont invités à y revenir régulièrement. Faire de micro pauses dans la journée, pour reprendre son souffle, regarder, entendre, sentir et goûter restent également à entraîner.

F. Quatrième séance : Les émotions (sentiments), ça se sent et la fabrique des ruminations

1) Thème : les sentiments, ça se sent et la fabrique des ruminations

Prendre conscience comme notre perception des événements, des situations, change selon nos états d'âme du moment. Dans cette séance l'objectif est de comprendre les différentes émotions et leur fonction et également d'apprendre à reconnaître les flots de pensées, à les maîtriser, à faire face aux pensées fausses et à travailler sur le processus de rumination et de vagabondage mental.

2) Symboles /outils : L'histoire d'Anne

« Me voilà, je suis dans mon lit ! J'aime tellement dormir, mais mes pensées ne le veulent pas. Elles portent sur tout, sauf sur le MAINTENANT. J'ai l'impression de devenir folle de toutes ses ruminations. Et je continue à penser : » il faut que je dorme maintenant, il faut que je dorme maintenant ! Sinon, demain je serai trop fatiguée pour l'examen, et j'aurai sûrement une très mauvaise note ! » Du coup, mes pensées portent sur les notes que j'ai eu la semaine dernière. « Je suis nulle, j'aurais dû apprendre beaucoup mieux. Je crois que je ne suis pas capable. Je n'y comprends rien, et si je pose une question au prof, il me répond : « Tu aurais dû faire plus attention ». J'ai peur que tout le monde se moque de moi si je le demande encore une fois. Ils vont penser que je suis bête. Comme à mon ancienne école ? Est-ce que les tracasseries vont recommencer ? » Les soucis, les catastrophes complètes, mais aussi toutes mes idées géniales passent en couleur. Même les absurdités... Pourquoi est-ce que ma tête fait ça ? chaque fois quand je me couche, et que je veux m'endormir doucement, la tchatche commence dans ma tête. Je prends mon téléphone pour voir l'heure. Ah non, Il est déjà 2 heures du matin, demain je dois me lever tôt ! Quelle catastrophe ! ».

3) Temps de partage

Echange autour des émotions. « Quelles sont les émotions que vous connaissez ? Avez- vous une idée des quatre émotions primaires ? Et à quoi nous servent-elles ces émotions ? »

4) Entraînement de la semaine

Pour cette semaine à suivre, les lycéens sont invités à lire le contenu de la séance 4 sur le cahier d'exercices.

Les jeunes en cette période étaient engagés dans le travail des épreuves de bac blanc et ont donc été encouragés à prendre un temps de pause chaque fin d'après-midi pour se recentrer sur eux-mêmes. Ils ont également été invités à reprendre les pratiques des méditations déjà connues (à reprendre selon leurs besoins) et à débiter la méditation « Gérer les situations difficiles ».

G. Cinquième séance : La tension et le stress

1) Thème la tension et le stress

Pendant cette séance, il a été fait une brève et simple présentation du stress répondant à la question « C'est quoi le stress ? ». Les objectifs proposés ont été d'apprendre à reconnaître la tension et le stress, de les sentir, au lieu d'y penser, et d'apprendre à moins réagir en pilotage automatique (fuir, se battre ou être paralysé). Ainsi apprendre à « surfer » sur les vagues de la vie. Les vagues de poisse et les vagues de la bonne chance.

2) Temps de partage

Retour sur la semaine passée et échange avec les élèves autour des questions suivantes :

« Qu'est-ce que tu as remarqué de tes sentiments et de tes pensées cette semaine ? », « Quelle est ta principale découverte concernant l'univers de tes pensées ? », « Qu'est-ce qui t'aide à réagir aux ruminations ? », « Quel exercice fais-tu le plus souvent, jusqu'à présent ? ».

3) Exercice : méditation de la montagne

C'est une métaphore aidante « la méditation de la montagne » car la montagne est porteuse de nombreuses qualités méditatives : la Force, la Beauté, la Majesté, la Puissance, l'Immobilité, le Silence, l'Assise, l'Enracinement, etc.

« L'image est inspirante, elle suggère que nous sommes assis comme la montagne, nous sentant enracinés, massifs et immobiles dans notre posture. Nos bras sont les flancs pentus de la

montagne, notre tête le sommet élevé, le corps forme un ensemble majestueux et magnifique, comme tendent à l'être les montagnes. Nous sommes assis immobiles, étant simplement qui nous sommes, exactement comme une montagne se trouve là, non altérée par l'alternance du jour et de la nuit, les variations du temps et la succession des saisons. La montagne est toujours ancrée, enracinée dans la terre, toujours tranquille, toujours belle. Elle est belle en étant simplement ce qu'elle est, vue ou pas, couverte de neige ou verdoyante, arrosée par la pluie ou couverte de nuages ».

4) Entraînement pendant la période de vacances d'hiver

Pendant cette période de vacances... détente, repos et sûrement du temps pour les amis, les projets et...Ce peut être aussi le temps pour tranquillement vous entraîner aux exercices de la pleine conscience...et prendre le temps de mieux vous connaître. La proposition de la semaine 6 sur votre cahier devrait vous aider à prendre ce recul. Choisissez un moment à y consacrer dans vos journées. Cela demande aussi un effort et du courage, celui de s'arrêter.

Aux exercices enregistrés vous pouvez ajouter, gérer les émotions difficiles et la méditation de la montagne.

H. Sixième séance : L'art de communiquer

1) Thème : l'art de communiquer

La communication, c'est établir un contact, rencontrer et partager ; Etre en contact avec soi-même, avec les autres, avec la nature qui nous entoure. Dès que l'on établit un contact, il y a échange d'informations. Pour bien communiquer, il faut commencer par bien écouter ce que dit l'autre (au lieu de ce que tu penses que dit l'autre, et au lieu de remplir déjà ce que l'autre veut dire). La communication, c'est dire ce que nous voulons vraiment exprimer.

2) Symboles /outils : les histoires : La grenouille qui braille, la grenouille invisible et la grenouille de la pleine conscience

Chaque histoire, décrit un mode de communication.

- La grenouille qui braille

Un groupe d'adolescents est en train de jouer au foot dans un quartier. C'est un jeu passionnant, parce que l'équipe adverse a deux points d'avance. Tout d'un coup, l'un des joueurs passe avec force le ballon par-dessus le but, et le ballon roule dans la rue. Un passant passe juste, et l'un des garçons lui crie : « He mec, passe-moi le ballon ! ». Rien ne se passe. Il crie encore plus

fort. Il ne se passe toujours rien. Soudain, le garçon est tellement en colère qu'il s'approche du passant et commence à lui hurler dessus : « He imbécile, tu vois bien le ballon devant tes pieds, tu aurais quand même pu donner un coup de pied et le renvoyer, hein ? » et il pousse l'homme avec force. L'homme tombe par terre. A ce moment-là, le garçon voit que l'homme n'a jamais pu voir le ballon. Il est aveugle.

- La grenouille invisible

Le meilleur copain de John, Henri, l'a vraiment blessé cette fois. Il a raconté un secret à d'autres amis, tandis qu'il lui avait promis de ne jamais en parler aux autres. John se sent en colère et frustré. Mais en même temps, il a peur de perdre son ami Henri, s'il lui en parle. Peut-être vaut-il mieux se taire. « Probablement, le secret aurait été révélé finalement », pense-t-il.

- La grenouille de la pleine conscience

Marylise rentre plus tôt de l'école que prévu, ouvre la porte de sa chambre et voit sa mère lisant son journal intime ; Comment est-ce possible ! Marylise sent qu'elle devient furieuse. Mais elle le remarque. La chaleur de la colère monte à grande vitesse. Par expérience, elle sait que dans la plupart des cas, cela se termine mal quand elle réagit tout de suite à partir de sa colère. Il y a presque toujours des disputes. Elle inspire et expire quelques fois, et dit d'un ton fâché, de sorte que sa mère remarque bien qu'elle est en colère : « Maman, qu'est-ce que tu fais-là ? » Sa mère a peur et raconte qu'elle se fait bien des soucis pour elle, que le contact lui manque et qu'elle a peur que Marylise fume des joints. Elle s'excuse immédiatement. Marylise est énormément blessée par tout cela ; Elle sent qu'elle ne peut pas faire confiance à sa mère. Elle dit : « J'aimerais bien te parler, mais il faut que tu me promettes de m'écouter vraiment, au lieu de dire tout de suite ce qu'il me faudrait faire ». Ensemble, elles ont une conversation et Marylise raconte à sa mère des problèmes qu'elle a rencontrés récemment. Elles parlent des problèmes, de la confiance et de l'intimité. A la fin de la conversation, sa mère lui promet de davantage respecter les choses privées de Marylise et de l'écouter plus souvent, sans donner des conseils. Et Marylise, quant à elle, promet à sa mère de lui raconter davantage sur ce qu'elle trouve vraiment important, et sur ce qui la préoccupe.

Dans la première histoire, le garçon porte sans pitié un jugement sur l'autre. Il essaie d'arriver à ses fins en criant sur l'autre et en l'insultant. Voilà ce qui est la cause de beaucoup de conflits, et qui provoque beaucoup plus de disputes.

Dans la deuxième histoire, John ne dit pas ce qui est vraiment très important pour lui, quelle est la nature de son sentiment. Il se fâche contre lui-même et rejette son sentiment. S'il répète ce mode de fonctionnement, il n'obtiendra jamais ce qu'il veut, et à l'intérieur, sa colère augmentera.

Dans la troisième histoire, on pourra décrire comment on peut quand même résoudre une affaire qui pourrait provoquer une grande dispute.

3) Exercices : dessiner un plan

- Dessiner un plan

« S'asseoir dos à dos par couple pour 10 minutes. Un élève fournit une description la plus précise possible du rez-de-chaussée de sa maison. Par où entre-t-on ? A quoi l'entrée ressemble-t-elle ? Que contient-elle ?...

Le deuxième élève dessine le plus clairement possible ce « rez-de-chaussée ».

L'exercice se termine avec un temps de partage.

4) Entraînement de la semaine

Invitation à vivre avec attention les relations de communication : être vraiment à l'écoute, dire ce que vous pensez vraiment. Relire les différents styles de communication dans le cahier des exercices et s'entraîner à développer en pleine conscience chacun des styles et observer comment ils sont vécus et l'impact de votre choix de communication sur la situation. Remplir chaque jour le journal de bord, choisir chaque jour la méditation la plus adaptée pour un vrai moment de pause et continuer à penser aux micro pauses qui, dans la journée, aident à rester en contact avec ce qui est vécu dans l'instant.

I. Septième séance : La patience, la confiance et le lâcher-prise

Cette septième séance a débuté avec une méditation et un retour sur la semaine précédente à l'aide des questions suivantes : « Qu'est-ce qui était important pour toi dans la leçon sur la communication ? », « Quelles capacités t'ont-elles permis d'entraîner ? », « Qu'as-tu découvert ? », « Qu'est-ce qui te pose des difficultés ? », « Qui souhaite ajouter quelque chose sur le parcours effectué ou sur la communication ? ».

1) Thème : la patience, la confiance et le lâcher-prise

La septième séance a été caractérisée par la présentation de qualités essentielles à la pratique de la pleine conscience : la patience, la confiance et le lâcher-prise.

La patience est une forme de sagesse. Elle prouve que nous comprenons et acceptons le fait que parfois les choses doivent se déployer à leur rythme. Un enfant essaie parfois d'aider un papillon à naître en cassant sa chrysalide. D'habitude, le papillon n'en tire aucun profit. Nous cultivons la patience envers notre esprit et notre corps de la même façon quand nous pratiquons la pleine conscience. Nous nous rappelons délibérément qu'il n'est pas nécessaire d'être impatients avec nous-mêmes quand nous trouvons notre esprit en train d'émettre constamment des jugements, ou quand nous sommes tendus, agités ou effrayés, ou quand nous avons pratiqué tout un temps sans que rien de positif ne semble se produire. Nous nous donnons de l'espace pour faire ces expériences. La patience peut être une qualité particulièrement utile à invoquer quand l'esprit est agité. Elle peut nous aider à accepter cette tendance de l'esprit au vagabondage, tout en nous rappelant que nous n'avons pas à être emportés dans ses voyages. La pratique de la patience nous rappelle que nous n'avons pas à remplir nos moments avec des activités et davantage de pensées pour qu'ils soient riches. En fait, elle nous aide à nous rappeler que c'est le contraire qui est vrai. Être présent et complètement ouvert à chaque moment, l'acceptant dans sa plénitude, sachant que, comme le papillon, les choses ne peuvent se déployer que selon leur rythme propre.

Développer une confiance fondamentale en soi et en vos sentiments fait partie intégrale de l'entraînement à la méditation. Il est bien mieux d'avoir confiance en sa propre intuition et en sa propre autorité, même si le chemin est parsemé d'erreurs, plutôt que de toujours chercher des indications à l'extérieur de soi-même. Les enseignants, les livres, les enregistrements ne peuvent qu'être des guides, des balises ; Il est important d'être ouvert et réceptif à ce que vous pouvez apprendre d'autres sources, mais, au final, en pratiquant la pleine conscience, le sujet prend la responsabilité d'être lui-même et apprend à écouter son être plus profond et à s'y fier. Plus cette confiance est cultivée et plus facilement il est possible de faire confiance aux autres et de voir aussi leur bonté fondamentale.

Le lâcher-prise est une façon de laisser les choses être, de les accepter telles qu'elles sont.

2) Exercice : la force du guerrier

« Commencez par exécuter la posture de la montagne. Déplacez vos pieds jusqu'à avoir une distance d'un mètre et quart entre les deux. Levez les deux bras jusqu'à ce qu'ils soient parallèles au sol et tournez votre tête vers la gauche. Tournez votre pied gauche à 90 degrés

vers la gauche et pliez le genou gauche. Gardez les hanches dans le même angle (180 °) que les bras. Restez dans cette position pendant 30 secondes à une minute ».

3) Entraînement de la semaine

Pour vous entraîner, choisir la/les méditations enregistrées qui vous conviennent le mieux en fonction de ce que vous vivez. Être assis comme une montagne peut vous aider à trouver la force intérieure, l'espace de stabilité. S'exercer avant la tempête permet de s'ancrer quand elle est là...

Invitation à définir une qualité, un comportement que vous aimeriez fortifier en vous. Chaque jour, prenez le temps de vous arrêter, et de vous observer avec cette qualité, de visualiser ce que vous devenez avec cette qualité, dans des situations où vous la mettez en œuvre. Observer ce qu'elle change en vous comme si c'était la réalité. Et si une situation se présente... commencer à exercer cette qualité, comportement...

J. Huitième séance : être gentil c'est agréable et le secret du bonheur

Cette dernière séance du programme s'est déroulée sur un temps plus long, précédée du partage d'un repas convivial. Puis a eu lieu la passation des questionnaires et ensuite il a été abordé le thème du jour : la gentillesse.

1) Thème : Être gentil c'est agréable et le secret du bonheur

La gentillesse est l'une des qualités les plus essentielles de l'être humain. C'est comme une douce pluie qui arrose tout, sans oublier la moindre parcelle de terre. La pluie tombe tout simplement, sans faire aucune distinction entre « ici oui et là non ». La gentillesse ne juge pas ; Elle n'exclut personne ; Et elle va droit au cœur. Elle permet de grandir, d'apprendre à avoir confiance en soi-même et dans les autres. On condamnera moins automatiquement les autres. En prenant conscience de la force d'un mot gentil, d'un geste prévenant ou d'un visage aimable envers soi-même et envers les autres, il en résultera une atmosphère où les uns et les autres se feront moins souvent des brimades. On se souviendra de nouveau à quel point les paroles et les actes sincères et sympathiques rendent plus doux et plus ouvert. Ouvert à ce qui se passe réellement au lieu de ce que l'on pense qui se passe.

2) Symboles /outils : l'histoire du serpent et des tourmenteurs

Un serpent en avait assez de voir tout le monde s'enfuir en hurlant dès qu'il apparaissait. Il alla dans le bois voir un vieux sage pour lui demander ce qu'il devait faire pour ne plus effrayer les gens à ce point. Le vieux sage réfléchit un instant et lui dit : « Tu pourrais essayer de ne plus siffler, de ne plus montrer tes crochets à venin et de faire comme si tu étais inoffensif. »

Le serpent décida de suivre les conseils, mais en vain. Les habitants du village comprirent immédiatement que le brave animal n'était plus dangereux et lui jetèrent de lourdes pierres. Le serpent arriva tout juste à se sauver et retourna voir le vieux sage. Que faire maintenant ?

Le vieux sage recommanda au serpent de montrer ses puissantes mâchoires et ses muscles, mais de ne pas cracher son venin ni de mordre. Grâce à ses conseils, les habitants du village restèrent à une distance respectueuse. Ils sentirent que c'était du sérieux. Lorsque le serpent circulait tranquillement dans le village, il ne se passait rien, mais ils savaient ce qui pouvait se produire.

IV. Résultats

A. Les analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels Microsoft Excel et le logiciel de statistique gratuit R (R Foundation for Statistical Computing, 2012) dans sa version 3.2.4.

Nous avons tout d'abord réalisé des statistiques descriptives pour les variables qualitatives (nombre, pourcentage) et pour les variables quantitatives (moyenne, écart-type). Il n'y avait aucune donnée manquante.

La normalité des distributions a été vérifiée par un test de Shapiro-Wilk. L'égalité des variances a été vérifiée par un test de Fischer. Dans le cas de variances inégales, le test de Welch est utilisé.

Pour la comparaison des caractéristiques des deux populations, un test de Student a été utilisé quand la normalité et l'égalité des variances sont vérifiées. Un test de Welch a été utilisé quand les variances sont différentes. Dans le cas de non normalité des distributions, un test de Mann et Whitney a été utilisé pour des échantillons théoriques supérieurs à 4 individus (Schéma 2).

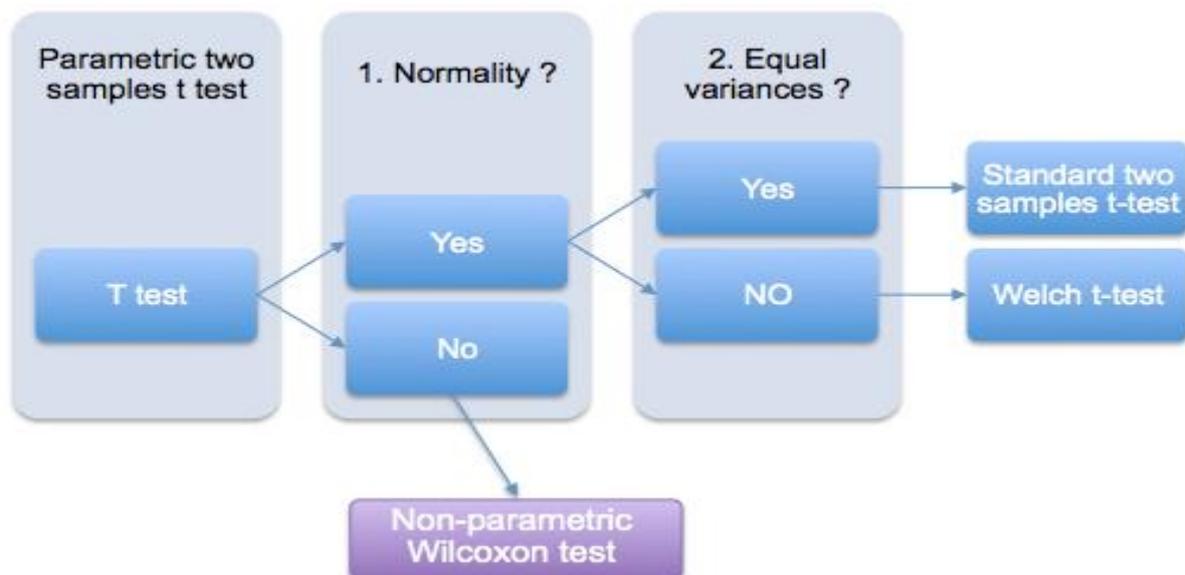


Schéma 2. Comparaison de deux moyennes théoriques (STHDA, 2016).

Dans le cas de variables qualitatives le test de X^2 a été utilisé pour vérifier l'indépendance des échantillons de plus de 5 individus (effectif théorique), le test X^2 Yates dans le cas d'échantillon de 2.5 à 5 individus. Dans les autres cas un test Fisher exact a été utilisé.

Pour la comparaison des moyennes observées des séries de valeurs présentant un lien il a été utilisé le test de Student apparié.

L'analyse des données a été faite en per-protocole (PP).

1) Les caractéristiques des populations étudiées

La population de l'étude était composée de 22 élèves de classe de terminale, de séries différentes et du même lycée. Les élèves ont été répartis en deux groupes comparables pour l'âge, le sexe, le tabac, la classe, les symptômes dépressifs, l'échelle GHQ-28 et l'échelle de Cohen.

Le premier groupe, expérimental (E) à l'origine était composé de 13 élèves. Après désistement, le groupe expérimental était composé de 11 participants, dont 9 filles (81,8%) et 2 garçons (18,1%). La moyenne d'âge était de 17,18 ans ($\pm 0,40$). Le nombre des fumeurs 4 (36,3 %).

Le deuxième groupe, témoin (T) était composé de 11 participants, dont 9 filles (81,8 %) et 2 garçons (18,1 %). La moyenne d'âge était de 16,90 ans ($\pm 0,30$). Le nombre de fumeur 3 (27,2%).

Les caractéristiques détaillées des deux populations sont exposées dans le tableau 2.

Tableau 2. Caractéristiques des deux populations étudiées

	Groupe E	Groupe T	Test	<i>p</i>
Age	17,18 \pm 0,40	16,90 \pm 0,30	W = 76	<i>p</i> = 0,098
Sexe homme/femme	2/9	2/9	X^2 de Yates=0,07	<i>p</i> = 0,78
Fumeur	4	3	$X^2=0,20$	<i>p</i> = 0,64

Groupe E : groupe expérimental ; groupe T : groupe témoin ; T : test ; *p* : p-value ;

W : test de Mann- Whitney ; X^2 de Yates = test de Yates ; X^2 : test de Khi-deux.

2) Les caractéristiques des populations initiales avant-intervention (T1)

- Echelle du stress ressenti de Cohen PSS

Le groupe E avait une moyenne de score globale à la PSS en T1 de 32,81 ($\pm 5,15$) et le groupe T de 30,09 ($\pm 7,68$). La comparaison des moyennes entre le groupe E et T au T1 ne présentait pas de différences statistiquement significatives pour les scores PSS ($p=0,46$).

Il n'avait pas de différence significative entre les deux groupes.

- The General Health (Questionnaire GHQ-28)

Le groupe E avait une moyenne de score totale au GHQ-28 en T1 de 3,27 ($\pm 2,28$) et le groupe T de 2,36 ($\pm 2,80$). La comparaison des moyennes entre le groupe E et T au T1 ne présentait pas de différences statistiquement significatives pour le score total GHQ-28 $P=0,24$.

Les élèves des deux groupes ne présentaient pas de différence significative.

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

Nous avons déterminé dans cette échelle trois sous-scores pour les domaines de l'anxiété, de la dépression et du HAD total dans les deux groupes.

Le groupe E avait une moyenne pour le domaine HAD totale en T1 de 16 ($\pm 4,44$) et le groupe T de 10,90 ($\pm 4,50$). La comparaison des moyennes entre le groupe E et T en T1 ne présentait pas de différences statistiquement significatives pour les scores HAD Total ($p=0,46$).

Au niveau du domaine de l'anxiété HAD A le groupe E avait une moyenne de 11,08 ($\pm 2,42$) et le groupe T de 8 ($\pm 3,54$). La comparaison des moyennes entre les deux groupes en T1 présentait des différences statistiquement significatives pour les scores HAD A ($p=0,02$).

Au niveau du domaine de la dépression HAD D le groupe E avait une moyenne de 4,90 ($\pm 2,91$) et le groupe T de 2,90 ($\pm 2,02$). La comparaison des moyennes entre le groupe E et T au T1 ne présentait pas de différences statistiquement significatives pour les scores HAD D ($p=0,07$).

Au total, les scores à ce questionnaire étaient comparables pour les deux groupes, sauf pour le domaine HAD A qui montrait une anxiété plus importante dans le groupe E.

- Questionnaire d'évaluation de la dépendance chimique à la nicotine de Fagerström (FTND)

Le groupe E avait une moyenne de score globale à la FTND de 1 ($\pm 0,81$) et le groupe T de 1,5 ($\pm 2,12$). La comparaison des moyennes entre le groupe E et T au T1 ne présentait pas de différences statistiquement significatives pour les scores FTND ($p=1$).

Les fumeurs des deux groupes étaient comparables pour la consommation de tabac.

Les scores détaillés, des 4 échelles des deux populations, sont exposés dans le tableau 3.

Tableau 3. Scores des 4 échelles dans les deux groupes d'études en T1.

	Groupe E	Groupe T	Test	p
PSS	32,81 \pm 5,515	30,09 +/- 7,68	Groupe E F = 0,95 Groupe T W=72	Groupe E $p=0,75$ Groupe T $p=0,46$
GHQ-28	10,81 \pm 8,89	6,90 +/- 7,28	w = 78,5	$p = 0,24$
HAD A	11,09 \pm 2,42	8 +/- 3,54	T = 2,38	$p = 0,02$ *
HAD D	4,90 \pm 2,91	2,90 +/- 2,02	T = 1,87	$p = 0,07$
HAD Total	16 \pm 4,44	10,90 +/- 4,50	T = 0,74	$p = 0,46$
FTND	2 \pm 1,82	1,5 +/- 2,12	T = 0	$p = 1$

Groupe E : groupe expérimental ; groupe T : groupe témoin ; T : test ; p : p-value ;

F : test Fisher ; W : test de Mann-Whitney ; T : Test de Student ; * $p < 0,05$

La population initiale ne présentait pas de différences statistiquement significatives, sauf pour le score HAD A ($p=0,02^*$). Le groupe expérimental était plus anxieux par rapport au groupe témoin.

3) Les caractéristiques de la population expérimentale avant et après intervention (T1 et T2)

Nous avons comparé les moyennes pour chaque échelle et domaines des échelles pour le groupe E avant et après intervention.

Les mesures avant et après intervention au PSS démontrent des différences statistiquement significatives au sein du groupe expérimental. Le groupe expérimental démontre une diminution significative du stress ressenti suite au programme « l'attention ça marche » ($p = 0,01$).

Concernant la santé générale échelle GHQ et ses 4 domaines pour le groupe expérimental, les mesures avant et après intervention démontrent des différences statistiquement significatives pour les domaines (SS) symptômes somatiques ($p = 0,01$), (AI) anxiété -insomnie ($p = 0,01$), (DS) dépression sévère ($p = 0,02$) et pour le GHQ score total ($p = 0,01$). Concernant le domaine (FS) dysfonctionnement social les mesures ne démontrent pas de différences statistiquement significatives ($p = 0,06$).

Nous avons observé au sein du groupe expérimental une diminution des symptômes somatiques, de l'anxiété, de l'insomnie et de la dépression sévère suite au programme. Enfin, concernant les mesures du dysfonctionnement social le groupe expérimental ne démontre pas de différences significatives avant et après intervention (moyenne en T1 1,81 et en T2 0,72) ($p = 0,06$).

Le score total GHQ-28 est statistiquement significatif, donc il y a une amélioration de la santé générale des élèves suite au programme.

Les mesures avant et après intervention pour l'échelle HAD et ses domaines ne démontrent pas de différences statistiquement significatives au sein du groupe expérimental : HAD A ($p = 0,17$) et HAD D ($p = 0,25$).

Le score HAD total démontre une différence statistiquement significative pour le groupe expérimental ($p = 0,01$) suite au programme.

Le groupe expérimental ne démontre pas une diminution significative du FTND suite au programme MBRS adapté aux adolescents ($p = 0,42$). Il n'y a pas de diminution de la consommation du tabac chez les fumeurs du groupe expérimental.

Les mesures détaillées du groupe E avant et après intervention sont résumés dans le tableau 4 et dans la figure 2.

Tableau 4. Analyse des résultats groupe E avant et après intervention

	Groupe E avant	Groupe E après	Test	p
PSS	32,81 ±5,515	28,72±5,04	T=2,63	<i>p</i> =0,01* u
GHQ				
SS	3,27±2,28	1,09±1,70	W=58,5	<i>p</i> =0,01*
AI	3,27±2	1,18± 1,47	W=43,5	<i>p</i> =0,01*
FS	2,45±3,67	0,72±1,48	W=35,5	<i>p</i> =0,06 u
DS	1,81±2,22	0,72±1,42	W=40	<i>p</i> =0,02* u
GHQ Total	10,81±8,89	3,63±7,61	W=51,5	<i>p</i> =0,01*
HAD				
Anxiété	11,09±2,42	9,63±2,94	T=1,46	<i>p</i> =0,17
Dépression	4,90±2,91	3,81±3,54	W=32,5	<i>p</i> =0,25
HAD Total	16 ±4,44	13,45±4,96	W=55	<i>p</i> =0,02* u
FTND	1 ±0,81	1±0,81	T=1	<i>p</i> =0,42

Groupe E : groupe expérimental ; groupe T : groupe témoin ; T : test ; p : p-value ;

T : test se Student ; W : Test de Mann- Whitney ; * : $p < 0,05$; u : test statistique unilatérale

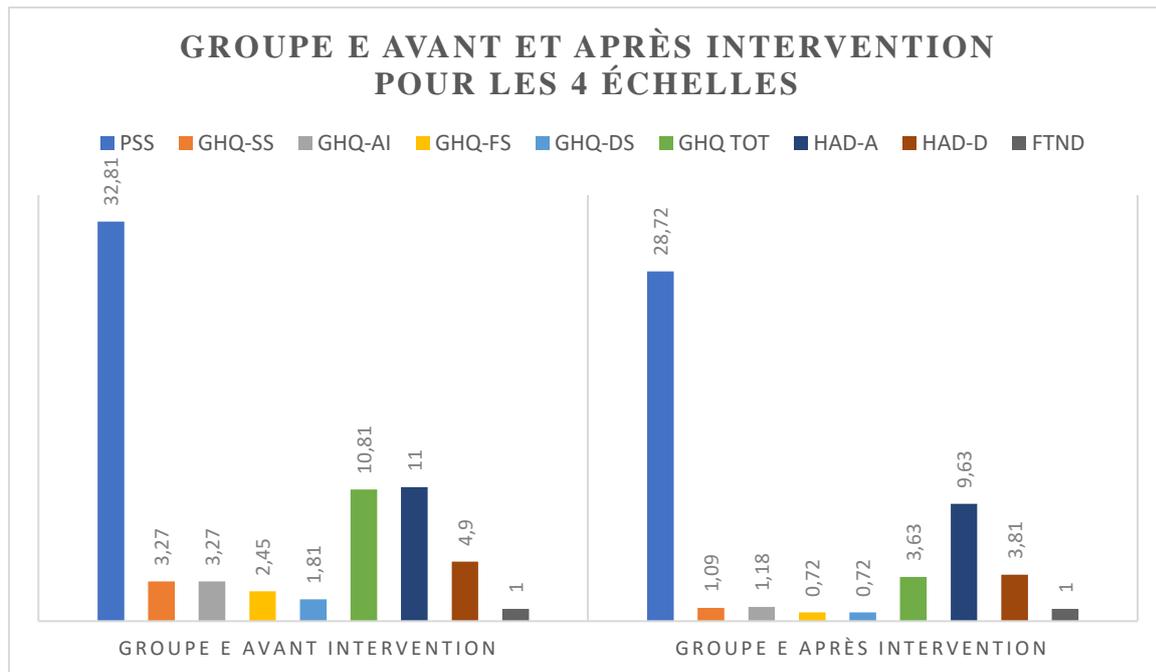


Figure 2. Scores des 4 échelles dans le groupe E avant et après intervention.

4) Les caractéristiques des populations expérimentale et témoin après intervention (T2)

Nous avons comparé les moyennes pour chaque échelle et domaine des échelles pour les groupes E et T après intervention.

Les mesures après intervention ne démontrent pas de différences statistiquement significatives au sein des deux groupes (expérimental et témoin) pour l'échelle PSS ($p=0,6$).

La comparaison des moyennes entre le groupe E et T après intervention pour l'échelle GHQ-28 dans ses 4 domaines et son score total ont mis en évidence que les mesures après intervention démontrent des différences statistiquement significatives pour le domaine AI, ($p=0,02$). Également, pour le score total GHQ les mesures démontrent une différence statistiquement significative ($p=0,04$).

Au niveau autres domaines de l'échelle, la comparaison des moyennes après intervention ne démontrent pas des différences statistiquement significatives au sein des deux groupes SS ($p=0,06$), FS ($p=0,06$) et DS ($p=0,06$).

Concernant la santé générale, notre programme a déterminé des différences significatives au sein des deux groupes ($p=0,04$). Bien que les sous-scores pour les 4 domaines ne présentaient pas de différences significatives, ils se sont rapprochés de la valeur $p=0,05$ démontrant une amélioration des domaines de l'échelle GHQ-28 pour les élèves qui ont bénéficié du programme.

La comparaison des moyennes entre le groupe E et T après intervention pour l'échelle HAD (HAD A, HAD D et HAD total) ne démontre pas de différences statistiquement significatives au sein des deux groupes : HAD A ($p=0,57$) et HAD D ($p=0,92$).

Le score HAD total ne démontre pas de différence significative au sein des deux groupes ($p=0,46$).

Au total, au niveau de l'anxiété et de la dépression, les mesures après intervention ne démontrent pas une différence statistiquement significative au sein des deux groupes ($p=0,92$). Les élèves qui ont bénéficié du programme ne présentaient pas moins d'anxiété et de dépression par rapport au groupe témoin.

La comparaison des moyennes entre les groupes E et T après intervention pour l'échelle FTND ne démontrent pas de différences statistiquement significatives au sein des deux groupes ($p=1$).

Les mesures détaillées et les comparaisons des moyennes entre les deux groupes, pour chaque échelle et pour chaque domaine, sont reportés dans le tableau 5.

Tableau 5. Analyse des résultats des deux groupes E et T après intervention

	Groupe E	Groupe T	T	p
PSS	28,72±5,04	30,63±10,84	T de Welch=0,52	$p=0,6$ u
GHQ				
SS	1,09±1,70	2,45±2,50	W=83	$p=0,06$ u
AI	1,18±1,47	3,18±2,48	W=90	$p=0,02^*$ u
FS	0,72±1,48	1,63±2,06	W=82	$p=0,06$ u
DS	0,72±1,42	0,90±1,30	W=38,5	$p=0,06$ u
GHQ Total	3,63±7,61	8,1±7,61	W=86	$p=0,04^*$ u
HAD				
Anxiété	9,63±2,94	8,81±3,70	T=0,57	$p=0,57$
Dépression	3,81±3,54	3,09±1,81	W=62,5	$p=0,92$
HAD Total	13,45±4,96	11,90±4,72	T=0,74	$p=0,46$
FTND	1±0,81	1,5±2,12	W=4,5	$p=1$

Groupe E : groupe expérimental ; groupe T : groupe témoin ; T : test ; p : p-value ; T : test de Student ; W : Test de Mann-Whitney ; T : test de Welch ; * : $p < 0,05$; u : test statistique unilatérale.

De manière générale, les résultats de l'expérimentation démontrent un effet du programme « L'attention ça marche » selon la méthode de Eline Snel sur la santé générale des élèves et une diminution du sous-score d'Anxiété-Insomnie ($p=0,02$).

Par contre, les résultats ne mettent pas en évidence une diminution des symptômes dépressifs, du stress ressenti, ni une diminution de la consommation de tabac chez les fumeurs. (Figure 3).

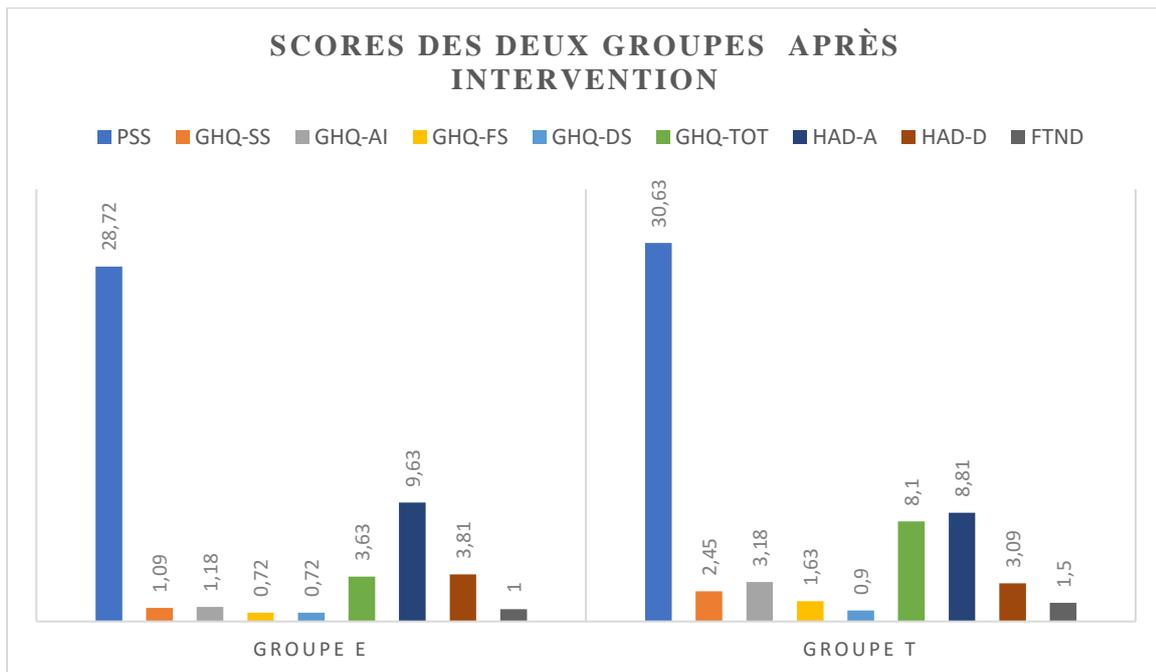


Figure 3. Analyses des résultats des deux groupes E et T après intervention.

5) L'adhésion des élèves au programme « L'attention ça marche »

Pour évaluer l'acceptabilité du programme, les élèves ont rempli un questionnaire d'évaluation et rédigé des commentaires immédiatement après la fin du programme « L'attention ça marche ».

36,36 % des élèves ont eu une fréquence régulière et 54,54% une absence. Le taux d'abandon du programme a été de 15,38 %.

Le pourcentage d'adhésion des élèves au programme est représenté dans la figure 4.

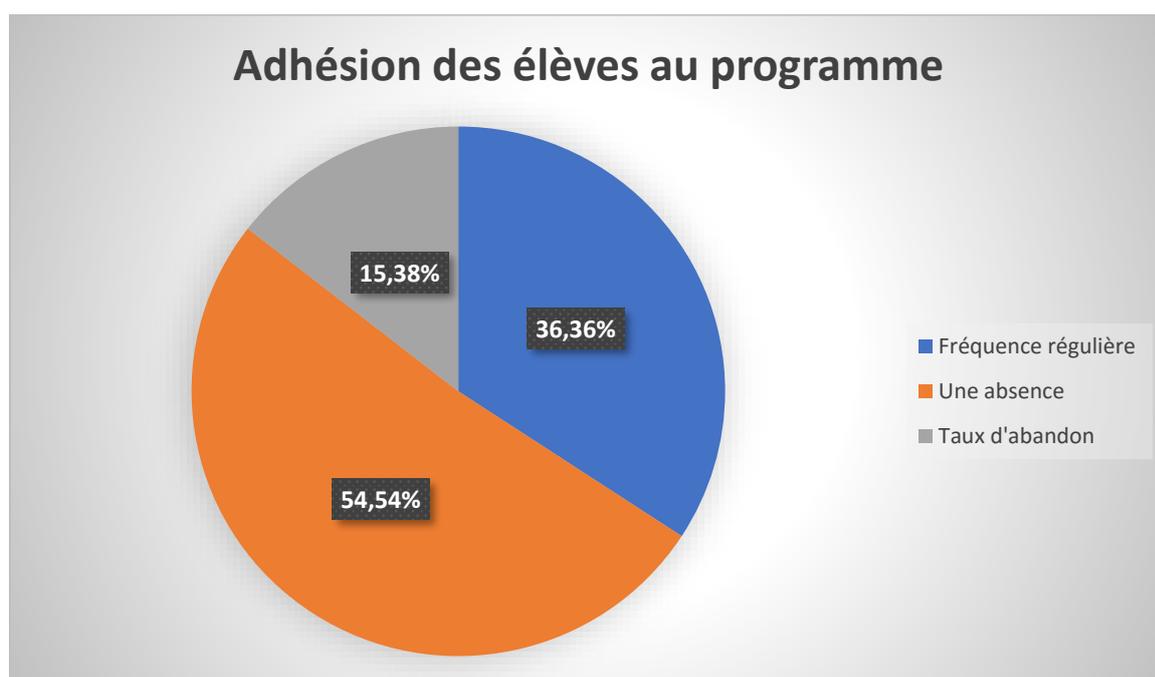


Figure 4. L'adhésion des élèves au programme.

Tous les participants, sauf un élève qui a répondu à la question par « je ne sais pas », seraient favorables aux séances de soutien pour poursuivre l'entraînement avec une fréquence de :

- un élève 1 fois par quinzaine ;
- deux élèves 1 fois par semaine ;
- trois élèves de 1 à 2 fois par semaine ;
- deux élèves 2 fois par semaine ;
- un élève « le plus souvent possible ».

Enfin, pour un élève la fréquence dépendrait du lieu où se déroulerait le programme et du créneau horaire.

Au total, l'approche basée sur la pleine conscience, d'après les réponses des élèves aux questionnaire, a été bien acceptée et 10 élèves sont approuvateurs pour la poursuite du programme avec une fréquence soutenue.

6) La pratique de la pleine conscience au sein du groupe E pendant le programme

La comparaison de la pratique de la méditation, entre les deux groupes, pendant la période du déroulement du programme et en dehors des séances collectives, a mis en évidence des résultats statistiquement significatifs ($p=0,001$). (Tableau 6)

Tableau 6. La comparaison de la pratique de la méditation entre les deux groupes.

	Groupe E	Groupe T	Test	<i>p</i>
Pratique de la méditation	OUI	NON	X ² = 10,26	$p=0,001^*$

Groupe E : groupe expérimental ; Groupe T : groupe témoin ; X²= test de Khi-deux ; *p* : p-
valu ; * : $p < 0,05$

Le groupe expérimental a utilisé les exercices méditatifs dans un contexte d'évaluation ou de bac blanc.

IV. Discussion

Notre étude a permis de mettre en évidence une diminution significative du stress ressenti ($p = 0,01$) suite au programme « L'attention ça marche » au sein du groupe expérimental.

Nous avons observé également au sein du groupe expérimental que le score total GHQ-28 est statistiquement significatif, donc il y a une amélioration de la santé générale des élèves après intervention.

En effet, nous avons retrouvé une diminution des symptômes somatiques ($p=0,01$), de l'anxiété, de l'insomnie ($p=0,01$) et de la dépression sévère ($p= 0,02$) suite au programme. Concernant les mesures du dysfonctionnement social le groupe expérimental ne démontre pas de différences significatives avant et après intervention ($p=0,06$).

Par contre, notre étude n'a pas pu démontrer de différences statistiquement significatives au sein du groupe expérimental pour l'échelle HAD et ses domaines et pour l'échelle FTND après intervention.

Notre étude a permis de mettre en évidence des effets positifs de la pratique de la pleine conscience sur l'ensemble du groupe, principalement, dans le versant de l'amélioration de la santé générale GHQ-28, sous-échelle anxiété-insomnie ($p=0,02$) et du bien-être comparativement au groupe témoin.

Contrairement à notre attente de la première hypothèse, nous n'avons pas pu démontrer les bénéfices significatifs au niveau des symptômes dépressifs et du stress ressenti après la pratique de la pleine conscience entre le groupe expérimental et le groupe témoin.

Notre deuxième hypothèse n'a, également, pas été confirmée par notre étude. En effet, nous n'avons pas observé une diminution de la consommation du tabac chez les élèves fumeur à la suite du programme de pleine conscience par rapport au groupe témoin.

Dans cette recherche, la pratique méditative en dehors des séances collectives est extrêmement importante dans la réussite du traitement. Nous avons développé un programme de pleine conscience avec une population d'élèves qui était intéressée par cette démarche, mais dont l'engagement réel et sincère ainsi que l'observance des entraînements formels, informels et

aussi des exercices à réaliser sur le cahier expressément conçu par le programme, sont difficiles à garantir.

Nous avons pu constater, par le questionnaire d'évaluation de fin programme, que seulement 6 élèves se sont consacrés au travail en autonomie sur le cahier d'exercices, 4 élèves ont pratiqué les méditations formelles et 6 les méditations informelles. Les renseignements sur la fréquence de la pratique de la méditation formelle sont les suivants : « 4 fois par semaine », « tous les matins », « très souvent tous les jours », « tous les jours ». Nous n'avons pas de précisions concernant la durée de ces entraînements.

Dans la pleine conscience, une fois la pratique diffusée, c'est le sujet qui est l'acteur fondamental de son bien-être en construction et c'est par la pratique quotidienne qu'il va pouvoir entrer dans une démarche de vie différente. Pour cette raison, le travail en autonomie quotidien du sujet pendant le programme est primordiale pour intégrer de façon naturelle et progressive cette pratique dans son propre emploi de temps.

Notre étude a mis en évidence que l'instauration d'une approche basée sur la pleine conscience dans le milieu scolaire avec un groupe d'élèves est faisable. Nos résultats sont comparables à d'autres approches basées sur la pleine conscience avec des adolescents dans un cadre scolaire. (Rawlett, 2016, Felver, 2016, Metz, 2013).

Dans notre situation, il n'est pas négligeable de parler de la forte volonté investie pour faire aboutir le projet de la part de tous les partenaires.

A niveau pratique, nous nous sommes adaptés aux exigences du lycée avec :

- Choix d'un jour et d'un créneau horaire compatible avec l'emploi du temps scolaire des élèves, sans pénaliser un cours en particulier et respectant les horaires d'ouverture et de fermeture du lycée. Le seul jour où la majeure partie des élèves de terminale n'ont pas cours tombe sur le mercredi après-midi. Cette exigence nous a empêchés de répartir notre groupe d'élèves de façon randomisée, la répartition a été faite par rapport à la disponibilité des élèves. Nous avons tenu compte du fait que plusieurs élèves n'ont pas cours le mercredi après-midi mais font des activités extrascolaires. Nous avons considéré également les impératifs des élèves pour le choix du créneau horaire (horaires de bus pour rentrer à leur domicile, temps du repas, etc.).

- Prise en compte des vacances scolaires : la période qui nous concernait étant le mois de février avec ses vacances d'hiver et, par conséquent, la fermeture du lycée. Ces vacances n'ont pas permis la continuité linéaire du développement du programme comme prévu par la méthode « L'attention ça marche » d'Eline Snel. Nous avons tenu compte également, dans l'organisation de ce projet, des classes de terminales concernées par des voyages scolaires prévus.
- Disponibilité d'une salle et adaptation de celle-ci au déroulement du programme. En fait, la salle la mieux adaptée était occupée par les ateliers de théâtre. Nous avons donc opté pour une salle d'étude. Celle-ci a été nettoyée et aménagée (déplacement des tables, chaises et chauffage supplémentaire par l'ajout d'un radiateur d'appoint) avant chaque séance, pour être adaptée et confortable lors des séances. Cette organisation a nécessité une vraie coordination avec l'équipe du ménage pour ne pas entraver leur travail (c'est le mercredi après-midi que se déroule le grand ménage hebdomadaire du lycée).
- Conservation du matériel nécessaire aux séances (tapis de sol, couvertures, chauffages d'appoint) pour éviter aux élèves de transporter à chaque fois ces objets encombrants et pour éviter également de les oublier. Une armoire a été expressément aménagée pour conserver l'ensemble du matériel dans la salle d'attente de l'infirmerie du lycée. Nous avons mis à disposition des tapis de sol pour les élèves qui n'en possédaient pas, pour éviter les dépenses pour les jeunes et leurs familles.

Au niveau du recrutement, nous nous sommes rendus disponibles mais, également, nous nous sommes adaptés aux exigences des élèves pour prendre en compte leurs contraintes (horaires de bus, cours, activités extrascolaires, et autres impératifs) afin de pouvoir les rencontrer en entretien, récupérer les formulaires de consentement éclairé signé et pour la passation des questionnaires par le groupe témoin. Un système de rappel de rendez-vous par SMS a été mis en place.

Enfin, a été surmontée la difficulté de recruter un instructeur formé et certifié à une méthode de pleine conscience adaptée aux adolescents, disponible le mercredi après-midi et prêt à se déplacer sur Joué-lès-Tours.

Notre projet a été proposé au lycée et accepté, sans que ce dernier soit particulièrement sensibilisé au sujet de la pleine conscience. Nous sommes arrivés avec un concept innovateur et, dans le même temps, un peu « bizarre ». Souvent, on a la perception de la méditation comme quelque chose d'exotique ; à l'esprit de beaucoup des personnes, à l'évocation de méditation, arrive un moine avec la tête rasée, portant une robe, contemplant son jardin japonais très soigneusement ratissé. Tout cela existe et c'est même une des sources principales des techniques de méditation qu'on utilise actuellement dans le monde des soins occidental mais ce n'est pas que ça.

Ces raisons peuvent justifier la réticence des élèves à s'inscrire au programme. Nous avons eu une inscription initiale de 29 élèves (8,78%), sur environ 330 élèves de classes terminales (les données que nous avons consultées rapportaient les élèves en moyenne par classe).

Parmi le groupe expérimental, huit élèves avaient déjà entendu parler de la pleine conscience et, par contre, les élèves du groupe témoin n'étaient pas sensibilisés à ce sujet.

Nous devons prendre aussi en considération le temps de recrutement qui a été relativement court et coupé par les longues vacances de fin d'année civile.

Egalement, les jeunes ne savaient pas quoi attendre exactement d'une participation à une étude clinique, surtout au niveau de la confidentialité et ce sur quoi cela allait déboucher. Bien qu'ils aient eu une notice d'information et un entretien pour les renseignements, chez eux persistait la crainte d'être stigmatisés comme « malade » ou « stressé ».

L'établissement scolaire a été le garant du projet : le programme s'est déroulé dans les murs du lycée ; il a été approuvé par l'équipe de direction, présenté à l'équipe pédagogique qui l'a relayé auprès des élèves ; ce dispositif a conféré un gage de sérieux au projet et, dans le même temps, a rassuré les élèves.

Enfin, les avantages d'une intervention dans un cadre scolaire ont été d'éviter les déplacements des participants et d'évoluer dans un environnement connu par les élèves et leurs parents.

Pour surmonter les difficultés d'ordre pratique et aussi pour obtenir une meilleure réponse et adhésion sans crainte de la part des élèves, il serait probablement souhaitable que ce type d'intervention soit intégré dans un projet de l'établissement scolaire.

Les élèves ont accepté et adhéré au programme de pleine conscience, après un début hésitant. En effet, nous avons rencontré des difficultés à fidéliser les jeunes au début du programme, surtout ceux qui venaient pour une approche-découverte de la pleine conscience (pour reprendre une expression d'un élève « *pas encore initié* »). Pour surmonter cette difficulté, nous avons mis en place plusieurs stratégies : un système de rappel des séances par SMS, des contacts téléphoniques et une séance de rattrapage.

Une seule absence par élève a été tolérée pendant le déroulement du programme complet, comme du prévu programme « L'attention ça marche » selon la méthode de Eline Snel : c'est surtout conseillé pour que le cadre soit maintenu et que l'engagement de chacun et le groupe soient respectés.

Une seule séance de rattrapage a été organisée pour permettre à un élève de rattraper les deux premières séances du programme et pouvoir intégrer le groupe. Séance exceptionnelle, mise en place suite aux justifications apportées par l'élève sur ses absences et sa motivation à s'engager dans le programme.

Notre étude a mis en évidence une bonne adhésion des élèves au programme. En effet, le 36,36 % des élèves ont eu une fréquence régulière et le 54,54% une absence. Le taux d'abandon du programme a été de seulement 15,38 %.

Dix élèves sont favorables pour la poursuite du programme avec une fréquence moyenne de 1 à 2 fois par semaine. Les séances de soutien de pratique à la méditation de pleine conscience ont, habituellement, une fréquence de l'ordre d'une fois par mois. Nous pouvons constater le fort intérêt des jeunes pour continuer cette pratique.

Nous avons évalué la pertinence d'une pratique en pleine conscience par un questionnaire d'évaluation de fin programme. Pour souligner la pertinence de cette pratique nous allons citer directement quelques réponses apportées par les élèves.

Nous pouvons suggérer que l'entraînement à la pleine conscience fournit aux jeunes des outils pour gérer eux-mêmes leurs émotions et faire face aux défis auxquels ils sont confrontés.

La comparaison de la pratique de la méditation, entre les deux groupes, pendant la période du déroulement du programme et en dehors des séances collectives, a mis en évidence des résultats statistiquement significatifs ($p=0,001$).

En effet, à la question suivante : « Avez-vous pratiqué la méditation de pleine conscience en classe pendant un cours, une évaluation, un examen blanc ? » 7 élèves ont répondu « Oui » précisant l'utilisation des micros-pauses pendant les évaluations et le bac blanc et 4 élèves ont répondu « Non ».

Comme cela a été mis en évidence dans la revue de la littérature de Felver (Felver, 2016) les compétences de pleine conscience acquises en milieu scolaire, plus précisément dans une salle de classe normale, sont plus susceptibles d'être utilisées par les élèves.

C'est intéressant de signaler que tous les élèves du groupe étaient présents à la séance qui s'est déroulée pendant la semaine du bac blanc.

L'approche de la pleine conscience peut développer l'autonomie de l'élève et lui permet de mettre en lumière son potentiel adaptatif face aux situations stressantes. Elle peut valoriser l'aspect actif du jeune face aux difficultés quotidiennes, en soulignant ses compétences pour y faire face, s'il s'engage dans une pratique active et déterminée.

Certains jeunes ont pu apprendre à porter intentionnellement une attention ouverte et flexible au moment présent, c'est-à-dire la pleine attention, une pleine présence, une pleine conscience au vécu du moment présent. C'est-à-dire, d'être capable de ramener son attention sur ce que je suis en train de vivre, de ressentir dans l'instant, être juste là, sans être parti très vite dans sa tête à faire des hypothèses sur ce qui va se passer après, à ruminer sur ce qui s'est passé avant.

« J'essaye de contrôler les signaux de stress en essayant de recentrer mon attention ».

« L'exercice du grain de raisin ça m'a réappris à plus me poser et observer les choses du quotidien ».

D'autres jeunes ont également appris à prendre conscience et explorer les différentes facettes des émotions associées ou non à des pensées et des comportements (sensations corporelles, pensées et comportements).

« Je me suis aperçue que mon mode de fonctionnement dans les situations était celui de la grenouille hurlante (qui braille) et que cela n'était pas forcément une bonne solution ».

D'autres témoignent avoir réussi à prendre de la distance par rapport aux pensées en s'ancrant dans le corps.

« Je peux ressentir les signaux de stress et de tension, quand ils arrivent, j'essaie de reprendre ma respiration et de me recentrer sur moi » ;

« Je pense à présent ressentir les signaux de stress et de tension, je peux gérer, grâce à un temps d'arrêt » ;

« ...quand je m'en aperçois, j'essaye de m'arrêter en me concentrant sur ce que je ressens à l'endroit précis » ;

Certains ont pu apprendre l'acceptation et la tolérance des états aversifs (ou désagréables), éliminant la lutte constante face à un état de fait sur lequel le sujet n'a pas de prise. Ce qui implique l'inhibition des comportements automatiques guidés par les émotions.

« ...l'exercice du raisin, j'ai appris à redécouvrir, à prendre mon temps et à profiter ».

« J'ai réussi à prendre du recul sur moi-même et donc un peu plus de confiance en moi ».

« J'ai préféré l'exercice de la météo intérieure parce qu'il m'a poussé à prendre du recul sur mes états ».

Enfin, quelques témoignages parlent de l'engagements dans des actions qui ont du sens et, donc, de la capacité à adopter des comportements alternatifs à la réaction automatique.

« ... Grâce à ces séances hebdomadaires j'ai pu intégrer la méditation à mon emploi du temps et j'ai pu remarquer que cela m'a aidé à porter un regard plus optimiste sur la vie ».

« Je continuerai à pratiquer « les arrêts » car cela me permet de me concentrer vraiment sur ce qui est vraiment important ».

A notre connaissance, de nombreuses études ont été menées pour évaluer les effets sur la santé psychique et physique d'une approche basée sur la pleine conscience chez des étudiants en milieu universitaire, surtout auprès des étudiants de formations médicales (Shiralkar, 2013, Berghmans, 2010, Lestage, 2016) et, également, plusieurs études ont été réalisées dans les lycées (Metz, 2013, Felver, 2016, Rawlett, 2016) principalement, pour évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de cette approche, avant d'évaluer les bénéfices. Dans la majeure partie de ces études ne sont pas rapportées les caractéristiques précises des élèves participant à la recherche (âge, classe, population clinique/non clinique) et pour cette raison nous pouvons retenir que les points forts de notre étude sont que nous avons ciblé une population précise : des élèves en

classe de terminale et avec des difficultés d'anxiété et de stress en prévision du baccalauréat et le passage à l'enseignement post bac.

VI. Limites de l'étude

Notre étude présente plusieurs limites. Tout d'abord, l'échantillon relativement faible de la population expérimentale a pu entraîner un manque de puissance statistique, ce dernier ayant pu contribuer à des résultats non significatifs mais qui auraient pu l'être avec une population plus grande.

Le faible nombre de participants a pu, également, empêcher l'utilisation de certaines régressions linéaires et la mise en évidence d'une différence significative entre les deux groupes pour l'observance thérapeutique.

L'observance des exercices préconisés par les participants est difficilement contrôlable. En effet, il est difficile de garantir que les élèves aient pratiqué les exercices mis en œuvre lors de la formation. C'est là un aspect important de ce type d'intervention car l'observance reste le garant de l'efficacité de la démarche.

Dans le même temps, le nombre de participants conseillé par le protocole est d'environ 10 jeunes ou moins, pour faciliter l'installation d'une ambiance plus intime et favoriser un climat de confiance pour d'avantage d'échanges entre les membres du groupe, particulièrement pour les adolescents anxieux.

L'impossibilité d'un appariement parfait entre les deux populations : le groupe expérimental était plus anxieux par rapport au groupe témoin selon le score de sous-échelle HAD A, limite la pertinence de l'analyse pour cette échelle.

Une autre limite : notre protocole de recherche est contrôlé mais non randomisé.

Les outils que nous avons utilisés comportent également quelques limites.

La totalité de notre questionnaire était auto-évaluatif, ce qui peut nous questionner sur un éventuel biais de désirabilité sociale et de subjectivité dans le choix des réponses : mauvaise interprétation des questions, déni, exagération, minimisation, désir de plaire...

Enfin, le temps de passation de notre questionnaire (environ 20 minutes) a pu produire de la fatigue et une certaine lassitude parmi les élèves. Nous pouvons faire l'hypothèse que ceci pourrait avoir une incidence sur la précision des réponses des sujets.

D'autres facteurs auraient pu avoir des conséquences sur la précision des réponses des élèves aux questionnaires. En effet, nous avons observé que les élèves, au début du programme,

n'étaient pas en confiance pour les raisons que nous avons déjà exposées (projet innovateur dans le cadre d'une étude de thèse, mené par des personnes en dehors des équipes scolaires, etc.). Ce contexte aurait pu limiter l'authenticité des réponses aux questionnaires. Ces difficultés ne se sont pas ressenties à la passation des questionnaires à la fin du programme. En effet, les élèves avaient compris qu'il n'y avait pas de piège, de jugement ni d'attentes. De plus, les rencontres hebdomadaires ont facilité l'instauration de la confiance. Tous ces éléments ont pu permettre aux élèves d'exprimer, dans les questionnaires, leurs difficultés de façon plus proche de la réalité. Nous pouvons avancer l'hypothèse que ces éléments pourraient influencer les scores et impacter l'efficacité du programme.

Le responsable de l'étude a participé aux séances entrant en interaction avec « l'unité d'observation ». La manière d'accueillir les élèves, les échanges, la pratique des exercices ensemble et ce qu'il transmet de son attitude positive ou négative en face du programme pourraient influencer le résultat de l'étude.

Une autre limite de notre étude a été les contraintes horaires des élèves qui ont limité la durée des séances. Toutes les séances ont été rythmées par les impératifs des élèves : horaires de bus, rendez-vous médicaux, passation d'examen du permis de conduire, convocation à la préfecture pour retirer le passeport, compétition sportive, etc. Ces impératifs ont obligé l'institutrice, sur le moment, à réadapter et remanier sa séance. De plus, l'institutrice a concentré les exercices et les enseignements les plus significatifs dans un temps plus limité pour ne pas pénaliser les jeunes avec des contraintes et, souvent, les temps de partage en groupe ont été sacrifiés. Ces limites de temps et les remaniements du programme en permanence pourraient nous faire évoquer l'hypothèse d'une incidence sur le résultat de l'étude.

En effet, le manque de validation empirique des pratiques de pleine conscience est une grande limite qui s'explique par le caractère jeune de cette démarche. Chaque instructeur peut apporter des différences dans la diffusion de la pratique en fonction de son appropriation et de sa personnalisation.

La coupure de deux semaines du programme avec les vacances d'hiver a déterminé une baisse d'investissement des élèves. En effet, à la séance qui s'est déroulée à la reprise des cours, nous avons eu le nombre le plus important d'élèves absents 5. L'absence de continuité linéaire du développement du programme comme prévu par la méthode « L'attention ça marche » d'Eline Snel pourrait avoir un impact sur l'efficacité de l'étude.

Conclusion

Les résultats de notre étude permettent de confirmer la faisabilité, l'acceptabilité et les bénéfices d'un protocole de recherche clinique étudiant l'impact d'une intervention basée sur la pleine conscience dans la santé psychique et générale chez un groupe de lycéens dans un cadre scolaire.

Notre étude a également permis de mettre en évidence des effets positifs de la pratique de la pleine conscience à l'ensemble du groupe, principalement, dans le versant de l'amélioration de la santé générale dans le domaine d'Anxiété-Insomnie ($p=0,02$) et du bien-être comparativement au groupe témoin.

Nous pouvons suggérer que l'entraînement à la pleine conscience fournit aux jeunes une boîte à outil qui leur permet d'être des acteurs majeurs dans la gestion de leurs émotions pour faire face aux défis auxquels ils sont confrontés.

Contrairement à notre attente, nous n'avons pas pu démontrer les bénéfices significatifs de la pratique de la pleine conscience au niveau des symptômes dépressifs, du stress ressenti, ni une diminution de la consommation du tabac chez des élèves fumeurs.

Même si les échelles portant spécifiquement sur les ressentis du stress et les symptômes dépressifs n'ont pas permis de mettre en évidence des différences significatives par rapport au groupe témoin, l'amélioration des échelles de ressenti global (GHQ-28 et le questionnaire de fin programme), nous permet d'avancer l'hypothèse d'une meilleure gestion de ces symptômes et une meilleure adaptation de la réponse apportée (obtenue) grâce à la pratique de la pleine conscience.

Bibliographie

Adam P. (2016). *Pleine conscience et insomnie : état de connaissances*. Médecine du sommeil 13, 56-64.

Ahola Kohut S, Stinson J, Davies-Chalmers C, Ruskin D, Van Wyk M. (2017). *Mindfulness-Based Interventions in Clinical Samples of Adolescents with Chronic Illness : A Systematic Review*. J Altern Complement Med.

Ali A, Weiss TR, Dutton A., McKee D, Jones KD, Kashikar-Zuck S, Silverman WK, Shapiro ED. (2017). *Mindfulness-Based Stress Reduction for Adolescents with Functional Somatic Syndromes : A Pilot Cohort Study*. Journal Pediatric; 183 :184-190.

American Psychiatric Association. (2015). *DMS-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson.

Andler R, Richard JB, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Pasquereau A, Beck F, Deutsch A, et al. (2016). *Consommation de tabac et utilisation d'e-cigarette en France en 2015 : premiers résultats du Baromètre cancer 2015*. Bull Epidémiol Hebd. ;(30-31) :502-7. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_3.html

André C. (2009) *Les états d'âme. Un apprentissage de la sérénité*. Odile Jacob, Paris mars.

André C. (2010). *La méditation de pleine conscience*. Cerveau & Psyché-n° 41- Septembre-octobre.

André C. (2015). *Méditation et médecine : où en sommes-nous ?* Annales de Dermatologie Vénérologie. [Http:// dx.doi.org/10.1016/j.annder.2015.10.169](Http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2015.10.169)

André C. (2014). « 67. *Thérapies fondées sur la pleine conscience dans le trouble bipolaire* » in Marc-Louis Bourgeois et al., Les troubles bipolaires, Lavoisier « Psychiatrie », p. 534-540.

Association pour le Développement de la Mindfulness (ADM) <http://www.association-mindfulness.org>

Beck F, Richard JB. (2013). *Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 344 p.

Belghith F, Giret JF, Ronzeau M, Tenret E. Panorama 2016. *Conditions de vie des étudiants*. OVEINFOS N°34 février 2017.

Ben, Mahar D. (2015). *Cognitive mechanisms of mindfulness : A test of current models*. *Consciousness and cognition* 38 50-59.

Berghmans C, Tarquinio C, Kretsch M. (2010). *Impact de l'approche thérapeutique de la pleine conscience mindfulness-based stress reduction (MBSR) sur la santé psychique (stress,anxiété,dépression) chez des étudiants : une étude pilote contrôlée et randomisée*. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 20,11-15.

Berghmans C, Tarquinio C, Strub L. (2010). *Méditation de pleine conscience et psychothérapie dans la prise en charge de la santé et de la maladie*. *Santé Mentale au Québec*, Vol. 35, n°1, p.49-83.

Biegel GM, Brown KW, Shapiro SL, Schubert C. (2009). *Réduction du stress basé sur la pleine conscience pour le traitement des patients psychiatriques ambulatoires des adolescents : Un essai clinique randomisé*. *Journal de psychologie clinique et de consultation* ; 77 : 855-866.

Blake M, Schwartz O, Waloszek JM, Raniti M, Simmons JG, Murray G, Blake L, Dahl RE, Bootzin R, McMakin DL, Dudgeon P, Trinder J, Allen NB.(2017) *The SENSE Study: Treatment mechanisms of a cognitive behavioral and mindfulness-based group sleep improvement intervention for at-risk adolescents*. *Sleep*. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsx061>.

Bondolfi G, Gasnier M, Pelissolo A, Pelissolo S, Tomba M, Mallet L., N'diaye K. (2016). *Les interventions basées sur la pleine conscience dans le trouble obsessionnel compulsif : mécanismes d'action et présentation d'une étude pilote*. *L'Encéphale*.

Bourdillon F.(2016). *Une année cruciale dans la lutte contre le tabagisme*. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* ; (30-31) :494-5. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_0.html.

Bouvet C, Grignon C, Zachariou Z, Lascar P. (2015). *Liens entre le développement de la pleine conscience et l'amélioration de la dépression et de l'anxiété*. Annales Médico-Psychologiques 173 54-59.

Burke, C. A. (2010). *Mindfulness-based approaches with children and adolescents : A preliminary review of current research in an emergent field*. Journal of Child and Family Studies, 19(2), 133-144.

Caroline J. Hoffman and al. (2012). *Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction in Mood, Breast- and Endocrine-Related Quality of Life, and Well-Being in Stage 0 to III Breast Cancer : A Randomized, Controlled Trial*". Journal of Clinical Oncology.

Cavanagh K, Vartanian LR, Herman CP, Polivy Ja. (2014). *The effect of portion size on food intake is robust to brief education and mindfulness exercises*. Journal of Health Psychology ;19 (6) :730-9.

Chabrol H, Faury R, Mullet E, Callahan S, Weigelt A, Labrousse F. (2000). *Étude de la dépendance nicotinique chez 342 adolescents fumeurs*. Archives de Pédiatrie 7 : 1064-71.

Chabrol H, Walburg V, Zakari (2014). *S. Rôle du burnout scolaire dans les idées de suicide des adolescents*. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 62 28-32.

Chadi N, McMahon A, M Vадnais, Malboeuf-Hurtubise C, Djemli A, Dobkin PL, Lacroix J, Luu TM, Haley N. J Can. (2016). *Acad Mindfulness-based Intervention for Female Adolescents with Chronic Pain : A Pilot Randomized Trial*. Child Adolescent psychiatrie ; 25 (3): 159-168.

Chéron-Launay M, Baha M, Mautrait C, Lagrue G, Le Faou AL. (2011) *Repérer les comportements addictifs chez les adolescents : enquête en milieu lycéen*. Archives de pédiatrie 18 : 737-744.

Clé BL , Rowa K , Bieling P , McCabe R . (2017). *Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder*. Clinic Psychology Psychotherapy.

De Bruin EI, Blom R, Smit FM, Van Steensel FJ, Bögels SM. (2015). *MYmind : Mindfulness training for Youngsters with autism spectrum disorders and their parents*. Autism : The international Journal of Research and Practice. 19(8) : 906-14.

Denis H, Baghdadli A. (2016). *Les troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent*. Archives de pédiatrie.

Deplus, S, Lahaye, M. (2015). Chapitre 1 - La pleine conscience. Dans S. Deplus & M. Lahaye (Dir), *La pleine conscience chez l'enfant et l'adolescent* (pp. 11-28). Wavre, Belgique : Mardaga.

Dykens EM, Fisher MH, Taylor JL, Lambert W, Miodrag N .(2014). *Reducing distress in mothers of children with autism and other disabilities: a randomized trial*. Pediatrics. 134(2) : e454-63.

Dumont M. (2000). *Expérience du stress à l'adolescence*. Journal international de psychologie, 35(5), 194-206.

Felver J C, Cintly E, Celis-de Hoyos, Tezanos K, Sing NN. (2016). *A Systematic Review of Mindfulness-Based Intervention for Youth in School Settings*. Mindfulness 7 : 34-45.

GOODMAN A. (1990). *Addiction : definition and implication*. British Journal Addict., 85, 1403-1408.

Hamidian S, Omidi A, Mousavinasab SM, Naziri G. (2016). *The Effect of Combining Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Pharmacotherapy on Depression and Emotion Regulation of Patients with Dysthymia : A Clinical Study*. Iran psychiatrie.1 (3) : 166-172.

Hans R, Nanninga, Bram B. Sizoo. (2012). *Effectiviteit van mindfulnessstraining bij kinderen met een autismespectrumstoornis, een pilotstudie*. Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme. Nummer 3.

HAS (2014). *Questions/Réponses – Dépression de l'adolescent : comment repérer et prendre en charge ?*

Hastier N, Quinque K, Bonnel AS, Leménager S, Le Roux P. *Tabac et adolescence Enquête sur la motivation et les connaissances des effets du tabac*. Rev Mal Resp 2006 ; 23 : 273-41.

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (2010). *Données françaises de l'enquête internationale*.

Heeren A. (2011) « *Chapitre 2. Processus psychologiques et pleine conscience : au cœur de la troisième vague* », in Ilios Kotsou et al., Pleine conscience et acceptation, De Boeck Supérieur « Carrefour des psychothérapies », p. 61-81.

Heeren, P. Philippot (2010). *Les interventions basées sur la pleine conscience : une revue conceptuelle et empirique*. Revue québécoise de psychologie 31 (3), 37-61.

Hilton, L, Hempel, S., Ewing, B-A et al. (2017). *Mindfulness Meditation for Chronic Pain : Systematic Review and Meta-analysis*. Ann. behav. med. 51 : 199.

Ives-Deliperi V. L.,Howells F , Stein DJ , Meintjes EM , Corne N. (2013). *The effects of mindfulness-based cognitive therapy in patients with bipolar disorder : A controlled functional MRI investigation-7*. J Affect Disord. 25 150 (3): 1152 .

Johns and al. (2015). *Randomized controlled pilot study of mindfulness-based stress reduction for persistently fatigued cancer survivors*. Psychooncology.

Jones P, Blunda M, Biegel G, Carlson LE, Biel M, Wiener L. (2013). *Can mindfulness-based interventions help adolescents with cancer ? Psychooncology*. 22(9) :2148-51.

Juchet A, Micheau F, Brkmont E, Dutau G. (2001). *Quelle peut être la place du pédiatre de la lutte anti-tabac ? J Rdiatr PuCriculture*. 14 : 104-109.

Kabat-Zinn J. (2009). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*. De Boeck, Paris.

Kabat-Zinn, J, Lipworth, L, Burney R. (1985). *The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain*. Journal of behavioral medicine, 8(2), 163-190.

Kabat-Zinn, J (2003). *Mindfulness-based intervention in context : past, present and future*. Clinical Psychology : Science et Pratique, 10,144-156.

Kaliman P, Alvarez Lopez M.-J, Corsin-Thomas M, Rosenkranz M.A, Luts A, Davidson R J. (2014). *Rapid changes in histone deacetylases and inflammatory gene expression in expert meditators*. Psychoneuroendocrinology. Feb;40 :96-107.

Kerjean J, Le Berre E. (2012). *Addictions chez l'adolescent : tabac, cannabis*. Journal de pédiatrie et de puériculture 25, 179-184.

Kerjean J, Stoebner-Delbarre A. (2005). *Les adolescents et le tabac*. Journal de pédiatrie et de puériculture 18 389–393.

Klainin-Yobas P, Cho M, Creedy D. (2012). *Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: A meta-analysis*. Int J Nurs Stud18 (2) : 133-155.

Kuyken W, Hayes R, Barrett B, Byng R, Dalgleish T, Kessler D, Lewis G, Watkins E, Brejcha C, Cardy J, Causley A, Cowderoy S, Evans A, Gradinger F, Kaur S, Lanham P, Morant N, Richards J, Shah P, Sutton H, Vicary R, Weaver A, Wilks J, Williams M, Taylor RS, Byford S. (2015). *Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT) : A randomised controlled trial*. Lancet ; 386 : 63–73

Kuyken W, Fiona C, Warren FC, Taylor RS. (2016). *Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials*. JAMA Psychiatry. 73(6) :565-574.

Labbé M, Nikolitch K, Penheiro R, Segal M, Looper KJ, Herrmann N, Selchen S, Rej S. (2016). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy in the Treatment of Late-Life Anxiety and Depression-a Pilot Study*. Canadian Geriatrics Journal ; 30 ;19(3):127-128

La circulaire n° 2011-216 du 2 décembre 2011 parue au BOEN n°46 du 15 décembre 2011.

La circulaire n°2016-114 du 10 août 2016.

Lakhan SE, Schofield KL. (2013). *Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders : a systematic review and meta-analysis*. PLoS One Aug 26 ;8(8) : e71834.

Langevin V, Boini S, François M, Riou A. (2015). *Perceived Stress Scale (PSS). Echelle du stress perçu*. Référence en santé au travail N° 143.

Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F, Spilka S. (2016) *La consommation de tabac au cours des années lycée. Résultats de l'enquête ESPAD 2015*. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire ;(30-31) :515-21. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_3031_5.html

Lestage P, Xu R. (2016). *Effets de la pratique de la pleine conscience et du Tai Chi Chuan sur la santé mentale d'étudiants : une étude pilote contrôlée non randomisée*. Journal de thérapie comportementale et cognitive 26, 32-48.

Li W, Howard MO, Garland EL, P McGovern, Lazar M. (2017). *Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis*. J Subst Treat d'abus ; 75 : 62-96.

Lutz, Allen M, M Dietz, Blair KS, Van Beek M, G Rees, Vestergaard-Poulsen P A, Roepstorff. (2012). *Cognitive-affective neural plasticity following active-controlled mindfulness intervention*, A. J Neurosci. 32 (44) : 15601-10.

Marcelli D. (2013). *L'état adolescent, miroir de la société*. Armand Colin, Paris.

Martine F, Flament et al., « 27. Troubles anxieux chez l'enfant et aspect liés au développement », in J-P Boulenger et al., *Les troubles anxieux*, Lavoisier « Psychiatrie », 2014, P.290-308.

Meylan N, Doudin PA, Curchod-Ruedi D, Stephan P. (2015). *Burnout scolaire et soutien social : l'importance du soutien des parents et des enseignants*. Psychologie française 60 1-15.

Meppelink R, De Bruin EI, Bögels SM. (2016). *Meditation or Medication ? Mindfulness training versus medication in the treatment of childhood ADHD : a randomized controlled trial*. BMC Psychiatry. 26 ;16 :267.

Metz M, Frank JL, Reibel D, Cantrell T, Sanders R, Broderick PC. (2013). *The Effectiveness of the Learning to BREATHE Program on Adolescent Emotion Regulation*. Research in Human Development, 10(3), 252–272.

Michaud C. et al. (2003) « *Tabac : connaissances, motivations et souhaits de lycéens du Doubs. Réflexions pour la prévention* ». Santé Publique (Vol. 15), p. 69-78.

Modesto-Lowe V, Farahmand P, Chaplin M, Sarro L. (2015). *Does mindfulness meditation improve attention in attention deficit hyperactivity disorder?* World J Psychiatry 22 ;5(4) :397-403.

O'Driscoll M, Byrne S, Mc Gillicuddy A, Lambert S, Sahn LJ. (2017). *The effects of mindfulness-based interventions for health and social care undergraduate students – a systematic review of the literature*. Psychologie Med Santé. 1-15.

Oikonomou MT, Arvanitis M, Sokolove RL. (2016). *Mindfulness training for smoking cessation : A meta-analysis of randomized-controlled trials*. J Santé Psychol.

Opialla S, Lutz J, Scherpiet S, Hittmeyer A, Michael Rufer M, Grosse Holtforth M, Herwig U. (2015). *Neural circuits of emotion regulation : a comparison of mindfulness-based and cognitive reappraisal strategies*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 265 : 45–55

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2005). *Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Genève, Suisse : OMS.

Organisation Mondiale de la Santé. (OMS), (2011). *Risque pour la santé des jeunes*. 64^e assemblée mondiale de santé. Point 13.16, 28.

Pariante PD, Smith M. (1990). *Dépister les troubles anxio-dépressifs en psychiatrie de liaison : l'apport du General Health Questionnaire (GHQ)*. *Encéphale* ;16 (6) : 459-64.

Perrenoud P. (1994/2013). *Métier d'élève et sens du travail scolaire*. Paris, France : ESE.

Perry-Parrish C, Copeland-Linder N, Webb L, Shields AH, Sibinga E. (2016). *Improving self-regulation in adolescents : current evidence for the role of mindfulness-based cognitive therapy*. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*.

Pivarunas B, Kelly NR, Pickworth CK, Cassidy O, Radin RM, Shank LM, Vannucci A, Courville AB, Chen KY, Tanofsky-Kraff M, Yanovski JA, Shomaker LB. (2015). *Mindfulness and eating behavior in adolescent girls at risk for type 2 diabetes*. *Int J Eat Disord*. 48(6) :563-9.

Rawlett K, Scrandis D. (2016). *Mindfulness Based Programs Implemented with At-Risk Adolescents*. *The Open Nursing Journal*. 30 ;10 :90-8.

Ricard M. (2008). *L'art de la méditation*., Nil, Paris

Rousselard M, Steiler D, Claverie D, Canini F. (2014). *L'histoire de la mindfulness à l'épreuve des données actuelles de la littérature : questions en suspens*. *L'Encéphale*. 40, 474-480.

Ruffault A, Czernichow S, MS Hagger, Ferrand M, Erichot N, C Carette, Boujut E, Flahault C. (2016) *The effects of mindfulness training on weight-loss and health-related behaviours in adults with overweight and obesity : A systematic review and meta-analysis*. *Obes Res Clin Pract*.

Rush SE, Sharma M. (2017). *Mindfulness-Based Stress Reduction as a Stress Management Intervention for Cancer Care : A Systematic Review*. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, Vol. 22(2) 347-359

Sagi D, Censor N, Choen L-G. (2012). *Common mechanisms of human perceptual and motor learning*. Nat Rev Neurosci ; Sep ; 13(9) : 658–664.

Salmoirago-Blotcher E, Druker S, Meyer F, Bock B, Crawford S, Pbert L. (2015). *Design and methods for "Commit to Get Fit" - a pilot study of a school based mindfulness intervention to promote healthy diet and physical activity among adolescents*. Contemporary Clinical Trials. 41 :248-58.

Shiralkar MT, Harris TB, Eddins-Folensbee FF, Coverdale JH. (2013). *A systematic review of stress-management programs for medical students*. Acad Psychiatry May 1 ;37(3) :158-64.

Siaud-Facchin J. (2014). *Tout est là, juste là*. Odile Jacob. Paris

Singh NN, Lancioni GE, Singh AN, Winton AS, Singh J, McAleavey KM, Adkins ADa. (2008). *A mindfulness-based health wellness program for an adolescent with Prader-Willi syndrome*. Behavior Modification. 32(2) :167-81.

Slagter HA, Lutz A, Greischar LL, Nieuwenhuis S, Davidson RJ. (2009). *Theta phase synchrony and conscious target perception : impact of intensive mental training*. J Cogn Neurosci. Aug;21(8) :1536-49

Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F. (2015). *Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014*. Observatoire français de drogue et des toxicomanies (OFDT) Tendances.

STHDA. (2016). *Test de Student : Est-il toujours correct de comparer des moyennes ?* - Documentation - Wiki - STHDA. In : [en ligne]. Aout 2016. [Consulté le 20 Mai 2017]. Disponible à l'adresse : <http://www.sthda.com/french/wiki/test-de-student-est-il-toujours-correct-de-comparer-desmoyenn>

Thanh- Lan Ngô. (2013). *"Présentation : Pleine conscience et psychiatrie."* Santé mentale au Québec 382 : 9–17.

The ESPAD Group (2016). *ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*. EMCDDA ; ESPAD, Lisbon.

Tuner T, Hingle M. (2017). *Evaluation of a Mindfulness-Based Mobile App Aimed at Promoting Awareness of Weight-Related Behaviors in Adolescents : A Pilot Study*. JMIR Research Protocols. 26 ;6(4) : e67.

Van der Gucht K, K Takano, Labarque V, K Vandenaabeele, Nolf N, Kuylen S, V Cosyns, Van Broeck N, P Kuppens, Raes F.J. (2016). *A Mindfulness-Based Intervention for Adolescents and Young Adults After Cancer Treatment : Effects on Quality of Life, Emotional Distress, and Cognitive Vulnerability*. Adolesc Jeune adulte Oncol.

Van Gordon W, Shonin E, Griffiths MD. (2016). *Meditation Awareness Training for the Treatment of Sex Addiction : A Case Study*. Journal of Behavioral Addictions. 5(2) :363-72.

Waelde LC, Feinstein AB, Bhandari R, Griffin A, Yoon IA, Golianu B. (2017). *A Pilot Study of Mindfulness Meditation for Pediatric Chronic Pain*. Children (Basel). 26 ;4(5).

Walsh R, Shapiro S.L. (2006). *The meeting of meditative disciplines and western psychology : a mutually enriching dialogue*. Am Psychol ; 61 : 227-39.

Williams JM, Alatiq Y, Crane C, Barnhofer T, Fennell MJ, Duggan DS, Hepburn S, Goodwin GM. (2008) *Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder : preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning*. Journal of affective disorders. 107(1-3) :275-9. Epub 2007 Sep 19.

Zhang J, Xu R, Wang B, Wang J. (2016). *Effects of mindfulness-based therapy for patients with breast cancer : A systematic review and meta-analysis*. Complement Ther Med. 26 :1-10.

Zakari S, Bendahman H. (2011). *Syndrome d'épuisement scolaire et dépression à l'adolescence : étude qualitative auprès d'une vingtaine de lycéens français*. Cercle interdisciplinaire de recherche phénoménologiques.

Zakari S, Walburg V, Chabrol H. (2008). *Etude du phénomène d'épuisement scolaire, de la dépression et des idées de suicide chez les lycéens français*. Journal de thérapie comportementale et cognitive 5 18, 113-118.

Zoogman S, Goldberg SB, Hoyt WT, Miller L. (2014). *Mindfulness Interventions with Youth : A Meta-Analysis*. Mindfulness.

Annexe

Annexe 1 : Fiche d'inscription programme MBSR

FICHE D'INSCRIPTION PROGRAMME MBSR

Informations personnelles

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : _____

SEXE : F M

ADRESSE : _____ LOCALITE _____

CLASSE : _____ SERIE : _____

PORTABLE : _____

E-MAIL : _____

Informations médicales

- Avez-vous un handicap ou des problèmes médicaux ?

Non

Oui, spécifiez : _____

- Suivez-vous un traitement médical ?

Non

Oui, spécifiez : _____

- Suivez-vous un traitement psychothérapeutique ?

Non

Oui, spécifiez : _____

Information mode de vie

- Fumez-vous de cigarettes ?

Non

Oui

Date _____ Signature du participant/e _____

NOTICE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Titre du projet

Effets de l'approche de la pleine conscience *mindfulness-based stress reduction* (MBSR) sur la santé psychique (stress, anxiété, dépression) et la santé générale, chez les lycéens : étude contrôlée et randomisée.

Chercheur titulaire responsable scientifique du projet

Madame Antonella D'Annunzio

Ce que l'on attend de vous

-Si vous acceptez de participer à cette étude, vous avez la possibilité de bénéficier du programme pour adolescents « Réduction du stress basée sur la Pleine conscience », pour 8 séances ou rythme d'une séance par semaine.

-Des questionnaires vous seront proposés à deux reprises.

- On attend une présence régulière pendant les dix séances et un engagement à une pratique personnelle à la maison.

Vos droits à la confidentialité

-Les données obtenues seront traitées avec la plus entière confidentialité.

-Toutes les données seront gardées dans un endroit sécurisé et seul le Responsable Scientifique aura accès.

Vos droits à vous retirer de la recherche à tout moment

-La contribution à cette recherche est volontaire.

-Vous pourrez cesser la participation à tout moment et demander que vos données soient détruites, sans conséquences.

- Votre décision de participer, de refuser de participer, ou cesser votre participation n'aura aucun effet sur vos notes.

Bénéfices

La prise en charge à partir du programme MBSR devrait contribuer à réduire le stress, l'anxiété et la dépression. Cette approche devrait contribuer à l'amélioration de la santé générale et réduire la consommation de tabac chez les fumeurs.

Risques possibles

Aucun

Diffusion

Cette recherche fait partie d'un travail de thèse.

Vos droits de poser des questions à tout moment

Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche à tout moment en communiquant avec le responsable scientifique du projet par courrier électronique à dannunzio1011 gmail.com.

Consentement à la participation

En signant le formulaire de consentement, vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus, qu'on a répondu à vos questions de façon satisfaisante et qu'on vous a avisé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou vous retirer de cette recherche à tout moment, sans préjudice.

A remplir par le participant majeur :

J'ai lu et compris les renseignements ci-dessus et j'accepte de plein gré de participer à cette recherche.

Date, Nom, Prénom-Signature :

A remplir par les parents du participant mineur :

Je soussignée, (Mme, nom, prénom), _____
_____ et/ou je soussigné, (M., nom, prénom),

Exerçant l'autorité parentale sur le mineur (nom et prénom du mineur), _____
_____ élève de la
classe de _____, né(e) le _____ à (ville et pays),
_____ de nationalité _____,

Autorise, autorisons à participer notre fils/notre fille à l'étude ci-dessus mentionné.

J'ai lu et compris, nous avons lu et compris les renseignements ci-dessus et j'autorise, nous autorisons (nom et prénom du mineur) à participer à cette recherche.

Date _____

Mère :

Nom, prénom-signature

Père :

Nom, prénom- signature

Echelle du stress ressenti de Cohen :

Cette échelle adaptée de Cohen et Williamson est l'une des plus utilisée pour évaluer la perception du stress. Ses 10 items permettent de mesurer simplement et rapidement l'importance avec laquelle des situations de la vie sont perçues comme menaçantes, c'est à dire non prévisibles, incontrôlables et pénibles. En constituant des repères, elle permet d'amorcer une discussion sur le travail lors des visites médicales de santé au travail, par exemple. En effet, il est nécessaire de disposer de repères pour discuter et échanger.

Echelle de mesure du stress perçu, Perceived stress scale : un questionnaire de 10 items

Calcul et interprétation du score pour le stress perçu

Echelle de mesure du stress perçu, Perceived stress scale : un questionnaire de 10 items

Perceived stress scale

Il faut répondre le plus spontanément possible, cocher une seule réponse par question en indiquant la réponse qui paraît la plus proche de la réalité dans le choix proposé. Certaines questions sont proches mais il existe des différences entre elles.

Question 1- Au cours du dernier mois combien de fois, avez-vous été dérangé(e) par un événement inattendu

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Souvent

Question 2 – Au cours du dernier mois combien de fois vous a t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Souvent

Question 3 – Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) ?

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Souvent

Question 4 – Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Souvent

Question 5 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Souvent

Question 6 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Souvent

Question 7 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Souvent

Question 8 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ?

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Souvent

Question 9 – Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que évènements échappaient à votre contrôle ?

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Souvent

Question 10 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Souvent



tabac-info-service.fr

Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter

ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE CHIMIQUE À LA NICOTINE : QUESTIONNAIRE DE FAGERSTRÖM

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
À quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Total		

Tabac-info-service.fr est le site d'information et d'aide à l'arrêt du tabac du Ministère chargé de la Santé et de l'INPES.
Pour toute question sur l'arrêt du tabac et pour bénéficier d'un suivi personnalisé gratuit par un tabacologue, appelez le 39 89 *.
* 0,15 €/min depuis un poste fixe, du lundi au samedi de 8h à 20h.

Annexe 5 : Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Date :

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.

Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire.

Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

A. Je me sens tendu ou énervé :	
3	La plupart du temps
2	Souvent
1	De temps en temps
0	Jamais

D. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :	
0	Oui, tout autant
1	Pas autant
2	Un peu seulement
3	Presque plus

A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :	
3	Oui, très nettement
2	Oui, mais ce n'est pas trop grave
1	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
0	Pas du tout

D. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :	
0	Autant que par le passé
1	Plus autant qu'avant
2	Vraiment moins qu'avant
3	Plus du tout

A. Je me fais du souci :	
3	Très souvent
2	Assez souvent
1	Occasionnellement
0	Très occasionnellement

D. Je suis de bonne humeur :	
3	Jamais
2	Rarement
1	Assez souvent
0	La plupart du temps

HAD

A. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sens décontracté :	
0	Oui, quoi qu'il arrive
1	Oui, en général
2	Rarement
3	Jamais

D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :	
3	Presque toujours
2	Très souvent
1	Parfois
0	Jamais

A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :	
0	Jamais
1	Parfois
2	Assez souvent
3	Très souvent

D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :	
3	Plus du tout
2	Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0	J'y prête autant attention que par le passé

A. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :	
3	Oui, c'est tout à fait le cas
2	Un peu
1	Pas tellement
0	Pas du tout

D. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :	
0	Autant qu'avant
1	Un peu moins qu'avant
2	Bien moins qu'avant
3	Presque jamais

A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :	
3	Vraiment très souvent
2	Assez souvent
1	Pas très souvent
0	Jamais

D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :	
0	Souvent
1	Parfois
2	Rarement
3	Très rarement
D	A

Total anxiété (A) : Total dépression (D):

HAD

QUESTIONNAIRE DE SANTE GHQ- 28

Veillez lire ce qui suit avec attention : Nous aimerions savoir si vous avez eu des problèmes médicaux et comment, d'une manière générale, vous vous êtes porté(e) **ces dernières semaines**.

Veillez répondre à toutes les questions, en cochant la réponse qui vous semble correspondre le mieux à ce que vous ressentez. Rappelez-vous que nous désirons obtenir des renseignements sur les problèmes actuels et récents et non pas ceux que vous avez pu avoir dans le passé. Il est important que vous essayiez de répondre à **toutes** les questions.

Récemment :

1. Vous êtes-vous senti (e) parfaitement bien et en bonne santé ?

Mieux que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Comme d'habitude	<input type="checkbox"/>
Moins bien que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Beaucoup moins bien que d'habitude	<input type="checkbox"/>

2. Avez-vous éprouvé le besoin d'un bon remontant ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Bien plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>

3. Vous êtes-vous senti (e) à plat et pas dans votre assiette ("mal fichu(e)")

Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Bien plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>

3. Vous êtes-vous senti(e) malade ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Bien plus que d'habitude

3. Avez-vous eu des douleurs à la tête ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Bien plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>

6. Avez-vous eu une sensation de serrement ou de tension dans la tête ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Bien plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>

7. Avez-vous eu des bouffées de chaleur ou des frissons ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Bien plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>

7. Avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Bien plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>

7. Avez-vous eu de la peine à rester endormi(e)?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>

Bien plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

7. Vous êtes-vous senti(e) constamment tendu(e) ou "stressé(e) ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Bien plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>

7. Vous êtes-vous senti(e) irritable et de mauvaise humeur ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Bien plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>

7. Avez-vous été effrayé(e) et pris(e) de panique sans raison valable ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Bien plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>

7. Vous êtes-vous senti(e) dépassé(e) par les événements ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Bien plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>

7. Vous êtes-vous senti(e) continuellement énervé(e) ou tendu(e) ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>

Bien plus que d'habitude

7. Avez-vous réussi à rester actif(ve) et occupé(e) ?

Plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Comme d'habitude	<input type="checkbox"/>
Moins que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Beaucoup moins que d'habitude	<input type="checkbox"/>

7. Avez-vous mis plus de temps à faire les choses habituelles ?

Mieux que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Comme d'habitude	<input type="checkbox"/>
Moins de temps que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Beaucoup plus de temps que d'habitude	<input type="checkbox"/>

7. Avez-vous eu le sentiment que dans l'ensemble vous faisiez bien les choses ?

Mieux que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Aussi bien que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Moins bien que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Beaucoup moins bien que d'habitude	<input type="checkbox"/>

18. Avez-vous été satisfait(e) de la façon dont vous avez fait votre travail

Plus satisfait(e)	<input type="checkbox"/>
Comme d'habitude	<input type="checkbox"/>
Moins satisfait(e) que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Bien moins satisfait(e)	<input type="checkbox"/>

19. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie ?

Plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Comme d'habitude	<input type="checkbox"/>
Moins utile que d'habitude	<input type="checkbox"/>

Bien moins utile que d'habitude

19. Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre des décisions ?

Plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Comme d'habitude	<input type="checkbox"/>
Moins capable que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Bien moins capable que d'habitude	<input type="checkbox"/>

19. Avez-vous été capable d'apprécier vos activités quotidiennes normales ?

Plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Comme d'habitude	<input type="checkbox"/>
Moins que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Bien moins que d'habitude	<input type="checkbox"/>

19. Vous êtes-vous considéré(e) comme quelqu'un qui ne valait rien ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Bien plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>

19. Avez-vous eu le sentiment que la vie est totalement sans espoir ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Bien plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>

19. Avez-vous eu le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Bien plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>

19. Avez-vous pensé à la possibilité de vous supprimer ?

Certainement pas	<input type="checkbox"/>
Je ne pense pas	<input type="checkbox"/>
M'a traversé l'esprit	<input type="checkbox"/>
Oui certainement	<input type="checkbox"/>

19. Avez-vous pensé que parfois vous n'arriviez à rien parce que vos nerfs étaient à bout ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Bien plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>

19. Vous est-il arrivé de souhaiter être mort(e) et loin de tout ça ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>
Bien plus que d'habitude	<input type="checkbox"/>

19. Est-ce que l'idée de vous supprimer réapparaissait continuellement dans votre esprit ?

Certainement pas	<input type="checkbox"/>
Je ne pense pas	<input type="checkbox"/>
M'a traversé l'esprit	<input type="checkbox"/>
Oui certainement	<input type="checkbox"/>

Annexe 7 : Questionnaire d'évaluation de fin programme

Questionnaire d'évaluation de fin programme

1. Avez-vous fait les exercices proposés dans le cahier « L'Attention, ça marche ! » ?

2. Avez-vous utilisé les méditations enregistrées ?

Laquelle ?

A quelle fréquence ?

3. Avez-vous pratiqué la méditation de pleine conscience informelle ?

4. Avez-vous pratiqué la méditation de pleine conscience en classe pendant un cours ? une évaluation, un examen blanc ?

5. Pouvez-vous ressentir les signaux de stress ou de tension ? Pouvez-vous les gérer ou y mettre fin ? Comment ?

6. Quelle est la séance que vous avez préférée ? Pour quelle raison ? Quel est celle qui vous a le moins plu ? Pourquoi ?

7. Quels exercices allez-vous continuer à pratiquer régulièrement ?

8. Si des séances de soutien à la méditation vous étaient proposées, souhaiteriez-vous vous y inscrire ? A quelle fréquence ?

9. Que souhaitez-vous encore exprimer ?

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen

De la Faculté de médecine de Tours

DOCTORAT en MÉDECINE

Diplôme d'Etat

D.E.S. de Psychiatrie

Présentée et Soutenue le 10/07/2017

Dépôt de sujet de thèse, proposition de jury,

NOM : D'Annunzio

Prénoms : Antonella

Date de naissance : 10/11/1975

Nationalité : Italienne

Lieu de naissance : Pescara (Italie) 99

Domicile : 32 rue de la Grève 28800 Bonneval

Téléphone : 0670969155

Directeur de Thèse : Docteur Vincent ROUYER

Titre de la Thèse : L'impact de la pratique de la pleine conscience sur la santé mentale (stress, anxiété, dépression) et la santé physique chez un groupe de lycéens en classe de terminale : étude contrôlée.

JURY

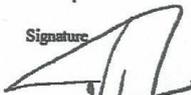
Président : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Facultés de Médecine - Tours

Membres :

Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie et Addictologie, Faculté de Médecine - Tours
Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT, Physiologie, Faculté de Médecine - Tours
Professeur Michel BOTBOL, Pédopsychiatrie, Faculté de Médecine - Brest
Docteur Elisabeth LARY-COUZINET, Promotion de la santé en faveur des élèves - Tours
Docteur Vincent ROUYER, Pédopsychiatrie, PH, CH Henri Ey - Bonneval

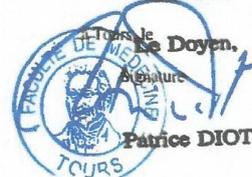
Avis du Directeur de Thèse
l'U.F.R. Tours
À Tours, le 29/05/2017

Signature



CENTRE HOSPITALIER HENRI EY
Docteur Vincent ROUYER
Pédopsychiatre Praticien Hospitalier
RPPS 10001393064

Avis du Directeur de



Académie d'Orléans – Tours
Université François-Rabelais
Faculté de Médecine de TOURS
ANTONELLA D'ANNUNZIO

165 pages - 6 tableaux - 4 figures - 2 schémas - 7 annexes.

Résumé

Introduction : Dans le cadre scolaire, les adolescents sont confrontés régulièrement à l'anxiété de performance et ce d'autant plus lorsqu'ils abordent la fin du cycle du secondaire sanctionnée par les épreuves du baccalauréat. L'année de terminale est donc génératrice pour la plupart d'entre eux d'un surcroît de stress. Les objectifs de ce travail étaient d'évaluer la pertinence, la faisabilité et les bénéfices d'un programme d'intervention en groupe basé sur la pleine conscience chez des lycéens en classe de terminale.

Matériel et Méthode : Cette étude contrôlée et non randomisée a été réalisée auprès d'un groupe de 22 élèves de classe de terminale dans un lycée de l'Indre-et-Loire. Les élèves ont été répartis en deux groupes. Un groupe a constitué le groupe expérimental qui a bénéficié du programme MBSR pour adolescents et le deuxième groupe a constitué le groupe témoin qui n'a bénéficié d'aucune prise en charge. Les deux groupes ont bénéficié d'une passation de questionnaire avant et après le déroulement du programme. Les bénéfices ont été évalués par 5 échelles explorant les difficultés de santé mentale et la santé générale : questionnaire général de santé (GHQ-28), échelle de stress ressenti (PSS-10), double échelle HAD anxiété-dépression, questionnaire d'évaluation de la dépendance chimique à la nicotine de Fagerström (FTND) et un questionnaire d'évaluation de fin programme.

Résultats : Le programme d'intervention proposé s'est avéré réalisable dans un cadre scolaire chez un groupe d'élèves volontaires et investi par ceux-ci. Notre étude a permis, également, de mettre en évidence des effets positifs de la pratique de la pleine conscience pour l'ensemble du groupe, principalement en ce qui concerne la santé générale, l'anxiété, l'insomnie ($p=0,02$) et le bien-être comparativement au groupe témoin. Par contre, les résultats ne mettent pas en évidence une diminution des symptômes dépressifs, du stress ressenti, ni de diminution de la consommation du tabac chez les fumeurs. **Conclusion** : Nous pouvons suggérer que l'entraînement à la pleine conscience fournit aux jeunes une boîte à outil qui leur permet d'être acteur majeur de la gestion de leurs émotions et de faire face aux défis auxquels ils sont confrontés.

Mots clé : Méditation ; pleine conscience ; adolescent ; MBSR ; milieu scolaire.

Jury :

Président du Jury :	Professeur Vincent CAMUS
<u>Directeur de thèse</u> :	<u>Docteur Vincent ROUYER</u>
Membres du Jury :	Professeur Nicolas BALLON
	Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT
	Professeur Michel BOTBOL
	Docteur Elisabeth LARY-COUZINET

Date de soutenance : 10 juillet 2017