



Diplôme Universitaire 2023-2024

« *MEDITATION ET SANTE* »

**IMPACTS DE LA MEDITATION PLEINE CONSCIENCE DANS
LES PATHOLOGIES DEPRESSIVES : LE CAS DE RECHUTES
MULTIPLES**

Mémoire présenté par Nicolas PARATORE

Psychologue social-Psychologue du sport

(N° Adéli : 389315516)

Juillet 2024

Jury

- Pr Tu Anh TRAN
- Pr Antoine AVIGNON
- Pr Pierre CORBEAU
- Dr Catherine CORBEAU
- Dr Xavier de la TRIBONNIERE

REMERCIEMENTS

Je n'aurais jamais pu accomplir ce travail sans le soutien et l'aide d'un grand nombre de personnes.

Je tiens tout d'abord à exprimer ma plus grande gratitude à Monsieur le Professeur TU ANH TRAN, à l'origine du diplôme DU Méditation et Santé. J'aimerais lui faire savoir que sa personnalité et la qualité de ses enseignements, la richesse conceptuelle de nos échanges m'ont influencé et accompagné depuis le début de ce cursus. Il m'a convaincu du rôle primordial joué par la méditation pleine conscience sur la libération de la souffrance. Il reste un méditant expert.

Je remercie chaleureusement tous les intervenants de ce DU, pour la qualité des interventions.

Une pensée chaleureuse va également à toutes celles qui ont participé à ce DU, les étudiantes avec qui j'ai eu le plaisir de partager des moments conviviaux et des méditations merveilleuses.

L'emploi du genre féminin comme le mot « *étudiante* » n'est pas une erreur, mais indique la surreprésentation de ce genre lors de la promotion 2023-2024. Je termine donc ce cursus de DU comme seul étudiant du genre masculin.

Enfin, j'ai une pensée particulière pour Noémie, Claire et Adélaïde.

SOMMAIRE

Remerciements	2
Étape 1 : Formulation de la problématique et du projet d'implémentation de la méditation	
1-1 Introduction et problématique	4-7
1-2 Question de la recherche et hypothèses de travail	7-8
1-2-1 Questions de la recherche	8
1-2-2 hypothèses de travail	8
1-3 Mon projet d'implémentation des pratiques méditatives	8-9
1-3-1 Projet d'implémentation appliquée à des problèmes cliniques	9
1-3-2 Projet d'implémentation appliquées à des populations sportives	9-10
1-4 Les défis	10
Étape 2 : Synthèse bibliographique	
2-1 Introduction	11-12
2-2 Approches thérapeutiques basées sur la pleine conscience	12-14
2-3 Effets bénéfiques de la pratique de la pleine conscience	14-15
2-4 Apports de la méditation pleine conscience dans les pathologies dépressives	15-16
2-5 La question des symptômes résiduels	16
2-6 Remarques de l'étape 2	17
Étape 3 : Stages et rapports de stage	
3-1 Prises en charge thérapeutiques	18-20
3-2 Séances hebdomadaires de méditation assises au CHU de Nîmes	21
3-3 consultations	21-25
3-4 Apports des stages	25
3-4-1 Observation de la pratique méditative auprès de soignant	25-26
3-4-2 Observation de la pratique méditative auprès d'enfants	26-27
3-4-3 Conclusions	27
Étape 4 : Expérience d'introduction de la méditation	
4-1 Introduction de la méditation auprès d'une population clinique	28-29
4-2 Introduction de la méditation auprès d'une population sportive	29-30
4-2-1 Objectif de l'étude	30
4-2-2 Hypothèses de travail	30-31
4-2-3 Méthode	31-33
4-2-4 Résultats	33
4-2-5 Discussion	33-35
Étape 5 : Cheminements professionnel et personnel au cours du DU	
5-1 cheminement personnel	36-38
5-2 cheminement professionnel	38-39
Étape 6 : Projet d'avenir concernant l'implémentation de la méditation	
6-1 Introduction de la PC auprès d'une population ayant commis des délits routiers	39-41
6-2 Introduction de la PC auprès d'une population de sportifs sur de longues périodes	41-42
6-3 Production d'un article scientifique	42
Conclusions	43
Partie Annexes	44
Bibliographie	45-46
Diaporama	47-56
Méditasoufle	57
Échelle MAAS	58-61
Résumé	62

ETAPE 1 – PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE ET PROJET D'IMPLEMENTATION DE LA MEDITATION DANS UN CONTEXTE DE SOINS POUR LA SANTE MENTALE EN PSYCHOLOGIE

Mots clés : méditation, efficacité thérapeutique, ACT, rechute, symptômes résiduels,

1-1 Introduction et problématique

Le monde est en perpétuel changement, rien n'est immuable. Cette idée va à l'encontre de la perception que les individus ont de leur environnement : les Hommes ont pris l'habitude d'assigner une valeur, un jugement aux objets et aux individus, créant une vision du monde qu'ils considèrent comme réalité. Cette déformation est source de souffrance, de conflits et d'incompréhension. Je commencerais donc par une brève présentation en termes relationnels, à partir de mon identité sociale. Ancien sportif de haut niveau, praticien psychologue social et du travail, enseignant dans l'éducation nationale depuis plusieurs décennies, psychologue praticien intervenant au sein de l'association COGNITION, je possède également l'accréditation de la Société Française de Psychologie du Sport (SFPS) de la qualification de psychologue du sport.

Il se trouve que je suis confronté aux problèmes des émotions depuis longtemps, tout en mesurant à quel point l'ampleur et la complexité des questions qu'elles suscitent restent fondamentales pour tous ceux qui travaillent dans le champ des sciences humaines et sociales. Les pathologies ne sont jamais pures, mais sont plutôt des agrégations de syndromes et de symptômes.

Pour Ciccone (2015, p. 227), « *tout le monde fait de la clinique dès lors qu'il se penche sur la souffrance d'un sujet singulier, voire de sujets pluriels* ». Ainsi, à partir de ma pratique clinique, j'observe d'une part, que de plus en plus de personnes réclament d'être écoutées. D'autre part, que de plus en plus de personnes dites « *professionnelles* » se réclament d'être écoutant. Pour ma part, toutes les fois que je reçois un patient, en m'exprimant ainsi « *qu'est-ce qui se passe au juste ici* », je fais les deux constats suivants : « *pour le premier, les gens sont beaucoup plus malheureux qu'on ne le croit ; pour le deuxième, est qu'il n'y a pas de grandes personnes* ».

« *La dépression constitue l'un des principaux problèmes de santé mentale et son importance, en termes de santé publique, ne fait qu'augmenter au fil des années* » (Bondolfi, 2002, p. 1721).

D'ailleurs, la France est le pays le plus consommateur de psychotropes. Les profils des patients que je reçois au sein de l'association COGNITION, mais aussi dans ma pratique clinique de psychologue libéral présentent majoritairement des troubles d'allures anxio-dépressifs. Nombreux sont celles/ceux qui consultent initialement un médecin généraliste (80 % des prescriptions sont le fait de médecins

généralistes, voire ensuite un psychiatre¹ (ce qui est loin d'être systématique) qui, après diagnostic, prescrivent une monothérapie/bithérapie basée sur la prise d'antidépresseurs et/ ou d'anxiolytiques. Certes, en première intention, pour les dépressions sévères, le traitement pharmacologique s'avère nécessaire pour corriger un déséquilibre important sur le plan neurobiologique. Or, il s'avère qu'il existe un mauvais usage des psychotropes. Après prescriptions, nombreux sont ceux qui consomment des anxiolytiques sur de longues durées, alors que d'autres consomment peu d'antidépresseurs, ou sur des durées insuffisantes pour espérer guérir (Briot, 2006).

Les traitements pharmacologiques peuvent être combinés à un traitement psychothérapeutique afin de pouvoir bénéficier du meilleur effet sur l'humeur. Ces patient-e-s que j'ai l'habitude de recevoir sont préalablement à leurs venues, presque tous déjà sous traitement à base d'escitalopram, issu d'un groupe d'antidépresseurs appelés Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine, (ISRS). Ces médicaments² agissent sur le système sérotoninergique dans le cerveau en augmentant le taux de sérotonine. Les dysfonctionnements du système sérotoninergique sont considérés comme un facteur important dans le développement de la dépression et des pathologies associées.

A la suite de Lévi-Strauss (1965), il me semble qu'il est évidemment plus confortable de voir dans le malade mental un être d'une espèce rare et singulière, le produit objectif de fatalités externes ou internes, telles que l'hérédité, l'alcoolisme ou la débilité. Freud a montré que rien n'est plus humain, plus proche de nous, que la souffrance psychique et ses conséquences. Le courant psychiatrique que l'on a tendance à appeler organiciste est en fait plus idéologique qu'organiciste. Il consiste à avancer que certains êtres humains, à cause de leur constitution génétique, seraient inférieurs en qualité à d'autres. On se retrouve alors plus près d'une pensée raciste, voire eugéniste, quand on voit certains psychiatres s'arroger le pouvoir de convoquer des proches de patients soi-disant atteints de « *maladies* », pour leur annoncer que toute leur descendance est menacée du même mal, cela, sans fondement scientifique.

La catégorie des troubles anxio-dépressifs, entité polymorbide incluent différentes pathologies dont le point commun consiste en une mauvaise régulation des processus permettant la prise de conscience, l'intégration et la régulation des émotions somato-sensorielles qui leur sont associées (Fournier et Mondillon, 2016). Si l'anxiété ponctuelle reste une réaction normale permettant des réponses comportementales adéquates, ici, ce sont des cas de chronicité et/ou d'intensité trop importantes par rapports aux situations, devenant ainsi des troubles non adaptatifs.

La question centrale n'est alors plus celle de la pathologie, mais celle de la souffrance au sujet de

¹ Pour en référer aux psychiatres, les médecins invoquent souvent des motifs d'ordre administratifs dans les cas où les arrêts de travail se prolongent et/ou une rente de l'assurance invalidité est envisagée. Dans d'autres situations, ce sont les employeurs ou les compagnies d'assurances qui imposent ce choix (Linder, A., Widmer, D., Fitoussi, C., de Roten, Y., Despland, J. et Ambresin, G., 2019).

² Un traitement anti-dépresseur n'est pas recommandé dans les cas de symptômes dépressifs subsyndromiques ou dans les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère.

laquelle nous savons que le symptôme a un sens et une fonction, le reste n'étant que commentaire. Prenant en compte et reconnaissant l'existence de l'inconscient dans notre pratique, face à des problèmes cliniques, la référence à une théorie des processus mentaux « *d'influence psychanalytique* » avec ses concepts opératoires, comme la libre association, l'attention flottante et neutralité bienveillante, une praxis basée sur l'écoute ne me paraît pas dans notre cas, fournir de transformations rapides des patients permettant de soulager la souffrance liées aux troubles de l'humeur chez ceux ayant déjà souffert de dépression. Certes, la théorie psychanalyse reste une pratique qui œuvre essentiellement à l'autonomie d'un sujet, son indépendance. Elle est une route inédite qui n'est pas possible de prendre seul car l'accès aux savoirs de l'inconscient en passe nécessairement par le transfert. Dans la psychothérapie psychanalytique, nous sommes souvent confrontés à l'obstacle principal que représente « *la résistance* » qui est l'état du sujet qui ne peut faire face au dévoilement qu'implique le progrès du traitement. Résistance au sujet de laquelle nous répondons inlassablement par de l'interprétation. Ce n'est qu'à la suite d'un nombre variable « *résistance-transfert-interprétation* » que le sujet réussit à reconnaître pleinement le nœud de sa névrose.

Freud a pu dire que la guérison se donnait pour ainsi dire « *comme bénéfice annexe* » (1923, p. 69). Pour Freud (ibidem, 1923), l'élimination des symptômes n'est pas recherchée comme but immédiat. Elle doit nécessairement passer par tout un processus long, complexe, douloureux, d'analyse du transfert et des résistances, qui, s'il est conduit à terme, peut garantir une guérison bien plus efficace. La guérison ne peut ainsi pas se prévoir, ne peut pas se prescrire. La psychothérapie psychanalytique ajustée aux patients (Gori, 2008) reste également ajustée aux limites des possibles chez l'analyste. L'ajustement concerne à la fois le patient et l'analyse, les limites de ce qui est possible pour le patient tout comme pour l'analyste.

Discours sur ma pratique à partir observations répétées et vérifiables : pour une mise en tension théorie/pratique

Au cours de mes interventions, étant tourné vers mes objectifs, c'est tout naturellement que je m'attends à ce que les patients collaborent, qu'ils soient présents aux rendez-vous que je leur fixe, qu'ils soient ponctuels. Ces attentes loin d'être comblées, semblent limitées. En effet, ces limites sont surtout posées par celles que m'imposent les patients (tableau 1 ci-dessous) :

- Assumer le financement du prix des consultations non remboursées (ou peu)³ ;
- Accepter les délais pour accueillir d'éventuelles suppressions de symptômes, rejetant ainsi les lenteurs de la psychanalyse ;
- La question de l'alliance thérapeutique ;

³ Les séances manquées ne font pas l'objet d'un paiement.

- Non-respect du cadre (séances manquées, retards chroniques etc.) ne permettant pas de se rencontrer à un rythme soutenu et régulier pendant un temps long.

En cela disant, je n'affirme nullement qu'il y aurait une contre-indication pour un soin psychanalytique. Au contraire, à la suite de Ciccone (2017), nous défendons l'idée qu'il n'y a jamais de contre-indication, pas plus que d'indication pour un soin psychanalytique. Tout le monde est une indication dans la mesure où tout le monde mérite que quelqu'un s'intéresse à sa vie mentale, à sa subjectivité (Ciccone, 2017).

Dans un monde où la vitesse nous gouverne, où l'attente devient alors insupportable, dans ce monde où les troubles anxieux constituent une véritable maladie de civilisation, ou moi-même praticien j'ai tendance à me laisser emporter alors que j'ai l'habitude de parler des malades comme de « *patients* », rien ne me semble faire école de patience. Mes interprétations (quand elles se manifestent) prenant aussi en compte les théories des patients sur leurs pathologies et leurs théories des soins sont invitées par ces mêmes patients à être communiquées rapidement, me privant ainsi d'attendre les moments opportuns pour les communiquer.

Les limites dont je viens de faire état *supra* ne me permettent donc pas d'obtenir des avancées notables à tous niveaux, dont certaines me paraissent même contre-thérapeutique⁴. Il me paraît donc difficile d'obtenir chez ces patients (impatiens) des avancées dans l'amélioration des symptômes. Certes, impatient tout court ne signifie pas grand-chose, sauf à vouloir décrire un trait de caractère. Pour ma part, je la vois comme étant liée aux mouvements pulsionnels, aux états d'affects et au temps.

Dès lors, dans ces conditions, nous ne pouvons parler de psychothérapie psychanalytique en tant que soin psychique par la psychanalyse, mais plutôt d'une psychanalyse au rabais, une « *sous psychanalyse incapable d'éradiquer des symptômes résiduels de la dépression* ».

Je m'autorise à penser à la suite d'Edmund et al (2002), que les patients ont tendance à mettre fin à une thérapie lors des toutes premières séances s'ils pensent que les soins prodigués sont inefficaces, ou s'ils se sentent mal à l'aise à l'idée de voir un thérapeute. En cela disant, nous n'excluons donc pas de penser aussi à la façon dont les patients se représentent le thérapeute dans leurs propensions à abandonner la thérapie (non-observance). A ce jour, en l'absence de données empiriques, d'études rigoureuses sur cette question, rien ne me permet de l'affirmer ou de l'infirmer.

1-2 Question de la recherche et hypothèses de travail

Cette mise en tension théorie/pratique que je viens succinctement d'exposer après avoir rapidement décrit de quoi la pratique de la psychanalyse était composée, m'invite dès lors à mettre en question les évidences, à interroger les contradictions et les impossibilités dans mon cas, de la pratique de la

⁴ L'instauration d'une forte alliance thérapeutique est à pondérer en fonction de la psychopathologie du patient. Par exemple, avec les structures de personnalités dites fluides, ou peu organisées, peu structurées, ne bénéficient que d'un potentiel d'auto-structuration ou de structuration très limité (Nasielski, 2012).

psychanalyse en tant que « *psychologie pratique* » dont j'ai montré les limites qui se posaient à moi. Au-delà de mon orientation ou formation théorique, je suis amené à m'interroger sur l'utilité de la pratique de la méditation pleine conscience en tant que psychothérapie, en réponse aux besoins des patients présentant des symptômes résiduels persistants de la dépression, et en réponse à la non-observance du cadre thérapeutique. Je prends note sans trancher, des remarques de Gori (idem, 2008) qui considère en tant que psychiatre, que les TCC ne sont pas des psychothérapies, et soulève la question d'une rationalité technique qui procède d'une démarche psycho-rééducative permettant la réhabilitation de scénarios et de schémas d'apprentissage sinistrés.

1-2-1 Questions de la recherche

Je suis amené à poser deux questions de recherche. La première aborde la thématique des symptômes résiduels. La deuxième, la thématique de l'observance du cadre thérapeutique.

Q1 : la pratique de la méditation pleine conscience chez des patients présentant des symptômes résiduels de la dépression impacterait-elle la guérison ?

Q2 : la pratique de la méditation pleine conscience chez des patients présentant des symptômes résiduels de la dépression impacterait-elle le respect de la dimension temporelle du cadre thérapeutique ?

1-2-2 Hypothèses de travail

H1 : La pratique de la pleine conscience réduit la présence de symptômes résiduels persistants dans l'évolution de la maladie dépressive pendant la phase de maintien ;

H2 : La pratique de la pleine conscience a un impact positif sur le niveau d'observance du cadre spatio-temporel par les patients.

1-3 Mon projet d'implémentation des pratiques méditatives

Après une nécessaire prise de recul conceptuelle, j'ai pensé qu'il était nécessaire d'effectuer des remaniements de mes positions théorico-cliniques pour faire face à ces complexités et ces diversités cliniques. M'appuyant sur un cadre interne, je distingue mon activité de psychologue avec une population clinique dite « *classique*⁵ » (ne pratiquant pas le sport régulièrement en compétition), de mon activité de psychologue du sport. Il s'agira alors de présenter deux projets. Dans le cadre de ce DU et de ses contraintes universitaires qui limitent notre travail d'écriture de ce mémoire sur une année universitaire, il n'a été possible pour l'instant de mener à son terme, uniquement le projet d'implémentation de la pratique méditative avec une population de sujets sportifs. Ce projet d'implémentation de pratiques méditatives avec une population présentant des troubles psychiatriques (troubles dépressifs) se trouve au cours de l'année 2024 dans une phase que je nomme de « *mise en place* ». Il n'est donc pas encore possible pour l'instant de tester nos deux hypothèses. A la suite de

⁵ J'emploie le terme de population clinique « *classique* » dans une acception simple et non exhaustive pour la distinguer de la population de sportifs compétiteurs, sans faire référence aux symptomatologies.

Bondolfi (2002), je reste convaincu qu'après un premier épisode dépressif, des stratégies pour la prévention des rechutes devraient être systématiquement proposées. Par ailleurs, la délivrance de l'outil méditatif aux patients nécessite une formation complète et sérieuse, laquelle reste encore en cours pour moi.

1-3-1 Projet d'implémentation appliquée à des problèmes cliniques

Laura Huxley (cité par Mendiburu, 2003) dit de la thérapie, que, « *ça fonctionne si vous fonctionnez* ». Au niveau psychothérapeutique, vu comme un traitement qui s'opère par le moyen de procédés psychologiques (Roudinesco, 1997), dont l'objet reste les conflits qui s'expriment dans la vie intérieure du patient ou dans ses rapports avec l'environnement, les approches cliniques basées sur la Pleine Conscience ont été incluses dans ce que certains ont nommé la « *troisième vague* » des thérapies d'orientation cognitive et comportementale (Hayes, 2002).

Pour faire face aux limites posées par les patients, pour tenter de répondre à leurs difficultés sévères comme aux plus simples, j'envisage de me tourner vers la mise en place de psychothérapies non analytiques. En effet, les psychothérapies non analytiques se targuant d'être plus brèves et plus efficaces que la psychanalyse, permettent d'obtenir indiscutablement des résultats dans la réduction durable des symptômes, sans impliquer systématiquement un objectif de réussite thérapeutique.

Les psychothérapies analytiques sont, pour la plupart, occupées à coller à ce temps industriel : « *le transfert est interminable, son issue est aléatoire, son résultat discutable. L'efficacité thérapeutique exige une méthode compatible avec le temps industriel ; pour cela, passons-nous du transfert une bonne fois pour toutes. Il n'y a là rien de blâmable sur le plan éthique, mais cette approche non analytique, refusant le transfert, doit nous éclairer sur un autre aspect de ce concept, à savoir déssexualiser le symptôme* » (Landman, 2002, p.103).

Les TCC quant à elles, constituent alors un courant majeur de psychothérapie, dont le succès est dû en grande partie aux études contrôlées qui mesurent et démontrent son efficacité de façon scientifique.

1-3-2 Projet d'implémentation appliquées à des populations sportives

Actuellement, j'ai pour projet d'introduire un programme d'intervention adapté à la pratique délibérée du hand incluant la pleine conscience afin d'améliorer les performances aux tirs des joueurs (alternative au programme de préparation mentale).

L'objectif de cette étude est d'examiner les effets d'un programme de pleine conscience (Kabat-Zinn, 1979) tel le MBSR sur la pratique délibérée du hand-ball auprès de joueurs de sexe masculin, de niveau moins de 18 nationaux et intégrés dans une section hand. Je regarde plus particulièrement les contenus des auto-feedbacks, l'apparition des valences des ruminations mentales (Martin et Tesser, 1996a) et les performances aux tirs au but des ailiers et demi-centres, qui, lorsqu'elles sont médiocres, provoquent chez certains joueurs, des états de ruminations anxieux. Il est intéressant de noter qu'ici

la question des performances⁶ aux tirs aux buts revêt d'une importance particulière pour ces joueurs, car elle conditionne les possibilités de recrutement pour la catégorie sénior auprès des centres de formations, mais également en direction de « bons » niveaux de clubs dont ils pensent être en mesure de jouer au cours de la saison sportive 2024/2025.

1-4 Les défis : quand les habitudes du poisson sont plus importantes que les outils du pêcheur

En disant que la santé mentale est une problématique de santé publique, je ne dis rien de nouveau que le monde de la recherche ne connaît déjà. Il est aisé de remarquer aujourd'hui la présence d'un nombre croissant de solutions pour tenter d'améliorer la santé mentale, avec un engouement important pour le yoga, l'hypnose et la méditation. Il est intéressant d'observer ici que la méditation et les pratiques de pleine conscience se placent en avant garde des solutions proposées. Proposer des protocoles d'études nouveaux permet de participer à l'émergence de nouvelles formes de thérapies appelées « complémentaires » pouvant être intégrées dans le parcours de soin du patient. A mon niveau, j'espère pouvoir contribuer à ma mesure à des formes nouvelles de thérapies basées sur la pleine conscience en direction de patients souffrants de ruminations anxieuses et dépressives. J'ai conscience d'être ambitieux et même prétentieux. Mais l'expérience m'a montré que la psychologie a beaucoup de mal à montrer sa pertinence et sa valeur.

Tableau 1 : limites posées par le cadre vues par les patients et le praticien

Points de vue	Limites (et commentaires)
PATIENS	<p>Problème posé par la nécessité de guérir vite : l'attente est insupportable ;</p> <p>Problème posé par le coût des séances : est-il possible de financer les séances ?</p> <p>Problème posé par les modalités temporelles du cadre ;</p> <p>Problème posé par la présence de symptômes résiduels : ce n'est pas ça et pourtant je suis déjà sous traitement, c'est pour ça que je viens ;</p> <p>Problème posé par l'alliance thérapeutique : J'aime/ je n'aime pas ce thérapeute. Il me fait penser à... Il ne parle pas assez.</p>
PRATICIEN	<p>Absence d'une phase de continuation du traitement pharmacologique après la phase aiguë</p> <p>Difficulté à mettre en place un suivi thérapeutique chez les patients ne respectant pas le cadre (non-observance)</p> <p>L'absence du respect des modalités temporelles du cadre impact l'estime de soi, le sentiment de culpabilité du praticien</p> <p>La lenteur de la psychanalyse reste de moins en moins acceptée par les gens.</p>

⁶ Dans un premier temps, la sélection des joueurs se fait souvent à partir de « statistiques » relatives aux buts marqués dans la saison sportive par le joueur candidat au recrutement et ramenées à la moyenne par match. Un bon ailier doit avoir 70 % de réussites aux tirs au but par match.

ETAPE 2 : COURTE SYNTHÈSE BIBLIOGRAPHIQUE SUR LA PROBLÉMATIQUE ET LE PROJET INSCRIT DANS LE CADRE DE PRATIQUES CLINIQUES

Mots clés : douleur chronique - Méditation pleine conscience - troubles anxio-dépressifs - symptômes résiduels.

2-THEMES ABORDÉS DANS LA BIBLIOGRAPHIE

2-1 Introduction

Au cours de ces dernières années, les publications sur la thématique de la mindfulness se sont développées à un rythme exponentiel (Rau et Williams, 2016 ; Kabat-Zinn, 2011). Lors de la première décennie de l'an 2000 (2001 à 2011), par exemple, le nombre de recherches sur le sujet est passé de 28 à 397 (Segal et al, 2013). D'après Williams et Kabat-Zin (2011), la mindfulness a été investie par d'autres champs que ceux de la médecine et de la psychologie, tels l'enseignement, les thérapies cognitives, les neurosciences, le droit, les affaires et le management. Le moteur de recherche Google dénombre plus de 6 millions de liens dans la base de données, Amazon répertorie plus de 2000 ouvrages avec le terme « *mindfulness* » dans le titre ou dans les mots-clés et la base de données (Glomb et al, 2011). Le profond enthousiasme pour le sujet n'est plus à démontrer et continue d'augmenter pour le plus grand bonheur de Kabat-Zin et Williams (ibidem, 2011) qui qualifiaient « *d'extraordinaire* » cet engouement.

Il est aussi aisé de constater que globalement, le monde médical s'est intéressé assez tardivement aux vertus thérapeutiques de la méditation en pleine conscience notamment à partir du travail de Jon Kabat-Zinn (1982, 1990, 2014) et son programme de réduction du stress : Mindfulness Based Stress Reduction appelé également Réduction Basé sur la Pleine Conscience.

Aujourd'hui, on peut faire le constat que le programme MBSR fondé par Jon Kabat-Zinn (1982, 1990, 2014) n'est pas pris comme référence par toute la communauté scientifique. Par exemple, le philosophe Fabrice Midal, fondateur de l'École Occidentale de Méditation propose une approche laïcisée de la méditation bouddhique adaptée à l'occident. Midal (2017) ne fait d'ailleurs pas usage du mot composé « *pleine conscience* », mais « *pleine présence* » dans la mesure où pour cet auteur, il ne s'agit pas de mettre à distance des choses pour pouvoir les saisir, mais au contraire, d'essayer de se mettre en rapport avec elles, les intégrer à mon être (*ibidem*, 2017).

Dans le domaine de la médecine, comment ne pas citer le Professeur de pédiatrie Tu-Anh TRAN ainsi que son équipe montpelliéro-nimoise. Quant au DU méditation, il fut proposé dès 2012 par le docteur Jean-Gérard Bloch à l'Université de Strasbourg.

Le concept en question n'est donc plus connu comme une voie d'éveil mais comme une technique étudiée dans les plus grands laboratoires et universités.

2-2 Approches thérapeutiques basées sur la pleine conscience

Depuis longtemps, le concept de la santé a été conçu comme une absence de maladie ou d'infirmité en se focalisant essentiellement sur les symptômes et les agents pathogènes. Or, le concept de santé a beaucoup évolué au fil du temps. Dès 1947 l'OMS a considéré la santé comme étant un état complet de bien-être physique, mental et social, sans la considérer comme représentant seulement une absence de maladie ou d'infirmité. En 1984, l'UNICEF définissait la santé comme ne se limitant pas à l'absence de la maladie. Pour l'UNICEF, elle serait un sentiment plus profond que le bien-être qui lui ne dépend pas seulement des services de santé mais du travail, du revenu, de l'éducation, de la culture des droits et des libertés. Pour L'OMS (2001), la santé c'est « *l'intégrité anatomique, physiologique et mentale, capacité à assumer ses rôles familiaux, professionnels et sociaux, capacité à gérer le stress, sensation de bien-être, et absence de risque de maladie ou de décès prématuré* ».

La méditation, du mot latin *meditari*, dérivé de *mederi*, signifie prendre soin. *Pleine Conscience* est la traduction de *sati* en pali, et *smrti* en sanscrit, et signifie « *être en train de prendre conscience* » (Nhat Hanh, 1995). Cette définition contient et réunit deux concepts : le premier, *Shamatha* en sanscrit ou *samatha* en pali, que l'on retrouve aussi dans les textes comme *Samadhi* : être parfaitement (*sam*) posé (*dhi*) dans le centre (*a*)- le sujet (Poggi, 2000), et qui se traduit souvent par arrêt, concentration, recueillement, se poser pleinement, apaisement (Nhat Hanh, 1995 ; Poggi, 2000 ; Varela, et al., 1993 ; Midal, 2014) ; Le second concept est *Vipashyana* en sanskrit ou *Vipassana* en pali, généralement traduit par compréhension, connaissance, discernement, vision profonde (Ibid. ; Grossman et Van Dam, 2011). D'après Midal (2017), la méditation serait considérée par la tradition bouddhique comme s'agissant de prendre soin. La méditation en tant que prise en charge thérapeutique nouvelle aurait donné naissance à des courants de recherche nord-américain (Shapiro, 2006 ; Berghmans et al., 2008).

La pleine conscience trouve son origine dans les traditions philosophiques, religieuses et culturelles orientales et plus particulièrement dans le bouddhisme. Ce terme est traduit par « *mindfulness* » en anglais et « *pleine conscience* » en français, des noms pour décrire à l'origine une action. Les textes traditionnels bouddhistes décrivent la pleine conscience comme un processus long demandant une ouverture au moment présent, de la bienveillance, de la tolérance, de la patience et du courage (absence de jugement, acceptation), une absence d'analyse de l'instant vécu, un état de conscience différent de l'état d'attention de tous les jours, une pratique régulière (Grossman et Van Dam, 2011).

André (2010) souligne qu'elle n'est pas une prérogative exclusive de la culture orientale. En effet, d'après cet auteur, en Occident il existe aussi une longue tradition méditative davantage basée sur une

démarche analytique et réflexive, dans un mode de pensée exigeant et attentif. Cette approche se retrouve également dans la tradition bouddhiste, parallèlement à des pratiques plus contemplatives qui impliquent d'observer simplement ce qui est, dans une posture qui prône. La méditation de pleine conscience est donc avant tout une pratique, une forme d'entraînement de l'esprit et non une mystique. La pleine conscience peut être définie comme un état d'attention portée sur le moment présent, en acceptant ce qui entre dans le champ de la perception, sans se laisser envahir par les pensées ou les réactions émotionnelles (Bishop, 2002). Pour Weber et al (2012, p. 1395), « *plus qu'une simple technique de centration de l'attention sur l'instant présent, la pleine conscience est une « façon d'être » invitant à ne pas se laisser piéger par des attitudes automatiques visant à supprimer l'inconfort ou à éradiquer la douleur, et à développer une nouvelle façon de vivre une expérience difficile, en l'accueillant avec bienveillance* ».

Après avoir longtemps été cantonnée aux domaines de la spiritualité et du développement personnel, depuis une dizaine d'années les pratiques méditatives ont fait une irruption remarquable dans le champ de la psychologie clinique, de la psychiatrie et des neurosciences (Baringa, 2003). « *Il est vraisemblable que l'accélération croissante des rythmes de vie dans les pays développés soit, du moins en partie, en relation avec cette quête d'introspection, de calme, de lenteur et de continuité, qualités qui sont attribuées aux pratiques méditatives* » (Bondolfi, Germann et Zermatten, 2011). C'est Jon Kabat-Zinn qui introduit des 1979 la méditation de pleine conscience dans la pratique clinique à partir d'un programme thérapeutique créé par lui-même, avec l'idée assez originale que la méditation pourrait aider les occidentaux à gérer leur stress sans qu'ils deviennent forcément des adeptes de la tradition bouddhiste (Bondolfi, Germann et Zermatten, 2011). Loin d'être un entraînement avec une technique particulière, la méditation est un engagement, une implication (Kabat-Zinn, 2003). Selon Kabat-Zinn (1994), la mindfulness est un état dans lequel une personne est capable de donner son attention sur une période sans porter de jugement sur cette expérience. Pour cet auteur, la mindfulness serait « *un état de conscience qui apparaît en prêtant attention au moment présent et sans porter de jugement au déroulement de l'expérience de chaque instant* » (Kabat-Zinn, 2003, p. 145). Kabat-Zinn (2014, p. 97) définit sept attitudes qui seraient les piliers majeurs de cette pratique, en l'occurrence le non-jugement, la patience, l'esprit du débutant, la confiance, le non-effort, l'acceptation et le lâcher prise.

D'après Shapiro (2009), Csillik et Tafticht (2012), il n'existe pas à l'heure actuelle de réel consensus dans la littérature concernant la définition du concept de pleine conscience. Pour Chambers, Gullone et Allen (2009), la littérature fait référence aux vocables de conscience, pratique méditative voire de processus psychologiques. Dans son usage général, le terme de méditation possède toute une série de significations distinctes : stratégie d'autorégulation avec focalisation sur l'attention ; état de concentration dans lequel la conscience réfléchie est centrée sur un seul objet ; état de relaxation

psychologiquement et médicalement bienfaisant ; état dissocié dans lequel des phénomènes de trances peuvent se produire ; état mystique dans lesquels sont vécus les réalités ou les objets religieux les plus élevés.

Pour Shapiro (2006), la méditation se réfère à une 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 un bien-être mental et physique qui a pour objectifs de développer des états émotionnels spécifiques comme la joie, le calme.

Plus près de nous, pour Brown et Ryan (2003, p. 822), dans une définition empirique occidentalisée, la mindfulness serait une capacité ou une caractéristique présente chez tous les individus consistant en une « *capacité à être attentif et conscient de ce qui se déroule dans le moment présent* ». Cette caractéristique peut être développée par le biais de programme de méditation. Ces auteurs (Ibidem, 2007) décrivent quant à eux cinq caractéristiques comme étant essentielles, à savoir : une conscience claire sur les stimuli internes et externes caractérisées par les pensées, les émotions, les actions ou l'environnement tels qu'ils existent au moment présent (1), une conscience non-conceptuelle et non discriminatoire (2), flexible (3), orientée vers le présent (4), et stable dans le temps (5).

Bischoff et al (2006) voit en la mindfulness une capacité métacognitive aidant les individus à acquérir de la connaissance sur leurs propres pensées selon un modèle à deux processus : un premier « *l'autorégulation* » de l'attention maintenue dans l'expérience présente. Il permet une plus grande prise de conscience des sensations corporelles, des pensées ainsi que des émotions.

Un deuxième processus centré sur l'orientation particulière de l'attention sur les expériences présentes. Dans ce deuxième processus, les individus développent une qualité d'attention spécifique et caractérisée par l'effort de se connecter à chaque objet conscient de soi.

Quant au Pr TRAN, à de nombreuses reprises, il en donne la définition suivante : « *la méditation est une introspection qui tourne notre regard vers l'intérieur pour observer ce qui se passe dans notre corps (soma) et notre esprit (psyché)* ».

2-3 Effets bénéfiques de la pratique de la pleine conscience

La pratique de la pleine conscience aurait des effets bénéfiques sur les aires cérébrales qui sous-tendent la régulation émotionnelle. L'émotion du latin *movere*, *emotum*, signifie « *secouer, se mouvoir* ». Selon Davidson et Ekman (1994), l'émotion est une réaction engendrée par un stimulus précis et caractérisée par des réponses cognitives, physiologiques et comportementales. L'émotion serait le troisième niveau d'adaptation environnementale après le réflexe et les besoins physiologiques. Elles ne sont pas des réponses directes à des stimuli de l'environnement, mais sont représentatives de la relation que relie l'individu à son environnement. Les émotions permettent de signifier à un individu que quelque chose dans l'environnement a changé.

Les émotions primaires appelées aussi de base ou universelles sont les premières émotions que les

enfants expérimentent. Elles sont également celles que l'on peut observer chez tous les humains. Il n'existe pas de consensus autour des émotions. Toutefois, les auteurs font référence systématiquement à 6 émotions : la tristesse, la colère, la joie, le dégoût, la peur et la surprise.

Pour en venir aux effets bénéfiques de la pratique de la pleine conscience, comme indiqué *supra*, ils auraient une grande utilité dans la gestion des émotions. En effet, différentes aires cérébrales sous-tendent la régulation émotionnelle, notamment les régions cérébrales du cortex préfrontal (CPF), du cortex cingulaire antérieur (CCA) ainsi que l'insula antérieure droite et le cortex somatosensoriel primaire permettant une meilleure intégration des sensations corporelles (Zeidan et al., 2011).

Ainsi, de part une meilleure régulation émotionnelle, les programmes basés sur la pleine conscience permettent de mieux réguler l'émotion de peur (Robins, Keng, Ekblad et Brantley, 2012). Ils favorisent également une diminution des niveaux de stress, d'anxiété et des affects négatifs (Shapiro, Brown et Biegel, 2007) que les protocoles d'intervention soient plutôt basées sur la gestion du stress via le Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR ; Kabat-Zinn, 1990) ou sur le soulagement des symptômes dépressifs via le Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT ; Segal, Williams, et Teasdale, 2012), de nombreuses études démontrent leur efficacité (Keng, Smoski, et Robins, 2011) à travers l'amélioration des aptitudes à prendre conscience et à réguler les émotions négatives (Allen et al., 2006 ; Carmody, 2009 ; Desrosiers, Vine, Klemanski, et Nolen-Hoeksema, 2013).

Pour Weinstein et al (2009), la pleine conscience augmenterait les capacités d'adaptation face à une situation stressante grâce à une réduction de la réponse physiologique du stress. En conséquence, d'après Kim et al (2009), pour ce qui nous intéresse ici et maintenant, il en résulterait une diminution des troubles anxieux généralisés ainsi que des attaques de paniques.

Le rôle de la pleine conscience se situe donc clairement dans le champ du soutien et de l'amélioration de la santé mentale (Bondolfi, 2023). Pour Bondolfi (2013), la méthode de pleine conscience agirait au niveau préréflexif. Cette méthode ne viserait pas à éliminer un symptôme grâce à des outils agissant sur le contenu des pensées, comme le préconise l'approche cognitivo-comportementale. Elle chercherait à modifier l'attitude face aux symptômes.

2-4 Apports de la méditation pleine conscience dans les pathologies dépressives

Les traitements adoptant la méditation de PC sont des *systèmes d'apprentissages actifs* nécessitant un certain effort et engagement de la part du patient (Kabat-Zinn, 2009). Il s'agit d'un entraînement mental à la régulation attentionnelle et émotionnelle (Lutz, Slagter, Dunne, et Davidson, 2008). Cet entraînement régulier modifierait les schémas d'activités neurales, et en retour, ces schémas influenceraient les systèmes nerveux autonome, immunitaire et endocrinien dans le sens d'une amélioration significative de différents paramètres (Lazar, Bush, Gollub, Fricchione, Khalsa, et Benson, 2000, Davidson, Kabat-Zinn, et Schumacher, 2003, Davidson, 2011). L'entraînement améliorerait aussi différents troubles psychologiques comme les troubles anxieux, les dépressions

récurrentes (Kuyken, 2015), et plus généralement la régulation émotionnelle (Lazar, Kerr, Wasserman, Gray, Greve, et Treadway, 2005 ; Roemer, Williston, et Rollins, 2015). Avec la pratique de la pleine conscience, des performances comparables à celles de la TCC sont relevées afin de réduire les symptômes d'anxiété et de dépression (voir figure ci-dessous sur le cycle de la rechute).

2-5 La question des symptômes résiduels

La dépression unipolaire est souvent polymorbide (Casselyn, Kiefer et Bondolfi, 2013), et sa guérison complète ne va pas de soi. L'utilisation d'un antidépresseur ou d'une psychothérapie permet d'obtenir une réponse chez 50-70 % des sujets traités. Dans le cas de réponse dite partielle, voire de non-réponse à un premier traitement, on peut relever un taux de réponse jusqu'à 80 % en faisant usage de stratégies telles le traitement combiné d'un anti-dépresseur avec une psychothérapie ; l'augmentation de la posologie initiale ; l'adjonction au trait anti-dépresseur de sels de lithium ou d'hormones thyroïdiennes ; le changement d'anti-dépresseur ; l'adjonction d'un deuxième anti-dépresseur (Bondolfi, ibidem, 2002).

Le terme de symptômes résiduels est de plus en plus utilisé pour désigner l'ensemble de symptômes dépressifs mineurs décelables après un épisode dépressif avec un score à l'échelle MADRS < 8.

D'après Bondolfi (ibidem, 2002, p. 1722), « *la persistance de symptômes résiduels de la dépression, en dépit d'une amélioration clinique significative, joue un rôle défavorable dans le pronostic de l'évolution de la maladie dépressive* ».

Tableau 2 : courte synthèse bibliographique en fonctions des thèmes abordés

Thèmes	Auteurs
<p>Prévenir la rechute</p> <p>Symptômes résiduels de la dépression</p> <p>La dépression unipolaire</p> <p>Pleine conscience et addictions</p> <p>Effets bénéfiques de la méditation pleine conscience</p> <p>Approches thérapeutiques basées sur la pleine conscience</p>	<p>Zindel V Segal, John D Teasdale, Mark G. Williams. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression. Carrefour des psychothérapies, 4e Edition, 2024, 416 p ; Suzy Soumaille, Guido Bondolfi, Bertschy : J'ai envie de comprendre la dépression. Editions planète santé – 1 décembre 2012 ; Bondolfi, G. et Bertschy, G. (2018). 48 Interventions fondées sur la méditation de pleine conscience et dépression. Dans : Franck Bellivier éd., <i>Actualités sur les maladies dépressives</i> (pp. 496-502). Cachan : Lavoisier ; Bondolfi, G. Dépression récurrente et prévention de la rechute. <i>Medecine et hygiène</i> 2406, septembre 2002</p> <p>Weber, B. et al (2012). Approches thérapeutiques basées sur la pleine conscience. <i>Revue Médicale Suisse</i> 2012 ; 8 : 1395-8 ; Rosenfeld, F. Méditer, c'est se soigner. Paris : Ed. Les Arènes 2007 ; Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living : Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York : Dell Publishing. Introduction la pleine conscience. Sous la direction de Estelle Fall. Dunod, 2016.</p>

2-6 REMARQUES SUR L'ETAPE 2

Dans ce travail, en l'absence de consensus dans le domaine de la recherche, je prends le parti de retenir le modèle de la mindfulness proposé par Bishop et ses collaborateurs (2006). En effet, ces derniers soulignent la caractéristique plutôt descriptive donnée par Kabat-Zin de la mindfulness, au détriment d'une réelle opérationnalisation du concept. Il s'agira alors, comme indiqué ici, d'une capacité métacognitive aidant les individus à acquérir de la connaissance sur leurs propres pensées à partir de deux processus.

Remarque 1 : le propos de Hagège (2017) paraît aussi très pertinent lorsqu'elle précise que l'attention doit être portée vers un objet intérieur (ses propres fonctions subjectives), pour en avoir conscience.

Remarque 2 : dans un dialogue avec le Dala Lama, Jack Kornfield (2011) nous apporte un éclairage intéressant que nous nous approprions dans ce mémoire :

« Je voudrais souligner que la méditation (de PC) en tant que telle n'existe pas. Il existe de nombreux entraînements méditatifs de l'esprit, distincts les uns des autres... il n'y a pas d'état méditatif unique. Il y a des dizaines d'entraînements à la PC... Il existe des centaines de pratiques de concentration différentes. Pour que notre science puisse se développer, nous devons déterminer très clairement le type d'entraînement particulier auquel nous consacrons notre recherche. »

Jack Kornfield (2011). *The Mind's own Physician. A scientific Dialogue with the Dalai Lama on the healing Power of Meditation*, p 182

Par la suite, dans ce travail, je choisis d'employer le terme de « *pleine conscience* » comme synonyme de celui de « *mindfulness* ».

ÉTAPE 3 : STAGES ET RAPPORT DE STAGE

En dehors du programme MBSR, j'ai participé dès la fin mars 2024 au programme du MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy) ou Thérapie Cognitive Basée sur la Pleine Conscience sous la guidance d'Anne Marguery, psychologue clinicienne à Grenoble et membre instructeur de l'ADM.

J'ai également participé à deux journées avec le Pr TRAN au CHU de Nîmes. Il s'agissait de consultations au service de pédiatrie en présence du Pr TRAN (voir ci-dessous).

3-1 Séances hebdomadaires de méditation assise et guidée au CHU de Nîmes

Par ailleurs, dans la mesure du possible, j'ai tenté de me connecter très souvent par l'intermédiaire d'une connexion avec le service de vidéoconférence zoom, le mercredi de 13 h à 14 h afin de participer aux séances de méditations assises destinées aux soignant-e-s d'une part, d'autre part, aux pratiquant-e-s intéressées, notamment celles et ceux engagées à la session actuelle voire des sessions anciennes du DU mais aussi des pratiquant-e-s non expert-e-s en méditation. La particularité de ce dispositif de méditation tient au fait qu'il s'exécute sur le lieu de travail du personnel soignant méditant.

Utilisation d'une technique claire et définie : les méditations FA et OM

Le Pr TRAN distingue deux grands styles de pratique de la pleine conscience qui se retrouvent dans les traditions Vipassana, le Bouddhisme Tibétain et le Zen. Il s'agit de la méditation *Focused Attention* (concentration de l'attention sur l'objet sélectionné) et la méditation *Open Monitoring* (monitoring non réactif du contenu de l'expérience). Le protocole de l'exercice est indépendant de l'intention et des buts que se fixent les méditants qui peuvent-être par exemple, un travail sur les sensations corporelles et sur les différentes parties du corps (scan corporel), un travail sur la colère, sur l'estime de soi, la bienveillance, la découverte des émotions etc.

Au départ, la posture assise, les pieds touchant le sol avec une grande stabilité est suggérée, impliquant une réduction des facteurs de risques physiologique et biomécaniques en limitant les variations de la surface d'appui. En effet, cette posture permet d'enlever une partie plus ou moins importante de la charge (poids du corps) qui est supportée par les jambes en la transférant sous les fessiers. La durée temporelle de l'exercice se situe globalement aux alentours des 55 mn.

Les exercices formels permettent d'améliorer notre aptitude à la pleine conscience, en sollicitant la concentration et une ouverture à l'expérience présente. Il existe de nombreux types d'exercices qui peuvent être abordés au sein de différents thèmes comme : le souffle, la bienveillance, la découverte des émotions etc. On peut résumer le protocole utilisé par le Pr TRAN comme s'inspirant des thèmes suivants :

- L'objectif premier de la pratique : thérapeutique ou spirituelle ?
- La direction de l'attention : pleine conscience ou concentration ?
- Le type d'ancre employée (ici, la respiration) ;
- Posture utilisée : posture assise

Avant la méditation : commencer par poser une intention

Parce qu'il n'existe pas de pleine conscience en tant que telle, ni d'état méditatif unique, pour donner du sens à l'exercice méditatif, le Pr TRAN commence toujours les séances en demandant aux personnes présentes de formuler des intentions sur le thème à aborder pendant que s'instaure des échanges sur les expériences des uns et des autres. En cela disant, le Pr TRAN entend montrer que faire des souhaits permet de poser une intention, des buts quant aux conséquences souhaitées des actions. Citons à titre d'exemple, l'évocation d'une douleur lors d'une posture assise, relevant d'une observation neutre et bienveillante avec équanimité afin de lui donner une seule et unique place afin d'éviter que la conscience ne se focalise uniquement sur elle. Le Pr TRAN indique souvent que nous ne sommes pas nos pensées, qui ne sont que des produits de notre esprit. Le Pr TRAN précise que le cogito cartésien « *je pense donc je suis* » devient en pleine conscience, « *je pense donc je ne suis pas* ». Nous devons nécessairement laisser passer nos pensées, émotions et sensations corporelles en les observant d'instant en instant avec clairvoyance afin qu'elles ne se cristallisent pas. Le Pr TRAN entend par là qu'il ne faut convoquer aucun mécanisme d'aversion, ni d'attachement, ni lutte, ni fuite mais uniquement un regard d'équanimité en leur direction.

Première phase : la méditation Focused Attention (FA)

Puis, s'ensuit une activité méditative focalisée sur un objet unique sélectionné, en l'occurrence sur la respiration sinusale asymétrique d'une durée égale au tiers du temps consacrée à la séance, afin de parvenir à un état dit de « *retour au calme* ». Sur le plan neuropsychologique, l'attention sélective et sa régulation sont prises en charge par le cortex cingulaire antérieur (ACC). A ce sujet, des études ont émis l'hypothèse que la respiration stimule l'activation vagale des voies GABA du cortex préfrontal et de l'insula pour inhiber la suractivité de l'amygdale et ainsi améliorer le contrôle émotionnel. De temps en temps, le professeur TRAN rappelle verbalement que la fréquence cardiaque augmente pendant la phase d'inspiration, sous contrôle du système sympathique, et diminue pendant la phase d'expiration (arythmie sinusale respiratoire) sous contrôle du système parasympathique. Lors de cette méditation FA, il s'agit de prendre conscience lorsque l'esprit s'égare, d'adopter une attitude de non-jugement face à la distraction, puis à se recentrer sur l'objet cible (par exemple, avec les commentaires du Pr TRAN : « *Si*

vosre esprit s'échappe, c'est normal, nous venons de passer de l'action à l'immobilité. Dès que vous vous en apercevez, vous le ramenez à la respiration au niveau du ventre ».

Dans cette phase, le Pr TRAN tente de nous convaincre qu'il est nécessaire d'appivoiser l'esprit et l'attention, comme nous le rappelle Varéla, Thomson et Rosch (1993, p. 57) :

« L'agitation de l'esprit se dompte graduellement. L'esprit non dompté tend constamment à s'installer en un point stable de son perpétuel mouvement, à s'agripper à des pensées, à des sentiments, des concepts comme s'ils constituaient un sol ferme ».

L'esprit vagabonde (phénomène de mind-wandering) et s'accompagne d'une forte activité du réseau par défaut (Khrstoff et col, 2009). Il s'agit ici d'apaiser et stabiliser le mental, réduire les distractions car l'activité des régions cérébrales reste davantage active au repos contrairement à l'activité déployée lorsque nous sommes engagés dans des tâches cognitives, motrices ou langagières.

Ce processus d'évaluation de l'attention nous met dans une position de double tâche, car il faut se concentrer d'une part sur son activité principale et surveiller que l'on est bien concentré sur la tâche.

Cette situation reste paradoxale puisqu'être concentré, c'est s'immerger entièrement dans ce que l'on fait. En définitive, cette surveillance de l'esprit (FA) constitue une base à la pratique de la méditation OM. Elle servirait de pratique préparatoire à la méditation OM (Open Monitoring).

Deuxième phase : Monitoring Ouvert (Open Monitoring)

Cette méditation Open Monitoring (OM) implique le « *monitoring non réactif de l'expérience du moment présent* ». Dès lors que la méditation reste suffisamment renforcée lors du contrôle de l'attention par la méditation FA, la concentration sur l'objet peut être réduite. Quant à la capacité de monitoring renforcée, elle permet d'incorporer les flux de pensées, émotions et sensations présentes sur le moment sans produire d'effort de la conscience comme cela est le cas dans la méditation FA.

Troisième phase

Le Pr TRAN appelle les participants à ouvrir les yeux.

Quatrième phase : recueil des expériences des méditants

A la fin de la troisième phase, le Pr TRAN recueille les expériences des participants qui souhaitent s'exprimer.

Remarque : une question reste souvent évoquée par des méditants non expert, concernant les fréquences et le temps à consacrer à la méditation. La réponse du Pr TRAN reste la suivante : « *méditez autant que possible* ».

Cette réponse vient faire échos aux références théoriques appuyant la nécessité d'une pratique régulière et rapprochée dans le temps (Shapiro *et al.*, 2006 ; Cottraux, 2014 ; Kabat-Zinn, 2016).

3-2 Prise en charge thérapeutique

Stage n° 1 : le vendredi 5 janvier 2024 de 9h00 à 16h00 au CHU de Nîmes, service pédiatrie.

Rappelons que le Pr TRAN est l'auteur de deux ouvrages intitulés « *MEDITASOINS* », petites méditations pour grands maux de l'enfant, et *MEDITAMOUV'*, 10 méditations en mouvement pour apaiser les émotions de l'enfant. Avant ma participation à ce stage, j'ai pris l'initiative de visionner les 10 méditations considérées par le Pr TRAN comme étant les plus importantes du guide *MEDITASOINS*, (p. 14). J'ai également pris soin d'apprendre les 10 mouvements qui apaisent les émotions, fortifient le corps et l'esprit dans *MEDITAMOUV'* pp. 68-87.

J'assiste ici à des consultations pédiatriques à partir d'un dispositif en double écoute dans le cabinet du Pr TRAN en prenant place derrière les patients et parents. Les patients reçus sont déjà tous suivis par le Pr TRAN. Je suis présenté par ce dernier comme observateur des pratiques cliniques avant le début des consultations. Je m'affère dès lors à prendre des notes sans intervenir, excepté lorsque je suis sollicité par le Pr TRAN. Globalement, les six consultations du jour ne portent pas systématiquement dans le registre de la rhumatologie. Dans tous les cas de figures, je remarque que le professeur implique systématiquement les parents dans l'activité de méditation, hors exercices en posture debout. Enfants et parents sont des acteurs à part entière du parcours de santé. Les messages délivrés par le Pr TRAN à l'enfant et à sa famille sont clairs et adaptés au contexte culturel et linguistique des familles.

Dans la pratique des exercices de méditation en mouvement (*MEDITAMOUV'* p. 91), le professeur sollicite souvent les patient-e-s à partir de l'injonction « *fais comme moi* », caractérisant une imitation dite induite (Nadel, 2014). Certains patients ont la capacité d'imiter les gestes des exercices de méditation en mouvement à partir d'une consigne donnée par le Pr TRAN, montrant ainsi l'acquisition d'un apprentissage, donc la présence de traces en mémoire permettant de réaliser ces actions. Ces différentes composantes informent par ailleurs sur les capacités motrices et perceptives de l'individu. Toutes et tous ont une représentation cognitive des actions représentant les mouvements. Lors de l'imitation synchrone, le professeur corrige systématiquement les gestes non adaptés pour l'exercice à accomplir.

Il est évident que la pratique de la méditation en consultations pédiatriques nécessite une grande maîtrise de techniques de la méditation.

Enfin, le Pr TRAN m'indique qu'il est plutôt favorable, dans la mesure du possible, à l'utilisation a minima de thérapeutiques médicamenteuses.

3-3 Consultations

Je précise que le détail du parcours de soins implique de faire souvent référence aux contenus des

ouvrages MEDITAMOUV' et MEDITASOINS. Le Pr TRAN s'autorise à vérifier que les enfants sont en leur possession. Dans tous les cas, le Pr TRAN tente quand il le peut, d'expliquer aux patients ce qu'ils pensent qui leur arrive. La question du sens lui semble primordiale en vue d'une guérison, d'une diminution de l'intensité des souffrances, de leurs affects.

PATIENT N° 1 : de sexe masculin, âgé de 14 ans, scolarisé. Enfant unique. Suivi depuis février 2022. Absence de prise de psychotropes aujourd'hui.

Diagnostique : Le patient est suivi pour agressivité (Trouble Oppositionnel avec Provocation) et tentative de suicide (TS). Un bilan orthophonique a permis de poser les diagnostics de trouble dyslexique et trouble dysorthographique.

État clinique : le patient se présente à la consultation le matin à 9 h, accompagné de sa maman. Il répond aux questions du professeur TRAN. La prosodie du langage n'est pas altérée. Il est plutôt calme et répond aux sollicitations du professeur TRAN. La maman et le patient n'évoquent plus de difficultés d'ordre sociales à l'école et dans l'entourage de l'enfant.

Détail du parcours de soins et activités proposés :

- Auto-évaluation de la météo des émotions (MEDITAMOUV' p. 66) ;
- Pratique des mouvements du GI KONG + scan corporel ;
- Pratiques des 10 exercices considérés comme participant à l'apaisement des émotions (MEDITAMOUV' p. 91) ;
- Faire usage des méditations guidées dans MEDITASOINS, p. 14

Bilan de la consultation : l'appréciation de la sévérité, de l'intensité et du retentissement des troubles du comportement de l'enfant montre aujourd'hui l'apparition de très nets progrès. L'auto-évaluation de la « météo intérieure » des émotions au moyen de figures symboliques analogiques désigne un état émotionnel stable et agréable.

L'enfant n'a plus fait de TS depuis 2022. Aujourd'hui, les crises d'angoisses ont totalement disparu pour le plus grand bonheur de l'enfant et de sa maman.

PATIENTE N° 2 : de sexe féminin, âgée de 11 ans, scolarisée. Suivie depuis 2023. Les parents sont séparés. Absence de prise de psychotropes aujourd'hui.

Diagnostique : la patiente présente les symptômes suivants : douleurs à la poitrine ; crises d'angoisse depuis la classe de CM2. Les examens ne montrent pas de pathologies d'étiologie organique (échographie du cœur).

État clinique : la patiente se présente à la consultation le matin, accompagnée par sa maman (séparée du papa).

Détail du parcours de soins et activités proposées :

- Auto-évaluation de la « météo » des émotions ((MEDITAMOUV' p. 66) ;
- Retour sur méditascanne pratiqué le matin au réveil ;

- Pratique de méditasouffle (position assise, l'enfant est invité à effectuer des calculs mentaux) ;
- Faire usage des méditations guidées dans MEDITASOINS, p. 14

Bilan de la consultation : après un retour sur l'existence du kit d'urgence, avec un rappel à la patiente et sa maman de la nécessité de son utilisation lors de crises d'angoisses, la patiente déclare que les crises d'angoisse dont elle est victime sont de plus en plus éloignées. Elle déclare également que leurs intensités sont de moins en moins élevées.

PATIENT N° 3 : de sexe masculin, âgé de 8 ans. Scolarisé en classe de CE2. Déjà suivi sur le plan psychologique en CMPE et par le Pr TRAN au CHU. En milieu scolaire, il dispose d'un accompagnement par une AVS.

Diagnostic : le patient présente des troubles des conduites. Il est d'un tempérament bagarreur surtout à l'école.

État clinique : le patient se présente en consultation le matin, accompagnée par sa maman. Les parents sont divorcés. Lors de la consultation, Il fait montre d'une agitation motrice. Le rythme du langage est tachyphémique.

Détail du parcours de soins et activités proposées :

- Auto-évaluation de la « météo » des émotions (voir figure X) ;
- Retour sur méditasouffle pratiqué le matin au réveil ;
- Pratique de méditasouffle (position assise, l'enfant est invité à effectuer des calculs mentaux) ;
- Pratiques des 10 exercices considérés comme participant à l'apaisement des émotions (MEDITAMOUV' p. 91).
- Faire usage des méditations guidées dans MEDITASOINS, p. 14

Bilan de la consultation : avec une pratique courte, mais quotidienne de la méditation l'enfant manifeste de moins en moins de troubles des conduites. Il pratique depuis peu le Viet Vo Dao. La pratique de l'exercice n° 7, le Dragon Crachant le Feu du Cœur permet à l'enfant de retrouver un état d'homéostasie émotionnelle en cas de besoin.

PATIENTE N° 4 : de sexe féminin, âgée de 12 ans. N'est plus scolarisée depuis 2023. Elle bénéficie d'un suivi psychiatrique. C'est la première consultation dans le service du Pr TRAN.

Diagnostic : la patiente décrit des douleurs musculaires chroniques. Elle est également victime de crises d'angoisses qu'elle estime présentes depuis la séparation de sa tante avec son oncle.

État clinique : la patiente se présente avec ses parents. Elle répond volontiers aux questions posées par le Pr TRAN qui ausculte l'enfant et écarte toute origine organique des douleurs musculaires.

Détail du parcours de soins et activités proposées :

- Auto-évaluation de la « météo » des émotions (MEDITAMOUV' p. 66) ;

- Présentation de méditascanne à pratiquer le matin au réveil ;
- Présentation de la pratique de méditasouffle (position assise, l'enfant est invité à effectuer des calculs mentaux) ;
- Présentation des 10 exercices de MEDITAMOUV' qui apaisent les émotions ;
- Faire usage des méditations guidées dans MEDITASOINS, p. 14

Bilan de la consultation : Les objectifs à atteindre pour la deuxième consultation sont communiqués aux parents et à l'enfant. Le Pr TRAN propose avant de terminer la consultation d'utiliser les deux ouvrages afin de bénéficier des protocoles nécessaires à la pratique de la méditation.

PATIENT N° 5 : de sexe masculin, âgé de 5 ans, scolarisé en moyenne section. L'enfant est déjà suivi par le Pr TRAN.

Diagnostic : le patient présente des troubles des conduites. Il est d'un tempérament bagarreur surtout à l'école.

État clinique : le patient se présente à la consultation avec ses deux parents. Il fait montre d'une agitation motrice.

Détail du parcours de soins et activités proposées :

- Auto-évaluation de la « météo » des émotions (MEDITAMOUV' p. 66) ;
- Retour sur méditascanne pratiqué le matin au réveil ;
- Pratique de méditasouffle (position assise, l'enfant est invité à effectuer des calculs mentaux) ;
- Pratiques des 10 exercices considérés comme participant à l'apaisement des émotions (MEDITAMOUV' p. 91) ;
- Faire usage des méditations guidées dans MEDITASOINS, p. 14

Bilan de la consultation : avec une pratique courte, mais quotidienne de la méditation l'enfant manifeste de moins en moins de troubles des conduites. La pratique de l'exercice n° 7, le Dragon Crachant le Feu du Cœur permet à l'enfant de retrouver un état d'homéostasie émotionnelle en cas de besoin comme avec le patient 3.

PATIENT N° 6 : de sexe féminin, âgée de 19 ans, elle est déjà suivie par le Pr TRAN.

Diagnostic : troubles anxio-dépressifs non traités par une thérapie médicamenteuse.

État clinique : La patiente se présente à la consultation avec ses parents. Plutôt calme, elle exprime la façon dont se déroule les survenues de ses angoisses et les éventuelles stratégies qu'elle met en place pour lutter.

Détail du parcours de soins et activités proposés :

- Auto-évaluation de la « météo » des émotions (MEDITAMOUV' p. 66) ;
- Faire usage des méditations guidées dans MEDITASOINS, p. 14
- Pratique de l'auto-hypnose ;

- Pratiques des 10 exercices considérés comme participant à l'apaisement des émotions (MEDITAMOUV' p. 91) ;
- Faire usage des méditations guidées dans MEDITASOINS, p. 14

Bilan de la consultation : la pratique de l'auto-hypnose ainsi que l'utilisation du kit d'urgence SOS lors de la survenue des crises d'angoisses montrent des résultats très satisfaisants.

2e Stage n° 2 : le jeudi 29 février au service pédiatrie du CHU de Nîmes, service pédiatrie avec des enfants atteints d'une pathologie diabétique

Comment vivez-vous le diabète ? Voilà la question posée par le Pr TRAN à 5 garçons âgés de 11 à 15 ans dont seulement 2 parents (1 maman et 1 papa) étaient présents.

Au cours des échanges peu nombreux entre le Pr TRAN et les enfants (qui s'expriment peu) aux seins desquels est abordé la surveillance de la glycémie, la question de l'insuline et notamment son insuffisance, on s'entend dire par les enfants qu'il devenait pénible de suivre le protocole de surveillance quotidien de la glycémie. Les traitements médicamenteux sont lourds à « porter ».

Pour le Pr TRAN, le protocole est lourd. Le diabète chez les enfants, c'est injuste s'exprime le Pr TRAN. Le professeur propose ensuite à chacun d'évaluer son l'état émotionnel en s'aidant de la copie de la feuille « météo » des émotions telle qu'on la trouve dans MEDITAMOUV' p. 66.

Nous sommes ensuite engagés dans la mise en pratique des 10 exercices de MEDITAMOUV' p. 91 Le Pr TRAN procède ensuite à un retest de la météo des émotions. Avec cette pathologie, les effets de la pratique des exercices pour apaiser les émotions paraissent plus nuancés.

3-4 Apports des stages

3-4-1 Observation de la pratique méditative auprès de soignants dans un cadre hospitalier universitaire

Sur le lieu de travail, l'individu, quelle que soit sa position hiérarchique reste confronté de façon répétée à des stimuli anxiogènes et perturbateurs pour son équilibre mental et physique. On se rend compte que la santé mentale de l'individu est à la fois indirectement corrélée à sa performance au travail dans la mesure où cela entrainera un impact sur la capacité de l'individu à exécuter les tâches qui sont assignées et dont il est responsable. D'un point de vue méthodologique, cette activité méditative au sein même du CHU reste remarquable. Elle montre qu'il y a nécessité de prendre en charge la souffrance du personnel de santé, avec l'apport, ici, de la pleine conscience.

Lorsqu'on observe le Pr TRAN dans l'activité méditative assise en présentiel et/ou à distance au CHU de Nîmes, on constate (comme déjà souligné dans ce mémoire), que la méditation en tant que telle n'existe pas. Il n'y a pas d'état méditatif unique, mais des dizaines d'entraînements à la pleine conscience. Engager l'activité de guidage d'une séance méditative nécessite, en dehors de sa forme standardisée, la connaissance de nombreux scénarii et discours à prononcer en fonction des intentions

à l'œuvre. En questionnant le personnel soignant, mais aussi les personnes présentes en visioconférence, le Pr TRAN aborde de façon claire et explicite les problématiques, puis à partir d'un choix résultant d'un consensus avec les méditants il fixe un but unique.

Par rapport aux autres thérapies non médicamenteuses, la méditation permet des réalisations individuelles, des libertés de pratique. Bien après avoir suivi le programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR), malgré une pratique quotidienne (non guidée), c'est grâce à ces séances de méditations quant à elles guidées et standardisées en direct du CHU de Nîmes par le Pr TRAN que j'ai réellement pris la mesure de ce que pouvait représenter les mécanismes d'action de la méditation, notamment l'exposition, la régulation cognitive et émotionnelle et la décentration cognitive qui en tant que prise de distance me permet d'aborder les choses sous une autre perspective. J'ai aussi pris la mesure qu'il était nécessaire d'accepter ce qui est, tout en apprenant à tolérer les émotions plutôt qu'à chercher à les éliminer. J'ai compris qu'il était important de chercher à modifier notre attitude par rapport aux cognitions plutôt que de modifier leur contenu ou de s'attacher à résoudre un problème.

3-4-2 Observation de la méditation auprès d'enfants en consultation de pédiatrie

Rappelons que quelques études attestent que la pleine conscience pouvait contribuer au traitement des symptômes d'anxiété chez les enfants et les adolescents (Lee et al., 2008 ; Semple et al., 2010 ; Zylowska et al., 2008). Il est remarquable d'observer la pratique par le Pr TRAN d'exercices plus ou moins brefs permettant d'actualiser ou d'activer le trait de pleine conscience chez les personnes qui ne se mettent pas naturellement dans un état de pleine conscience pour favoriser une meilleure réponse émotionnelle en situation de stress, voire une meilleure régulation émotionnelle. De toute évidence, le Pr TRAN a bien compris que l'adolescence reste une étape particulièrement intéressante pour ces interventions de pleine conscience, notamment en raison de la vulnérabilité et l'émergence marquée des troubles à cette période telles que Dunning et al., (2019b) l'ont souligné.

Entreprendre la diminution de la colère chez les enfants

Les travaux expérimentaux menés dans le champ de l'agressivité ont permis de démontrer que la rumination de pensées alimente la colère, l'intention de vengeance personnelle, et donc la réponse agressive (Barber, Maltby, et Macaskill, 2005).

On se trouve ici face à une approche très intéressante d'usage de la méditation employée par le Pr TRAN pour traiter spontanément les troubles des conduites, notamment pour diminuer la colère et l'agressivité chez les enfants. Cette forme opérationnelle de la méditation m'a paru d'une grande pertinence thérapeutique tant cela a permis un état de retour au calme chez des enfants présentant un état émotionnel perturbé, observable au cours de certaines consultations. A ce sujet, j'ai remarqué que le Pr TRAN proposait systématiquement l'exercice 7, p. 80 de l'ouvrage 'MEDITAMOUV', appelé « *Le dragon crachant le feu du cœur* ». Je vois cet exercice comme tentant de développer les capacités

de contrôle de soi, afin de réduire partiellement l'impulsivité et l'automatisme associées aux réponses agressives.

3-4-3 Conclusions

Il me paraît difficile de citer un à un tous les points à retenir tant ils sont nombreux. Une des nombreuses questions qui se pose à moi se résume ainsi : « *qu'est-ce que je peux retenir de la partie observable de l'activité du Pr TRAN qui pourrait s'opérationnaliser dans ma pratique ?* » Les nombreuses propositions de réponses abordent les thèmes suivants :

- L'importance d'un cadre solide pour la pratique de la pleine conscience, comprenant des programmes validés et un monitoring constant des effets néfastes qui pourraient survenir ;
- L'importance de la conscience du corps ;
- L'importance du changement de perspective sur le soi ;
- Pour suivre Dunning et al, (2019b, idem) l'importance de la pratique de la pleine conscience chez les enfants et les adolescents durant des périodes caractérisées par un développement marqué de l'autorégulation et des FE pouvant constituer des moments particulièrement propices à cette pratique ;
- L'importance d'une pratique quotidienne ;
- L'importance dans la méditation FA de l'éprouvé des sensations nasales en tant que renforcement de l'attention vers la cible (faire attention à faire attention) ;
- L'importance de penser que la douleur reste sans doute, l'expérience humaine la mieux partagée.

Il me semble incontournable d'exploiter les deux ouvrages (MEDITASOIN et MEDITASOUFLE) en direction d'une population d'enfants et adolescents. Je vois ces deux ouvrages comme étant les livres au service des patients et non pas ceux du praticien.

Enfin, je reste convaincu que le Pr TRAN est acteur de sa propre activité méditative lors des séances en groupe le mercredi. Il me semble être engagé dans deux activités : l'une relative à la guidance de l'activité méditative envers le public, l'autre, par l'activité de sa propre méditation. Cette posture de double tâche ne me paraît possible qu'à la condition de posséder une très grande expertise de la méditation.

ETAPE 4 – EXPERIENCE D'INTRODUCTION DE LA MEDITATION AUPRÈS DE PATIENTS

Je distingue chez moi, trois activités de la pratique de la psychologie. L'une consacrée à la clinique avec l'association COGNITION, la deuxième consacrée aux activités avec la préfecture de l'Isère concernant la passation de tests psychotechniques auprès d'une population ayant commis des délits routiers. Une troisième consacrée à la psychologie du sport. Je présente l'implémentation de l'activité méditative telle que je l'envisage aux seins de ces trois activités.

4-1 Introduction de la méditation auprès d'une population clinique addicts aux produits stupéfiants

Bien que j'aie fait apparaître cette activité d'introduction de la méditation en tant que projet, j'ai pris l'initiative au printemps 2024, d'introduire la pratique de la méditation en direction d'une population ayant commis des infractions au code de la route consécutives à des consommations de produits stupéfiants (exemple à partir d'une vignette clinique ci-dessous). Ce choix en direction des addictions aux produits stupéfiants plutôt que les addictions à l'alcool par exemple, m'a paru plus évident, car il représente 60 % des consultations. Les principales substances actives sont les cannabinoïdes, comme le cannabinoïde, le cannabidiol, le cannabigerol, la cannabivarine, le cannabicyclol et le tétrahydrocannabinol (THC), composant le plus abondant. Le cannabis procure la sensation d'euphorie légère, de relaxation, d'amplification des perceptions auditives et visuelles. C'est parce qu'il agit sur le circuit de la récompense en libérant de la dopamine qu'il peut engendrer une addiction. Le cannabis perturbe la pensée, l'humeur et la perception.

Quant aux usages, d'après Nolin (2003), on peut distinguer leurs fonctions au regard d'au moins 4 facteurs : le contexte, la quantité consommée, la fréquence de l'usage ainsi que sa durée et son intensité. Ces interventions en direction de cette population concernent les expérimentations occasionnelles, régulières, à risques (entre 0,1 et 1 gramme jour), excessives (plus d'une gramme par jour).

S'attaquer aux troubles de l'humeur

Les patients souffrants de troubles de l'humeur sont plus sujets à la dépendance au cannabis. Toutefois, peu d'études consacrées à l'utilisation de thérapies basées sur la pleine conscience ont été publiées. Une remarque s'impose : parmi tous les programmes couramment utilisés dans le domaine des addictions, celui proposé par le MBSR reste le plus utilisé permettant une diminution significative de leurs consommations ainsi que de leurs niveaux de craving.

Face au peu de temps qu'il est possible de consacrer à cette population, je m'en tiens alors, dans la mesure du possible à l'objectif suivant : amener l'individu à prendre conscience de ses comportements

automatiques de consommation, afin de lui donner la possibilité de choisir en conscience la manière dont il souhaite faire, face à une situation où il aurait habituellement consommé. Au sein de cette population clinique, les troubles anxieux se manifestent surtout à travers les réponses cognitives qui comprennent les pensées automatiques tournant autour d'un nombre limité de thèmes, de postulats regroupés en schémas.

Vignette clinique : le cas de Paul

Paul, 37 ans, marié, 2 enfants de 4 et 6 ans vient consulter pour la première fois car son permis de conduire a été suspendu 6 mois pour avoir été contrôlé positif au cannabis. Paul fume depuis le collège. Il est chauffeur livreur, et doit accomplir la livraison de plus de 100 colis jours. Il ne prend pas le temps de déjeuner à midi sinon il n'arrive pas à finir sa « tournée ». Au travail, il respecte peu les limitations de vitesses, ni les stationnements toujours pour pouvoir finir sa « tournée ». Alors, lorsqu'il rentre le soir à la maison, il a besoin de se détendre. Il fume environ 4 cigarettes de cannabis par jour. Le cannabis lui permet de mieux dormir, de ne plus avoir des pensées négatives, ni de ruminer sur sa condition. Le prise de cannabis le soir lui permet également de mieux supporter ses enfants. Sa femme accepte cette situation, mais souhaiterait qu'il arrête pour sa santé, tout en lui faisant remarquer que cela coûte cher. Depuis sa suspension, il continu de conduire car il n'a pas informé son employeur de sa situation afin d'éviter de perdre son emploi.

Depuis notre rencontre, il a commencé la méditation en y consacrant 15 mn journalières. Après 2 mois de pratique, il n'a pas arrêté de consommer du cannabis, mais sa consommation est passée de 4 cigarettes à 2 cigarettes. Depuis notre rencontre, il a pour projet d'arrêter de consommer du cannabis. Nous avons prévu de faire le point régulièrement sur sa pratique, afin de l'évaluer et la faire évoluer.

4-2 Introduction de la méditation auprès d'une population de joueurs de handball.



Ce travail a fait l'objet d'une communication orale aux Journées d'Études de la Société Française de Psychologie du Sport le 24 mai 2024 à l'UFR STAPS de l'Université Lyon 1. Il fait actuellement l'objet d'un autre travail, celui d'écriture d'un article en vue d'une publication dans une revue à comité de lecture.

Titre de l'étude : Effets de la méditation pleine conscience dans la pratique d'apprentissage délibérée du hand-ball : le cas de l'auto-feedback

Mots clés : pratique délibérée ; Méditation pleine conscience ; auto-feedback ; handball.

4-2-1 Objectif de l'étude

Cette étude examine les bénéfices d'un programme de 18 h de pleine conscience (MBSR) proposé à des handballeurs de sexe masculin souffrant de troubles d'anxiété aiguë à l'approche des candidatures à l'entrée en centre de formation. Je me suis basé sur le programme initial du MBSR de kabat-zinn (1990).

Résumé : Dans l'approche environnementaliste, pour atteindre l'excellence dans un domaine sportif, il est primordial de s'investir dans de nombreuses heures de pratique. Pour cette approche, la quantité et la qualité de cette pratique, qu'on nomme pratique délibérée (vs pratique dirigée), seraient les seuls facteurs capables de mener un individu vers l'excellence. Les sportifs désireux d'atteindre un niveau supérieur d'expertise, doivent plutôt focaliser leur pratique sur les habilités non encore maîtrisées plutôt que celles déjà maîtrisées, à partir de tâches définies par des objectifs clairs, encadrées par des rétroactions (ou feed-back) en nombre suffisant. Durant toute l'activité cognitive, un individu se voit attribuer des feed-back externes délivrés par un observateur, mais aussi ses propres feed-back (auto-feed-back) au fur et à mesure de l'avancement de son travail, ceci à partir de l'observation *a posteriori* des actions tirées de sa pratique. Il s'agit alors pour l'individu d'une communication d'accompagnement permettant d'évaluer l'écart existant entre le travail réalisé et le résultat attendu. Dans cet article, nous formulons l'hypothèse que les entraînements mentaux à la régulation attentionnelle et émotionnelle tels les systèmes d'apprentissages actifs adoptant la méditation pleine conscience favorisent la qualité des auto-feed-back dans la pratique délibérée du hand-ball. Elle améliorerait également la régulation émotionnelle en réduisant les ruminations des pensées qui apparaissent en cas d'échecs successifs aux tirs.

4-2-2 Hypothèses de travail

J'envisage de tester les deux hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : nous postulons qu'un programme d'entraînement à la pleine conscience au sein de la stratégie d'apprentissage telle la pratique délibérée du hand-ball favoriserait la qualité (connotation)

des auto-feedbacks et donc les performances aux tirs au but ;

Hypothèse 2 : nous postulons que dans le contexte de la pratique délibérée du hand, l'entraînement à la pleine conscience améliore la régulation émotionnelle (contrôle de l'attention) du joueur lors des tirs au but en réduisant la circularité des pensées ruminatives qui peuvent apparaître en cas d'échecs successifs aux tirs au but.

4-2-3 Méthode

Procédure et participants

Cette recherche a été engagée en 2024 sur l'académie de Grenoble au sein d'une institution éducative laïque. Huit garçons joueurs de section scolaire hand-ball, catégorie moins de 18 nationaux de 2006, de classe de terminale générale de la région grenobloise, 4 ailiers et 4 demi-centre dont la pratique est supérieure à 10 ans ; temps accordé à la pratique du hand 12 heures/ semaine.

Les parents des joueurs participant à l'étude ont signé un formulaire de consentement qui leur a été transmis par notre intermédiaire, après une présentation préalable des buts, des conditions et du cadre déontologique de la recherche.

1 groupe expérimental (n = 4) et une groupe témoin (n = 4) constitués de façon aléatoire par tirage au sort. 2 joueurs gardiens de buts de la même catégorie mais ne faisant pas partie du groupe expérimental et du groupe témoin se sont portés volontaires pour occuper les deux postes de gardien de buts. Aucun sujet n'est sous suivi psychothérapeutique.

Le groupe expérimental est soumis au programme validé du MBSR⁷ + exercices informels à domicile. Les sujets de ce groupe ont été informé qu'ils seraient invités à engager une pratique personnelle de 30 mn chez eux, durant 5 jours consécutifs hebdomadaires.

Méthodologie

On distingue 5 Temps appelés moment : moment 1, M2, M3, M4 et M5

Moment 1

On administre de façon collective l'Échelle MAAS (version française, Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere et Philippot, 2006) et l'échelle HAD anxiété. La mesure de l'échelle MAAS qui comprend 15 items est soumise aux 2 groupes pour mesurer la conscience et l'attention sur le moment présent dans la vie de tous les jours.

La MAAS vise à véritablement mesurer la Pleine Conscience en tant que trait. Cette échelle se focalise donc sur la capacité des participants à maintenir un certain niveau de vigilance dans le temps, et ce dans des situations diverses. Les auteurs ont également inclus, dans leurs questions, le niveau

⁷ Le MBSR se déroule de la façon suivante : il s'étale sur une période de 8 semaines à raison de 2h30 hebdomadaires, plus une journée complète qui n'a pas été proposée ici. Entre les séances, les sujets réalisent des exercices de pratique quotidienne de 45 mn à partir d'un support audio. Faire une activité de la vie quotidienne en pleine conscience (exercice informel). Nous nous sommes intéressés au programme initial du MBSR (Kabat-Zinn, 1990), sans l'ouvrir à la dimension spirituelle ; sans inclure des exercices de bienveillance, d'empathie, d'auto-compassion et compassion.

d'automatisation de ces processus attentionnels en fonction du contexte. Cette échelle permet de différencier les méditants des non méditants ainsi que de prédire, avec plus ou moins de précision, l'impact positif de la Pleine Conscience pour chacun d'entre eux. Sa limite principale, comme celle des autres échelles en auto-passation tient à ce qu'elle ne mesure pas l'expérience réelle de mindfulness vécue par les sujets, mais ce qu'ils en rapportent de manière déclarative.

Moment 2

On divise le terrain d'un gymnase de hand en 2 dans sa longueur. On met ensuite en situation de jeu délibéré pendant 1h, les 4 ailiers d'un côté du terrain, de l'autre les 4 demi-centre. 2 gardiens de but ne faisant pas partie du dispositif expérimental gardent les buts. L'entraîneur fixe pour objectifs aux joueurs d'effectuer des tirs aux postes dont le but est de marquer. L'entraîneur reste à l'écart de l'expérimentation.

Après chaque tir au but, aucun feedback externe n'est distribué par l'entraîneur. On relève cependant les traces des auto-feedback des joueurs à partir de la procédure « *Point Interview* » réalisée par des étudiants de M1 de psychologie clinique, en faisant usage de questions ouvertes immédiatement après les tirs. On classe ensuite en fonction de 4 caractéristiques (connotation ; focalisation, nombre, moment de réception). Les indicateurs de performances sont représentés par les buts.

Classement des ruminations mentales en fonction de 3 dimensions : valence ; orientation temporelle et type de polarisation (Martin et Tesser, 1989, 1996a)

Moment 3

Exposition des sujets du groupe expérimental au **protocole du MBSR** (Mindfulness Based Stress Reduction, Kabat-Zinn, 1982)

Pratique informelle entre les sessions mesurée par l'intermédiaire d'un journal quotidien permettant d'augmenter l'adhésion au programme ; On demande aux joueurs après la phase d'exposition à la pratique de la respiration sinusale arythmique, d'évoquer mentalement des actions rétrospectives de leurs tirs ponctuées systématiquement par des buts ;

Pour des raisons de disponibilités des uns et des autres, la journée de retraite n'a pu être réalisée.

Moment 4

Réplique du plan expérimental du M2 avec tirs aux buts

Moment 5

Retest Échelle MAAS aux 2 groupes + échelle HAD (envoyé par courrier à domicile pour ne pas induire de biais avec les réponses à l'échelle MAAS). Puis on compare les résultats à ceux obtenus au M1.

Instrument et modalités d'évaluation, traitement statistique

- **Relevé quotidien du temps de pratique** : ce relevé fait état du temps quotidien consacré à la pratique d'exercice de méditation à domicile à partir d'un journal de bord. Les joueurs sont invités

à pratiquer la méditation pleine conscience 30 mn quotidien, 5 jours sur 7 pendant les semaines de stage MBSR.

- **Indicateurs retenus pour mesurer la santé mentale positive**

Échelle de mesure MAAS à 15 items, version française, validée et traduite par (Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere et Philippot, 2006)

- **Indicateurs retenu pour mesurer les difficultés de santé mentale**

- Échelle HAD anxiété ;
- Catégorisation des auto-feedback à partir de la procédure « *point interview* » ;
- Journal de temps de pratique quotidienne ;
- Question finale « *à quel point le stage MBSR a été important pour vous ?* » (Échelle 0/10)

Compte tenu du faible échantillon de notre étude, il n'a pas été fait usage du logiciel XLSTAT 2016 pour les calculs de moyenne, écarts-types ainsi que pour les comparaisons analytiques pré-post tests. Toujours en raison de ce faible échantillon, nous n'avons pas calculé les tailles d'effet avec le *d* de Cohen.

4-2-4 Résultats

A l'issue du traitement T (programme MBSR), on relève les effets suivants : des scores plus élevés avec l'échelle de santé mentale positive MAAS en retest avec les sujets du groupe expérimental. Effet principal du traitement T sur l'ensemble des deux moments M1 (pré-test) et M5 (post-test)

Des auto-feedback focalisés davantage sur le niveau d'autorégulation, permettant de distinguer le moment où l'attention se dirige vers des événements distrayants des gestes du gardien, afin d'accepter leur présence pour ensuite de recentrer sur des signaux efficaces ou pertinents avant d'effectuer les tirs.

Il n'apparaît pas d'effet simple du traitement T sur l'ensemble des scores HAD anxiété du pré-test et post-test ; On observe une assez forte observance de la pratique quotidienne calculée sur cinq jours/semaine : $m = 21,3$ mn

Enfin, des auto-feedback dont le niveau d'attention reste focalisé sur les aspects personnels montrant une nette diminution des ruminations mentales qui apparaissent après échecs successifs aux tirs au but.

4-2-5 Discussion brève

Les effets du programme de pleine conscience n'ont pas influencé les performances aux tirs, mais ils ont amélioré significativement la qualité des auto-feedback, puis, réduit nettement la présence de ruminations mentales déclenchées après les échecs aux tirs. Pour observer davantage les effets de la pleine conscience sur les performances, il serait nécessaire d'effectuer d'autres mesures d'auto-feedback à partir d'études longitudinales.

Tableau 3 Caractéristiques des participants
Participants characteristics

	groupe expérimental (n = 4)	groupe témoin (n = 4)
<i>Genre</i>		
Garçons	4	4
Filles	0	0
<i>Age</i>		
Moyenne		16,7 ans
Ecart-type		0,43

Tableau 4 Plan expérimental résumé.
Summary of the Experimental design

Groupe expérimental	Pré-test M1 Début janvier	Stage Mindfulness février-mars	Post-test M5 fin mai

Tableau 5 : scores obtenus par les sujets des groupes expérimentaux (n = 4) et témoin (n = 4) à l'échelle MAAS

Sujets	Groupe	Poste	Scores MAAS pre-test	Scores MAAS post-test	Delta
S1	exp	ailier	44	55	11
S2	exp	ailier	43	52	9
S3	exp	demi-centre	43	58	15
S4	exp	demi-centre	45	57	12
S5	témoin	ailier	43	45	2
S6	témoin	ailier	45	45	0
S7	témoin	demi-centre	41	42	1
S8	témoin	demi-centre	43	43	0

Tableau 6 : groupe expérimental (n=4). Temps quotidien de pratique
Experimental group (n = 4) : daily practising time

Temps moyen t de pratique /jour, 5 jours par semaine pendant 8 semaines (Écart-type)	16,25 mn 1,29 mn
---	---------------------

S1	16 mn
S2	18 mn
S3	15 mn
S4	16 mn

Question générale (anonyme) : à quel point le stage MBSR
a été important pour vous ?

Importance moyenne accordée (0/10) (Écart-type)	7,5/10 0,5
--	---------------

ETAPE 5 – CHEMINEMENT PERSONNEL ET PROFESSIONNEL AU COURS DU D.U MEDITATIONS ET SANTE

Lorsqu'on demanda à Bouddha ce qu'il pensait avoir gagné à méditer, il répondit :
« Rien ! Toutefois, laissez-moi vous dire que j'y ai perdu colère, dépression, anxiété, insécurité, la peur d'être vieux et celle de mourir » (Bouddha).

Rétrospectivement, je me rends compte que mon itinéraire se révèle avoir été en permanence en rapport avec la question des émotions, affects aux caractères diffus.

En effet, initialement, je me suis intéressé à la pleine conscience en tant qu'intervention thérapeutique dans le cadre des troubles dépressifs récurrents. Le cheminement pris aujourd'hui par ma pensée m'a emmené à regarder aussi, d'une part, en direction d'une population atteinte de troubles addictifs dans le cadre de ma pratique professionnelle en relation avec la préfecture de l'Isère, puis dans une troisième direction, celle de collectifs de sportifs handballeurs atteints de troubles anxieux aigus (voir tableau n° 7).

5-1 Cheminement personnel

Changer ma façon de voir le stimulus émotionnel

Pour participer régulièrement aux méditations guidées par le Pr TRAN, je me suis très vite rendu à l'évidence suivante : « *Le Pr TRAN est un méditant expert, pas moi* ». Dans le cadre de ce DU, mon propre travail cognitif m'a amené à changer ma façon de voir le stimulus émotionnel m'amenant à conceptualiser dans la foulée, le fait que la PC favorisait une décentration par rapport aux pensées qui ne seraient plus perçues comme des faits, comme le reflet de la réalité, mais bel et bien comme des interprétations. Non pas que cette pensée ne m'habitait déjà pas, mais cette formation universitaire m'a permis de lever certains doutes. Cette évolution de ma pensée m'a conduit à me concentrer davantage sur la réévaluation cognitive pour prendre conscience qu'il était possible de changer ou manipuler l'évaluation d'une situation afin d'atteindre une représentation de la réalité plus adaptative, pour la rendre moins difficile à vivre.

Par ailleurs, tout au long de cette formation universitaire, j'ai été amené à me poser régulièrement la question éthique suivante : « *suis-je compétent ici et maintenant pour proposer des méditations guidées à mes patients selon les pathologies en présences ?* ». La/les réponse-s à cette question me paraît cruciale pour savoir comment prévenir et /ou prendre en charge certaines pathologies. A l'heure où j'écris ces lignes, ma réflexion reste encore inachevée.

L'entraînement de la concentration

Méditer ne se résume pas à se poser ici ou là, fermer les yeux puis écouter sa respiration. Comme je l'ai déjà mentionné *supra*, lorsqu'on observe le Pr TRAN guider une méditation, on se rend vite compte qu'il s'agit d'un méditant expert. Dans la méditation FA par exemple, je me suis rendu compte que l'attention focalisée sur une cible comme la respiration était une tâche difficile car ennuyeuse. Bien après le MBSR, j'ai mis un certain temps à comprendre qu'on se trouvait dans une situation de double tâche, avec l'attention portée à la fois sur l'activité en cours, et sur l'attention. Grâce aux méditations guidées par le Pr TRAN, j'ai petit à petit réussi à porter davantage l'attention sur l'activité en cours plutôt que sur une hyperfocalisation de la surveillance de l'attention, comme cela était le cas avant. Ma principale difficulté se résumait à se souvenir de « *faire attention à faire attention* ».

Dans ce cheminement personnel, j'ai donc été amené à davantage conceptualiser ce qu'est l'activité de méditation. Ce cheminement reste un long processus, mais il est chez moi engagé, pas suffisamment pour me considérer comme étant un méditant expert. J'essaie toujours, j'échoue, j'essaie encore et encore en me refusant à m'asseoir pendant des années sur un coussin en attendant que cela arrive.

Ce cheminement personnel m'amène à penser davantage aujourd'hui, que la maîtrise de l'attention est un processus complexe, un art comme dirait Lachaux (2011).

Pratique de la méditation en mouvement

J'ai découvert lors des stages avec le Pr TRAN dans le service de pédiatrie, la pratique de certains exercices de Qi gong, considérées avec le Yoga et le Tai chi comme des formes de méditation en mouvement. J'ai par la suite fait mienne cette pratique dans des cas cliniques.

5-2 Cheminement professionnel

Réflexions sur les apports thérapeutiques de la méditation

Durant cette formation universitaire, peu à peu, j'ai été amené à engager un changement de cadre théorique de ma pratique clinique. A partir des enseignements prodigués, des stages effectués ainsi que les différentes lectures relatives à la méditation, j'ai commencé à introduire la pleine conscience auprès d'une population ayant commis des infractions routières et soumises à des addictions à l'alcool et aux produits stupéfiants. Puis, j'ai mené une étude auprès d'une population d'handballeurs dont certains traits d'anxiété aiguë apparaissent en milieu d'année, au moment de postuler dans les centres de formation de grands clubs. Concernant la symptomatologie dépressive, en tant que composante de la prise en charge en deuxième intention, j'ai pu élaborer une problématique et soumettre aux tests deux hypothèses où je propose d'introduire la PC en tant que thérapie pour prévenir les rechutes dépressives. La visée de cette dernière devenant peu à peu à visée thérapeutique après avoir été exclusivement à visée personnelle (ou spirituelle).

Je me suis aussi interrogé sur la question des pratiques informelles de la méditation en direction des patients. Il aurait été facile de conseiller à ces patients de s'abonner à l'application par smartphone

« *petit bambou* ». J'ai préféré inciter ces derniers à participer aux méditations transmises et guidées par le Pr TRAN en direct du CHU de Nîmes afin de pouvoir être en mesure, après un certain temps, de mettre en pratique un état auto-induit. Toujours à partir d'un questionnement plus conceptuel j'ai peu à peu décidé de proposer aux patients des temps courts car la méditation reste ennuyeuse au début notamment dans la phase FA.

Tableau 7 : décours temporel d'implémentation de la méditation (année 2024)

	Implémentation de la méditation pleine conscience		
	Implémentation en cours	En projet d'implémentation	Déjà implémentée
Population atteinte de symptômes récurrents de la dépression		X	
Population addictive aux produits stupéfiants	X		
Population sportive			X

Tableau 8 : suivi actuel de la pratique de la méditation implantée (année 2024)

	Tableau Excell	Déclaratif lors des consultations	Retour des réponses (en %)
Symptômes récurrents de la dépression	X	X	A venir
Lors de la passation de tests psychotechniques	X		25
Population sportive		X	70

ETAPE 6 – PROJETS D'AVENIR CONCERNANT L'IMPLÉMENTATION DE LA MEDITATION

6-Projets d'avenir

6-1 Introduction de la PC auprès d'une population ayant commis des délits routiers

Dans le cadre de ma pratique libérale, depuis 2016 je suis amené à recevoir des patients ayant commis des délits routiers. Cette activité est rendue possible par la préfecture de l'Isère auprès de laquelle je bénéficie d'une accréditation à faire « passer » des tests dits psychotechniques aux populations qui font l'objet d'une annulation ou d'une suspension du permis de conduire sur une période d'au moins 6 mois. Globalement, les patients que je reçois font l'objet d'une suspension ou d'une annulation de leurs permis pour les raisons suivantes : conduite sous l'emprise de l'alcool, conduite sous l'emprise de produits stupéfiants, conduite d'un véhicule avec vitesse supérieure à la vitesse limitée. Il faut noter que le genre masculin reste sur-représenté (98 %). Je n'exclus pas de mes propos les annulations pour solde de point nul.

Majoritairement, ce sont les conduites sous l'emprise de produits stupéfiants (psycholeptiques), notamment le cannabis, voire l'association cannabis et cocaïne qui représentent les motifs les plus élevés de consultations (60 %). Viennent ensuite les consultations pour conduite sous l'emprise de l'alcool (30 %). Enfin, 10 % représentent les consultations pour des motifs liés aux infractions relatives aux excès de vitesse et/ou solde de point nul (voir tableau n° 7).

A la question de savoir s'ils font déjà l'objet d'un suivi psychologique/psychiatrique, ces personnes, me répondent systématiquement non. A la question de savoir s'ils font l'objet d'un traitement pharmacologique de type anti-dépresseurs et/ou anxiolytique pour corriger un déséquilibre sur le plan biologique, il m'est globalement répondu non. Chez les sujets addicts⁸ (en référence à des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance), la drogue, telle le cannabis peut être pensée comme une pseudo-enveloppe venant répondre aux carences des soins corporels et des échanges préverbaux, essentiels à la constitution d'une enveloppe corporelle narcissique. Grâce aux produits stupéfiants, le sujet trouve une homéostasie, de sorte que se produit un abaissement des tensions (Bazin, 2019). On ne peut pas aussi passer sous silence qu'une personne peut-être bien et faire la fête au cours de laquelle elle peut consommer également des substances de manière ponctuelle.

Néanmoins, nombreux sont ceux qui me déclarent souffrir d'angoisse, d'anxiété. Ces deux vocables ne sont ni vraiment des sentiments ni vraiment des émotions, ce sont des affects, en raison de leur caractère diffus. Ces affects sont pénibles, désagréables, douloureux. Leur caractère essentiel est leur

⁸ Il s'agit d'un état de bien être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté (OMS, 2004, 2005, Gilmour, 2014).

obscurité apparente : leur origine, leur source, leur cause demeurent inconnues à la conscience, ce qui accroît leur caractère oppressant. Ce sont des peurs sans objet apparent (Le Naour, 2007).

Application clinique : introduction d'une intervention thérapeutique brève en tant que psychoéducation de patients dépendants aux psychotropes

Dans ce contexte, j'ai pensé qu'on pouvait adapter une intervention thérapeutique brève tirée de la pratique du programme du MBRP⁹ (séance 1/8 de la pratique du MBRP abordant les thématiques de pilote automatique, de craving et de réactions inconscientes) et l'intégrer lors de l'unique consultation consacrée à la passation de tests psychotechniques en présentant les bases et les pratiques du MBRP aux patients atteints de troubles addictifs. Certes, une revue de la littérature à ce sujet montre des résultats assez disparates ne permettant pas d'apporter un niveau de preuve assez élevé pour conclure dans ce domaine. Si l'on regarde de près les études sur les troubles addictifs, on remarque que certaines tentent de démontrer que la pratique quotidienne brève de la méditation était bénéfique pour la capacité à prêter attention et à se souvenir des informations dans l'environnement à partir de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien qui se trouve fortement influencé. Je ne perds pas de vue que chez ces patients addicts, on est confronté à la difficulté d'accéder à leur vie psychique.

La consommation de drogue pouvant venir diluer un déferlement pulsionnel, offre une homéostasie temporaire. L'alexithymie par exemple, en tant que déficit de l'affect reste de manière générale fortement corrélée aux conduites de dépendances. L'alexithymie se situerait entre le déficit émotionnel et le déficit du processus adaptatif de l'individu. Or, la pratique de la méditation améliore l'intelligence et la régulation émotionnelle des patients alexithymiques. Certes, disons-le d'emblée, (même si je considère ici mes propos comme faisant état d'un projet), j'ai déjà entrepris certaines actions méditatives brèves, sans avoir pour l'instant la possibilité de mettre en évidence des tailles d'effet compte tenu d'un recul encore très insuffisant pour observer les effets de cette pratique.

Après avoir introduit la séance 1 tirée du programme MBRP, j'invite les patients à pratiquer de façon quotidienne la méditation de type informelle dans un contexte privé, à me contacter pour recevoir les contenus des autres séances du programme MBRP. J'ai conscience qu'il s'agit d'une démarche difficile, qui n'implique pas systématiquement un objectif de réussite thérapeutique. Toutefois, à la suite de Bondolfi, Jermann et Zermatten (2011), je la vois plutôt comme une invitation permettant à chacun d'être où il est déjà afin de mieux connaître son territoire intérieur, notamment faire la distinction entre une émotion et une sensation corporelle. De permettre aussi à chacun de se créer un réseau relationnel sain source de soutien. J'ai pleinement conscience que les sujets de cette population puissent ne donner aucune suite à cette expérience brève de la méditation. Pour éviter les contraintes

⁹ MBRP : Mindfulness-Based Substance Relapse Prevention.

liées à un suivi thérapeutique, dès notre rencontre, j'invite systématiquement ces patients à se connecter dans la mesure du possible avec l'application zoom afin de participer à une méditation de qualité, guidée par le Pr TRAN en direct du CHU de Nîmes, voire à visionner les extraits de méditations guidées en ligne par le célèbre psychiatre Christophe André.

Je n'oublie pas de citer un aspect intéressant de la méditation, en l'occurrence, la notion de non-jugement. Chez les personnes souffrant d'addictions, on remarque une tendance aux jugements autocritiques ainsi qu'à de forts sentiments de honte et de culpabilité. La méditation pourrait donc les amener à diminuer cette tendance, en cultivant une attitude de non-jugement.

En définitive, cette population devrait pouvoir bénéficier d'interventions basées sur la méditation de la pleine conscience. J'espère pouvoir en favoriser l'accès.

Figure 1 : séances et contenus du programme MBRP

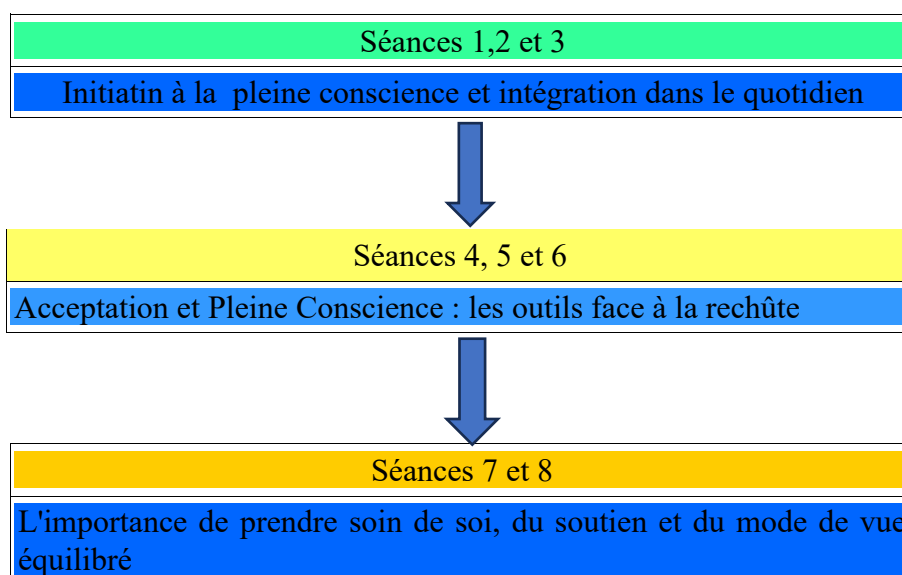


Tableau 9 : motifs et fréquences lors des consultations pour la passation de tests psychotechniques (année 2024)

Motifs des consultations	Fréquence en %	Commentaires
Conduite sous l'emprise de produits stupéfiants	60	80 % des patients déclarent fumer régulièrement du cannabis après le travail pour se relaxer 20 % des patients déclarent avoir fumé de façon occasionnelle lors d'une soirée
Conduite sous l'emprise de l'alcool	30	60 % des patients déclarent consommer régulièrement de l'alcool 40 % des patients déclarent consommer de l'alcool de façon occasionnelle
Vitesse supérieure à la vitesse limite et/ou solde de point nul	10	

6-2 Introduction d'un programme de pleine conscience en direction d'une population de sportifs.

Chez les joueurs pratiquant le hand-ball dans la catégorie moins de 18 nationaux, ne faisant pas partie des effectifs pôle espoirs, mais qui ambitionnent de jouer à un niveau au moins égal à la Nationale 3, la dernière année de la catégorie des moins de 18 ans et du Bac, reste une période cruciale, notamment pour ceux qui postulent dans des centres de formation. Selon le poste, les statistiques de buts restent un indicateur important de la performance sportive du joueur. Il est donc courant d'observer chez certains de ces joueurs, la présence de troubles anxieux, de troubles du sommeil etc. (mesurés avec l'échelle d'Hamilton) pouvant altérer les performances aux tirs au but. Cette anxiété impacte l'estime de soi, l'appétit, le sentiment de culpabilité, la concentration, la recrudescence des ruminations mentales (pour ne citer qu'eux).

Les objectifs de ce programme sont nombreux. Pour en citer quelqu'un, il s'agit de la volonté de favoriser une conscience accrue des déclencheurs, des habitudes récurrentes et des réactions automatiques en cas d'échecs aux tirs au but, tout comme la capacité à s'arrêter et à observer l'expérience présente.

Pour étudier davantage l'efficacité de ce programme, cette étude demande à s'étaler sur une plus longue période pour espérer apporter des arguments robustes à l'utilisation des interventions basées sur la pleine conscience dans la prise en charge des troubles anxieux au sein de cette population.

6-3 Écriture d'un article scientifique

Enfin, toujours dans l'appréhension de la pleine conscience, à la suite de ma communication orale en mai 2024 aux journées d'étude de la Société Française de Psychologie du Sport à Lyon (une grande partie de l'étude a été présentée à l'étape 4 dans ce mémoire), j'ai entrepris l'écriture d'un article scientifique dont je rappelle ici le titre :

Effets de la méditation pleine conscience dans la pratique d'apprentissage délibérée du hand-ball : le cas de l'auto-feedback

Cet article tentera de faire l'objet d'une parution dans une revue à comité de lecture. Par la suite, je souhaite élargir l'échantillon de cette étude, et évaluer les bénéfices de la méditation pleine conscience en Pré/post-traitement, puis lors d'un suivi à deux mois. Je cherche à orienter les idées suivantes :

- Publier dans une revue à comité de lecture ;
- Utiliser une procédure expérimentale qui comprenne une comparaison avec un groupe contrôle ;
- Procéder à une étude longitudinale sur plusieurs mois ;
- Randomiser la répartition des sujets dans les groupes ;
- Étudier les corrélations entre la formation MBSR et les performances aux tirs ;

CONCLUSIONS

En 2030, il est prévu que le projet de lutte contre la dépression de l'OMS soit le projet mondial de santé n° 1. Il dépassera sans aucun doute, ceux de la lutte contre les pathologies cardiaques et les pathologies cancéreuses. Alors que la lenteur de la psychanalyse reste de moins en moins acceptée par les gens, des résultats montrent l'intérêt thérapeutique de la pratique de la méditation pleine conscience en tant que thérapie complémentaire de type comportementale et cognitive sur le stress, l'anxiété, la détresse psychologique, le bien-être et le sommeil.

A la suite de cette formation universitaire dans le domaine de la méditation pleine conscience, j'ai pu commencer à diffuser ces pratiques dont certains programmes s'inscrivent dans une démarche médicale intégrative. Face aux demandes pressantes d'attente de l'autre une réponse à sa souffrance, diffuser ces pratiques permet de renforcer la relation patient-e-s praticien, et surtout elles permettent d'augmenter considérablement l'observance, chez les sujets dont le travail d'engagement dans le soin reste difficile, limitant les prises en charge thérapeutique dans le domaine de la psychologie clinique. La douleur est sans doute l'expérience humaine la mieux partagée avec celle de la mort. Il est aussi aisé de se rendre compte, que soigner, traiter ne se résume pas systématiquement à introduire une thérapie médicamenteuse.

L'utilisation de ces pratiques associés à un support digital et/ou numérique me paraît d'une très grande utilité. Chacun pouvant agir là où il se trouve quel que soit son niveau de revenus, ce qui constitue un avantage conséquent.

PARTIE ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

- Bazin, A. (2019). La thérapie de Pleine Conscience : une médiation articulant les espaces psychiques et corporels: Reflet d'une pratique à l'hôpital Marmottan. *Psychotropes*, 25, 11-29. <https://doi.org/10.3917/psyt.252.0011>
- Bertschy, G. & Bondolfi, G. (2018). 26. Symptômes résiduels de la dépression. Dans : Frank Bellivier éd., *Actualités sur les maladies dépressives* (pp. 253-261). Cachan : Lavoisier.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction ? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-83
- Bondolfi, G., Jermann, F. & Zermatten, A. (2011). Les approches psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience (mindfulness) : Entre vogue médiatique et applications cliniques fondées sur des preuves. *Psychothérapies*, 31, 167-174. <https://doi.org/10.3917/psys.113.0167>
- Berghmans, C., Tarquinio, C., (2008). Méditation de pleine conscience et psychothérapie : état des lieux théorique, mesures et pistes de recherches, *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 18, 62-71
- Bondolfi, G., (2023). La méditation de pleine conscience (Mindfulness) a-t-elle une place en médecine ? *Revue Médicale Suisse*. 2023.19.814.307 DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.814.307
- Briot, M. rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes. Paris, 2006 juin. Report No : 3187. disponible sur : <http://www.assembleenationale.fr/12/pdf/rap-off/i3187.pdf>.
- Brown KW, RYAN RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003Apr;84(4):822-48. Doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822. PMID:12703651
- Chambers, R., Gullone, E., et Allen, N. B. (2009). Mindfull emotion regulation : An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 29 (6), 560-572
- Cottraux, J. (2014). 10 L'évaluation des résultats. *Thérapie Cognitive Et Emotions*, 209.
- Csillik, A., et Tafticht, N. (2012). Les effets de la mindfulness et des interventions psychologiques basées sur la pleine conscience. Effects of mindfulness and of mindfulness intervention. *Pratiques Psychologiques*, 18 (2), 147-159.
- Edmund, K., Frank, W. et Paul, E. (2006). Améliorer le rendement scolaire et la santé mentale grâce à une intervention de gestion du stress : résultats et médiateurs du changement. *Recherche et thérapie comportementales*, vol. 44, Numéro 3, pp. 339-357
- Fournier, A. & Mondillon, L. (2016). Pleine conscience et troubles anxio-dépressifs : perspective neuroscientifique. Dans : Estelle Fall éd., *Introduction à la pleine conscience* (pp. 21-29). Paris : Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.falle.2016.01.0021>
- Gilmour, R. (2014). *The Victorian period: the intellectual and cultural context of English literature, 1830-1890*. Routledge.
- Glomb, T. M., Duffy, M. K., Bono, J. E., & Yang, T. (2011). Mindfulness at work. In *Research in personnel and human resources management* (pp. 115-157). Emerald Group Publishing Limited.
- Gori, R. (2008). Psychothérapie : un mot-girouette ? Dans : D. Widlocher éd., *Psychanalyse et psychothérapie* (pp. 41-50). Toulouse : Erès. <https://doi.org/10.3917/eres.widlo.2008.01.0041>
- Grossman, P., Van Dam, N., (2011). Mindfulness, by any other name...: trials and tribulations of sati in western psychology and science. *Contemp. Buddhism* 12, 219-239
- Fournier, A. et Mondillon, L. (2016). « Pleine conscience et troubles anxio-dépressifs : perspective neuroscientifique. Dans : Estelle Fall éd., *Introduction à la pleine conscience* (pp. 21-29). Paris : Dunod.
- Hayes, S. C. (2002). Acceptation, pleine conscience et science. *Psychologie clinique : science et pratique*, 9(1), 101-106. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.101>
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Mindfulness-Based Interventions in Context : Past, Present, and Future*. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 10(2), 144-156
- Kim, Y. W., Lee, S.-H., Chot, T.K., SUH, S. Y., Kim, B., Kim, C. M., Yook, K.-H. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26, 601-606.
- Kornfield, J. (2011). Méditation et santé mentale, recherche clinique. In J. Kabat- Zinn, R.J. Davidson, & Z. Houshmand (Eds), *L'esprit est son propre médecin* (pp. 145-220). Paris : Les arènes

- Khristoff K. et col., « *Experience sampling during MRI reveals default network and executive system contribution to mind wandering* », Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 2009, 106, 21, p. 8719-8724
- Lazar, S.W., Bush, G., Gollub, R.L., Fricchione, G.L., Khalsa, G., et Benson, H. (2000). Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *Neuroreport*, 11(7), 1581-1585
- Lachaux, J. (2017). Pour une maîtrise de l'attention. Dans : Jean-François Marmion éd., *La psychologie aujourd'hui* (pp. 61-64). Auxerre : Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.marmi.2017.01.0061>
- Le Naour, R. (2007). Troubles anxieux : diversité des approches théoriques. *L'information psychiatrique*, 83, 775-780. <https://doi.org/10.1684/ipe.2007.0222>
- Lévi-Strauss Claude, Mythologiques. *Le cru et le cuit*. Revue française de sociologie / Année 1965 / 6-3 / pp. 392-394
- Linder, A., Widmer, D., Fitoussi, C., de Roten, Y., Despland, J. & Ambresin, G. (2019). Les enjeux de la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres: Le cas de la dépression chronique en Suisse romande. *Santé Publique*, 31, 543-552. <https://doi.org/10.3917/spub.194.0543>
- Lutz, A., Slagter, H.A., Dunne, J.D., & Davidson, R.J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(4), 163-69.
- Marlatt, GA et Kristeller, JL (1999). Mindfulness et méditation. Dans WR Miller (éd.). *Intégrer la spiritualité dans le traitement : ressources pour les praticiens* (pp. 67-84).
- Martin L., et Tesser, A. (1989). Toward a motivational and structural theory of ruminative thoughts, in Uleman J. et Bargh J. eds, *Unintended thought*, NY : The Guilford Press, 306-326
- Martin L., et Tesser, A. (1996a). Some ruminative thoughts, in Wyer R. eds, *Ruminative thoughts*, *Advances in Social Cognition*, Hillsdale : Erlbaum, 9, 1-47
- Midat F., dans Goldstein, J. (2017). *Le chemin vers l'éveil : progresser sur la voie de la pleine conscience*. De Boeck Supérieur.
- Mendiburu, J. (2003). La fonction du cadre. *Gestalt*, n^o(sup> 25), 11-25. <https://doi.org/10.3917/gest.025.0011>
- Missonnier, S. et Gargiulo, M. (2015). Et si le handicap n'était pas une tragédie ? *Eres*. <https://doi.org/10.3917/eres.misso.2015.02>
- Nadel, J. (2014). Réhabiliter scientifiquement l'imitation au bénéfice de l'autisme. Dans *L'information psychiatrique*, 2014/10 (Volume 90), 835-842
- Nasielski, S. (2012). Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. *Actualités en analyse transactionnelle*, 144, 12-40. <https://doi.org/10.3917/aatc.144/0012>
- Nhat Hanh Thich. (1995) *La vision profonde. De la pleine conscience à la contemplation intérieure*. Paris : Edition Albin Michel.
- Nolin, P. C. (éd). (2003). *Le cannabis (1-)*. Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/4000/books.pum.9181>
- Poggi, C. (2020). *Chakras, foyer de conscience-énergie-Regards sur une autre expérience du corps dans l'hindouisme e*. Deux océans.
- Robins, C.J., Keng, S.-L., Ekblad, A.G., et Brantley, J.G. (2012). Effects of mindfulness-based stress reduction on emotional experience and expression : a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 117-31
- Roudinesco, E. (1999). *Pourquoi la psychanalyse*. Ed. Fayard, Histoire de la pensée, 196 p.
- Shapiro, S. L. (2009). The integration of mindfulness and psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (6), 555-560
- Shapiro, S. L. (2006). The meeting of meditative disciplines and western psychology, *American Psychologist*, 61, 3, 227-239
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., et Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers : Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105-115 (Zeidan et al., 2011).
- Varela F. J., Thompson E. et Rosch, E. (1993). *L'inscription corporelle de l'esprit : Sciences cognitives et expérience humaine*, Paris, Seuil.
- Weber, B., Jermann, F., Bizzini, L., Lutz, A., et Bondolfi, G. (2012). Approches thérapeutiques basées sur la pleine conscience (mindfulness) : *utilité pour le traitement de la douleur*. *Revue Médicale Suisse*, 2012, 8 : 1395-8



DU MEDITATION ET SANTE

Année Universitaire 2023/2024

IMPACTS DE LA MEDITATION PLEINE CONSCIENCE DANS LES PATHOLOGIES DEPRESSIVES : LE CAS DE RECHUTES MULTIPLES

Mémoire présenté par Nicolas PARATORE

Psychologue social-Psychologue du sport

(N° Adéli : 389315516)

Juillet 2024

Jury

- Pr Tu Anh TRAN
- Pr Antoine AVIGNON
- Pr Pierre CORBEAU
- Dr Catherine CORBEAU
- Dr Xavier de la TRIBONNIERE

Diapositive 2

ETAPE 1 – PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE ET PROJET D'IMPLEMENTATION DE LA MEDITATION DANS UN CONTEXTE DE SOINS POUR LA SANTE MENTALE EN PSYCHOLOGIE

Constat empirique

Points de vue	Limites (et commentaires)
PATIENTS	<p>Problème posé par la nécessité de guérir vite : l'attente est insupportable ; la réponse à la souffrance doit être rapide</p> <p>Problème posé par le coût des séances : est-il possible de financer les séances ?</p> <p>Problème posé par les modalités temporelles du cadre ;</p> <p>Problème posé par la présence de symptômes résiduels : ce n'est pas ça et pourtant je suis déjà sous traitement, c'est pour ça que je viens ;</p> <p>Problème posé par l'alliance thérapeutique : J'aime/ je n'aime pas ce thérapeute. Il me fait penser à... Il ne parle pas assez.</p>
PRATICIEN	<p>Absence d'une phase de continuation du traitement pharmacologique après la phase aigue</p> <p>Difficulté à mettre en place un suivi thérapeutique chez les patients ne respectant pas le cadre (non-observance)</p> <p>La lenteur de la psychanalyse reste de moins en moins acceptée par les gens.</p>

Questions de la recherche

Q1 : la pratique de la méditation pleine conscience chez des patients présentant des symptômes résiduels de la dépression impacterait-elle la guérison ?

Q2 : la pratique de la méditation pleine conscience chez des patients présentant des symptômes résiduels de la dépression impacterait-elle le respect de la dimension temporelle du cadre thérapeutique ?

Diapositive 3

Hypothèses de travail

H1 : La pratique de la pleine conscience réduit la présence de symptômes résiduels persistants dans l'évolution de la maladie dépressive pendant la phase de maintien ;

H2 : La pratique de la pleine conscience a un impact positif sur le niveau d'observance du cadre spatio-temporel par les patients.

Diapositive 4

ETAPE 2 – Courte synthèse bibliographique



Thèmes	Auteurs
<p>Prévenir la rechute</p> <p>Symptômes résiduels de la dépression</p> <p>La dépression unipolaire</p> <p>Pleine conscience et addictions</p> <p>Effets bénéfiques de la méditation pleine conscience</p> <p>Approches thérapeutiques basées sur la pleine conscience</p>	<p>Zindel V Segal, John D Teasdale, Mark G. Williams. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression. Carrefour des psychothérapies, 4e Edition, 2024, 416 p ; Suzy Soumaille, Guido Bondolfi, Bertschy : J'ai envie de comprendre la dépression. Editions planète santé – 1 décembre 2012 ; Bondolfi, G. et Bertschy, G. (2018). 48 Interventions fondées sur la méditation de pleine conscience et dépression. Dans : Franck Bellivier éd., <i>Actualités sur les maladies dépressives</i> (pp. 496-502). Cachan : Lavoisier ; Bondolfi, G. Dépression récurrente et prévention de la rechute. <i>Medecine et hygiène</i> 2406, septembre 2002</p> <p>Weber, B. et al (2012). Approches thérapeutiques basées sur la pleine conscience. <i>Revue Médicale Suisse</i> 2012 ; 8 : 1395-8 ; Rosenfeld, F. Méditer, c'est se soigner. Paris : Ed. Les Arènes 2007 ; Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living : Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York : Dell Publishing. Introduction la pleine conscience. Sous la direction de Estelle Fall. Dunod, 2016.</p>

Diapositive 5

ETAPE 3 – Stages réalisés



Stage 1 au CHU de Nîmes le 5 janvier 2024	Observations de consultations de pédiatrie avec le Pr TRAN
Stage 2 au CHU de Nîmes le 29 février 2024	Consultation de pédiatrie avec enfants diabétiques + présentation de la pathologie bipolaire avec patiente partenaire
Stage 3 en direct du CHU de Nîmes chaque mercredi de 13h à 14h	Présence à distance avec zoom en séances collectives de méditation pleine conscience avec le Pr TRAN ;

ETAPE 4 – Expérience d'introduction de la méditation auprès de patients

1-Introduction de la méditation auprès d'une population clinique

**S'ATTAQUER AUX TROUBLES DE L'HUMEUR AUPRÈS DE PATIENTS
ADDICTS AUX PRODUITS STUPEFIANTS**

S'ATTAQUER AU SYMPTÔMES RÉSIDUELS DE LA DEPRESSION

2- Introduction de la méditation auprès d'une population de sportifs

Titre de l'étude : Effets de la méditation pleine conscience dans la pratique d'apprentissage délibérée du hand-ball : le cas de l'auto-feedback

Objectif de l'étude

Cette étude examine les bénéfices d'un programme de 18 h de pleine conscience (MBSR) proposé à des handballeurs de sexe masculin souffrant de troubles d'anxiété. Je me suis basé sur le programme initial du MBSR de kabat-zinn (1990).

- **PRESENTATION AUX JOURNÉES D'ETUDES DE LA SFPS
du 22 au 24 mai 2024**



ETAPE 5 – Cheminement personnel et professionnel au cours du DU

EVOLUTION DE MA PENSÉE SUR LE PLAN PERSONNEL

- **Ce cheminement personnel m'amène à penser davantage aujourd'hui, que la maîtrise de l'attention est un processus complexe, un art comme dirait Lachaux (2011) ;**
- **Réflexion sur l'intérêt de la méditation en mouvement ;**
- **Changer ma façon de voir le stimulus émotionnel ;**
- **Il n'y a pas que des solutions pharmacologique pour soigner et/ou guérir ;**
- **Nécessité de proposer une thérapie pour prévenir les rechutes dépressives ;**
- **Nécessité de penser la santé mentale autrement face à une nouvelle économie psychique basée sur l'exhibition et la jouissance et non plus sur le refoulement ;**
- **Je deviens PEU À PEU convaincu de l'importance de la méditation pleine conscience dans la libération de la souffrance, de la douleur, en tant qu'expérience la mieux partagée.**

EVOLUTION DE MA PENSÉE SUR LE PLAN PROFESSIONNEL

- **En direction d'un changement de cadre théorique de ma pratique clinique ;**
- **Réflexion sur l'intérêt de l'introduction de la méditation (séances dites « *flash* ») lors de consultations avec passation de tests psychotechniques chez les personnes ayant commis des délits routiers ;**
- **Réflexion sur l'intérêt d'une thérapie basée sur la pleine conscience afin d'augmenter le niveau d'observance du cadre spatio-temporel chez les patients anxio-dépressifs ;**
- **Réflexion sur l'importance de la maîtrise de scénarios de guidance de méditations collectives.**

Car l'homme est à coup sûr biologique et psychique

ETAPE 6 – Projets d'avenir concernant l'implémentation de la méditation pleine conscience

La présentation des projets ne reflète pas un ordre

Projet 1 : Après ma communication orale au congrès 2024 de la Société Française de Psychologie du Sport à Lyon, écriture d'un article scientifique à paraître dans une revue à comité de lecture.

Projet 2 : Introduire un programme d'intervention adapté à la pratique délibérée du hand incluant la pleine conscience afin d'améliorer les performances aux tirs chez des joueurs souffrant de troubles anxieux (alternative au programme de préparation mentale) ;

Projet 3 : Introduire de façon collective et guidée la pratique de la méditation pleine conscience au sein de l'association Cognition auprès d'une population clinique ;

Projet 4 : Introduire les exercices tirées de 'MEDITAMOUV' auprès des patients et des jeunes sportifs selon nécessités ;

Projet 5 : Mener à son terme le travail d'implémentation de la pratique méditative en tant que psychothérapie auprès d'une population clinique.

**ET SURTOUT, DEVENIR UN MEDITANT EXPERT CAPABLE DE
MENER UNE MEDITATION COLLECTIVE GUIDÉE**

CONCLUSION

Beaucoup de nos difficultés psychiques proviennent de stratégies inadaptées, fondées notamment sur le désir d'éradiquer la douleur par le refus ou l'évitement

(André, 2010)

Diapositive 10

**A propos des émotions, ces affects au caractère diffus, pénibles,
douloureux, désagréables.**

« Il n'y a point de sagesse humaine qui soit capable de leur résister lorsqu'on n'y est pas assez préparé »

(Descartes, 1649)

MEDITASOUFFLE

(Tiré de MEDITASOINS, p. 103)

L'esprit est labile et se disperse souvent. Pour se concentrer, quelques mouvements de respiration consciente suffisent à stopper le flux des pensées, à ramener l'esprit dans le corps au niveau du souffle et ainsi à résoudre le problème du moment. L'idéal, c'est de faire en sorte que cette pratique devienne un réflexe dès que l'enfant fait ses devoirs ou doit répondre à un professeur. Je vous conseille de l'aider à l'instaurer dès que possible.

MES CONSEILS

- Cet exercice est très utile aux enfants atteints de TDAH (Troubles déficitaires de l'Attention avec ou sans Hyperactivité). Dans les cas de TDAH légers, cet exercice suffit pour améliorer les performances scolaires. Il peut être proposé directement par l'enseignant aux enfants. Les parents peuvent aussi suggérer à l'enseignant de laisser l'enfant respirer consciemment avant de répondre à une question.
- Pour accrocher l'enfant à la pratique de cet exercice de respiration consciente, commencer par les calculs faciles ($2 + 2$, $4 + 4$, $8 + 8$). Il est important de le féliciter. L'opération $16+16$ est la première difficulté, car elle inclut une retenue. C'est à cette étape que l'apprentissage de Méditasouffle commence. Il faut faire respirer l'enfant plusieurs fois jusqu'à ce qu'il trouve la solution pour qu'il puisse sentir l'effet de la respiration sur la concentration et le succès qui en découle. L'étape suivante $32 + 32$ est plus facile, car il n'y a pas de retenue et l'enfant va réussir, ce qui lui permet d'avoir confiance dans la technique de concentration qu'il vient d'apprendre.
- Veiller à bien utiliser une respiration ample, facile à visualiser et à imiter.
- Recommencer l'exercice avec un petit texte lu par l'enfant et des questions sur le contenu de ce texte. Personnellement, j'utilise souvent un poème comme Chanson d'automne de Paul Verlaine ou Demain dès l'aube de Victor Hugo. L'enfant doit respirer à chaque phase, et avant de donner une réponse.

ECHELLE MAAS (Version française)

Voici une série de propositions décrivant des expériences de la vie quotidienne. Veuillez indiquer à l'aide de l'échelle allant de 1 à 6 la fréquence avec laquelle vous vivez chacune de ces expériences actuellement. Veuillez s'il vous plaît répondre selon *vos* expériences *réelles* plutôt que selon ce que vous pensez que votre expérience devrait être.

- Il m'arrive d'éprouver une émotion et de ne pas en prendre conscience avant un certain temps.

1	2	3	4	5	6
presque toujours	très fréquemment	assez fréquemment	assez peu fréquemment	très peu fréquemment	presque jamais

- Je casse ou renverse des choses parce que je suis inattentif(ve) ou parce que je pense à autre chose.

1	2	3	4	5	6
presque toujours	très fréquemment	assez fréquemment	assez peu fréquemment	très peu fréquemment	presque jamais

- J'ai des difficultés à rester concentré(e) sur ce qui se passe dans le présent.

1	2	3	4	5	6
presque toujours	très fréquemment	assez fréquemment	assez peu fréquemment	très peu fréquemment	presque jamais

- J'ai tendance à marcher rapidement pour me rendre là où je veux aller, sans prêter attention à ce qui se passe durant le trajet.

1	2	3	4	5	6
presque toujours	très fréquemment	assez fréquemment	assez peu fréquemment	très peu fréquemment	presque jamais

- J'ai tendance à ne pas remarquer des sensations de tension physique ou d'inconfort jusqu'à ce qu'elles captent vraiment mon attention.

1	2	3	4	5	6
presque toujours	très fréquemment	assez fréquemment	assez peu fréquemment	très peu fréquemment	presque jamais

- J'oublie le nom d'une personne presque immédiatement après l'avoir entendu pour la première fois.

1	2	3	4	5	6
presque	très	assez	assez	très peu	presque
toujours	fréquemment	fréquemment	Peu fréquemment	fréquemment	jamais

- Il me semble que je fonctionne « *en mode automatique* » sans être très conscient(e) de ce que je fais.

1	2	3	4	5	6
presque	très	assez	assez	très peu	presque
toujours	fréquemment	fréquemment	peu fréquemment	fréquemment	jamais

- Je fais les choses très rapidement sans y prêter vraiment attention.

1	2	3	4	5	6
presque	très	assez	assez	très peu	presque
toujours	fréquemment	fréquemment	peu fréquemment	fréquemment	jamais

- Je suis tellement focalisé(e) sur le but que je veux atteindre que je perds de vue ce que je suis en train de faire pour y parvenir.

1	2	3	4	5	6
presque	très	assez	assez	très peu	presque
toujours	fréquemment	fréquemment	peu fréquemment	fréquemment	jamais

- Je fais des travaux ou des tâches de manière automatique, sans me rendre compte de ce que je suis en train de faire.

1	2	3	4	5	6
presque	très	assez	assez	très peu	presque
toujours	fréquemment	fréquemment	peu fréquemment	fréquemment	jamais

- Je me surprends à écouter quelqu'un d'une oreille tout en faisant autre chose.

1	2	3	4	5	6
presque	très	assez	assez	très peu	presque
toujours	fréquemment	fréquemment	peu fréquemment	fréquemment	jamais

- Je me déplace en voiture « *en pilotage automatique* » et il m'arrive d'être étonné(e) de me retrouver là où je suis.

1	2	3	4	5	6
presque toujours	très fréquemment	assez fréquemment	assez peu fréquemment	très peu fréquemment	presque jamais

- Je me surprends à être préoccupé(e) par l'avenir ou le passé.

1	2	3	4	5	6
presque toujours	très fréquemment	assez fréquemment	assez peu fréquemment	très peu fréquemment	presque jamais

- Je me surprends à effectuer des choses sans y prêter attention.

1	2	3	4	5	6
presque toujours	très fréquemment	assez fréquemment	assez peu fréquemment	très peu fréquemment	presque jamais

- Je grignote sans réaliser que je suis en train de manger.

1	2	3	4	5	6
presque toujours	très fréquemment	assez fréquemment	assez peu fréquemment	très peu fréquemment	presque jamais

Traduction française : Jermann, F*, Billieux, J., Laroï, F., d'Argembeau, A, Bondolfi, G. Zermatten, A., & Van der Linden, M. (in press). Mindful Attention Awareness Scale (MAAS): Psychometric Properties of the French Translation and Exploration of Its Relations with Emotion Regulation Strategies. *Psychological Assessment*.

Type d'évaluation : **Auto-Evaluation**

Nombre d'items : **15**

Temps de passation : **10 minutes**

Auteur(s) : *Brown & Ryan, 2003*

Traduction / adaptation en français : *Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere, et Philippot, 2006*

Objectif du test

Ce questionnaire mesure la conscience et l'attention sur le moment présent dans la vie quotidienne dans les domaines physique, cognitif, émotionnel et interpersonnel. Elle peut s'appliquer quel que soit le niveau de pratique de méditation de la personne. Chaque item renvoie à la notion de "pilote automatique" qui représente l'opposé de la pleine conscience. La pleine conscience est ici considérée comme un construit unidimensionnel (contrairement à la FFMQ par exemple). Exemples d'items

- "Il m'arrive d'éprouver une émotion et de ne pas en prendre conscience avant un certain temps"
- "J'oublie le nom d'une personne presque immédiatement après l'avoir entendu pour la première fois"
- "Il me semble que je fonctionne « en mode automatique » sans être très conscient(e) de ce que je fais"

Cotation et interprétation

Les items sont cotés selon une échelle de Likert en 6 points allant de "Presque Toujours" (1) à "Presque Jamais" (6).

Le score total varie donc entre 15 et 90.

Plus le score est élevé, plus la personne est régulièrement en pleine conscience.

RESUME

Aujourd'hui, la dépression constitue l'un des principaux problèmes de santé mentale. Des travaux récents ont montré que la dépression est à l'origine de plus d'un million de suicides. A ce sujet, l'OMS considère que la dépression est l'affection, qui, juste après les maladies cardiovasculaires entraîne les plus gros coûts de santé. Avec cette pathologie, généralement, 80 % des patients traités pour un épisode dépressif présentent une réponse aux traitements pharmacologiques. Toutefois, 50 % des sujets obtiennent une rémission et/ou une rémission complète, alors que seuls, 30 % des sujets traités n'obtiennent qu'une rémission partielle avec présence de symptômes résiduels. L'état de rémission partiel présente un risque de rechutes important pour les patients, et rares sont les stratégies proposées pour la prévention de ces rechutes. Une stratégie basée sur les thérapies cognitives et comportementales de la troisième vague vise à changer la relation que nous entretenons avec les expériences internes en mettant l'accent sur l'acceptation plutôt que sur la notion de changement s'avère assez efficace pour la prévention des rechutes et des récurrences dépressives auprès d'une population clinique. Elle permettrait également une meilleure observance des patients de la dimension temporelle du cadre thérapeutique.

MOTS CLÉS : méditation pleine conscience - dépression - symptômes résiduels - observance

DISCIPLINE : psychology

ABSTRACT

Depression is one of the leading mental health problems today. Recent work has shown that depression is the cause of more than a million suicides. In this regard, the WHO considers that depression is the condition which, just after cardiovascular diseases, causes the greatest health costs. With this pathology, generally, 80% of patients treated for a depressive episode show a response to pharmacological treatments. However, 50% of subjects obtain remission and/or complete remission, while only 30% of treated subjects obtain only partial remission with the presence of residual symptoms. The state of partial remission presents a significant risk of relapses for patients, and few strategies are proposed for the prevention of these relapses. A strategy based on third wave cognitive and behavioral therapies aims to change the relationship we have with internal experiences by emphasizing acceptance rather than the notion of change has proven to be quite effective in preventing relapses and recurrences of depression. It would also allow better patient compliance with the temporal dimension of the therapeutic framework.

KEYWORDS : Mindfulness ; depression – symptoms residual - compliance

**Université de Montpellier-Nîmes
U.F.R de Médecine
2 rue École de Médecine
34000 Montpellier**