

LA PLEINE CONSCIENCE EN ADDICTOLOGIE

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricité

- Juin 2014 -

HIOL Amélie

Remerciements

Table des matières

INTRODUCTION	7
---------------------------	---

PARTIE THEORIQUE

A. LA MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE	10
I Définition.....	10
1) Principes de la pleine conscience	10
a. L'intention	11
b. Régulation de l'attention	11
c. L'attitude : une conscience non-jugeante et non élaborative.....	12
2) Quelques données historiques.....	12
3) Application en thérapie.....	14
a. MBSR.....	14
b. MBCT.....	15
c. DBT	15
d. ACT	16
II Les effets de la pleine conscience	17
1) Les effets sur l'attention, les cognitions et les émotions	17
a. l'attention	17
b. La régulation émotionnelle	18
c. La « re-perception »	18
d. La notion de pilote automatique.....	19
2) Liens avec la relaxation.....	19
3) Les effets sur le cerveau	20
a. Electroencéphalogramme	20
b. Neuro-imagerie	21
4) Efficacité	23

5) Modèles de changement.....	24
III La pratique de la pleine conscience	25
1) Fonctionnement	25
2) Indications et contre indications.....	25
3) Expérience personnelle	26
a. le début chaotique	27
b. l'application du protocole	27
c. L'application de la pleine conscience dans la vie de tous les jours.....	28
IV L'enjeu en psychomotricité	28
1) La pleine conscience : une médiation psychothérapeutique ?	28
2) L'instructeur de méditation de pleine conscience	29
3) Une médiation thérapeutique psychomotrice.....	29
V Les limites de la méthode.....	30
1) L'entraînement	30
2) La pleine conscience seule	31
B. ADDICTIONS ET MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE	32
I Les addictions à une substance	32
1) Les différents comportements de consommation.....	32
a. L'abus de substances	32
b. La dépendance.....	33
1) Les substances psychoactives	34
3) La dépendance, un dysfonctionnement du cerveau	37
5) La problématique de la rechute	40
6) Les traitements utilisés.....	41
II L'intérêt de la pleine conscience dans la prise en charge des addictions.....	43
1) Les thérapies basées sur la pleine conscience en addiction :	43
a. Le MBRP : Mindfulness Based Relapse Prevention.....	43
b. Le DBT-SUD : Dialectical Behavioral Therapy or Substance Use Disorders.....	45
2) Liens explicatifs entre la pleine conscience et certains modèles explicatifs de la dépendance	45
3) Les résultats	46

PARTIE PRATIQUE

A. DEMARCHE	49
B. LA CLINIQUE D'ADDICTOLOGIE	50
I. Fonctionnement.....	50
1) Hôpital de jour.....	50
2) Hospitalisation complète.....	50
II. Public accueilli.....	51
III. Equipe pluridisciplinaire et rôle du psychomotricien	52
C. LA PLEINE CONSCIENCE DANS LA STRUCTURE	54
I. Protocole mis en place	54
1) Intérêt.....	55
2) Par qui ?.....	56
D. QUESTIONNAIRES	57
I. Création des questionnaires.....	57
1) Le questionnaire d'évaluation du protocole.....	57
a. Le Five Facets Mindfulness Questionnaire	57
b. Le questionnaire de pleine conscience.....	58
2) Le questionnaire basé sur le modèle de changement.....	59
E. ETUDES DE CAS	60
1) Mme G.....	60
a. Séances.....	61
b. Résultats et interprétation	62
c. Satisfaction générale et modèle de changement.....	64
2) Mr D.	65
a. Séances	66
b. Résultats et interprétation.....	66

c. Satisfaction générale et modèle de changement	69
3) Conclusions par rapport à ces études de cas	70
F. Modèles de changement et satisfaction générale	71
1) Modèles de changement	71
2) Satisfaction générale et lien avec les modèles de changement.	74
G. Difficultés rencontrées	75
1) L'observance.....	75
2) Par rapport à l'objectivité, aux questionnaires	76
3) Par rapport à la population.....	77
DISCUSSION	78
CONCLUSION	80
Bibliographie.....	81

Liste des Annexes :

Annexe 1 : Questionnaire évaluation pleine conscience

Annexe 2 : Questionnaire satisfaction et modèle de changement

Annexe 3 : Questionnaire évaluation séance par séance

Annexe 4 : Exemples de texte de séance (protocole + autres)

INTRODUCTION

Lors de mes vœux de stage de troisième année, j'ai choisi de m'orienter vers les pathologies addictives. Ce choix a été orienté par la lecture d'un mémoire sur le sujet que j'ai trouvé très intéressant. Je donc réalisé mon stage dans une clinique d'addictologie au rythme d'un jour par semaine.

Lorsque je suis arrivée sur la structure, un protocole visant à intégrer la pleine conscience dans les programmes de l'hôpital était en train de voir le jour. J'ai donc commencé à m'intéresser au sujet.

A l'heure actuelle, la méditation de pleine conscience est une technique utilisée pour des pathologies et des psychopathologies très diverses mais aussi par des sujets sains désirant améliorer leur qualité de vie. Les instructeurs des programmes de pleine conscience sont nombreux et ont des profils variés. Elle tend à se développer depuis les années 80 et elle est aujourd'hui le sujet de nombreux écrits scientifiques mais aussi sujet à controverses. J'ai donc souhaité m'intéresser au sujet afin de comprendre quel en était l'enjeu.

Après quelques lectures sur ce thème et après avoir commencé à pratiquer moi même, plusieurs questions se sont posées. Dans quelles mesures et pour quels patients la méditation est-elle préconisée et efficace ? Qu'apporte la méditation dans une clinique d'addictologie et comment la mettre en place de manière efficiente ? Si la pleine conscience est efficace, quels sont les facteurs responsables du changement visible ?

Afin d'éclaircir toutes ces questions, ce mémoire se construira sous la forme d'une première partie théorique où je vais présenter la méditation de pleine conscience. Les principes qui lui sont propres, l'utilisation que l'on peut en avoir, ses effets, ses limites et la place du psychomotricien dans cette technique. On s'intéressera ensuite à la problématique addictive, puis un lien sera fait entre les deux afin de voir quelle utilité la pleine conscience peut avoir en addictologie.

Dans une seconde partie pratique, je présenterai la structure de mon lieu de stage et

expliquerai la place de la méditation de pleine conscience dans celle-ci. S'ensuivra deux études de cas de patients en hôpital de jour ainsi qu'une étude sur les facteurs responsables de l'efficacité de la technique.

PARTIE THEORIQUE

A. LA MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE

I Définition

1) Principes de la pleine conscience

La méditation de pleine conscience, du terme anglais *mindfulness*, est une technique de méditation issue de méditations bouddhistes et utilisée aujourd'hui dans un versant thérapeutique, laïcisé. Jon Kabat-Zinn, précurseur de la pleine conscience dans un cadre de soin l'a défini comme un *état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment*. Elle est également définie par Jerry Braza comme *une pratique qui consiste à devenir plus conscient de chaque instant et de notre expérience à cet instant. C'est un état naturel qui vise à vivre chaque instant pleinement*. [Berghmans C., Strub L., Tarquinio C., 2008] C'est une technique qui permet de prendre conscience des émotions sans être en lutte contre elles. Elle permet de prendre de la distance avec les émotions qui peuvent nous assaillir.

Il existe de nombreuses pratiques liées au développement thérapeutique de la pleine conscience mais elles ont toutes une procédure et un but commun. On va chercher à maintenir son attention sur un focus particulier tout en prenant conscience de nos sensations somatiques et de nos pensées. Lorsque notre esprit divague ou s'éloigne du focus, on est invité à s'en rendre compte, sans jugement de valeur, et à ramener son attention sur la respiration. Elle peut être pratiquée lors de séances quotidiennes dédiée uniquement à la méditation, mais également dans les actes de la vie quotidienne. Le mot d'ordre est « ici et maintenant » et le souffle est un moyen auquel raccrocher son attention. [Bishop S., Lau M., Shapiro , Carlson L., Anderson N., Carmody J., Segal Z., Abbey S., Speca M., Velting D., Devins G., 2004]

a. L'intention

L'intention est un élément primordial dans la pleine conscience. Il s'agit de notre motivation, de savoir pourquoi on médite, ce qu'on recherche dans cette pratique. C'est un élément dynamique, qui évolue au fil de la pratique. Selon le but personnel recherché dans les effets de la méditation, la pratique sera différente. Ainsi notre pratique ne sera pas la même selon que nous ayons pour but de diminuer notre anxiété ou notre addiction.

Des études de Shapiro (1992) ont montré des corrélations entre les résultats obtenus suite à la pratique de la pleine conscience et l'intention que les sujets en avaient. En prenant l'exemple de sujets méditants souhaitant diminuer leur stress, ils vont développer des caractéristiques de pleine conscience liées à la gestion des émotions, et ainsi développer une réponse de relaxation sans pour autant enrichir ou dans une moindre mesure leur conscience de soi ou leur compassion. [Shapiro S., Carlson L., Astin J., Freedman B., 2006]

b. Régulation de l'attention

La régulation de l'attention est un élément central dans la méditation. On focalise l'attention sur des éléments qui peuvent être internes, tels que les sensations corporelles, la respiration, les pensées, ou externes comme les bruits du milieu extérieur ou encore sur des expériences plus globales, manger par exemple. C'est le maintien de la conscience sur l'expérience présente qui amène l'état de pleine conscience, une forme d'autorégulation et d'observation. D'après Berghmans et al, on peut parler d'une *forme de suspension de tous les chemins d'interprétation de l'expérience afin de la réaliser telle qu'elle se présente en l'instant*. [Berghmans C., Strub L., Tarquinio C., 2008]

Cependant, on ne cherche pas à supprimer ou à modifier les pensées, on les observe juste, puis on refocalise l'attention sur des sensations permettant ainsi de stopper la rumination. [Bishop S., Lau M., Shapiro , Carlson L., Anderson N., Carmody J., Segal Z., Abbey S., Speca M., Velting D., Devins G., 2004] On maintient l'attention sur l'expérience présente dans une optique d'autorégulation.

En restant concentré sur une sensation comme la respiration pendant une période donnée (attention soutenue) on est plus à même de percevoir et d'observer les pensées, sensations, émotions lorsqu'elles apparaissent puis de revenir sur le souffle (flexibilité de l'attention). [Berghmans C., Strub L., Tarquinio C., 2008]

En outre, d'après Teasdale, Segal et Williams, il est courant de retrouver des biais attentionnels dans des troubles émotionnels, lien qui paraît central dans la pleine conscience. En effet, on retrouve souvent des focalisations de l'attention sur des stimuli extérieurs. Ce phénomène est contraire au fonctionnement de la pleine conscience qui vise par de la flexibilité attentionnelle à pouvoir se désengager de stimuli aversifs. [A. Heeren, P. Philippot 2010]

c. L'attitude : une conscience non-jugeante et non élaborative

Il est important de développer une attitude bienveillante, d'observation, d'ouverture à l'expérience et d'acceptation sans jugement. Il est important de prendre conscience de ce qui se passe sans chercher à modifier quoi que ce soit, dans une forme de non-jugement, de détachement par rapport à l'expérience. On ne doit pas se juger par rapport aux pensées qui se présentent, juste en avoir conscience pour éviter d'entrer dans des processus ruminatifs et dans une conscience élaborative qui analyserait les pensées et sensations. *C'est un processus actif dans lequel le sujet choisit de prendre ce qui arrive à la conscience avec une attitude d'ouverture, de réceptivité et de non-jugement.* [Berghmans C., Strub L., Tarquinio C., 2008]

Dans Mindfulness : a proposed operational definition, on parle d'orientation vers l'expérience. Il s'agit d'une attitude de curiosité sans essayer de produire un état particulier. On parle d'acceptation de l'expérience qui est défini comme une ouverture à la réalité du moment présent. On est ouvert et réceptif à ce qui peut se produire. [Bishop S., Lau M., Shapiro , Carlson L., Anderson N., Carmody J., Segal Z., Abbey S., Speca M., Velting D., Devins G., 2004]

2) Quelques données historiques

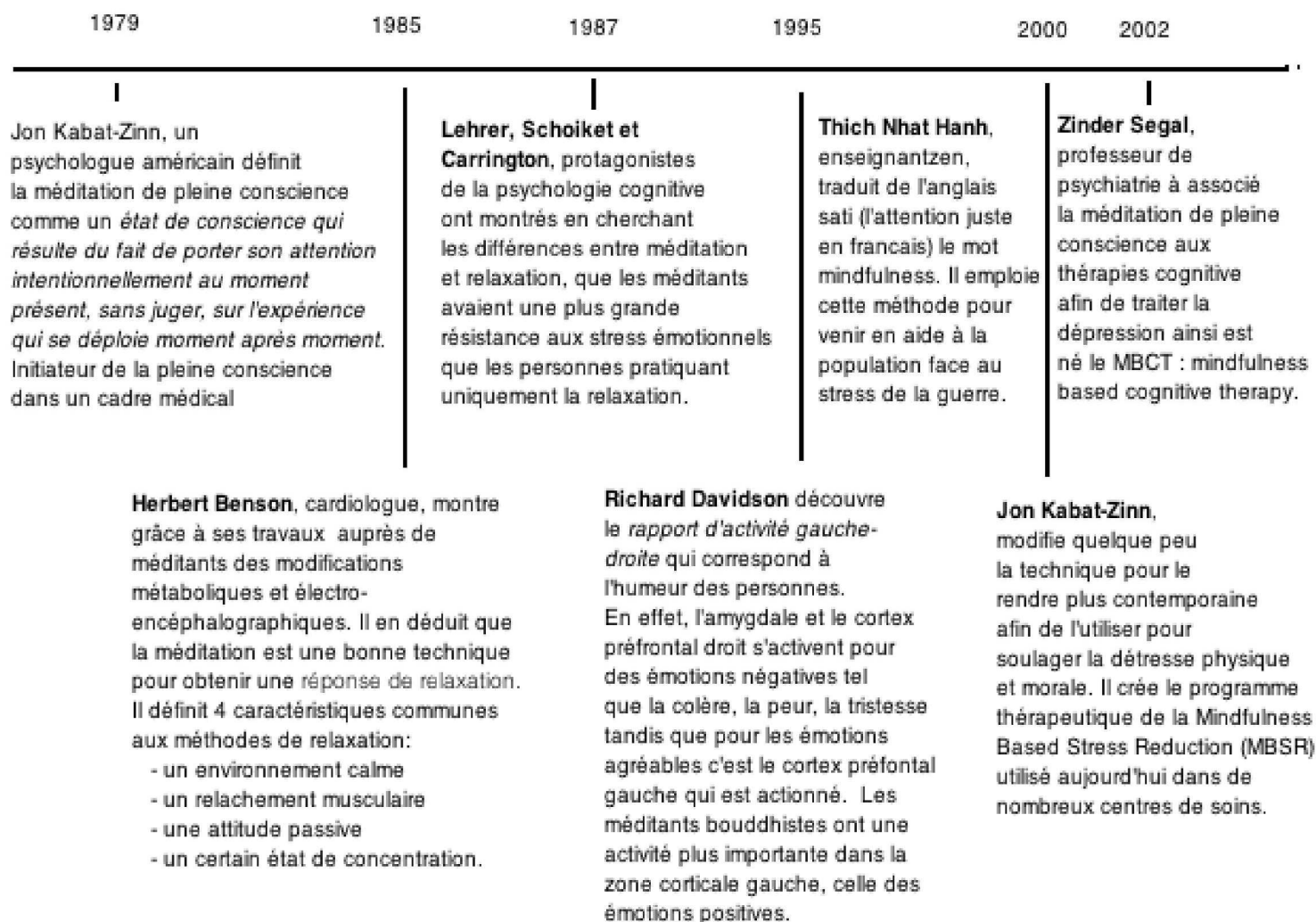
La méditation est une pratique très ancienne, née il y a des millénaires sous différentes formes, le taoïsme, le bouddhisme, l'hindouisme, etc. Le terme méditer vient du latin *mederi*, donner des soins.

La méditation de pleine conscience comme technique de soin est née à la fin des années 1970 créée par John Kabat-Zinn, un psychologue américain inspirée par le bouddhisme et le yoga, épurée de toute notion religieuse, la pleine conscience a peu à peu conquis le monde occidental notamment avec des programmes comme le MBSR créée par John Kabat-Zinn pour combattre le

stress et le MBCT contre la dépression créée par Zinder Segal.

La pleine conscience a, au fur et à mesure, séduit le monde occidental. Elle est aujourd'hui utilisée pour de nombreuses pathologies psychologiques et psychiatriques.

Historique de la méditation de pleine conscience



[Marmiomi J-F., 2013]

3) Application en thérapie

La pleine conscience fait aujourd'hui partie des thérapies cognitivo-comportementales (TCC), des thérapies de troisième vague ayant comme point central le travail sur les émotions. La pleine conscience est aujourd'hui intégrée dans de nombreux protocoles pour les troubles anxieux, les troubles alimentaires, les dépendances, le stress post-traumatique. [Heeren A., Philippot P. 2010] Parmi ces protocoles, le MBSR, pour gérer le stress, le MBCT pour prévenir les rechutes dépressives, le DBT pour les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité seront développés ici, le MBPR pour la prévention des rechutes addictives sera présenté dans la partie addiction et pleine conscience.

a. MBSR

Le MBSR, mindfulness based stress reduction, est un programme d'entraînement à la gestion du stress et des émotions basé sur la pleine conscience. Il a été développé par Jon Kabat-Zinn pour venir en aide aux personnes souffrant de maladie chronique sans traitement médical suffisant. Initialement, il avait pour but de réduire les douleurs et les conséquences psychologiques de la maladie. Il est aujourd'hui plus largement utilisé pour aider à la gestion du stress pour des personnes et en des circonstances diverses. Il est utilisé, par exemple, pour les personnes souffrantes de trouble anxieux généralisé, de crises d'angoisses, de troubles du sommeil.

C'est un programme structuré de 8 séances hebdomadaires d'une durée de 120 à 150 minutes et organisé en groupe plus une journée dite de « retraite ». Toutes les séances sont organisées de la sorte : une pratique de la pleine conscience, une discussion autour de l'expérience vécue durant celle-ci et durant leurs exercices à domicile, de nouveaux exercices et pour finir une discussion sur les exercices devant être fait à la maison. La discussion a une place importante ainsi qu'une éducation aux phénomènes psychophysiologiques du stress et des émotions.

Bien que la recherche souffre de problèmes méthodologiques, Bishop retranscrit plusieurs études montrant l'efficacité du MBSR. Il en conclut que le programme est efficace pour de nombreuses pathologies médicales et psychiatriques, notamment afin de contrôler le stress et l'humeur de personnes cancéreuses. Son effet est encore plus marqué auprès de la population non pathologique pour réduire le stress. [Bishop S.R., 2002]

b. MBCT

Le MBCT, mindfulness-based cognitive therapy, est un programme construit à l'origine pour prévenir les rechutes dépressives. Construit par Zindel Segal, il a pour but d'obtenir un résultat de décentration, de stopper les patterns de pensées entraînant des ruminations, les cycles pensées/affects et d'entraîner le patient à reconnaître leur changement d'humeur. Les participants sont invités à reconnaître leurs pensées et leurs sensations comme telles et non comme des faits. Il s'adresse aux patients en rémission de dépression majeure avec trois axes principaux : la pratique de la méditation de pleine conscience, des exercices cognitifs et une démarche psychoéducative.

Comme le MBCT, c'est un programme de 8 semaines avec des séances hebdomadaires de 2h et une pratique personnelle durant la semaine.

Strub et Tarquino ont regroupé différentes études issues de données bibliographiques internationales. Celles-ci montrent une diminution des risques de rechutes chez des personnes en ayant déjà effectué au moins trois. Des études montrent que le programme peut se coupler au traitement médicamenteux qui peut alors être réduit sans augmenter les risques de rechute, le MBCT serait un bon adjuvant au traitement médicamenteux. [Strub Lione, Tarquino Cyril, 2011]

c. DBT

Le DBT, dialectical behavior therapy, créée par Marsha Linehan, psychologue, a été créée pour combattre les troubles liés à des personnalités borderlines comprenant des troubles alimentaires, dans problèmes d'addiction ou de dépression. Ce programme ne comprenant pas uniquement de la pleine conscience, il se distingue des autres par différents éléments :

- Les 5 fonctions du traitement : Augmenter les capacités notamment de régulation des émotions, d'attention à l'expérience, de tolérance au stress. Généraliser celles-ci dans la vie de tous les jours. Améliorer la motivation à changer et réduire les dysfonctionnements comportementaux. Augmenter et maintenir la motivation et les capacités avec des renforcements positifs. Structurer l'environnement afin qu'il renforce uniquement les comportements adaptés.

- La théorie bio-sociale qui met l'accent sur la vulnérabilité émotionnelle des personnalités bordelines.
- Une philosophie dialectique avec un raisonnement rigoureux visant à trouver un équilibre entre l'acceptation, la validation et les stratégies visant à modifier les comportements.
- La pleine conscience et l'acceptation.

Ce programme comprend une séance individuelle et une séance de groupe par semaine ainsi qu'une réunion d'équipe.

Les études [Chapman A., 2006] ont montré des résultats significatifs avec une réduction des tentatives de suicide, une réduction des hospitalisations psychiatriques, une diminution des risques comportements parasuicidaires (tous gestes pouvant entraîner la mort) par rapport à une cohorte témoin de personnes suivant un traitement classique.

d. ACT

L'ACT, Acceptance Commitment Therapy ou thérapie de l'acceptation et de l'engagement, est une thérapie comportementale créée en 1986 par Steve Hayes qui enseigne la pleine conscience comme moyen efficace pour modifier les pensées, sentiments, sensations, émotions. Elle est recommandée dans les cas de dépression, TOC, douleurs chroniques, stress de cancer terminal, anxiété, anorexie, addiction et schizophrénie.

C'est une technique qui se différencie des autres sur plusieurs points. Elle s'appuie sur la thérapie du langage (relational frame theory) et la théorie de l'intelligence verbale construite pour comprendre le comportement humain. Elle peut être pratiquée en groupe, en couple ou en individuel. La pleine conscience doit être adaptée à chaque patient, recrée et individualisée pour chacun. La réduction des symptômes n'est pas le but de la méthode mais un effet secondaire lié à la modification de notre relation avec nos pensées et nos sentiments. Pour cela sont enseignées des valeurs de pleine conscience telles que l'acceptation, la neutralité cognitive, le contact avec le moment présent, l'observation de soi, l'appréciation de ce qui est important pour nous, la réalisation d'actions avec des buts clairs et en fonction de ses propres valeurs.

II Les effets de la pleine conscience

1) Les effets sur l'attention, les cognitions et les émotions

a. l'attention

Il existe différents types d'attentions : l'attention soutenue, l'attention divisée, l'attention sélective. Une étude de Jha et al. en 2007 a montré que l'attention soutenue évoluait avec la pratique de la pleine conscience contrairement aux capacités d'attention sélective et à la vigilance qui n'étaient pas modifiées. De la même façon, l'amélioration de l'attention soutenue a été retrouvée dans l'étude de Valentine et Sweet (1999) dans laquelle des individus devaient compter des signaux sonores. Les méditants étaient meilleurs pour détecter les stimuli, notamment ceux inattendus de par leur fréquence ou leur tonalité. Toutefois cette étude a été réalisée sur un groupe très restreint de personnes. [Treadway M., Lazar S.]

Une étude d'Antoine Lutz et d'Heleen Slagter a montré qu'une pratique intensive de la méditation de pleine conscience permettait de diminuer le clignement d'attention. Lors d'une expérience où les individus devaient détecter deux chiffres présentés de façon très rapprochés, environ 300 millisecondes, dans une série de lettres, la plupart des individus détectent uniquement le premier, leur attention étant utilisée pour mémoriser le premier apparue. C'est le temps de clignement d'attention, la région frontale du cerveau est sollicitée pour mémoriser le premier chiffre, on ne peut pas voir le second. Les individus pratiquant la méditation de pleine conscience ont un clignement d'attention plus court, ils voient le second chiffre. [Lutz A., 2012]

De même, une onde appelée P300 non spécifique mais représentant le fonctionnement cérébral d'aires variées a un fonctionnement différent chez les personnes méditantes. Elle est appelée ainsi car elle apparaît 300ms après le début d'un stimulus. Elle est présente lorsqu'on utilise nos ressources attentionnelles et elle reflète l'activité d'un réseau regroupant les zones frontales, temporales et pariétales. Plus un stimulus est nouveau et improbable, plus l'onde sera importante. Chez les sujets méditants, cette onde est plus faible, les personnes restent moins fixées sur des stimuli extérieurs. Les sujets pratiquant la méditation de pleine conscience ont moins tendance à bloquer leur attention sur un stimulus, une pensée et ont une attention plus ouverte. [Lutz A., 2012]

La pratique fait entrer en jeu l'attention soutenue et la flexibilité attentionnelle, elle permet d'améliorer ces deux éléments.

b. La régulation émotionnelle

La pleine conscience permet de prendre conscience de ses émotions sans être en lutte contre elles, elle permet de mettre de la distance avec ses émotions dans une forme d'équanimité. Celle-ci peut être définie comme une égalité d'humeur, un détachement et une sérénité à l'égard de sensations, événements qu'ils soient agréables ou non. L'équanimité est un état atteint par des méditants chevronnés, le but lorsque l'on pratique la méditation dans un versant thérapeutique n'est pas d'atteindre l'équanimité mais de s'en rapprocher, de mieux comprendre ses émotions et de les accepter.

Les sujets entraînés sont plus à même de détecter les signes avant-coureurs d'une difficulté émotionnelle, ils identifient mieux le début des pensées négatives leur permettant d'éviter de les laisser dégénérer. En outre, on observe une plus grande tolérance aux expériences émotionnelles négatives, les sujets y réagissent moins impulsivement grâce à des capacités d'acceptation, de recul plus importantes et à une plus grande flexibilité aux réponses alternatives.

c. La « re-perception »

Shapiro dans Mechanism of Mindfulness stipule que l'intention (ce qu'on espère obtenir de la pratique de la pleine conscience), l'attention et l'attitude (voir p...) permettent une re-perception des choses. Il la définit comme un métamécanisme responsable des changements visibles. Il s'agit d'un changement de perspective lié à des capacités de décentration, de désautomatisation et de détachement. Elle permet dans la continuité du développement normal de gagner en objectivité : de passer d'une perspective centrée sur soi, subjective, à une perspective plus objective, permettant de prendre la perspective des autres, l'empathie.

La pleine conscience permet un changement de relation avec les pensées et les émotions, elle permet de les identifier pour ce qu'elles sont sans être défini par elles. « Cette dépression n'est pas moi », il s'agit d'un changement de perspective avec une plus grande clarté, objectivité et ultimement équanimité. Il ne s'agit pas d'un détachement à l'expérience mais au contraire d'une connexion plus forte au moment présent. [Shapiro S., Carlson L., Astin J., Freedman B., 2006]

d. La notion de pilote automatique

La pleine conscience permet à travers les processus attentionnels, le travail sur les émotions, la re-perception de sortir du pilote automatique, autrement dit d'être plus conscient des choses que l'on fait, des décisions que l'on prend. Outre la dimension attentionnelle de cette notion, il existe également un processus qui est favorisé et travaillé dans la pleine conscience permettant de prendre des décisions de manière moins impulsive.

Entre le stimulus, qui peut être une pensée, une émotion, un événement extérieur, etc, et la réponse produite par l'individu est introduit un temps d'observation, un espace temporel permettant de prendre conscience des choses telles qu'elles sont et de produire une réponse plus réfléchie. [Bishop S., Lau M., Shapiro , Carlson L., Anderson N., Carmody J., Segal Z., Abbey S., Speca M., Velting D., Devins G., 2004] Ce laps de temps peut être mis à profit par des capacités d'observation non jugeantes qui permettent de produire le comportement le plus adapté pour l'individu, un comportement pleinement conscient et le plus congruent possible avec ce dont il a besoin. Il s'agit d'un phénomène d'autorégulation qui permet d'identifier mieux et plus rapidement les différents états émotionnels, et ainsi de prendre de la distance par rapport à eux et de ne pas répondre par des patterns automatiques. [Shapiro S., Carlson L., Astin J., Freedman B., 2006]

2) Liens avec la relaxation

Les liens entre relaxation et méditation sont étroits c'est pourquoi il existe parfois une confusion entre les deux, et bien que ces techniques se rapprochent dans certains cas, il est important pour comprendre le sens de la méditation de savoir les différencier et de connaître les moments où elles se rejoignent.

La méditation de pleine conscience ne s'apparente pas à un système de relaxation mais correspond davantage à un entraînement mental permettant de réduire la vulnérabilité cognitive rattachée à des modes de pensées qui peuvent augmenter le stress et la détresse émotionnelle ou perpétuer des psychopathologies. Dans la méditation de pleine conscience on n'essaie pas de susciter un état particulier, on ne cherche pas à produire ou à modifier quoique ce soit, juste à prendre conscience de ce qui se passe. [Bishop S., Lau M., Shapiro , Carlson L., Anderson N., Carmody J., Segal Z., Abbey S., Speca M., Velting D., Devins G., 2004] Cela se différencie donc de la relaxation dont le but est la détente physique et psychique. Ce n'est pas le cas du mindfulness où au contraire on cherche à ne rien modifier et juste à être témoin de ce qui se

passé. Dans la relaxation les sensations que l'on peut ressentir sont les conséquences de la détente recherchée, dans la méditation de pleine conscience les sensations sont premières, et c'est en se concentrant dessus que parfois on atteint un niveau de détente.

On peut donc obtenir une réponse de relaxation durant la pratique de la méditation sans que cela devienne un but inhérent à la méthode. Le cardiologue Herbert Benson s'intéressa à l'état de relaxation obtenu par la méditation. Il observa par électro-encéphalogramme sur des méditants chevronnés que celle-ci engendre une même réponse de l'organisme que la relaxation, qu'il appelle la réponse de relaxation. [Muzellec C., 2008] Celle-ci est caractérisée par des modifications au niveau de la conscience avec un état de conscience particulier entre la veille et le sommeil, l'activité mentale diminue, on trouve une imperméabilité de l'esprit aux préoccupations. Au niveau physique on retrouve une détente musculaire avec une diminution du tonus, un ralentissement cardiaque et respiratoire, une disparition des signes neurovégétatifs (tremblements et sueurs) et une augmentation de la température corporelle.

Si l'on regarde dans l'autre sens, certaines techniques de relaxation comme le training autogène de Shultz peuvent dans la pratique se rapprocher d'états méditatifs. [André C., 2012]

3) Les effets sur le cerveau

Les études sur le sujet n'ont pas montré de consensus, ceci est peut-être dû à un amalgame entre les différentes méditations et au fait que dans une même méditation il existe différents exercices. Nous allons essayer de voir ici, ce qui fait consensus dans la littérature scientifique.

a. Electroencéphalogramme

L'électroencéphalographie permet de mesurer l'activité électrique du cerveau. C'est un examen indolore et non invasif qui permet d'obtenir un tracé (l'électroencéphalogramme) qui renseigne sur l'activité neurophysiologique du cerveau sur une période donnée.

L'EEG peut être utilisé pour observer les changements qui peuvent se présenter chez les personnes méditantes. D'après Dunn, Hartigan et Mikulas durant la pratique de *mindfulness* on observe une ligne de base des ondes alpha et theta augmentée comme dans la pratique de la relaxation. [Treadway M., Lazar S.] L'onde alpha est caractérisée par un état de veille calme, de conscience apaisé ; l'onde theta apparaît elle dans des états de somnolence, dès l'apparition du sommeil ou en hypnose.

b. Neuro-imagerie

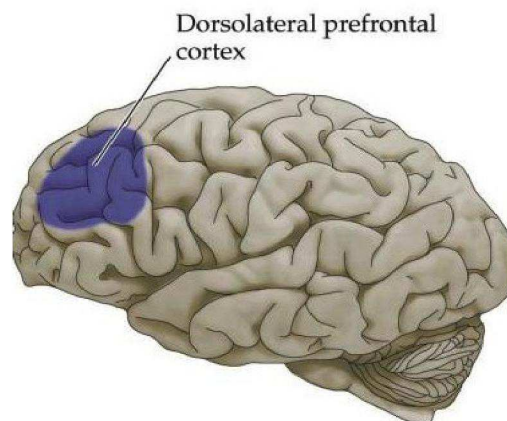
Grace au fMRI, imagerie par résonance magnétique fonctionnelle, permettant de voir l'activité des différentes régions cérébrales, et au TEP, permettant de voir la vasodilatation des zones activées du cerveau, on a pu retrouver plusieurs zones cérébrales actives pendant la méditation parmi lesquelles le cortex préfrontal dorso latéral, le cortex singulaire antérieur, l'insula.

Au niveau du cortex préfrontal dorso latéral :

Cette partie du cerveau semble être impliquée dans l'élaboration de processus cognitifs et notamment dans :

- la planification
- l'attention
- la mémoire de travail

→ Des études ont montré une activation importante de cette zone chez les sujets méditants ce qui peut être expliqué par la stimulation de l'attention lors de la méditation ainsi que sur les tâches de planification ou la meilleure gestion des capacités de planification.

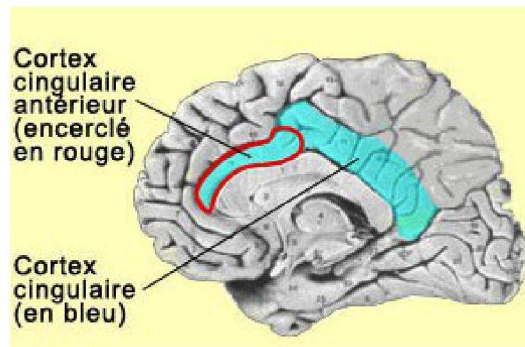


Au niveau du cortex cingulaire antérieur : fortement connecté avec l'insula. Il semble jouer un rôle dans :

- la prise de décision active
- la détection des erreurs comportementales
- la sensation désagréable de la douleur et la gestion de certaines émotions

- des processus attentionnels assez large comme l'état d'éveil et de vigilance en lien avec des phénomènes émotionnels et motivationnels.

→ Lors de la pratique de la méditation on observe une augmentation de l'activation très importante chez les novices par rapport aux pratiquants expérimentés. Cela pourrait s'expliquer par des facilités liées à la pratique qui ne nécessite plus autant d'activation notamment des neurones en lien avec l'orientation de l'attention (question cognitive, partie dorsale) et dans la question émotionnelle (partie rostrale).

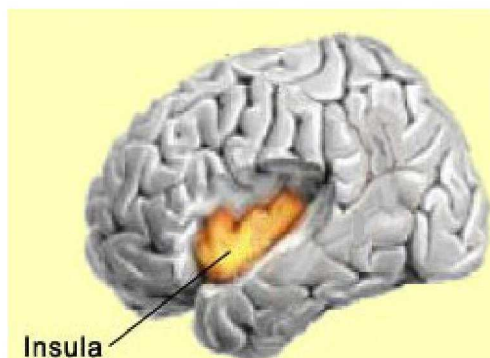


Au niveau de l'insula : région en profondeur dans les replis du cortex faisant partie du système limbique. Elle intervient à plusieurs niveaux :

- la conscience intéroceptive, les mécanismes de conscience du corps (douleur, rythme cardiaque)
- le contrôle de certaines émotions de bases comme le peur, la colère, la joie, la tristesse
- le maintien de l'homéostasie
- la motricité de certains organes (yeux, mains...)

Elle joue un rôle important dans des troubles psychiatriques variés tel que la dépression ou la schizophrénie.

→ D'après les différentes études, elle permettrait, dans les mécanismes liés à la pleine conscience, de détecter plus rapidement les manifestations corporelles des différents états émotionnels, d'avoir une conscience plus importante de soi.



On retrouve également des modifications structurales avec une augmentation de l'épaisseur l'épaisseur corticale dans la partie intérieure de l'insula, le cortex sensoriel et le cortex préfrontal.
[Treadway M., Lazar S.]

4) Efficacité

Il existe de nombreuses études ayant montré les effets de la pleine conscience il faut toutefois nuancer le propos car nombre de ces études sont construites avec des biais méthodologiques. En outre, les protocoles, le types de patients, ce que l'on recherche peuvent être différent.

- Une méta-analyse de 209 études conclut que les traitements à base de pleine conscience sont efficace pour un grand nombre de problèmes psychologiques et en particulier pour traiter le stress, la dépression et pour réduire l'anxiété. Un effet significatif est retrouvé lorsque l'on regarde entre avant la prise en charge et après ($g = .55$) ou lorsque l'on compare avec des patients en attente de traitement ($g = .53$). En comparant avec d'autres traitements classiques on retrouve un effet égal à $.33$ ce qui est significatif. Ce chiffre diminue et il n'est plus significatif lorsque l'on compare à d'autres TCC, $g = -.07$ ou lors de traitement pharmacologique $g = .13$.

[Khoury B., Lecomte T., Firtin G., Masse M., Therien P., Bouchard V., Chapleau M-A., Paquin K, Hofmann S.G., 2013]

- L'efficacité du MBCT sur la pathologie dépressive a été mis en évidence par de nombreuses études montrant une diminution importante du risque de rechute. Toutefois c'est la combinaison du programme avec un traitement pharmacologique qui est démontré, l'utilisation du programme seul n'a pas aujourd'hui démontré sont efficacité. Sur d'autres troubles psychiques tel que le trouble bipolaire, les troubles anxieux et phobique, les troubles des conduites alimentaire, les troubles du sommeil et les troubles somatophormes le MBCT semble également efficace, cependant ces résultats sont à nuancer dû fait des limites méthodologiques des études. En plus de ces résultats quantitatifs positifs, des résultats qualitatifs flagrant concernant la qualité de vie et de bien être ont été relevés par les patients.

L'efficacité du MBCT se base sur :

- la diminution des réactions liés aux évènements douloureux et donc à la diminution des stratégies d'évitement

- le changement de relation à ses propres pensées grâce à l'acceptation, à une capacité de choix accrue
- un arrêt du mode automatique et par là même du mode ruminatif souvent très important lors de dépression. [Strub Lione, Tarquino Cyril, 2011]

5) Modèles de changement

Les modèles de changement s'intéressent aux différents processus responsables de l'efficacité de la technique. Ces processus ne sont pas très au clair concernant la pleine conscience notamment dû au fait que c'est une technique issue de la méditation bouddhiste et non dérivée d'un modèle théorique scientifique.

Bien qu'il n'existe aucun modèle bien établi à l'heure d'aujourd'hui, Baer a proposé un modèle de changement comprenant 5 types de processus :

- l'exposition : dans la pratique de la pleine conscience on ne cherche pas à éviter les émotions, bien au contraire on cherche à observer, explorer et décrire ce qui se passe. La manière dont on traite les informations émotionnelles c'est-à-dire de la façon la plus simple possible sans chercher à la faire rentrer dans des catégories (éléments sémantiques ou sensori-conceptuels communs) permettrait de diminuer l'intensité émotionnelle.
- les changements cognitifs et métacognitifs : on retrouve des modifications cognitives avec des pensées plus spécifiques et expérimentales qu'abstraites et générales, ces dernières étant liées à la rumination et en lien avec des troubles émotionnels. Sur le plan métacognitif on retrouve une amélioration des processus exécutifs d'inhibition et de flexibilité cognitive facilitant l'adaptation à des situations nouvelles, élément qui paraît directement impliqué dans les changements émotionnels présent lors de la pratique.
- L'acceptation active : une attitude mentale d'acceptation et d'ouverture permettant de reconnaître et d'accepter la détresse émotionnelle et ainsi de diminuer la souffrance liée à celle-ci.
- la gestion de soi : une meilleure connaissance de soi permettrait de détecter les signes avant coureurs et d'étendre les comportements alternatifs.

- la relaxation : bien que non recherché dans la pleine conscience, cet état peut toutefois être engendré par celle-ci et ainsi induire les bénéfices qui y sont liés.

Bien que ce modèle de changements soit intéressant pour comprendre le fonctionnement de la pleine conscience, il a ses limites. Notamment le fait qu'on ne sache pas dans quelle mesure chacun des processus intervient, et que chaque processus soit composés de nombreux processus sous-jacents. [Heeren A., Philippot P. 2010]

III La pratique de la pleine conscience

1) Fonctionnement

Il existe différents programmes qui ont chacun leur exigence cependant pour que la méditation de pleine conscience soit efficace un travail très régulier est nécessaire.

Beaucoup de programme comme le MBRP, le MBCT et le MBSR son établis sur 8 semaines. Durant cette période des séances guidées sont prévues ainsi que de la pratique personnelle. On demande généralement aux sujets de pratiquer 6 jours sur 7, ou tous les jours. Plus la pratique personnelle est intensive, meilleurs sont les résultats, elle est donc indispensable.

De même, afin d'obtenir un résultat sur du long terme, il est recommandé de poursuivre la pratique à la fin du programme. Celui-ci est uniquement un outil dont le patient doit se saisir pour évoluer.

2) Indications et contre indications

La pleine conscience peut être utilisée dans de multiples circonstances, pour combattre les dysfonctionnements émotionnels, les états des stress, l'anxiété, l'insomnie, les rechutes dépressives ou addictives, afin d'apprendre à gérer les douleurs chroniques, etc. Elle peut donc être utilisé pour de nombreuses pathologies où l'on retrouve ces éléments. Des éléments montrant des effets positifs ont été retrouvés dans les cas de lésions cérébrales, de cancer, de fatigue chronique, de maladie chronique, de douleur, diabète, céphalées, SIDA, psoriasis, troubles du sommeil, acouphènes, maladies cardiaques, addictions, arthrite.

La méditation de pleine conscience peut également être utilisée avec des enfants. Il est

recommandé d'adapter les séances à l'âge et au rythme des enfants. S'il n'est pas forcément nécessaire de suivre un protocole strict, il est important de répéter au moins quatre à cinq fois les séances afin que les exercices soient mémorisés. Le scan corporel par exemple peut être adapté en imaginant le déplacement d'une fourmi qui part des orteils et visite tout le corps. Il en est de même pour les adolescents souvent soumis au stress des examens ou autres. [Siaud-Facchin J., 2012]

Les contre-indications de la pleine conscience sont liées à son fonctionnement. En effet, la pleine conscience nécessite une implication personnelle importante et un temps de pratique conséquent, ça ne peut donc pas convenir à tout le monde. Le facteur motivationnel est un élément important à prendre en compte, c'est pourquoi la pleine conscience n'est pas à préconiser en phase dépressive aiguë.

De même la pleine conscience demande des capacités cognitives assez importantes. Bien que les capacités attentionnelles s'améliorent avec la pratique, il ne s'agit pas d'une rééducation d'un trouble attentionnel, il est donc complexe pour les sujets en présentant de suivre le programme. Il est nécessaire de traiter en premier lieu le déficit attentionnel pour pouvoir mettre en place de la pleine conscience. De même, cela demande des capacités de compréhension et d'analyse des situations.

Le programme n'est également pas conseillé aux personnes ayant des troubles psychiatriques non stabilisés avec des états dissociatifs ou des phobies de types intéroceptives. Ceci peut paraître contradictoire avec notamment le programme DBT pour les personnes borderline souffrant souvent de phénomènes dissociatifs. Il est donc nécessaire d'utiliser un programme adapté avec les sujets atteints de ce type de troubles, avec notamment des exercices moins confrontants. [Heeren A., Philippot P. 2010]

3) Expérience personnelle

Il paraissait essentiel de pratiquer la méditation personnellement afin de mieux cerner et de mieux comprendre les enjeux de la pleine conscience mais également pour être instructeur. En effet, s'exercer à la méditation est un facteur essentiel lorsqu'on veut instruire la pleine conscience. Selon Jon Kabat-Zinn, « sans la construction d'une pratique personnelle et l'incarnation de ce que l'on est en train d'enseigner, les interventions basées sur la pleine

conscience risquent de devenir des caricatures de celle-ci. Passant à coté de son essence radicale et transformationnelle ». [Bowen S., Chawla N. , Marlatt G. A., 2013] J'ai donc pensé qu'il pouvait être intéressant de retranscrire mon évolution au cours de l'année dans un chemin qui a été tortueux et qui, je pense, n'est facile pour personne.

J'ai donc décidé à partir du mois de novembre de pratiquer la pleine conscience. A l'aide d'un CD et d'un livre, je me lance dans l'aventure.

a. le début chaotique

Le début fut quelque peu chaotique. D'après le programme que j'ai choisi de suivre, il fallait faire, durant une semaine, le scan du corps tous les jours, cela m'a pris environ un mois avant de pouvoir suivre la séance complète de façon régulière. Les premières fois, je trouvais la séance trop longue, environ une demi heure, et m'endormais avant qu'elle ne soit finie, même en milieu de journée. N'ayant pas rencontré de difficultés similaires lors de l'apprentissage de la relaxation, je me suis quelque peu découragée. J'ai donc eu du mal à lui trouver une place dans ma journée, mes essais étaient ponctuels et peu concluant.

Malgré le fait d'avoir lu que « les luttes avec la pratique quotidienne de la pleine conscience ne sont pas le signe d'un échec par rapport au changement mais représentent plutôt une opportunité supplémentaire d'observer la tendance de l'esprit » j'ai eu du mal ne pas me sentir responsable et inefficace. [Bowen S., Chawla N. , Marlatt G. A., 2013]

Cette phase a duré environ deux mois.

b. l'application du protocole

Au mois de Janvier, j'ai commencé à apprécier les séances guidées auditivement. J'ai pu mettre en place le protocole de façon plus rigoureuse et à voir un intérêt à la méditation de pleine conscience.

Au bout de 15 jours, de pratique quotidienne, les séances guidées ne correspondaient plus à mon rythme personnel, j'ai donc choisi de méditer de manière plus autonome.

c. L'application de la pleine conscience dans la vie de tous les jours

Au jour d'aujourd'hui la pleine conscience est quelque chose que je mets en place assez souvent et assez facilement. J'ai arrêté complètement d'écouter le CD audio et la pleine conscience m'apparaît comme quelque chose d'assez naturel.

J'ai l'impression que cela a modifié ma façon de fonctionner et mes réactions face aux différentes situations au niveau de la régulation émotionnelle, du non jugement et de l'acceptation. La méditation m'a permis de réduire les conflits psychiques et d'être plus à l'aise socialement. Je l'utilise également comme technique de relaxation dans les moments anxiogènes. Au niveau des actions dites automatiques, elles sont toujours très présentes.

IV L'enjeu en psychomotricité

1) La pleine conscience : une médiation psychothérapeutique ?

La pleine conscience fait partie de la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales. Ce sont celles qui placent les processus émotionnels au centre de leur thérapies.

Dans les années 1950, une première vague de thérapies comportementales a été créée. Par la suite Aaron Beck a développé les thérapies cognitives et c'est dans les années 80 que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) voient le jour. D'après Hayes, la pleine conscience est une évolution de ces TCC, la troisième vague. [Herbert J., Forman E. , 2010]

La pleine conscience peut être utilisée en psychothérapie. D'après Martin, la pleine conscience peut en être un ingrédient clé. Ces valeurs peuvent être un outil pour guider le thérapeute dans sa démarche de prise en charge mais cela peut également être une stratégie de traitement à part entière, une intervention. [Germer K., 2005]

2) L'instructeur de méditation de pleine conscience

L'instructeur de méditation de pleine conscience doit avant tout être un thérapeute qui pratique ou a pratiqué la pleine conscience. Il peut s'agir d'un psychologue, d'un psychiatre, d'un psychomotricien ou de tout autre personne ayant eu une formation de méditation de pleine conscience.

Le soignant a une place particulière, une place de co-instructeur. Il n'est pas uniquement thérapeute mais également praticien et il doit soutenir et accueillir les éléments des participants en montrant de la compréhension, de la patience et de la bienveillance envers ce que vivent les sujets. Afin que les patients aient une plus grande confiance et un plus grand laisser aller, le thérapeute est invité à participer aux séances, à se placer de façon égalitaire face à eux. Il s'agit là d'un changement de paradigme par rapport aux autres techniques dont dispose le thérapeute, c'est la connaissance de la pratique et des modifications internes qu'elle a engendré qui fait de lui un bon instructeur. [Muzellec C., 2008]

3) Une médiation thérapeutique psychomotrice

Le psychomotricien n'est pas le seul à disposer de cet outil, les psychologues, les psychiatres ou tout autre thérapeute peuvent également s'en servir. Il est donc important de voir en quoi cette technique peut être utilisée au psychomotricien et ainsi venir s'ajouter aux autres techniques de relaxation auxquelles il a été formé.

La pleine conscience peut être utilisée comme une médiation corporelle lors d'une prise en charge au même titre que la relaxation. En effet, à travers la méditation, les sujets vont prendre conscience de leur corps, leur environnement, leurs émotions, leurs pensées, leurs sentiments afin de mieux comprendre leur comportement et de pouvoir agir dessus avec une plus grande liberté d'action.

A travers le travail sur les émotions, l'acceptation, les changements cognitifs et métacognitifs, les effets de relaxation ; la méditation de pleine conscience engendre des modifications au niveau du rapport au corps, des comportements, des relations sociales.

La méditation permet une approche du corps différente des autres techniques de

relaxation ou de médiation corporelle, le sujet est invité à investir son corps, à porter son attention dessus, à en prendre conscience comme pour les autres techniques mais il est également encouragé à porter son attention sur ses cognitions. C'est une technique qui par le biais de l'attention portée sur les cognitions et les perceptions permet un mieux-être psychique et corporel puisqu'elle agit sur des manifestations corporelles (somatisations, douleurs, problèmes cardiaques...) comme cognitives (régulation émotionnelle, estime de soi, stress...)

La méditation permet de modifier le comportement sur plusieurs plans. En offrant la possibilité au sujet d'avoir conscience des différents comportements alternatifs et en évitant le « pilote automatique », les actions mises en place doivent être plus adaptées et plus efficaces que les comportements présents auparavant. La pleine conscience peut permettre de faire évoluer les comportements aussi bien sociaux que moteurs. Au niveau moteur comme au niveau social, l'action de la pleine conscience est indirecte, elle permet de diminuer les conduites d'évitement et par là même de développer les comportements sociaux, d'améliorer les relations sociales ainsi que les comportements moteurs. Entre autre, d'après Wallon, il existe deux systèmes, émotions/actions entre lesquels peut s'établir un conflit : les émotions peuvent perturber l'action. En travaillant sur les émotions, il est possible de modifier le comportement. En réduisant le conflit, on permet aux sujets d'avoir des actions plus adaptées à l'environnement.

V Les limites de la méthode

Cette partie est à mettre en lien avec les contre indications citées auparavant, en effet, les contre indications dans le cas de capacités cognitives diminuées par exemple peut être considéré comme une limite de la méthode.

1) L'entraînement

Pour que cette technique ait un intérêt elle demande un entraînement important. Il faut que la personne pratique quotidiennement la pleine conscience au moins durant le temps d'acquisition de l'habileté. Cela demande une implication réelle et importante du sujet. Cette notion me paraît parfois complexe. Bien que le patient soit réellement motivé pour stopper son addiction, diminuer son anxiété ou tout autre chose, il est parfois complexe de voir l'intérêt et les

aboutissants d'une telle technique au début de la pratique ce qui peut engendrer une démotivation et un découragement. En diminuant la pratique personnelle, il est plus difficile de voir les bienfaits ce qui peut entraîner un désinvestissement formant un cercle vicieux. Bien que le thérapeute soit présent pour contrer ce genre d'effet, il est nécessaire de prendre en compte cet élément lorsque l'on propose la technique.

En outre la technique doit être entretenue, c'est à dire qu'il ne suffit pas de pratiquer pendant quelques mois pour que ce soit efficace sur du long terme. Les sujets sont invités à pratiquer seul après le programme. Celui-ci donne en quelque sorte les clés et permet de mettre en place de bonnes habitudes de fonctionnement cognitif et émotionnel qui sont à garder une fois le programme terminé notamment en continuant la pratique de la pleine conscience. Le programme est censé permettre le changement qui doit être maintenu par la suite.

2) La pleine conscience seule

Il est nécessaire que la pratique de la pleine conscience soit intégrée dans un programme plus large ou qu'elle soit complétée par d'autres éléments. Dans le traitement de la dépression par exemple, elle ne remplace pas le traitement pharmacologique, elle est complémentaire de celui-ci. De même dans le traitement des addictions, le programme de prévention de la rechute basée sur la pleine conscience inclus des éléments des TCC, prévention de la rechute.

B. ADDICTIONS ET MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE

I Les addictions à une substance

1) Les différents comportements de consommation

Il existe différents type de consommation de substance, de l'usage simple, récréatif, ponctuel, à l'usage nocif, l'abus de substances et la dépendance. Afin de mieux comprendre ce dont on parle on va essayer de définir l'abus de substances et la dépendance, les deux types de comportements étant classé comme pathologique et nécessitant une prise en charge.

Pour définir les différents comportements nous allons nous appuyer sur les critères diagnostic du DSM IV :

a. L'abus de substances

A. Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12mois :

- (1) utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères)
- (2) Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance)
- (3) problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance)
- (4) utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple dispute avec le

conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres)

B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

b. La dépendance

Mode d'utilisation inadaptée d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

(1) Tolérance, défini par l'un des symptômes suivants :

- a. besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
- b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance

(2) Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes

- a. syndrome de sevrage caractéristique de la substance
- b. la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

(3) Substance souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.

(4) Désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation.

(5) Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (par exemple consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distance), à utiliser le produit (par exemple fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets.

(6) Activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes abandonnées ou réduites à cause de l'usage de la substance.

(7) Utilisation de la substance poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons

alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool)

Spécifier si avec dépendance physique (critère 1 et 2).

Dans le DSM V, l'abus de substance et la dépendance sont regroupés dans un seul et même trouble, le trouble d'usage d'une substance, il s'agit d'un nouveau modèle dimensionnel, où la dépendance et l'abus ne sont qu'un continuum d'un même trouble. Il est constitué de 11 critères, ceux de l'abus et ceux de la dépendance regroupés, seul le critère lié aux problèmes judiciaires est remplacé par le critère de craving. Pour entrer dans le trouble il faut 2 critères sur 11, entre 2 et 3 critères on est dans un trouble d'usage des substances légers, de 4 à 5 critères moyen, et de 6 à 11 critères on entre dans un trouble sévère de l'usage de substance.

1) Les substances psychoactives

Ce sont des substances qui agissent sur le psychisme en modifiant les perceptions, les sensations, les cognitions et le comportement des sujets. Elles peuvent être licites comme le tabac, l'alcool, certains médicaments, ou illicites, leur usage est alors sanctionnées par la loi. Les substances psychoactives peuvent être regroupées dans plusieurs catégories.

- les euphorisants, les opiacés : l'opium, ses préparations galéniques (pharmaceutique), certains alcaloïdes, morphine et codéine et leurs dérivés hémisynthétiques comme l'héroïne. Dans les cas d'addictions à des opiacés un traitement par substitution est nécessaire, la méthadone et la buprénorphine ayant des propriétés chimiques voisines peuvent être prescrites dans un secteur médicalisé.
- les hallucinogènes : d'origine végétale comme la mescaline (cactus), la psilocybine (champignons), le cannabis et les plantes solanacées comme la datura, la belladone et la mandragore ou d'origine synthétique comme le LSD ou PCP. Ces substances hallucinogènes ne présentent généralement pas de dépendance physique. Elles perturbent les fonctions psychiques du sujet en provoquant des altérations de la perception, de l'humeur, du fonctionnement cérébral et des processus cognitifs.
- les psychostimulants : la cocaïne, la nicotine et les amphétamines comprenant la méthamphétamine, l'ecstasy ou MDMA et dans le versant médicamenteux, la ritaline

ou le concerta. Ils sont utilisés pour stimuler la vigilance, diminuer les sensations de fatigue, augmenter les performances psychomotrices et les capacités d'apprentissage avec comme effet non recherché l'irritabilité, les troubles du sommeil, l'anxiété, la perte d'appétit.

- les hypnotiques et sédatifs : les barbituriques, les benzodiazépines et apparentés. Ils ralentissent les fonctions psychiques en diminuant le niveau d'éveil et l'activité générale du cortex cérébral. Ils peuvent être utilisés dans un milieu thérapeutique comme anxiolytiques, sédatifs et sont recherchés pour procurer de l'euphorie, de la désinhibition et pour soulager l'anxiété dans le milieu récréatif.
- les enivrants : les solvants, les poppers, l'alcool

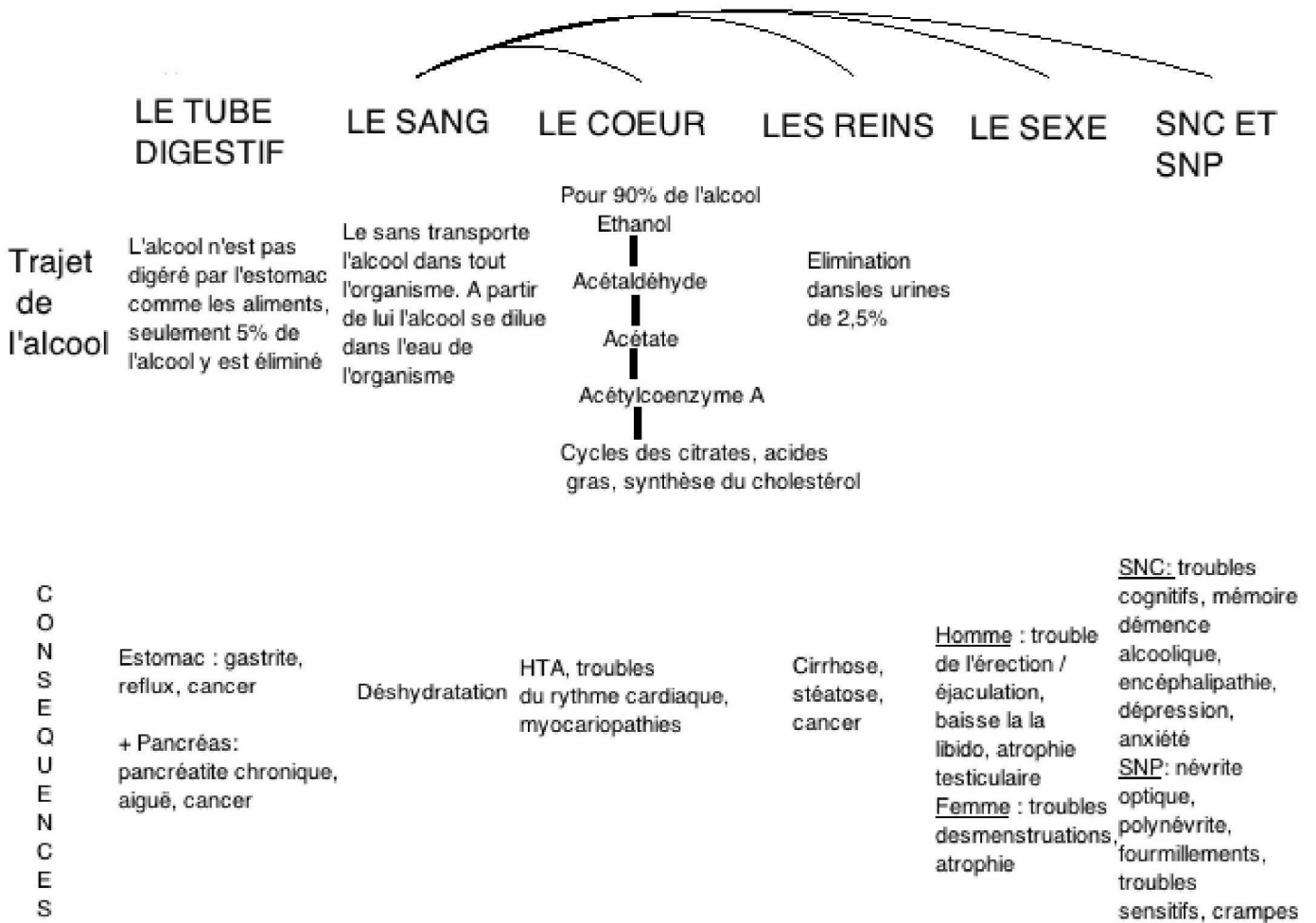
L'alcool :

Nous allons faire un aparté sur l'alcool et sa substance chimique l'éthanol car il s'agit de la substance la plus largement présente sur mon lieu de stage, et donc, celle avec laquelle j'ai utilisé la méditation de pleine conscience. Les éléments précédents sont généraux à la dépendance et rentrent donc en compte dans la dépendance à l'alcool.

D'après l'INPES, Institut National de Prévention et d'Education pour la santé, un français sur dix serait en difficulté par rapport à l'alcool (comprenant les buveurs excessifs et les personnes alcoolodépendantes) bien que la consommation quotidienne d'alcool ait été divisée par 2, passant de 24% en 1992 à 11% en 2010 dans la population française. L'alcoolisation importante de façon ponctuelle ainsi que l'ivresse apparaissent elles, en augmentation. L'alcool demeure la deuxième cause évitable de décès dans le monde après le tabac.

L'OMS a défini un seuil jusqu'au quel la consommation d'alcool ne pose pas de problème particulier. Ce seuil est défini par trois critères : jamais plus de quatre verres par prise ponctuelle, pas plus de 21 verres par semaine pour un homme et 14 verres par semaine pour une femme. Au delà, la consommation est jugée à risque. Les critères de dépendances à l'alcool, appelée alcoolodépendance, sont les mêmes que pour toute autre substance.

Le trajet de l'alcool dans l'organisme et ses répercussions :



Niveau psychomoteur, l'alcool a des répercussions sur :

- l'équilibre : des troubles de l'équilibre peuvent être présent lié à des difficultés au niveau de l'oreille interne
- les coordinations générales
- les communications non verbales nécessitant des entrainements aux habiletés sociales
- la perception sensorielle
- manifestations anxieuses physiques et psychologiques, des troubles de la concentration, des troubles de la réactivité aux émotions, etc, pouvant être appréhender par différents types de relaxation (Shultz, Jacobson, Bio-feed-back) ou de la méditation. [Abeilhou P., Réocreux M.,1992]

3) La dépendance, un dysfonctionnement du cerveau

La dépendance est tout autant un dysfonctionnement du cerveau que n'importe quelle maladie neurologique ou psychiatrique. Au niveau synaptique, lieu de transmissions des messages neuronaux, l'axone d'un neurone libère un message chimique, appelé neurotransmetteur dans la fente synaptique à destination du neurone post synaptique. Les substances psychoactives jouent un rôle à ce niveau là en mimant les effets d'un neurotransmetteur endogène, en bloquant une fonction ou en altérant les processus de stockage, de libération et d'élimination des neurotransmetteurs. Parfois, elles empêchent la recapture du neurotransmetteur ce qui engendre une prolongation des effets qui sont alors exacerbés. Ainsi sont expliqués les effets des substances, la dépendance au niveau du cerveau peut-être explicitée par d'autres phénomènes.

Afin de comprendre les différentes théories explicatives, on va tout d'abord s'intéresser aux processus biocomportementaux de la dépendance. Les substances psychoactives agissent, en plus de leur propre processus, sur la voie dopaminergique mésolimbique située dans le cerveau moyen au niveau de l'aire tegmentale ventrale et du noyau accumbens. L'aire tegmentale ventrale envoie des projections vers des régions cérébrales impliquées dans les émotions, les pensées, la mémoire, la prévision et la réalisation de comportements. Elle est en relation avec le noyau accumbens qui est impliqué dans les processus motivationnel et d'apprentissage. Les neurones de ces zones sont sensibles aux neurotransmetteurs dopaminergiques. Les substances psychoactives joueraient un rôle sur la dopamine qui serait plus importante, donnant une surstimulation de la voie dopaminergique mésolimbique créant ainsi un effet renforçateur positif, un effet motivationnel.

Cet aspect motivationnel est activé en fonction de stimuli. La consommation répétée de la substance psychoactive active alors la voie dopaminergique mésolimbique de manière soutenue, le renforcement est présent fréquemment créant ainsi un conditionnement entre un stimuli et une réponse comportementale et neurochimique de plus en plus importante, la dépendance. La substance est alors considérée comme nécessaire à la survie au même titre que les aliments, le danger, les relations sexuelles. Ces derniers répondent à des stimuli, des incitations environnementales. Lorsqu'on a faim la vue d'un aliment crée une réponse comportementale, puis lorsque on est affamé on va tout mettre en œuvre pour pouvoir manger. Le cerveau

considérant la substance et son besoin comme primitif, biologiquement nécessaire, le même type de comportements va être mis en place. Il s'agit du phénomène de *sensibilisation à l'incitation*. L'individu apprend à associer : la motivation à utiliser les substances psychoactives en présence de stimuli (personne, lieu, etc) et l'utilisation de la dite substance. C'est pourquoi même après le sevrage et des années d'abstinence des rechutes peuvent apparaître. [OMS, 2014]

Les théories explicatives de la dépendance :

- **La théorie de la récompense** (psychique) : Deux systèmes sont présents chez l'homme, le circuit de la récompense lié à la dopamine et le système inhibiteur cortical préfrontal qui permet de réguler la satisfaction des besoins. Chez les sujets présentant une dépendance ces centres sont déréglés. Les personnes font alors le choix des récompenses immédiates et non différées. La substance apparaît alors comme la solution rapide et apaisante. En outre, le produit psychoactif rééquilibre artificiellement et temporairement le couplage noradrénaline et sérotonine qui se trouve mis à mal dans des situations de stress.

- **La théorie du renforcement négatif** (physique) : La souffrance liée au sevrage correspondrait au renforcement négatif qui conduirait l'individu à continuer voire à renforcer la prise de substances. Cette dépendance somatique est liée au déséquilibre des allostasies moléculaires lors de l'arrêt de la prise de substance. La prise répétée de produit engendre des remaniements des synapses et des circuits qui se fixent ainsi au fur et à mesure de la conduite addictive entraînant la nécessité d'une nouvelle homéostasie, l'allostasie. Lors de l'arrêt de la consommation, ce système n'est plus régulé correctement, le syndrome de sevrage apparaît avec présence de sueurs, de crampes musculaire et abdominales, d'insomnies, d'irritabilité et d'agitation. Cette période douloureuse disparaît immédiatement lors la consommation de produit. Il est donc nécessaire de mettre en place une action pharmacologique afin d'aider les patients à passer ce moment délicat du sevrage.

- **La théorie du conditionnement** : une mémorisation des contextes (sons, couleurs, sensation, ambiances, etc) qui accompagne et précède la prise de substance a lieu au niveau de hippocampe et de l'amygdale. Un environnement peut alors être interprété par la mémoire adaptative comme une configuration propice à la prise de produit qui se révèle alors comme impérieuse. Cette dépendance issue du conditionnement est la cause de beaucoup de rechute. [Binder P., 2010]

• **Les processus opposants** : Théorie développée par Solomon selon laquelle sont toujours présentes les deux facettes : le plaisir / la souffrance. Lors de la prise de substance, la personne entre dans le processus par le plaisir, la sensation de bien être due à la consommation, lors de l'arrêt, les processus adaptatifs qui ont été générés afin de contrebalancer l'effet de la substance persiste entraînant un déséquilibre homéostatique, l'effet secondaire : la dépendance, le sevrage, le manque. Le processus opposant se développe durant la prise et à l'arrêt il ne demeure plus que celui-ci. [Vincent JD., 2007]

• **Le modèle de gestion hédonique de Ian Brown** : Selon ce modèle, l'addiction est une *activité hédonique qui, à partir de certaines vulnérabilités personnelles, donne lieu à une saillance* (néologisme signifiant que l'activité devient la chose la plus importante dans la vie de la personne et prenant en compte des éléments environnementaux) *monopolisante qui transforme cette activité en un besoin acquis. Cette saillance conduisant à l'accroissement des effets de tolérance, de manque et de soulagement, ainsi que des conflits de la personne avec les autres (externes) et avec elle-même (internes). Le besoin acquis pouvant obéir à des cycles de sortie et de rechute-rétablissement de l'addiction à long terme.* La recherche de l'hédonisme est une tendance naturelle que tout être humain a, l'addiction en est une forme extrême. Il s'agit d'une réponse exclusive, qui omet tout autre moyen d'arriver à l'hédonisme, à une intolérance à la souffrance psychique. C'est un modèle qui n'est pas en lien avec des substances mais avec des comportements et qui peut s'appliquer au joueur compulsif, aux meurtres en séries, etc. [Loonis E., 1999]

D'après l'OMS, *La dépendance résulte d'une interaction complexe entre, d'une part, les effets physiologiques de substances sur les aires cérébrales associées à la motivation et à l'émotion et, d'autre part, l'apprentissage de la relation entre les substances et les signaux qui leur sont associés.* [OMS, 2014]

5) La problématique de la rechute

La rechute dans les conduites addictives est une problématique importante. Elle peut être défini comme la consommation du produit après une période d'abstinence. Il est nécessaire de différencier la rechute du faux-pas. Le faux-pas correspond à une prise de substance ponctuelle et qui n'a pas de conséquence à long terme sur la consommation d'alcool. La rechute peut être défini par *la reprise évolutive d'une maladie qui était en voie de guérison*. Dans le cas de la dépendance, l'individu reprend ses habitudes de consommation. Un faux-pas peut entraîner une rechute.

Selon la théorie des stades de Prochaska et DiClemente, lorsque l'individu essaie de changer de comportement il passe par différentes phases. Tout d'abord une phase de pré contemplation durant laquelle l'individu n'a pas conscience de son problème d'addiction, c'est à ce niveau là qu'arrive les patients envoyés pas un tiers ou par un ultimatum. S'ensuit une phase de contemplation, phase où est prise la décision de changer de comportement, le patient a une demande d'aide ou de traitement. Puis une phase de détermination, le patient fait tout ce qu'il peut pour changer de comportement, à ce niveau il peut avoir lieu une sortie temporaire, c'est à dire un arrêt temporaire du comportement. Par la suite à lieu une phase d'action, le patient a confiance en ses capacités pour arrêter, il a des projet précis avec consciences des difficultés. Et enfin, une phase de maintenance, il y a arrêt de l'addiction, le niveau de tentation diminue, sa qualité de vie augmente. La phase suivante est la rechute, l'individu peut ne pas l'atteindre en sortant du cercle durant la phase de maintenance, si ce n'est pas le cas, après la phase rechute, l'individu doit reprendre tout le processus à partir de la phase de contemplation. *La rechute est la règle non pas l'exception*. [Cungi C., 2011]

Selon le modèle de G Alan Marlatt, la rechute est un processus complexe dans lequel plusieurs facteurs entrent en jeux, en intervenant conjointement et de manière interactive. A partir de ces facteurs la probabilité de rechute varie. Lorsque le contexte engendre une probabilité de rechute importante, on l'appelle cela une situation à risque. Les facteurs peuvent être stables, comme c'est le cas des facteurs génétiques, familiaux, psychiatriques, médicaux et sociaux, ceux-ci indiquent une vulnérabilité pour la rechute, ou transitoires, liés au contexte, comme c'est le cas des états affectifs et cognitifs qui sont liés à la survenue de la rechute. Trois grandes catégories de situations ont été identifiées comme pouvant conduire à la rechute :

- des émotions négatives, des douleurs physiques ou des conflits avec autrui
- des émotions positives, passer du bon temps avec autrui et la pression sociale pour boire

- impulsion ou contrôle personnel. [Breslin F., Zack M., McMMain S., 2002]

Toujours selon le modèle de Marlatt, dans une situation à haut risque l'individu peut répondre de manière adaptée dans ce cas là on observe une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle engendrant une diminution du risque de rechute. L'individu peut également répondre à cette situation de manière inadaptée, on observe alors une diminution de l'auto-efficacité entraînant un usage d'alcool (faux-pas) qui constitue une violation de l'abstinence et donc une baisse de l'estime de soi, la probabilité de rechute augmente.

6) Les traitements utilisés

Les traitements utilisés dans les problématiques addictives peuvent être variés mais ils s'appuient en majorité sur les thérapies cognitivo-comportementales.

Traitements cognitivo-comportemental :

Les thérapies comportementales interviennent sur trois axes : le comportement, les cognitions et les émotions en se basant sur les théories de l'apprentissage et les théories cognitives. Elles nécessitent une motivation importante, elles sont exigeantes pour le patient comme pour le thérapeute. Différentes techniques sont utilisées :

- Celles centrées sur le comportement : exposition, entraînement aux habiletés sociales, prévention de la rechute
- Celles centrées sur les cognitions : restructuration cognitive, résolution de problèmes
- Celles centrées sur les émotions : relaxation (méditation), désensibilisation systématique

Prévention de la rechute :

Il est important de prendre en compte le fort risque de rechute et d'essayer de le diminuer en apprenant à gérer les situations à risque (Comment faire face?) grâce à des méthodes comportementales, cognitives et au réseau relationnel mais également en développant un nouveau style de vie par de la thérapie cognitive, de la psychologie positive ou de la pleine conscience.

Exposition avec prévention de la rechute (EPR) :

Il s'agit d'un traitement visant la diminution de l'anxiété et l'arrêt des réponses conditionnées. Il s'agit d'un programme initialement utilisé dans les cas de troubles anxieux (TOC, phobie, etc) et utilisé aujourd'hui dans des problématiques addictives montrant des résultats mitigés selon les études. Ce traitement part du postulat que les rechutes sont dues à des réponses conditionnées acquises durant la phase de consommation active. Par la suite, l'exposition à des stimuli reste associé à des réactions psychophysiologiques et à des biais attentionnel engendrant un *craving* (envie de consommation compulsive), en cherchant à supprimer ce conditionnement, la thérapie cherche à réduire les rechutes. Il peut être inclus dans un programme plus large de TCC. [Khazaal Y., Frésard E., Zullino D., 2005]

Traitement pharmacologique :

Traitement par substitution :

Les traitements par substitution concerne uniquement les personnes dépendantes aux opioïdes et au tabac. Pour la dépendance aux opioïdes la méthadone peut être prescrite, il s'agit d'un agoniste morphinique peu euphorisante, elle n'engendre pas d'augmentation des doses ni d'horaires d'injection rapprochés. Comme la nicotine pour le tabac il s'agit d'un agoniste pur. Il existe également des agonistes partiels comme la buprénorphine pour les opioïdes et la varénicline pour le tabac. Ces médicaments peuvent être intéressants car ils sont moins dangereux que les agonistes purs, les symptômes de sevrage à l'arrêt sont moins importants, il existe des syndromes de sevrage lors d'augmentation trop rapide des doses et le profil d'efficacité est moins important que celui des agonistes purs.

Stratégie de sevrage :

Opposée au traitement par substitution, il s'agit d'un traitement essentiellement symptomatique lié à l'arrêt de toute consommation. Généralement il associe des anxiolytiques et des antalgiques avec un risque de dépendance secondaire aux benzodiazépines. Les médicaments proposés sont spécifiques aux substances. Pour l'alcool, peuvent être prescrit de l'acamprosate et de la naltrexone (le baclofène n'a pas fait preuve de son efficacité), pour le tabac, le bupropion, pour les opiacés la naltrexone. Il n'existe pas de médicament validés pour la cocaïne.

[Laqueille X., 2009]

L'hypnose :

L'hypnose peut être utilisée dans le traitement des addictions comme complément aux thérapies

habituelles. En effet, elle peut être utilisée à tous les stades de la prise en charge afin d'apporter une expérience de bien-être, un renouveau de la créativité, permettre une augmentation du contrôle. Elle peut être utilisée comme un laboratoire de réalité virtuelle. [Waber L., 2011]

II L'intérêt de la pleine conscience dans la prise en charge des addictions

1) Les thérapies basées sur la pleine conscience en addiction :

Le MBSR, MBCT, ou l'ACT programmes généraux de pleine conscience peuvent être utilisés dans le cas d'addictions. En plus de ces programmes, des programmes spécifiques à ces troubles ont été créés.

a. Le MBRP : Mindfulness Based Relapse Prevention

Le programme MBRP est un programme post-cure de prévention des rechutes basé sur la pleine conscience. Il combine la prévention de la rechute traditionnelle (PR) qui est une intervention cognitivo-comportementale et la méditation de pleine conscience (construit à partir du MBSR et du MBCT). C'est un programme prévu initialement en ambulatoire et visant à favoriser un mode de vie stable afin de prévenir ou gérer la rechute chez des personnes ayant des pathologies addictives. Pour cela, les sujets sont invités à développer leur conscience des éléments déclencheurs, des habitudes récurrentes et des réactions automatiques afin d'avoir une plus grande liberté de choix.

Il est composé de 8 séances de 2 heures 30 :

- Séance 1 : Pilote automatique et rechute. Elle comporte une présentation du groupe, permettant de connaître ses attentes et de fixer les règles de bases (confidentialité), s'ensuit l'exercice du raisonnement, une discussion sur « qu'est-ce que la pleine conscience », la méditation du body scan, une explication de la pratique à domicile à effectuer puis la séance se termine. Ces deux dernières phases sont présentes à chaque séance.
- Séance 2 : Conscience des déclencheurs et des fortes envies. De la même manière, cette séance comporte la méditation du body scan, une discussion sur la pratique à

domicile qui est également présente sur toutes les séances suivantes, deux exercices : « Je marche dans la rue » et « Surfer sur les envies » ainsi que la méditation de la montagne.

- Séance 3 : La pleine conscience dans la vie de tous les jours. Elle comprend la méditation de la conscience des sons, la méditation sur la respiration et l'espace de respiration SOBER.
- Séance 4 : La pleine conscience dans les situations à haut risque. Durant cette séance, on effectue, la conscience de la vue, la méditation assise (son, respiration, sensations, pensée), une discussion autour des risques de rechute individuel et ceux fréquemment rencontrés, l'espace de respiration SOBER dans une situation difficile ainsi que la méditation de la marche.
- Séance 5 : Acceptation et comportements efficaces. Les participants sont invités à pratiquer la méditation assise, l'espace de respiration SOBER, à discuter sur l'acceptation et les comportements efficaces, et à effectuer des mouvements en pleine conscience (différentes postures comme celle du chat, de l'enfant, de la montagne)
- Séance 6 : Voir les pensées comme des pensées. Elle comporte une méditation assise sur les pensées, une discussion sur le thème pensée et rechute, ainsi qu'autour du cycle de la rechute et la pratique de l'espace de respiration SOBER.
- Séance 7 : Prendre soin de soi et style de vie équilibré. Durant cette séance sont effectués une méditation assise sur le thème de la bienveillance, une discussion sur « où commence la rechute ? », l'espace de respiration et est proposée une carte de rappel du plan d'urgence qui comprend les raisons pour rester sobre, les numéros de contacts à appeler, l'espace de respiration SOBER ainsi que les activités alternatives à mettre en place.
- Séance 8 : Soutien social et poursuite de la pratique. Pour la dernière séance sont prévus la méditation du body scan, une discussion sur l'importance des réseaux de soutien, sur le programme et les intentions de chacun pour l'avenir ainsi qu'une méditation de conclusion.

[Bowen S., Chawla N. , Marlatt G. A., 2013]

b. Le DBT-SUD : Dialectical Behavioral Therapy or Substance Use Disorders

Il s'agit d'un protocole basé sur le DBT (voir partie A I 3 c) incorporant des concepts et des modalités visant à promouvoir l'abstinence et à prévenir les rechutes. Il peut être utilisé avec des sujets dans une problématique addictive ayant également des troubles psychiatriques co-occurents : personnalité borderline ou autres, comorbidité qui est assez fréquente.

Cette approche insiste sur une abstinence totale tout en mettant en avant l'acceptation et le non-jugement lors de rechutes. Des « contrats » de courtes périodes et renouvelables peuvent être mis en place afin de promouvoir l'abstinence moment après moment, avec des buts apparaissant comme atteignables par le sujet. Les patients apprennent à anticiper les situations à risques et à y répondre de manière adaptée. L'abus de substance est vu comme un problème à résoudre, le thérapeute est là pour aider le patient à analyser ses comportements et pour permettre d'atténuer les pensées et les émotions négatives engendrés par la prise de conscience du trouble ou les rechutes. Le programme a, en premier lieu pour cible la substance ayant le plus de conséquences sur la vie du sujet, par exemple l'abus d'alcool entraîne chez cette personne des tentatives de suicides. Ce programme prend en compte le fait que les patients dépendants ayant des troubles psychiatriques co-occurents ont tendance à ne pas suivre les thérapies jusqu'au bout. Il est du devoir du thérapeute de discuter de ces événements avant qu'ils ne se produisent et de reprendre contact avec les patients si arrêt de la thérapie il y a. [Dimeff Linda, Linehan Marsha, 2008]

Le programme est constitué des séances hebdomadaires de deux heures trente de thérapie de groupe et complété par des séances de psychothérapie individuelle (une heure par semaine) ainsi que par un traitement pharmacologique si nécessaire. [Skanavi S., Laqueille X., Aubin H-J, 2010]

2) Liens explicatifs entre la pleine conscience et certains modèles explicatifs de la dépendance

Ces différentes thérapies visant l'abstinence peuvent expliquer leur efficacité par leur mise en relation avec les modèles explicatifs de la dépendance.

Prenons le cas du modèle de gestion hédonique selon lequel l'addiction est une forme extrême de recherche de plaisir qui omet tout autre moyen d'en obtenir. La pleine conscience à travers ses valeurs va permettre de développer l'observation, nos différentes sensations et par là

même la prise de conscience des plaisirs de la vie courante.

Au niveau du modèle se basant sur les processus opposant selon lequel le couple plaisir / souffrance est déséquilibré lors de la prise de substance. Pour normaliser le corps s'adapte et diminue le plaisir engendré par la substance. Lors de l'arrêt de celle-ci, l'adaptation demeure, il ne reste alors plus que souffrance. La méditation peut permettre de prendre du recul par rapport à cela. De la même manière que lorsqu'elle traite les douleurs chroniques, elle ne fait pas disparaître l'origine de la souffrance mais elle permet de changer le rapport du sujet à celle-ci, de l'accepter et d'avoir moins de conséquences négatives.

Par rapport à la théorie du conditionnement, la méditation de pleine conscience a pour but et pour effet de diminuer les actions dites en « pilote automatique ». Les actions conditionnées sont des actions dont nous n'avons pas vraiment conscience, elles sont engendrées par des stimuli environnement dont nous n'avons pas forcément conscience. En développant la pleine conscience, on développe la conscience de l'environnement et donc des contextes à risques et on diminue les actions automatiques (réponse à cet environnement).

Au regard de la théorie de la récompense (le sujet fait le choix de la réponse immédiate et non différée), la pleine conscience peut améliorer l'abstinence par la prise de conscience des choix ainsi que par un dérèglement moindre du couple sérotonine / noradrénaline lié au effets du stress.

3) Les résultats

Skarvan et al. ont recoupé 6 essais cliniques de programmes basée sur la pleine conscience et utilisés en addictologie (programmes DBT, ACT, Vipassana et MBSR, définit en partie ... parfois associé à des traitements par substitutions aux opiacés). Sur ces 6 essais, 5 se sont révélés significatifs et 4 plus efficaces que le traitement de référence. En outre, les résultats sont d'autant plus probant sur du long terme (voir tableau annexe). Pour exemple, une étude de Hayes et al. portant sur 124 individus polytoxicomanes ayant effectué une rechute récente sous méthadone. Sur une durée de 16 semaines les patients ont eu le programme ACT plus un traitement de substitution à la méthadone (groupe contrôle : méthadone seule). Les résultats montrent un plus grand pourcentage de dosages urinaires négatifs aux opiacés (61% contre 28% pour le groupe contrôle) ainsi qu'aux autres drogues (50% contre 12% pour le groupe contrôle) sur un suivis de 6 mois.

Les auteurs font l'hypothèse que ces résultats sont dus à plusieurs facteurs :

- La gestion des sensations physiques inhabituelles pouvant être confondues avec un état de manque. L'observation des sensations corporelles fait partie des programmes de pleine conscience. Elle permet de différencier les différentes sensations et d'acquérir une meilleure acceptation et une plus grande tolérance aux sensations nouvelles ou négatives permettant de ne pas répondre par la prise de substances.
- La gestion des cravings (désirs compulsifs) et des pensées sur le produit ou sur le comportement addictif. La pleine conscience permet la prise de conscience de ces pensées comme des *événements mentaux transitoires* et leur acceptation. Ainsi, le sujet appréhende différemment ces événements et à moins tendance à y répondre impulsivement.
- La gestion des variations thymiques et des affects négatifs. La pleine conscience permet une meilleure régulation émotionnelle dans le sens où les sujets sont invités à les observer sans accentuer les émotions négatives par des ruminations ou autres. Or les états émotionnels négatifs peuvent être responsables d'une rechute (le produit est pris comme solution au mal être) en apprenant à les gérer on diminue le risque.
- L'appréciation des renforçateurs naturels. Le système de récompense est sur stimulé par la substance, par juxtaposition beaucoup moins par les éléments hédonistes de la vie quotidienne. La pleine conscience permet par le fait de vivre l'instant présent, ici et maintenant et d'en prendre conscience, d'apprécier les petits plaisirs de la vie.
- L'effet favorable sur les troubles psychiatriques co-occurents et notamment les troubles anxieux.

Les résultats sont toutefois à nuancer du fait de biais méthodologiques présents dans les études avec notamment le manque de traitement témoin et le pourcentage élevé de patients ayant été perdus de vue.

[Skanavi S., Laqueille X., Aubin H-J, 2010]

PARTIE PRATIQUE

A. DEMARCHE

Lors de mon arrivée en stage, le protocole de méditation de pleine conscience était entrain d'être mis en place, je ne connaissais alors pas grand chose à cette technique et j'ai souhaité m'y intéresser de plus près.

Après quelques recherches, des questionnements ont surgis :

- Quels sont les effets de la pleine conscience dans la prévention de la rechute et comment les appréhender ? Qu'elle est la place de la pleine conscience dans le chemin vers l'abstinence ?
- A quoi les résultats positifs sont-ils dus, quels facteurs de changement sont déterminants dans la méditation de pleine conscience ? Ceci dans l'intention de cibler la prise en charge sur ces éléments précis et afin de permettre une meilleure efficacité.

Ma partie pratique se base sur deux axes distincts correspondant au deux types de questionnements développés ci-dessus, ainsi qu'en fonction des deux types d'accueil de la clinique d'addictologie, hôpital de jour et hospitalisation complète. J'essaierais de répondre aux premières à travers des études de cas de patients accueillis en hôpital de jour et à la seconde en m'appuyant sur les patients de cure.

Pour cela, j'ai décidé d'utiliser divers questionnaires évaluant les facteurs liés à la pleine conscience (Annexe 1), la satisfaction ainsi que les modèles de changement responsables de l'efficacité de la méditation (Annexe 2). Au début, un questionnaire permettant d'évaluer les facteurs liés à la méditation et leur évolution séance par séance afin de juger de l'efficacité de chacune d'elles avait été crée (Annexe 3) mais il s'est révélé inutilisable du fait des contraintes temporelles et d'organisation. Son intérêt paraissait également moindre du fait que la méditation de pleine conscience correspond d'avantage à une évolution progressive du mode de fonctionnement (méditation, discussion, entraînement) qu'à des séances de méditation pure.

B. LA CLINIQUE D'ADDICTOLOGIE

I. Fonctionnement

Il s'agit d'une clinique d'addictologie qui s'est ouverte à toutes les formes d'addiction aux substances cette année mais qui est historiquement une clinique d'alcoolologie. Cette notion est importante car la quasi totalité des patients ont une dépendance alcoolique, à celle-ci peut s'ajouter une autre dépendance. Les prises en charge sont pour l'instant encore très clairement basées sur le sevrage alcoolique.

1) Hôpital de jour

Sur l'hôpital de jour les patients peuvent venir entre une journée tous les quinze jours et trois fois par semaines voire plus fréquemment exceptionnellement. La journée classique des patients s'étend entre 9h et 17h. Dans cette tranche horaire est prévu un accueil petit déjeuner, des ateliers variés : goûts, ergothérapie, entraînement aux habilités sociales. Il s'ensuit une séance de relaxation, le repas, puis un groupe de parole à thème, de possibles rendez vous individuel, et la journée se finit par un goûter.

Les patients de l'étude de cas sont suivis à l'hôpital de jour.

2) Hospitalisation complète

L'hospitalisation complète dure 4 semaines avec des groupes de 8 patients maximum.

Deux groupes cohabitent avec deux semaines de décalages. Sur ces quatre semaines sont prévus :

Un carnet de cure leur est remis avec le planning à suivre et pour chaque jour une page où ils doivent coter leur anxiété, leurs envies de substance, leur décision d'arrêter de consommer, leur capacité à arrêter ainsi que les effets de la relaxation pratiquée seule.

Le programme de cure est donc intense et varié. La méditation de pleine conscience est une goutte d'eau dans le programme il est donc intéressant de voir quel est son poids et son utilité.

II. Public accueilli

Au niveau de l'hôpital de jour, la population est très hétérogène et les groupes varient suivant les journées entre personnes. Certains patients sont là pour viser une consommation contrôlée, d'autres sont abstinents depuis des années. Cela peut correspondre à un suivi post cure ou à un premier suivi de soin par rapport à l'addiction. Sur une même journée, certains viennent depuis des années et d'autres commencent à peine le suivi. Il en est de même au niveau de l'âge et de capacités cognitives et motrices.

Sur l'hospitalisation complète, les groupes sont constitués de personnes maximum, deux groupes cohabitent, le second commence la cure lorsque le premier groupe est en troisième semaine. On retrouve à l'intérieur de ces groupes une hétérogénéité importante. Certains patients ont un sevrage important sur la première semaine, d'autres sont sevrés avant de commencer la

cure. L'âge, les capacités cognitives et motrices, la motivation, les suivis précédant varient de manière très importante.

Cette variabilité importante rend les prises en charge en groupe difficile car il faut que les séances soient adaptées à tous. Par rapport au séance de méditation cela signifie adapter le vocabulaire, le rythme à chacun.

III. Equipe pluridisciplinaire et rôle du psychomotricien

La psychomotricienne a un rôle aussi bien auprès des patients en cure que sur l'hôpital de jour.

- Son travail sur l'hôpital de jour : Elle rencontre tous les patients au moins une fois pour leur expliquer la relaxation qui a lieu en groupe animé par les infirmières. Si un besoin en psychomotricité est évalué, elle peut être amenée à le voir une fois par semaine ou de manière plus espacées. Les besoins en psychomotricité sont de deux types : les personnes anxieuses, ayant des problèmes de l'estime de soi, du sommeil, dans ces cas là, de la relaxation ou de la méditation est proposée. L'autre versant des prises en charge est davantage moteur : la rééducation des troubles de l'équilibre, la prévention des chutes. Les sujets venant en hôpital de jour sont parfois assez âgés, ajoutés à une dépendance à l'alcool plus ou moins longue, l'équilibre est souvent déficitaire.
- Son travail en hospitalisation complète, en cure : Elle intervient 11 fois en tout sur la cure, 9 fois pour proposer de la relaxation (Shultz et Jacobson) et de la méditation (programme ci-dessous) et 2 fois dans des séances de techniques corporelles : sont proposées une séance sur le thème de l'équilibre et une séance de shiatsu, des (auto)massages. Les séances de relaxation, de Shultz sont reprises tous les matins à partir de la deuxième semaine lors de l'injection de sulfate (création d'une fausse envie de boire liée à la chaleur engendrée par le sulfate afin de mettre en place les autocontrôles nécessaires). Les séances de techniques corporelles ont plusieurs

objectifs. Dans le cas de la séance d'équilibre, de petits exercices sont mis en place en fonction des capacités de chacun afin que les patients aient conscience de leurs difficultés et de leurs points forts afin de pouvoir s'appuyer dessus ou de le travailler si nécessaire. Les séances d'auto-massages ont pour but de faire prendre conscience de leur corps aux patients en intégrant le fait que le corps peut aussi être source de bien être.

C. LA PLEINE CONSCIENCE DANS LA STRUCTURE

I. Protocole mis en place

Depuis novembre des séances de pleine conscience sont proposées aux patients aussi bien sur l'hospitalisation complète que sur l'hôpital de jour. Un protocole a été travaillé par les psychologues et la psychomotricienne. De cet échange a émergé un protocole de 4 séances (textes types en annexe) :

- Séance 1 : Notion de pilote automatique.

L'exercice du raisin sec : On distribue à tous les patients deux ou trois raisin sec. Ils en mangent un comme ils le feraient dans la vie de tous les jours. Puis ils sont par la suite invités à observer de façon tactile, visuelle, olfactive, de manière lente et précise, à manger le raisin doucement en commençant par le passer sur les lèvres, en le gardant un peu en bouche avant de l'avaler. De la différence ressenti entre le premier raisin mangé de façon « automatique » et le deuxième, mangé en pleine conscience, une discussion naît sur la notion de pilote automatique.

Le body scan : Il s'agit d'un exercice durant lequel on invite les patients à prendre conscience de leur corps partie par partie en commençant par les orteils du pied gauche, en remontant le long de la jambe puis de la même manière pour la jambe droite, le dos, les bras et la tête.

Durant les exercices les individus sont invités à prendre conscience de leur pensées, et à ramener autant de fois que nécessaire, sans émettre de jugement et avec bienveillance, leur attention sur les sensations corporelles.

- Séance 2 : La méditation du souffle

C'est une séance durant laquelle l'attention est fixée sur les sensations liées à la respiration au niveau du ventre, de la poitrine puis des narines. Le patient est ensuite invité à prendre conscience de l'endroit où il sent le mieux la respiration.

Cette séance a pour but de mettre l'accent sur l'observation. Les patients doivent simplement observer ce qui se passe au niveau de leur respiration mais également au niveau de leurs pensées

et de leurs sensations, apprendre à les détecter et à observer leurs propres réactions.

– Séance 3 : L'espace sobre

Il s'agit d'un exercice plus court permettant de développer des perspectives et des comportements nouveaux en mettant en place l'observation travaillée en séance 2 et la notion de pilote automatique appréhendée en séance 1. Les sujets sont invités à prendre conscience de leur situation au moment présent, leurs pensées, leurs émotions, focus attentionnel large, puis à se recentrer sur la respiration et sur une image qui leur est agréable. C'est un espace refuge, en focus restreint, pour l'élargir en prenant conscience des choses telles qu'elles sont, des choix qui s'offrent à eux afin de développer le comportement le plus adapté en pleine conscience.

– Séance 4 : La montagne

Les patients sont invités à visualiser une montagne et à s'approprier ses valeurs de stabilité, force et dignité. En imaginant qu'ils fusionnent avec l'image de la montagne, ils récupèrent la notion de force et de stabilité. Les sujets sont invités à percevoir leur moments difficiles comme des tempêtes alors que la montagne qu'ils incarnent reste quoi qu'il arrive forte et stable.

Le protocole comprend uniquement ces séances. En entre chaque séance, les patients sont invités à réaliser des méditations expérimentées précédemment en groupe. Il faut également prendre en compte le fait que sur la cure ils font l'apprentissage de la relaxation simultanément.

Les groupes de méditation sont obligatoires aussi bien sur la cure que sur l'hôpital de jour, seules les prises en charges individuelles sont fonction de la motivation des sujets.

1) Intérêt

La méditation de pleine conscience a pour but d'induire un mode de fonctionnement différent de celui qui conduit à la consommation de substance.

Dans cette structure la méditation de pleine conscience entre dans un programme plus large comprenant des techniques d'auto-contrôles, la boisson refuge, la relaxation, des prises en charges psychologiques, psychiatriques, pharmacologiques, de l'ergothérapie, etc. Elle est donc un élément supplémentaire qui peut aider les patients à ne pas rechuter et à sortir de l'addiction. De nombreuses techniques leurs sont donc proposées, ce sont des outils que les patients peuvent

utiliser. En fonction de leur personnalité, de ce qu'ils recherchent et de ce qui est le plus efficace pour eux, ils vont pouvoir s'appuyer sur l'une ou l'autre des techniques.

Les séances en groupe sont obligatoires, pour des raisons de gestion mais également car la modalité groupale a l'avantage de susciter l'adhésion de personnes qui ne seraient pas motivées pour réaliser un travail individuel. Le groupe sollicite le sentiment d'appartenance, permet d'initier des interactions et de développer la socialisation.

2) Par qui ?

Sur la cure, les séances de pleine conscience en groupe sont effectuées par la psychomotricienne. Un travail avec les psychologues est effectué en parallèle notamment pour préparer la séance sur l'espace sobre. Il s'agit donc d'un travail d'équipe, coordonné. L'apport des psychologues permet d'ajouter une dimension plus individuelle et un apport différent de celui induit par la psychomotricienne, complémentaire.

Sur l'hôpital de jour, la méditation de pleine conscience est proposée individuellement par la psychomotricienne et en groupe par les infirmières. Au niveau des séances en groupe, le protocole de 4 séances est mis en place sur les horaires de relaxation plusieurs fois dans l'année.

La psychomotricienne et les psychologues sont référents sur les différentes séances de méditation, ce sont eux qui ont créé le protocole.

D. QUESTIONNAIRES

I. Création des questionnaires

Afin de voir ce que la méditation de pleine conscience peut apporter au patient et si l'application qui en est faite permet une évolution bénéfique, j'ai décidé de créer des questionnaires à faire passer. Comme vu précédemment, les prises en charges sont pluri-axiales avec notamment de nombreuses séances de relaxation, il est donc difficile de savoir qu'elle méditation porte ses fruits. J'ai décidé de voir si la pratique de la méditation de pleine conscience a eu une influence sur le mode de vie, la façon d'appréhender les événements des patients (questionnaire d'évaluation), et, si c'est le cas qu'elle en est le processus responsable (questionnaire de changement).

1) Le questionnaire d'évaluation du protocole

a. Le Five Facets Mindfulness Questionnaire

Pour créer ce questionnaire je me suis largement inspirée du questionnaire préexistant : *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) créée par Baer et al. en 2008 puis traduite et validée en français par Heeren et al. En 2011.

Il s'agit d'un questionnaire de 39 items construit en s'appuyant sur cinq questionnaires, le Mindful Attention Awareness Scale, le Freiburg Mindfulness Inventory, le Kentucky of Mindfulness Skills, le Cognitive and Affective Mindfulness Scale et le Mindfulness Questionnaire. De ces questionnaires sont sortis cinq facteurs :

- l'observation de l'expérience présente
- la description de l'expérience présente
- l'action en pleine conscience
- le non-jugement

- la non réactivité aux phénomènes psychologiques

Pour chacun de ces facteurs, les items ayant un indice de saturation les plus élevés ont été sélectionnés pour construire le FFMQ et tous ces facteurs sont sous-tendus par le facteur pleine conscience. Ce questionnaire a un bon indice de consistance interne aussi bien au niveau du score global que des facteurs indépendamment. Ce qui permet de rendre le calcul des deux intéressant. Seul le facteur observation a un coefficient de saturation faible ce qui ne permet pas toujours de voir les détails, les différences. [Heeren A., Philippot P. 2010]

Ce questionnaire m'a paru difficilement applicable sur mon lieu de stage de part sa longueur et du fait de la formulation des items qui ne me semblait pas assez concrète et par là même complexe à comprendre pour une population aux capacités cognitives très hétérogènes.

b. Le questionnaire de pleine conscience

Je me suis donc inspiré de ce FFMQ pour créer un autre questionnaire, plus court, plus imagé, plus accessible aux patients présents sur la structure (voir annexe).

J'ai sélectionné pour chaque facteur deux items que j'ai parfois légèrement reformulé ou illustré d'un exemple. En effet lors de la première passation de ce questionnaire je me suis rendu compte qu'il était assez difficile aux patients de comprendre le sens de la phrase qui paraissait trop abstraite, où on voulait en venir. Etant donné que ce questionnaire devait pouvoir être rempli sans ma présence pour des questions d'emploi du temps, j'ai trouvé important d'y rajouter des exemples pour illustrer.

Au niveau des scores, un score élevé correspond à une aptitude développée. Les scores en eux même n'ont pas de valeur significative mais ils permettent d'avoir une ligne de base afin de pouvoir comparer avec la passation de ce même questionnaire après le protocole. En outre, cela permet de mieux cerner le profil du patient.

Le facteur pleine conscience est illustré par les items 3 et 6, description 2 et 9, action en pleine conscience 4 et 10, non jugement 5 et 8 et non réactivité 1 et 7. Il est nécessaire d'inverser le score de certains items dû à la tournure de la phrase, c'est le cas des items 4, 5, 7, 8, 9 et 10.

2) Le questionnaire basé sur le modèle de changement

J'ai voulu créer ce questionnaire afin de cibler ce qui était efficace dans la technique, ce que les patients en renaient et leur intention pour leur futur. Ce questionnaire a été rempli par les patients de cure lors de la dernière séance de méditation de pleine conscience, à la fin du protocole présenté ci-dessus. Ces questionnaires sont complètement anonymes. Il est important de noter que la participation au groupe de pleine conscience est obligatoire sur la cure, la motivation et l'implication dans les séances et les entraînements varient donc énormément.

Pour créer ce questionnaire, je me suis appuyée sur le modèle de changement de Baer vu dans la partie théorique. J'ai choisi de construire un item pour chaque modèle de changement. Pour chaque item, le patient coche une case pour dire si la phrase écrite est en adéquation avec ce qu'il pense, complètement, moyennement, un peu ou pas du tout. J'ai choisi d'inclure deux items sur l'appréciation générale (satisfaction générale et utilité dans la poursuite de l'abstinence) ainsi que sur leurs intentions pour leur futur, s'ils comptent continuer et s'ils s'en sentent capable seul.

E. ETUDES DE CAS

Les patients présentés sont issus de l'hôpital de jour dans lequel ils viennent une fois par semaine. En aucun cas la pleine conscience ne leur a été imposée, ils ont été volontaires et motivés pour participer au protocole et aux différentes séances qui ont suivi.

Pour les études de cas, j'ai choisi de présenter deux patients pour lesquels le protocole mis en place généralement sur la structure a été respecté puis les séances ont continué de façon plus spécifique à la problématique de chacun. J'ai décidé d'adapter au maximum à chaque patient et séance après séance suivant ce qu'il ressortait de la séance précédente. Un questionnaire a été passé en début de prise en charge, lorsque le protocole classique était terminé et 8 semaines après la fin du protocole.

1) Mme G.

Mme G., âgée de [REDACTED] ans, est suivie depuis décembre [REDACTED] en addictologie. Elle a été diagnostiquée comme ayant des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool. Il y a eu un suivi psychomoteur de trois mois [REDACTED] pour des troubles du sommeil, différents types de relaxation ont été expérimentés. La reprise du suivi a eu lieu [REDACTED] pour une légère dépression, des troubles du sommeil. Les envies d'alcool sont présentes mais peu fréquentes. Mme G. fait part de conflits fréquents avec sa mère avec laquelle elle cohabite.

Elle a pratiqué du Yoga il y a quelques années mais depuis ses problèmes avec l'alcool elle a arrêté toutes ses activités, ses loisirs. Elle vit actuellement seule avec sa mère.

Mme G. a une échelle de Beck à 19 correspondant à une légère dépression.

Elle est au moment où je la vois sous Lasilix et Aldactone, des diurétiques ainsi que sous Stilnox, pour traiter les troubles du sommeil et Seropram un antidépresseur.

Projet de soins global : Mme G. vient à raison d'une fois par semaine sur l'hôpital de jour dans le but de poursuivre et de consolider son abstinence. Durant cette journée, elle participe au groupe de parole, au groupe de relaxation, à celui sur l'estime de soi. Elle est également suivie par le

psychiatre.

Projet thérapeutique : Une prise en charge psychomotrice se basant sur la méditation de pleine conscience lui a été proposée afin d'améliorer sa qualité de sommeil, de diminuer son apathie dans un contexte de dépression et de consolider son abstinence.

a. Séances

Les premières séances se sont déroulées comme décrit précédemment dans le protocole. Le seul fait particulier a été que l'exercice du raisin sec n'a pas pu se dérouler dans les règles car Mme G. a une aversion importante des raisins sec. L'exercice lui a donc été expliqué et imagé afin qu'elle le reproduise dans d'autres circonstances.

L'entraînement est quasi inexistant sur les trois premières semaines. L'intérêt porté à la méditation est grandissant tout au long du protocole, entre la 3eme et la 4eme séance des entraînements sont mis en place.

Au niveau des séances non protocolaires, elles se sont basées sur les retours et les discussion à propos des exercices précédant. A savoir que ce qu'elle avait trouvé le plus efficace et le plus facile à mettre en place était la méditation du souffle. On a, à partir de là, retravailler sur cette méditation en la faisant évoluer, en la faisant assise, on y ajoutant la conscience des sons, des sensations, des pensées, des émotions, cela a duré 4 séances. Par la suite, deux séances on eu lieu sur les pensées à proprement parlé avec une séance sur leur identification et leur catégorisation et une séance sur le lâcher prise, séance où l'on s'imagine assis au bord d'un ruisseau et où l'on regarde nos pensées passer dedans.

A la fin du protocole un journal de bord lui a été proposé. Il a été investi pendant quelques semaines.

b. Résultats et interprétation

Les résultats de Mme G. lors de la passation du premier questionnaire sont assez bas, il montre des facteurs liés à la pleine conscience faible. Les facteurs action en pleine conscience, non jugement et non réactivité étaient évalués à 2 et le facteur observation à 3. Seul le facteur description avait une évaluation à 6. (Ces chiffres sont une évaluation subjective que Mme G. fait d'elle-même, le maximum étant à 8.)

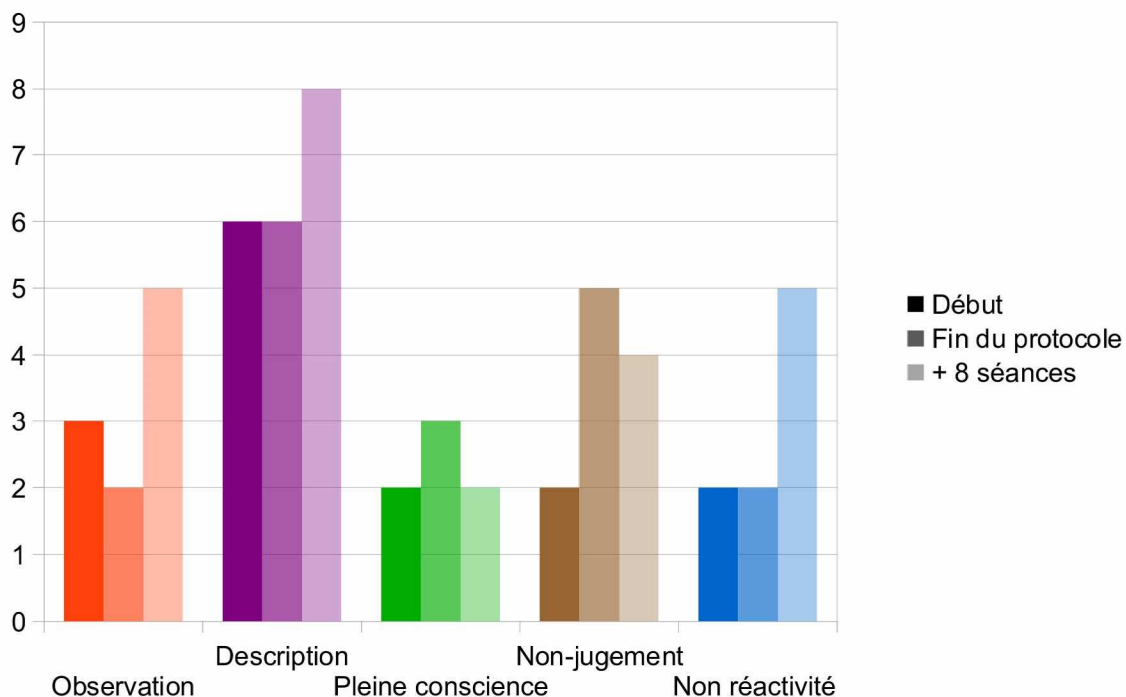
A la fin du protocole, on retrouve une évolution marquée pour le facteur non jugement (plus 3 points), les autres facteurs varient peu (stable ou +/- un point). Au niveau clinique on peut noter une évolution au cours de ces quatre séances. Bien que Mme G. était volontaire pour cette prise en charge, elle paraît assez peu investie au début du protocole puis semble s'approprier peu à peu la technique et à y voir un intérêt. On ne retrouve pas d'effet visible sur son mode de fonctionnement.

Huit séances après la fin du protocole, on retrouve par rapport à la passation du premier questionnaire, une évolution marquée au niveau de l'observation, de la description, du non jugement et de la non réactivité (au moins plus 2 points par facteur). Le facteur action en pleine conscience reste stable sur les trois passations de questionnaire.

En globalité, la méditation de pleine conscience est évaluée à 15 points lors du questionnaire de début, à 18 points lors de la passation en fin de protocole et à 24 points huit semaines après.

L'évolution n'est pas constante, sur aucun facteur on ne retrouve une évolution linéaire entre les différentes sessions. La passation d'un nombre plus important de questionnaire aurait peut-être permis de voir l'évolution de manière plus fine, cependant cela semblait très redondant pour les patients et pas assez sensible pour voir les petites évolutions.

Au jour d'aujourd'hui, Mme G. a commencé _____ qui était repoussé depuis des années, elle est dans une nouvelle dynamique et entreprend de plus en plus de choses. Les conflits avec sa mère sont moins fréquents. Le sommeil est de meilleure qualité bien que des difficultés d'endormissement persistent. Elle utilise la méditation (mélange méditation du souffle et des pensées : ruisseau) en plus d'un traitement pharmacologique pour trouver le sommeil.



Effets de la médication : Deux questions se posent : les effets visibles sont-ils dus à la prescription médicamenteuse ? Les médicaments peuvent-ils engendrer des difficultés au niveau de la méditation (suivi, capacités cognitives, etc) ? Il faut savoir que Mme G., avait un traitement stable avant le début de la prise en charge.

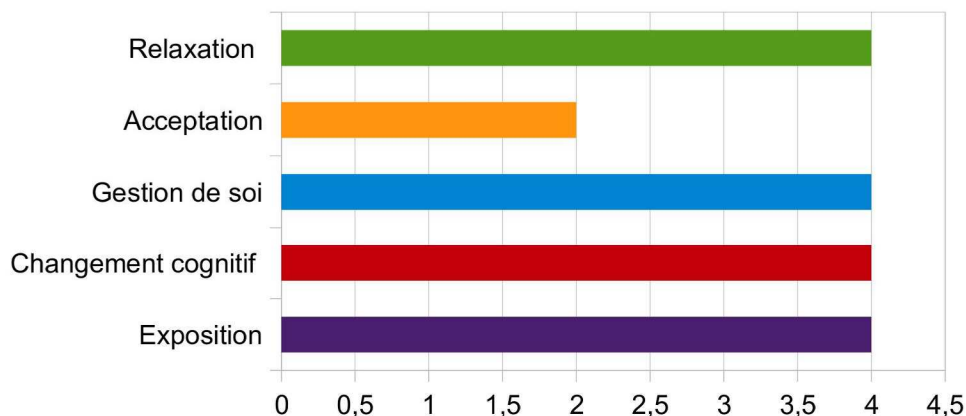
Le Solpidem a pour effet de favoriser l'endormissement, de réduire les réveils nocturnes et d'augmenter la durée et la qualité du sommeil. Il peut avoir comme effets secondaires des troubles du comportement et de la conscience, une baisse de la vigilance, etc. En quoi peut-il interférer avec la pleine conscience ? Il peut en entraînant une baisse de la vigilance et des troubles de la conscience engendrer des difficultés à méditer. Etant donné que son traitement était stable avant le début de la prise en charge, il est peu probable qu'il soit responsable des modifications présentes au niveau du sommeil.

Le Seropram est un antidépresseur dont les effets sont visibles 2 à 4 semaines après le début du traitement, son efficacité maximum est atteinte à 3 mois. Les effets comportementaux secondaires fréquents sont la somnolence, la présence d'insomnie et une agitation. Il est difficile d'évaluer la part de la médication et la part de la méditation dans la diminution de l'apathie. On peut supposer au vu des résultats permettant d'évaluer l'évolution de la méditation que celle-ci a joué un rôle, peut-être en interaction avec le médicament.

c. Satisfaction générale et modèle de changement

J'ai également fait passer le questionnaire évaluant la satisfaction et les modèles de changement à Mme G. D'après ce questionnaire, elle se dit pleinement satisfaite des séances qui lui ont été proposées mais elle estime que cela l'a peu aidé dans la poursuite de l'abstinence. Il faut noter que la prise en charge a été axée sur ses troubles du sommeil et sa difficulté à initier des actions et des changements nécessaires dans sa vie, ne se sentant pas en danger par rapport à l'alcool.

Elle souhaite continuer la pleine conscience mais ne s'en sent pas capable seule. Elle fait part de ses difficultés à s'entraîner et a peur que sans le suivi une fois par semaine et les discussions sur sa pratique, elle cesse de l'utiliser.



Au niveau des modèles de changement, on retrouve un score maximum pour l'exposition, la relaxation et les changements cognitifs et méta-cognitif. Elle utilise la méditation comme moyen de relaxation dans des situations qui lui paraissent difficiles et elle juge que la pratique à engendre un changement dans sa manière de fonctionner, elle évite moins les situations et ses propres émotions (exposition), elle estime qu'elle se connaît mieux (gestion de soi). Mme G. estime qu'il est encore difficile de accepter ce qui peut se produire, accepter ses émotions et ses pensée.

2) Mr D.

Mr D., âgé de _____ est suivi en addictologie depuis _____. Il a perdu son travail d'ambulancier juste avant son suivi et il espère pouvoir le récupérer dans les mois à venir.

Il a été diagnostiqué comme ayant des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool. Il a des troubles du sommeil et de l'alimentation. Au mois de Janvier, il vient deux fois par semaine sur l'hôpital de jour. Mr D. fait des crises d'angoisse de manière répétée. Ces crises mettent son abstinence en péril car jusqu'à présent il utilisait l'alcool comme anxiolytique.

Il est actuellement sous _____ un antidépresseur, _____ un anxiolytique et _____ un antalgique utilisé dans le cadre d'une dépression et d'un trouble anxieux généralisé.

Au début Mr D. visait une consommation contrôlée, puis des périodes courtes d'abstinence ont suivi. Il a fait une cure en décembre _____ suite à sa _____

_____. Les relations amoureuses sont difficile à gérer pour Mr D.. Elles prennent une place très importante dans son mode de fonctionnement, elles sont sources d'inquiétudes et de ruminations, la consommation d'alcool étant souvent la seule réponse mise en place. C'est à sa sortie de cure qu'il a été pris en charge en psychomotricité afin de mettre en place de la méditation de pleine conscience.

A la 9ème semaine de prise en charge, Mr D. rechute et recommence à consommer de l'alcool de manière répétée _____. Quinze jours après cette rechute une semaine de consolidation lui a été proposée. Il s'agit d'une semaine complète durant laquelle les patients participent à toutes les activités de l'hôpital de jour et dorment le soir sur l'hospitalisation complète.

Projet de soi global : Au début de la prise en charge, Mr D. vient 2 fois par semaine sur l'hôpital de jour. Lors de sa venue, il participe au groupe de parole et au groupe de relaxation. Il a un suivi psychologique et psychiatrique auquel s'ajoute le suivi psychomoteur. Une intégration dans un programme post cure avec hébergement est prévu afin de consolider le suivi.

Projet thérapeutique : Mr D. a un suivi psychomoteur basé sur la méditation de pleine conscience visant une meilleure régulation émotionnelle dans le cadre de crises d'angoisses et de dépression et des troubles du sommeil. Tout ceci afin qu'il puisse davantage gérer ses envies d'alcool.

a. Séances

La prise en charge a débuté par le protocole utilisé par la structure. Durant cette première phase, Mr D. était assez instable au niveau de l'humeur, dans une même séance, il pouvait se présenter joyeux en arrivant, faire une crise d'angoisse et de larmes puis repartir d'une humeur neutre. Outre ces changements d'humeurs, les séances se sont déroulées de manière protocolaire.

A la fin du protocole, des séances sur les pensées (exercice du ruisseau), les sons, la respiration, l'espace, lui ont été proposées de manière évolutives dont la première intention était de diminuer les crises d'angoisses, de pouvoir sentir les signes avant-coureurs afin de mettre en place des exercices afin d'apprendre à les gérer et de ne pas les laisser se développer et par là même de diminuer les envies.

Suite à sa rechute, et étant donné les circonstances dans lesquelles il consomme de l'alcool, tous les jours à [redacted]. Une séance type a été créée avec lui avec mise en place d'un réveil sur son téléphone pour l'effectuer à cette heure charnière. Cette séance est composée en 4 parties et peut-être effectuée de manière plus ou moins rapide. Mr D. est invité à porter son attention sur sa respiration, au niveau du ventre, de la poitrine puis des narines. S'ensuit un temps de méditation sur les pensées avec l'image du ruisseau puis l'attention est de nouveau portée sur sa respiration à l'endroit où elle est le mieux senti, que ce soit au niveau du ventre, de la poitrine ou des narines. Cette phase doit durer autant de temps que nécessaire jusqu'à apporter une forme de calme et de plénitude. Avant de sortir de l'état de méditation, Mr D. doit profiter de cet état pour prendre conscience des envies d'alcool si elles sont présentes ou non, identifier les comportements alternatifs possibles et faire un choix par rapport à ce qu'il va mettre en place dans la soirée. Les dernières séances sont basées sur l'utilisation et l'optimisation de ce type de séance.

b. Résultats et interprétation

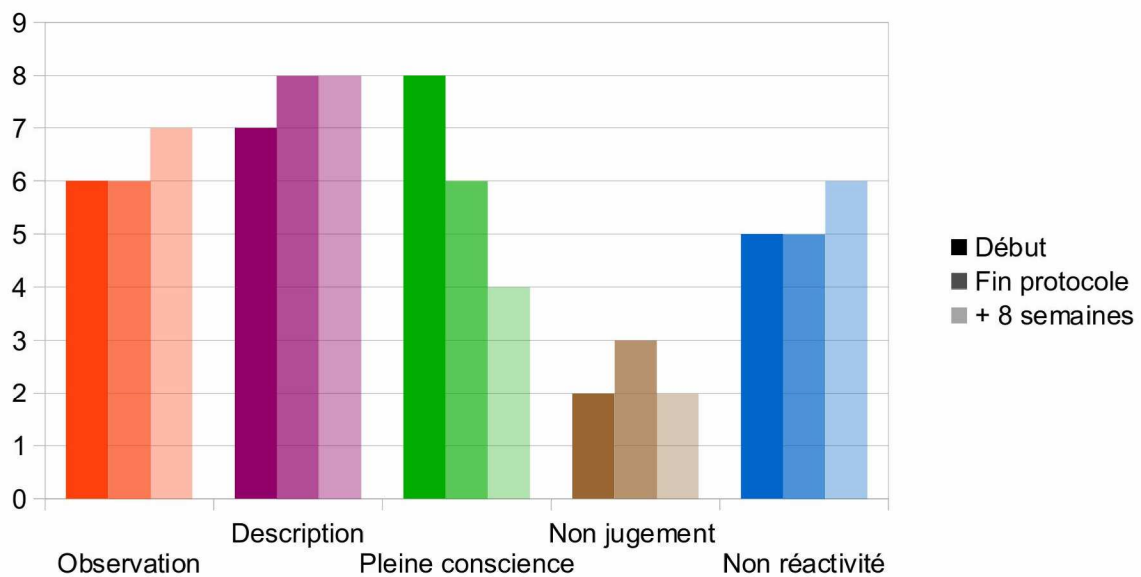
Lors de la passation du *premier questionnaire*, les résultats de Mr D. sont élevés pour les facteurs observation, description, action en pleine conscience et non réactivité, seul le facteur non jugement est faible. Le facteur action en pleine conscience est à son maximum. On peut alors se demander la place de la subjectivité dans les réponses au questionnaire.

A la *fin du protocole*, on retrouve une très légère progression des facteurs description et non jugement. Se pose alors la question de savoir si cette progression de 1 point en est réellement une. On retrouve une stagnation au niveau du facteur observation et non réactivité et une chute marquée au niveau des actions en pleine conscience. Sur le plan clinique, on ne retrouve pas de modification importante du comportement, les crises d'angoisses sont toujours très présentes. A partir de la séance sur l'espace sobre, cet exercice est réutilisé lorsque Mr D. prend conscience des signes avant coureur d'une crise d'angoisse. Comme pour Mme G., Mr D. investi réellement sa prise en charge assez tardivement, à partir de ce moment là.

Huit semaines après la fin du protocole, les résultats de Mr D. sont toujours mitigés. On retrouve un très légère progression (+ 1 point) pour le facteur observation, description et non réactivité. Le facteur non jugement apparaît stable et le facteur actions en pleine conscience en chute importante. Cette diminution peut s'interpréter de différentes manières. On peut en effet imaginer qu'il n'avait pas conscience des actions qu'il effectuait de manière automatique, sans intentionnalité et que la prise en charge lui a permis de développer cette conscience. Cela montrerait donc, plus qu'une augmentation du pilote automatique, une augmentation de la prise de conscience de ce fait.

Au niveau clinique on retrouve une disparition des crises d'angoisses, lors de la dernière séance, il n'en a plus fait depuis plus de trois semaines. Mr D. semble plus calme et moins tourmenté. On peut noter que lors de sa rechute, Mr D. a rapidement pris contact avec la clinique, n'a pas arrêté le suivi, il a réagit de manière adapté.

Si l'on regarde les résultats globaux, Mr D. a un score de méditation de pleine conscience avant toute prise en charge estimé à 28 points. Ce score reste stable à la fin du protocole. Huit semaines après il est de 27 points. Les points ne sont cependant pas répartis de la même manière.



Les résultats de Mr D. ont peut-être été biaisés par les troubles de l'humeur et le fait qu'il ai peu conscience de ses difficultés.

Effets de la méditation : De la même manière que pour Mme G. nous allons essayer de voir quels peuvent être les liens entre les médicaments pris, la pleine conscience et l'évolution de Mr. D.. Son traitement est stable depuis quelques mois au moment de la prise en charge.

Le Mirtazapine est un antidépresseur qui a pour effet secondaire fréquent des troubles du sommeil, une prise de poids, des affectins au niveau du système nerveux avec de la somnolence, des céphalées, de la sédation. Dans le profil de Mr D. le Mirtazapine peut engendrer des difficultés au niveau de l'observance et de l'entrainement par un effet sédatif. Cet effet n'a pas été marqué chez Mr D.. Au niveau de l'humeur, on note une amélioration au cours de la prise en charge avec moins d'épisodes tristes. Cette évolution peut être du à aux antidépresseur, à la méditation de pleine conscience ou à une interaction entre les deux et il m'est difficile de pouvoir faire la part des choses.

L'Atarax est un anxiolytique pour lequel les effets indésirable possibles pouvant être en lien avec la pleine conscience sont la somnolence, la fatigue. Encore une fois, ces effets n'étaient pas majeurs chez Mr D.. Etant donné que sa prise d'Atarax est restée stable et celui-ci faisant effet sur du court terme, on peut supposer que la méditation de pleine conscience a pu aider à la

disparition des crises d'angoisse.

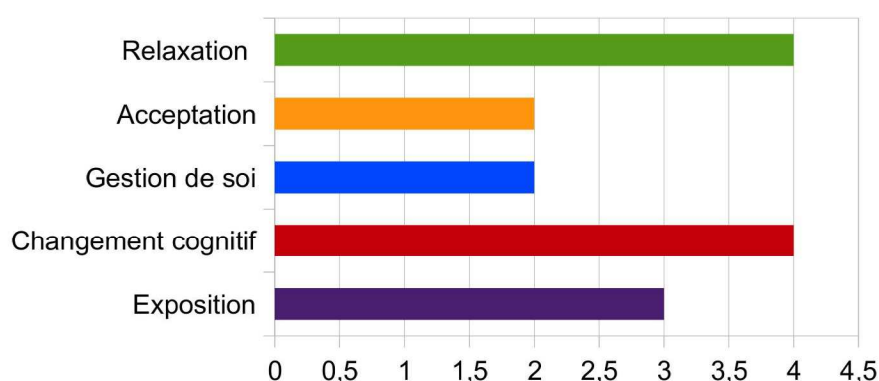
Il en est de même pour le Cymbalta a pour effets secondaires fréquents un trouble de la nutrition, des insomnies, de l'agitation, de la somnolence. Il est utilisé pour traiter la dépression et le trouble anxieux généralisé.

c. Satisfaction générale et modèle de changement

D'après le questionnaire basé sur la satisfaction générale et les modèles de changement Mr. D. se dit pleinement satisfait des séances qui lui ont été proposées et il estime que cela lui a été d'une aide importante dans sa poursuite de l'abstinence. Il fait par d'une évolution dans les séances qu'il trouve de plus en plus intéressantes et efficaces.

Mr D. souhaite continuer la pratique de la pleine conscience et se sent moyennement près à le faire seul.

Au niveau des modèles de changement, Mr D. estime que la méditation de pleine conscience a engendré des modifications au niveau des changements cognitifs et méta-cognitifs, il utilise également la méditation comme technique de relaxation. La pleine conscience lui a permis de moins éviter certaines situations (facteur exposition). L'acceptation et la gestion de soi reste des facteurs peu développés par Mr D..



3) Conclusions par rapport à ces études de cas

Peut-on dire que la méditation de pleine conscience a été efficace pour Mme G. et Mr D. ? Au cours de cette prise en charge j'ai pu observé des modifications de comportements d'un point de vue clinique chez ces deux patients, cependant ces changements peuvent être dus à d'autres outils utilisés à la clinique ou à l'interaction des différentes techniques et il n'est pas facile de faire la part des choses. Pour attester de l'efficacité de cette technique, il aurait fallu que la prise en charge soit basée uniquement sur cette technique ou utiliser un groupe témoin comparatif dont le suivi aurait été le même sans la pleine conscience.

Les questionnaires dont les items sont basés et spécifiques à la pleine conscience avait pour but d'essayer de voir l'évolution de la pleine conscience et de voir si cette évolution était corrélée à une amélioration clinique. Pour Mme G. les questionnaires ont permis de mettre en avant un développement marqué de certains facteurs de pleine conscience. Cette évolution peut être mise en lien avec sa reprise progressive d'activité ainsi que sa légère amélioration de sa qualité de sommeil. Elle a peu à peu investi sa prise en charge de manière active et volontaire. Ses différentes prises en charge n'ayant pas évoluées depuis le début de la pratique de la méditation, on peut supposer que la méditation de pleine conscience a été bénéfique à Mme G..

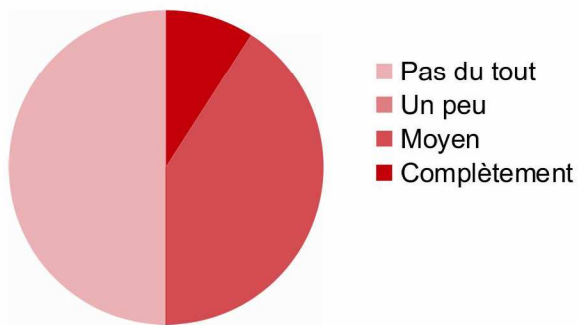
Concernant Mr D., les résultats sont beaucoup plus mitigés. D'après les questionnaires, la progression n'est pas marquée voire inexistante. En outre, Mr D. a rechuté à la semaine 9 de sa prise en charge psychomotrice. Les éléments favorables retrouvés sont, une diminution très importante de ses crises d'angoisses et une réaction face à sa rechute adaptée.

F. Modèles de changement et satisfaction générale

1) Modèles de changement

Les questionnaires ont été passés à la population de cure en fin de protocole. Pour chaque modèle de changement, les patients pouvaient répondre Pas du tout, Un peu, Moyen ou complètement. Les résultats des 22 questionnaires reçus sont donnés ci-dessous sous la forme de diagrammes.

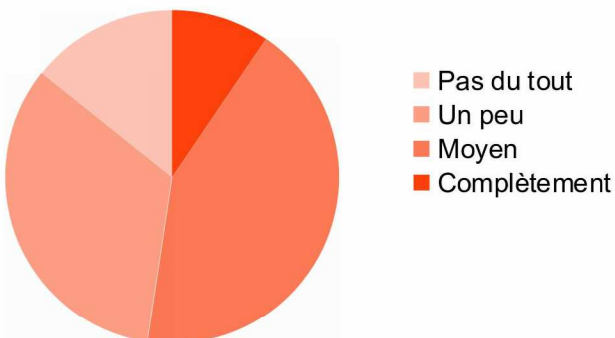
Changement cognitif et métacognitif



Concernant le changement cognitif et métacognitif, la phrase représentant cela était « Je pense que la pleine conscience a engendrée un changement dans ma manière de fonctionner. »

On remarque que la moitié des patients ont répondu « Pas du tout », 40% estiment que ce changement est présent de manière marquée mais pas complète et 15% l'ont ressenti de manière intense.

Acceptation

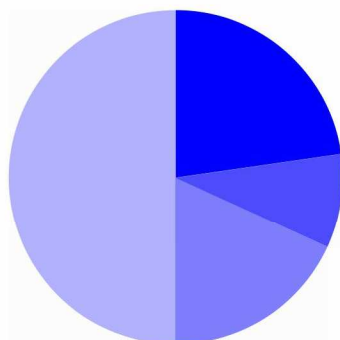


La phrase était « J'accepte davantage mes différents états émotionnels. »

On retrouve une évolution pour plus de 80% des patients. 32% le ressentent de manière

ponctuelle et peu fréquente, pour 40% cette évolution est marquée mais pas complète et pour 9% d'entre eux, ils ont ressenti un changement important.

Gestion de soi

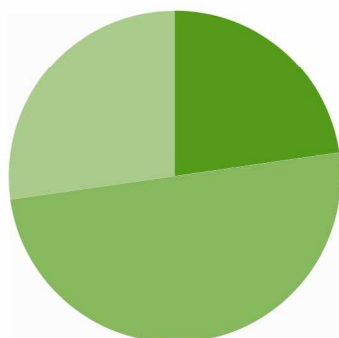


- Pas du tout
- Un peu
- Moyen
- Complètement

La phrase était : « J'ai l'impression de mieux me connaître. »

La moitié des patients n'ont pas ressenti de modification par rapport à leur connaissance d'eux même antérieure. L'autre moitié de a senti une évolution, pour 18% cette modification est légère, pour 9% elle est moyenne et pour les derniers 23% c'est une évolution qui est importante.

Relaxation

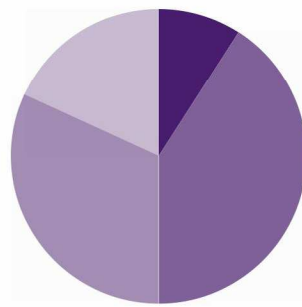


- Pas du tout
- Un peu
- Moyen
- Complètement

La phrase était : « J'utilise la méditation comme une technique de relaxation. »

La totalité des patients utilise la méditation comme méthode de relaxation, 27% un peu, 50% de manière non marquée et 23% complètement. Il s'agit du seul facteur où tous les patients sont en adéquation avec cette phrase.

Exposition



- Pas du tout
- Un peu
- Moyen
- Complètement

La phrase était : « J'ai davantage conscience de mes émotions et de mes pensées et je ne cherche plus à les éviter. »

Le facteur exposition permettant de juger si les patients évitent moins les situations apparaît comme un facteur assez important. 82% ont senti une évolution, pour 9% d'entre eux cette évolution était franche, pour 41% elle était moyenne et pour 32%, cette modification leur a paru faible.

Ces questionnaires ont permis de montrer que le modèle de changement concernant la relaxation était le plus frappant, allant jusqu'à poser la question d'un amalgame fait par les patients entre méditation de pleine conscience et relaxation. Cela peut être dû au fait que la relaxation comme la méditation est effectuée en groupe par la psychomotricienne sur des horaires globaux. J'ai essayé d'avoir un retour de leur part sur la différence entre relaxation et méditation, et bien qu'il note le fait que la méditation ne se résume pas à de la relaxation (notion d'acceptation, de non-jugement, etc), il leur est difficile d'exprimer clairement la différence.

Au niveau des changements cognitifs et méta-cognitifs comme au niveau de la gestion de soi, peu de patients ont pu voir un changement, je pense que la durée du protocole (4 séances) ne permet pas cette modification. On peut voir que les deux sujets de l'étude de cas ont ressenti un changement important dans la manière de leur manière de fonctionner et ont ressenti une amélioration de la gestion d'eux-même.

Les modèles de changement acceptation et exposition ont un peu le même profil de résultat. Les réponses extrêmes (pas du tout et complètement) rencontrent peu de résultat, environ les trois quarts des réponses sont partagées entre une modification faible et moyenne.

Ce protocole a donc pour facteur de changement principal l'effet de relaxation auquel s'ajoute les facteurs acceptation, exposition et dans une moindre mesure les changements cognitifs et méta-cognitifs ainsi que la gestion de soi.

2) Satisfaction générale et lien avec les modèles de changement.

J'ai essayer de faire un lien entre le fait que les patients estimaient que la méditation de pleine conscience les aidait dans la poursuite de l'abstinence et les modèles de changement. Pour cela j'ai trié les questionnaires en deux, ceux qui ont coché la case moyen ou complètement sur cet item et ceux qui ont coché pas du tout ou peu.

Le premier groupe obtient au niveau des items portant sur les modèles de changement des résultats globaux moyen de 12,8 , le second un résultat de 8,8. On peu en déduire qu'il y a bien un lien entre l'efficacité ressentie au niveau de la poursuite de l'abstinence et un résultat élevé aux facteurs de changement.

Si l'on regarde maintenant le souhait des patients à continuer la pratique de la pleine conscience 40% souhaitent continuer la méditation après la cure. Ces 40% font partie en intégralité de la population se trouvant satisfait des séances et pensant que la pratique aide pour la poursuite de l'abstinence. Sur ce groupe, 50% pour se sentent complètement capable de poursuivre la pleine conscience seul et 50% s'en sentent moyennement capable.

Au regard du groupe souhaitant peu ou ne pas poursuivre la pratique de la pleine conscience, 56% sont moyennement satisfaits des séances qui leur on été proposées et 33% sont peu satisfaits, 11% ne sont pas du tout satisfait.

G. Difficultés rencontrées

1) L'observance

L'observance peut-être défini ici comme le suivi de la thérapie, aussi bien au niveau des séances que de l'entraînement.

Tout d'abord se pose le problème de la régularité de la présence en hôpital de jour. En effet, de nombreux patients viennent de manière ponctuelle ou arrête de se présenter sans avis médical.

La non-observance correspond aussi au fait que les individus ne suivent pas l'entraînement nécessaire pour que la méthode soit efficace. Ce cas se retrouve de manière très fréquente c'est pourquoi des journaux de bord, des fiches d'enregistrement, peuvent être mis en place afin de favoriser l'entraînement.

D'après Gérard Reach, la non-observance thérapeutique et le phénomène addictif sont souvent associés car ils peuvent être issus d'un mécanisme commun. Il émet deux hypothèses explicatives :

- des déterminants sociaux (minorité défavorisée, niveau d'éducation , barrière linguistique) entraine la non-observance thérapeutique et également l'alcoolisme et le tabagisme
- des déterminants sociaux entraine un mécanisme commun qui engendre la dépendance et la non observance. Ce mécanisme commun serait leur rapport au temps, le fait que pour certains individus il est difficile de résister aux tentations présentes au moment même, la difficulté à différer. Auquel s'ajoute la notion d'impuissance de la volonté, la notion de choix entre un plaisir immédiat et concret contre des récompenses plus lointaines.

[Reach G., 2009]

C'est pourquoi les techniques montrant des résultats de manière rapide ont plus de chance d'être investi par les patients. Il pourrait alors être intéressant de condenser les séances sur un court laps de temps afin de voir des effets suffisamment rapidement pour intéresser les sujets tout en laissant suffisamment de temps pour permettre le développement personnel.

2) Par rapport à l'objectivité, aux questionnaires

La deuxième difficulté a été rencontrée sur les questionnaires, par rapport à leur sensibilité et leur significativité.

Les questionnaires ont au début été créés afin d'essayer d'emmener de l'objectivité dans un domaine qui était très subjectif et difficile à évaluer. Cependant l'objectivité qu'ils apportent reste faible, on s'en rend compte assez facilement au regard des résultats. Certains domaines apparaissent en diminution certes légère mais tout de même présente.

De même leur sensibilité semble assez faible, il serait intéressant d'avoir des questionnaires avec plus d'items pour un même facteur. Cependant, il m'était difficile de pouvoir faire passer des questionnaires plus larges sans empiéter sur le fonctionnement de la structure, notamment au niveau des horaires. En outre, il me semblait adéquat de proposer des questionnaires suffisamment courts pour permettre aux patients d'y répondre de manière réfléchi sans qu'il y ait de phénomène de désintérêt ou de fatigue. Ils devaient également pouvoir être passés plusieurs fois (questionnaire d'évaluation) et donc de manière suffisamment facile.

Au niveau de la significativité, il n'est pas possible de dire à partir de quelle progression celle-ci est significative ou à partir de quel moment elle aide réellement le patient dans son fonctionnement et sa recherche d'abstinence. Les résultats des questionnaires sont des indicateurs importants mais ils ne permettent pas de juger à partir de quand est-ce réellement efficace dans la poursuite de l'abstinence.

En outre, la personnalité ainsi que la pathologie des patients peuvent jouer sur les résultats. En effet, certains ont tendance à masquer leur difficultés, phénomène de honte lié à la pathologie addictive.

Au niveau du questionnaire de changement, son utilité peut être remise en cause. En effet, il n'est pas clair que la méditation de pleine conscience soit différents facteurs en interaction, il peut également s'agir d'un concept unifié. Brown et Ryan par exemple explique qu'il n'est pas nécessaire de distinguer l'attention, l'observation et l'acceptation, car l'acceptation engloberait l'observation. [Herbert J., Forman E. , 2010] Les différents facteurs représentés seraient alors que pure invention théorique et n'aurait aucun intérêt pratique.

3) Par rapport à la population

Les deux patients présentés dans cette étude de cas ne sont pas les seuls à qui la méditation de pleine conscience a été proposée. Les capacités cognitives de certains patients n'ont pas permis de continuer le programme jusqu'à la fin. En effet, certaines séances comme celle de l'espace sobre, de la montagne, etc n'étaient pas réalisable ou réalisable dans un intérêt moindre. Il me semblait plus adéquat et plus intéressant de travailler sur des exercices plus simples et demandant moins de méta-cognition comme la méditation du souffle ou le scanner corporel de manière assez répétitives afin de créer un routine et une intégration des exercices. Le suivi a donc continué de manière aménagée.

Comme expliqué au paravant on retrouve également des difficultés liées à l'observance, à la venu en hôpital de jour, à l'entraînement.

DISCUSSION

Au regard des différents résultats obtenus dans la partie pratique et des difficultés à théoriser une technique qui est encore en mouvement et en développement, on retrouve de nombreuses questions dont ce mémoire n'a pas forcément tenu compte et qu'il est important de discuter.

En effet, de nombreux protocoles sont issus de la méditation de pleine conscience. Chacun d'eux a ses spécificités, ses pathologies attirées, des facteurs mis en avant. Il est difficile d'avoir une population aussi bien délimitée que cela. Dans ma partie pratique, le protocole a pour but de favoriser l'abstinence. Or, les patients que j'ai pu suivre en étude de cas n'avaient pas un profil aussi clairement défini. En effet, ils étaient suivis pour une problématique addictive mais pour Mme G. par exemple, la gestion des envies d'alcool n'était pas dominante dans sa problématique. La dépression, l'apathie et les troubles du sommeil étaient ses problèmes les plus marqués et les plus gênants pour elle. Ils pouvaient en eux même représenter un risque de chute car ils étaient gérés auparavant par la consommation d'alcool mais son intention, sa motivation à méditer était donc différente. C'est pourquoi il a été intéressant d'adapter les séances individuellement. On pouvait alors se demander si Mme G. avait un profil atypique par rapport à la population en clinique d'addictologie dans quel cas, elle n'est alors peut être pas la meilleure illustration de l'utilité de la pleine conscience dans ce type de structure. Je pense que les profils sont variés mais que la problématique de Mme G. se retrouve chez de nombreux sujets ayant un problème d'addiction. En effet, la dépression, les troubles du sommeil, les troubles alimentaires et les troubles anxieux sont retrouvés chez un grand nombre de patients. Le protocole de méditation de pleine conscience prend en compte ses éléments là et c'est pourquoi il est d'autant plus intéressant d'utiliser cette technique qui, dans un même temps, aide à la poursuite de l'abstinence.

La pleine conscience est en réalité quelque chose de global, une façon de voir et de vivre les choses différemment. Je pense donc que plus qu'une question de protocole, il s'agit en réalité de comment celui-ci est appliqué et comment il est investi par les patients. Je pense qu'il est important qu'il s'agisse d'une démarche personnelle afin de développer la motivation des sujets et par là même leur observance.

La question de la prise en charge en groupe se pose donc. C'est un élément que je n'ai pas réellement pris en compte dans mon mémoire mais il s'agit d'une question intéressante. Quel est la différence entre la prise en charge en groupe et en individuel ? L'avantage du groupe est de permettre une discussion autour des séances de méditation, du ressenti de chacun. Il permet de faire émerger des choses de manière naturelle sans que le thérapeute doivent prendre une place particulière. Dans la relation thérapeute-patient, l'échange est différent et l'instructeur de pleine conscience doit faire attention à sa position par rapport au sujet, les réflexions doivent naitre de discussions libres. L'avantage de l'individuel se retrouve dans la possibilité d'adapter les séances de manière personnelle. Il pourrait donc être intéressant de comparer les deux types de prises en charge sur un même protocole afin de voir les avantages et les inconvénients de chacune.

La notion de temps et de rythme peut également être sujette à discussion. Combien de temps doit durer une prise en charge basée sur la pleine conscience, à partir de quel moment peut-on l'arrêter ? A quel rythme la prise en charge doit-elle avoir lieu ? Je pense que le temps d'utilisation de la pleine conscience par un thérapeute doit correspondre au temps mis par le patient pour s'appropriier la technique, l'utiliser de manière autonome et voir les changements attendus. Les protocoles durent environ huit semaines sur des tranches horaires assez importantes. Cette condensation permet de voir des effets rapidement afin de développer l'intérêt des sujets à la technique.

A partir de quand peut-on la juger comme efficace ? La ligne de base créée par les questionnaires dans les études de cas, n'est pas une ligne fiable car elle est très subjective et donc modulable. Il aurait été intéressant de trouver un moyen pour apporter plus d'objectivité. Il est toutefois complexe d'appréhender quelque chose d'aussi abstrait.

CONCLUSION

Ce mémoire a pour but de présenter la méditation de pleine conscience, de comprendre son fonctionnement afin de cibler l'utilisation que peut en faire un psychomotricien. Il permet de voir dans quelle mesure cette méthode est efficace auprès d'une population présentant une problématique addictive avec les spécificités de celle-ci.

Les deux axes de ma partie pratique rentrent dans ce cadre là. L'étude de cas ainsi que l'analyse des modèles de changement ont pour objectif de comprendre et d'analyser le fonctionnement de cette technique afin d'entrevoir les possibilités de prise en charge.

Ce travail m'a permis de développer un sujet dans sa globalité, de manière construite et sur une période assez longue. Cela m'a permis d'apprendre à me documenter de manière efficace, à avoir un avis critique sur les différents écrits mais également sur ma réflexion personnelle. J'ai également pu approfondir ma connaissance de la psychomotricité auprès des sujets présentant une addiction.

Je conclurais par le fait que la méditation de pleine conscience peut être un outil de prise en charge pour le psychomotricien. C'est une technique qui peut être utilisée dans la problématique addictive mais également afin de diminuer de nombreux autres troubles ou leur impact en permettant une meilleure régulation émotionnelle, une augmentation de l'estime de soi, une diminution du stress, etc, que ce soit auprès d'adultes ou d'enfants.

Le psychomotricien a donc tout intérêt à se former à cette technique qui me paraît très riche et intéressante.

Bibliographie

ABEILHOU P., REOCREUX M. (1992). Exercice de la psychomotricité dans une clinique d'alcoologie, *Evolutions psychomotrices*, 16.

ANDRE C. (2012). Méditer pour une vie plus saine, *Cerveau & psycho*, 52.

BERGHMANS, C., STRUB, L., & TARQUINIO, C. (2008). Méditation de pleine conscience et psychothérapie: état des lieux théorique, mesure et pistes de recherche. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 18(2), 62-71.

BINDER P. (2010). Addictions: pour comprendre et intervenir sur les dépendances aux drogues psycho actives.

BISHOP S., LAU M., SHAPIRO, CARLSON L., ANDERSON N., CARMODY J., SEGAL Z., ABBEY S., SPECA M., VELTING D., DEVINS G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.

BISHOP S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction?, *Psychosomatic Medicine* 64(1), 71-83.

BOWEN S., CHAWLA N., MARLATT G. A. (2013). Addictions : prévention de la rechute basée sur la pleine conscience, *Carrefour des psychothérapie, de Boeck*.

BRESLIN F., ZACK M., McMAIN S.(2002). An information-processing analysis of mindfulness: implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9(3), 275-299.

CHAPMAN A. L. (2006). Dialectical Behavior Therapy: Current indications and unique elements, *Psychiatrie (Edgmont)*, 3(9), 62.

CUNGI C. (2011). Le modèle trans théorique de Prochaska et DiClemente.

DIMEFF L. A., LINEHAN M. M. (2008). Dialectical Behavior Therapy for Substance Abusers, *Addiction science & Clinical practice*, 4(2), 39.

GERMER C. K. (2005). Mindfulness: What is it ? What Does It Matter, *Mindfulness and psychothérapie* 3-27.

HEEREN A., PHILIPOT P. (2010). Les interventions basées sur la pleine conscience: une revue conceptuelle et empirique, *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 37-61.

HERBERT J., FORMAN E. (2010) The Evolution of Cognitive Behavior Therapy, The Rise of Psychological Acceptance and Mindfulness, *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy*.

KHAZAAL Y., FRESARD E., ZULLINO D. (2007). Exposition aux substances addictogènes, réponses conditionnées et traitements d'exposition avec prévention de la réponse, *L'encéphale*, 33(3), 346-351.

KHOURY B., LECOMTE T., FIRTIN G., MASSE M., THERIEN P., BOUCHARD V., CHAPLEAU M-A., PAQUIN K, HOFMANN S.G. (2013). Mindfulness-Based Therapy: A Comprehensive Meta-Analysis, *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771.

LAQUEILLE X. (2009). Addiction aux substances et traitements pharmacologiques, *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 167(7), 508-512.

LOONIS E. (1999). IAN Brown : un modèle de gestion hédonique des addictions, *Psychotropes*, 5(3), 59-73.

LUTZ A. (2012). Le cerveau méditatif, *Cerveau & psycho*, 52.

MARMION J.F. (2013) Thérapies : la nouvelle vague, *Les grands dossiers des Sciences Humaines* 31(6), 17-17.

MUZELLEC C. (2008). L'approche thérapeutique basée sur la pleine conscience (mindfulness) Un champs d'application possible en psychomotricité.

OMS (2004). Neurosciences: usage de substances psychoactives et dépendance.

REACH G. (2009). Non-observance thérapeutique et addiction, deux manifestations de l'impatience, *Psychotropes*, 15(4), 71-94.

SHAPIRO S., CARSLON L., ASTIN J., FREEDMAN B. (2006). Mechanisms of Mindfulness, *Journal of clinical psychology*, 62(3), 373-386.

SKANAVI S., LAQUEILLE X., AUBIN H-J. (2011). Interventions basées sur la pleine conscience en addictologie, *L'encéphale*, 37(5), 379-387.

SIAUD-FACCHIN J. (2012). Quand la méditation vient aux enfants... , *Cerveau &*

STRUB L., TARQUINO C. (2012). Une analyse des effets de la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) du champ princeps de la dépression à une pluralité de troubles psychiques: une revue de la littérature, *L'évolution psychiatrique*, 77(3), 469-490.

TREADWAY M. T., LAZAR S. W. (2009) The neurobiology of Mindfulness, *Clinical handbook of mindfulness* 45-57.

VINCENT J-D. (2007). Conférence sur le plaisir, *Société des Neurosciences*, Faculté de médecine Paris-Sud, CNRS

WABER L. (2011). l'apport de l'hypnose dans le traitement des addictions, *Hôpitaux Universitaires de Genève*.

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE EVALUATION

Nom prénom]:

Date]:

Questionnaire de pleine conscience

Evaluez chacune des propositions ci-dessous en utilisant l'échelle proposée. Cochez le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.

1 Pas du tout 2 Un peu 3 Moyen 4 Complètement

	1	2	3	4
1. Lorsque j'ai des pensées pénibles, je les remarque et les laisse passer facilement sans y réagir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je suis doué(e) pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments. (ex) : Je peux dire ce que je ressens.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je prête attention aux sensations comme le vent dans mes cheveux ou le soleil sur mon visage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je fonctionne souvent en mode « automatique ».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je me dis que ne je devrais pas ressentir mes émotions comme je les ressens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lorsque je prend une douche, je suis attentif aux sensations de l'eau sur mon corps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je me laisse souvent emporter par mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je crois que certaines de mes pensées sont anormales ou mauvaises et que je ne devrais pas penser de cette manière.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Il m'est difficile de trouver les mots qui décrivent ce à quoi je pense.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je me retrouve entrain de faire des choses sans y prêter attention.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE SATISFACTION ET MODELE DE CHANGEMENT

Questionnaire : Plaine conscience

Rappel : La méditation de pleine conscience correspond aux exercices du raisonnement sec, du scanner du corps, de la méditation du souffle, de l'espace sonore et de la méditation de la montagne.

Évaluez chacune des propositions ci-dessous en utilisant l'échelle proposée. Cochez le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.

1 Pas du tout 2 Un peu 3 Moyen 4 Complètement

	1	2	3	4
1. Je suis satisfait des séances qui m'ont été proposées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'estime que la pleine conscience m'aide dans ma poursuite de l'abstinence.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je pense que la pleine conscience a engendré un changement dans ma manière de fonctionner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'utilise la méditation comme une technique de relaxation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai davantage conscience de mes émotions, de mes pensées, je ne cherche plus à les éviter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'accepte davantage mes différents états émotionnels.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'ai l'impression de mieux me connaître.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je souhaite continuer la pratique de la pleine conscience.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Si je le souhaite, je me sens capable de continuer sans instructeur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 3

Questionnaire Evaluation séance

Questionnaire pleine conscience

Nom de la séance :

Evaluez chacune des propositions ci-dessous en utilisant l'échelle proposée. Cochez le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.

1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyen Complètement

Avant la séance (à ce moment précis) :

1. Je me sens calme et serein.
2. Je me sens concentré sur ce que je fais.
3. Je me sens dans de bonnes dispositions et confiant pour mon futur.
4. J'ai conscience de mes pensées qu'elles soient positives ou négatives.

Après la séance

1. Je pense que la séance m'a été bénéfique.
2. Je me sens calme et serein.
3. J'ai pu me concentrer et lorsque ça n'a pas été le cas je ne me suis pas jugé comme bon ou mauvais.
4. Je me sens dans de bonnes dispositions et confiant pour mon futur.
5. J'ai conscience de mes pensées qu'elles soient positives ou négatives.

Questionnaire pleine conscience

Nom de la séance :

Evaluez chacune des propositions ci-dessous en utilisant l'échelle proposée. Cochez le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.

1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyen Complètement

Avant la séance (à ce moment précis) :

1. Je me sens calme et serein.
2. Je me sens concentré sur ce que je fais.
3. Je me sens dans de bonnes dispositions et confiant pour mon futur.
4. J'ai conscience de mes pensées qu'elles soient positives ou négatives.

Après la séance

1. Je pense que la séance m'a été bénéfique.
2. Je me sens calme et serein.
3. J'ai pu me concentrer et lorsque ça n'a pas été le cas je ne me suis pas jugé comme bon ou mauvais.
4. Je me sens dans de bonnes dispositions et confiant pour mon futur.
5. J'ai conscience de mes pensées qu'elles soient positives ou négatives.

ANNEXE 4

TEXTES SEANCES

Textes inspirés du livre « Addictions : prévention de la rechute basée sur la pleine conscience » de Sarah Bowen, Neha Chawla et G. Alan Marlatt

PROTOCOLE :

Exercice du raisin sec

Je vais vous distribuer des objets (raisin sec), vous pouvez en manger un. Maintenant vous allez en garder un dans votre paume de main et essayer d'emmener du mieux que vous pouvez toute votre attention dessus.

On va pour commencer juste noter quel objet vous avez choisi. Y a t-il eu quelque chose concernant cet objet en particulier qui a attiré votre attention ?

Maintenant regardez cet objet soigneusement comme si vous n'aviez jamais rien vu de pareil auparavant, en le faisant passer d'une main à l'autre, en observant toutes ces qualités. Comme si vous n'aviez jamais vu de raisin.

Vous pouvez sentir sa texture entre ses doigts, noter sa couleur, ses surfaces, ses reliefs, sa forme unique.

Prenez conscience des pensées qui vous traversent l'esprit sur le raisin ou sur l'exercice. Noter ses pensées et sentiments et, du mieux que vous pouvez, ramenez votre attention à la simple exploration de cet objet.

Vous pouvez amener cet objet sous votre nez et le sentir, noter s'il a une odeur. Observer s'il fait du bruit lorsque vous le pressez entre vos doigts.

A présent vous pouvez amener lentement l'objet à vos lèvres, conscients que votre bras fait bouger votre main en l'amenant à la bonne position. Placer l'objet contre vos lèvres en expérimentant les sensations dans cette zone. Peut-être y a-t-il une anticipation, peut-être que vous notez que la bouche commence à saliver.

Vous pouvez commencer à mordre dans cet objet juste une fois en faisant à nouveau une pause. Notez le goût, la texture qui a changé.

Mâchez lentement, observez comment la langue et la mâchoire travaillent ensemble pour positionner l'objet entre les dents. Comment la langue sait exactement comment le positionner pendant que vous mâchez.

Lorsque vous vous sentez prêt, détectez l'intention d'avaler avant de le faire afin d'observer les sensations de l'envie. Lorsque vous l'avalez, du mieux que vous le pouvez sentez le pendant qu'il parcourt le chemin au travers de l'oesophage et l'estomac.

Exercice du body scan :

Allongez vous, vous pouvez fermer vos yeux tranquillement. Prenez le temps pour prendre conscience des mouvements de votre respiration.

Quand vous vous sentez prêt portez votre attention aux sensations dans votre corps, aux contacts entre votre corps et le support. A chaque expiration permettez vous de vous laisser aller, de vous

enfoncer toujours davantage dans le sol.

L'intention de cet exercice n'est pas de changer quoi que ce soit ou de se sentir différemment, relaxé ou calme. Au contraire le but est d'amener, du mieux que vous pouvez, votre conscience à toutes les sensations qui vont apparaître au fur et à mesure que l'attention va se porter sur les différentes parties du corps. Si vous notez que votre esprit vagabonde, ramenez le simplement à la conscience de votre corps, sans jugement.

Maintenant portez conscience aux sensations physiques de la respiration, en étant conscient des sensations à chaque inspiration et à chaque expiration.

Déplacez maintenant le focus de votre conscience au travers du corps en descendant jusqu'aux orteils de votre pied gauche. Focalisez votre attention sur le gros orteil du pied gauche. Notez toutes les sensations. Puis permettez à votre attention de se déplacer vers chacun des orteils, tour à tour, en portant une curiosité bienveillante. S'il y a des régions que vous ne ressentez pas, portez simplement votre attention à cette zone en notant juste ce que vous pouvez par rapport à cette endroit du corps

Quand vous êtes prêt, quittez la conscience des orteils du pied gauche et portez l'attention sur les sensations du bas du pied avec une conscience bienveillante et curieuse aux sensations au niveau de la plante du pied, du talon, en ressentant toutes les sensations. A présent portez votre attention en haut du pied gauche et au niveau de la cheville. Ressentez les muscles, les os, les tendons.

Déplacez votre attention vers le mollet, le tibia. En ressentant les sensations de contact des vêtements contre la peau. Montez vers le genou gauche. S'il y a des régions où il semble difficile de détecter des sensations, essayez juste de ressentir du mieux que vous pouvez. Portez votre attention au niveau de la cuisse gauche. Notez les sensations dans cette région. Peut être ressentez vous la pression de votre jambe contre le matelas.

Il arrivera inévitablement que l'esprit parte ailleurs, ceci est tout à fait normal. Lorsque vous constatez cela, simplement prenez conscience de cette expérience n notant la ou l'esprit est allé, puis tranquillement portez votre attention à nouveau sur la partie du corps que vous êtes entrain d'observer.

Portez maintenant votre attention sur les sensations physique de la jambe droite. Au niveau des orteils. Portez une curiosité bienveillante aux différentes sensation physiques présentes au niveau des orteils. Observez ce que vous ressentez au niveau de la plante du pied, la cheville. Portez maintenant votre attention au mollet et observez les sensations. Remontez vers le genoux droit.

Si vous ressentez une douleur ou un inconfort soyez simplement conscient de cette sensation.

Guidez votre attention vers la cuisse droite. Puis montez vers votre hanche et votre taille.

Ressentez votre poids sur le matelas. Déplacez lentement votre attention vers l'abdomen qui se gonfle et se dégonfle à chaque inspiration. Déplacer votre attention vers votre cage thoracique. Ressentez simplement ce que vous pouvez.

Projetez votre attention à votre dos, le bas du dos, le haut du dos. En ressentant les endroits où il touche le matelas. Notez les endroits où il y a des tensions ou de l'inconfort. Puis remontez vers votre poitrine et vos épaules.

Si vous notez que vos pensées vagabondent, si vous êtes distrait ou agité, notez le simplement et guidez votre attention calmement vers les sensations corporelles.

Descendez le long du bras gauche jusqu'au doigts. Ressentez chaque doigt et les endroits où ils sont en contact. Puis remontez vers le poignet et l'avant bras. Notez chacune des sensations puis passez au coude gauche, au haut du bras puis à l'épaule. Observer chaque tension, toute sensation de raideur.

Maintenant déplacez lentement votre attention à travers votre corps vers le côté droit, puis descendez jusqu'aux doigts. Observez si vous notez des sensation de picotement ou l'envie de les bouger. Notez s'il y a des doigts que vous ne sentez pas aussi bien que les autres. Puis guidez votre attention vers la paume de la main, le poignet, l'avant bras, le coude. Focalisez vous sur le haut du bras et sur l'épaule.

Laissez votre attention venir à présent vers votre cou. Ressentez s'il y a des raideurs, ou de la tension. Portez votre attention vers l'arrière de la tête. Notez si vous pouvez ressentir les cheveux sur votre tête. Portez votre attention vers l'oreille gauche puis la droite et maintenant vers le front.

Explorez les sensations sur votre visage, vos yeux, vos joues, votre nez. Notez toutes les sensations présentes sur vos lèvres, votre menton, toute raideur dans votre mâchoire.

Prenez quelques minutes pour prendre conscience du corps dans sa totalité.

Maintenant, très lentement, calmement, quand vous serez prêt bougez un tout petit peu votre corps, remuez les doigts et les orteils, étirez vous gentiment puis quand vous êtes prêt vous pouvez ouvrir les yeux.

Méditation du souffle :

Prenez un moment pour vous installer dans une position naturelle, détendue et alerte. Avec notre colonne vertébrale droite et des épaules détendues, une posture qui incarne la dignité. Vous pouvez garder les yeux ouverts ou fermer de manière à ce que ça soit confortable pour vous. Permettez votre ventre de se détendre pour permettre à votre souffle de circuler facilement à l'inspiration et à l'expiration. Relâchez les muscles du visage, de la mâchoire, des épaules, du cou.

Laissez aller du mieux que vous le pouvez toutes les pensées ou idées que vous avez avoir emmenées aujourd'hui, laissez les inquiétude et le réflexion, soyez juste ici. Commencez par porter votre attention sur les sensations physiques, le poids de votre corps sur la chaise, les endroits où il est en contact.

Maintenant placez votre attention sur votre respiration au niveau de votre ventre qui monte à l'inspiration et descend à l'expiration. Regardez si vous pouvez remarquer les légères pauses entre l'inspiration et l'expiration.

Nous n'essayons pas de respirer profondément ou de changer la respiration d'aucune manière.

Laissez votre corps respirer naturellement. L'esprit va inévitablement partir ailleurs, c'est naturel. Lorsque vous prenez conscience que votre attention est restée bloquée sur une pensée, prenez en simplement note et reportez votre attention sur votre prochaine souffle. Il n'est pas nécessaire d'émettre un jugement par rapport à cela, juste remarquez le. Ce processus peut se répéter plusieurs fois, à chaque fois il faut ramener son attention vers la respiration.

Vous pouvez maintenant sortir de la méditation, ramenez doucement votre conscience vers l'extérieur. Effectuez quelques petits mouvements lents. Puis lorsque vous vous sentirez prêt, vous pouvez ouvrir les yeux

L'espace sobre :

Stop : On s'arrête ou on ralenti pour reprendre conscience du moment présent et sortir du pilote automatique.

Observez simplement ce qui se passe en ce moment, dans votre corps, dans vos émotions, vos pensées. Quelle est votre expérience, que ressentez vous ? Y a-t-il un inconfort dans votre corps ? Quelles sont vos pensées, vos émotions ?

Basez vous sur la respiration, concentrez vous sur les sensations de la respiration. Votre ventre qui se gonfle et se dégonfle, inspiration après inspiration.

Elargissez votre conscience pour inclure la sensation de tout votre corps et la situation dans laquelle vous vous trouvez

Réfléchissez maintenant avant d'agir. Voyez ce que vous pouvez répondre, ayez conscience des possibilités qui s'offre à vous.
Puis laissez doucement s'ouvrir vos yeux.

La méditation de la montagne :

Installez vous dans une position confortable, votre colonne vertébrale droite et détendue, votre tête équilibrée sur votre cou et vos épaules dans une attitude digne et bienveillante. Quand vous serez prêt vous pouvez fermer les yeux. Permettez à votre attention de se reposer sur les sensations de la respiration. Laissez venir le calme en reflétant un sentiment de plénitude à travers votre posture.

Laissez venir à votre conscience l'image d'une montagne, la plus belle que vous avez jamais vu ou que vous puissiez imaginer. Notez sa forme globale : le sommet, sa base large enracinée, ses cotés escarpés ou légèrement inclinés. Notez à quel point elle est massive, l'immobilité de sa masse. Sa structure et sa forme unique. Peut être a-t-elle de la neige sur son sommet, peut-être à-t-elle un sommet proéminent ou plusieurs cimes. Quelque soit la forme, soyez juste assis avec l'image de cette montagne.

Quand vous vous sentez prêt essayer de devenir la montagne. Votre tête devient le sommet, vos épaules et vos bras les coté de la montagne, vos fesses et vos jambes la base, solide. Faites l'expérience d'un sentiment d'élévation depuis la base de la montagne au travers votre colonne vertébrale avec chaque respiration. Devenez une montagne immuable dans votre quiétude. A mesure que le soleil se déplace, la lumière, les ombres et les couleurs changent. La montagne est juste là. Les saisons évoluent, le temps change mais la tranquillité de la montagne reste malgré tous les changements. La montagne peut être emmitouflée dans du brouillard ou subir des averses de pluie et de neige, elle est juste là posée, solide, immuable. Elle peut être visitée par des tempêtes violentes, la montagne reste là paisible sans être affectée par ce qui arrive à sa surface.

Assis, en gardant cette image à l'esprit nous pouvons incarner le même tranquillité immuable, rester enraciné malgré toutes les choses qui changent dans nos vies. Nous faisons l'expérience de nos propres périodes lumineuses et des périodes d'obscurité.

En devenant montagne nous pouvons percevoir ses qualités de force et de stabilité en les adoptant pour nous même. Toutes les choses qui nous arrivent ressemblent fort aux changements de temps de la montagne.

Lorsque vous vous sentirez prêt vous pourrez sortir de la méditation en effectuant des petits mouvements lents puis en ouvrant vos yeux.

EXEMPLES DE SEANCES HORS PROTOCOLE :

La méditation des pensées :

Prenez le temps de bien vous installer et fermez les yeux si vous le souhaitez. Installez-vous confortablement dans une position digne et éveillée. Prenez un moment pour être conscient de votre présence dans la pièce, juste en ce moment. Prenez conscience des sensations de votre corps assis sur la chaise, juste en cet instant.

Emmenez votre attention sur votre respiration. Soyez attentifs à toutes les sensations liées à chaque inspiration et à chaque expiration.

Quand vous êtes prêt, laissez votre respiration s'effacer en arrière plan et amenez votre attention sur les pensées qui surgissent dans votre esprit. Observer si vous pouvez remarquer la toute prochaine pensée qui surgie dans votre esprit et laissez-la simplement passer. Ne soyez pas happé par vos pensées, ne partez pas avec elles.

Vous pouvez vous imaginer assis au bord d'un ruisseau. Prenez le temps de former cette image dans votre esprit. Maintenant quand les pensées arrivent, imaginez que vous êtes assis sur le rivage en regardant flotter les pensées comme des feuilles d'arbre qui flottent sur l'eau. Chaque fois que vous êtes conscient d'une pensée laissez-la doucement s'en aller avec le courant. Certaines pensées peuvent être plus importante ou plus lourdes, d'autres plus petites, plus rapides ou plus légères. Laissez-les simplement flotter. Si le flot de vos pensées est rapide, imaginez que le courant du ruisseau est traversé par des eaux vives. Si le rythme des pensées diminue, imaginez au contraire que le courant du ruisseau ralenti.

Si vous remarquez que vous vous êtes perdu dans une pensée ou que votre attention s'est égarée, félicitez-vous d'en être devenu conscient, essayez de voir si possible quelle pensée vous a entraîné avec elle et recommencez simplement à ramener votre conscience vers vos pensées, encore et encore.

Il est possible que vous ayez envie d'étiqueter vos pensées quand elles apparaissent. Peut-être que vous avez des jugements sur vous même, sur votre expérience interne ou sur votre manière de faire l'exercice. Si c'est le cas, rappelez vous que les jugements sont aussi des pensées et laissez les passer.

Encore une fois, si vous êtes perdu avec une pensée qui a surgi, notez simplement quelle pensée vous a entraîné avec elle et ramenez doucement votre attention à l'observation du va et vient des pensées.

Maintenant, quand vous êtes prêts, laissez votre conscience revenir à la pièce dans laquelle nous somme, à votre corps sur la chaise et prenez également conscience des autres personnes présentes avec vous dans cette pièce. Laissez-vous le temps qu'il faut pour ouvrir les yeux. Restez su mieux que vous pouvez avec cette pleine conscience de votre présence dans la pièce et des autres personnes autour de vous.

La méditation des sons :

Installez vous confortablement su votre chaise. Vous pouvez fermer les yeux ou es laissés ouverts de manière à vous sentir le plus confortable possible. Ressentez votre corps sur la chaise et votre respiration qui va et qui vient.

Maintenant, portez votre attention sur les sons. Ecoutez les sons à l'intérieur et à l'extérieur de la salle, à l'intérieur et à l'extérieur de votre corps. Les sont graves, aigus, les sont forts et les sont faibles. N'essayer pas d'entendre quelque chose en particulier, permettez juste au sons de venir à vous en étant ouvert et réceptid à l'expérience des sons et à ce que vous entendez.

Il n'est pas nécessaie d'analyser ou de réfléchir sur ces sons. Expérimentez les simplement. Si vous avez des pensées telles que « c'est bizarre » prenez en simplement conscience et ramenez doucement votre attention sur l'expérience des sons.

Dès que vous prenez conscience que vous réfléchissez à ce que vous entendez au lieu de l'expérimenter, ramenez votre attention sur la simple écoute.

Résumé

Mots clés : Méditation _ Pleine conscience _ Addictologie _ Psychomotricité _ Etude de cas _ Modèles de changement

Ce mémoire est une réflexion sur la méditation de pleine conscience et son utilisation auprès de patients ayant une dépendance. Dans un premier temps, nous verrons la méditation de pleine conscience, ses principes, son utilisation, puis nous nous intéresserons aux addictions et enfin, nous ferons le lien entre les deux de manière théorique. Dans un second temps, nous essaierons d'analyser ses effets et son efficacité dans la poursuite de l'abstinence à travers deux études de cas de personnes suivies en clinique d'addictologie. Par la suite, nous essaierons d'évaluer quels sont les facteurs responsables du changement induit par cette technique.

Le mémoire se clôturera sur une discussion ouvrant les champs du possible à la médiation de pleine conscience en psychomotricité.

Abstract

Keywords : Mindfulness _ Meditation _ Addictology _ Psychomotricity _ Case studies _ Change models

This thesis is a reflection on mindfulness and its use on people who have alcohol or drug problems. At first, explains the principles and the use of mindfulness. Then, it talks about the addictions and the connection that can theoretically be made these two concepts. It also tries to analyze the effects of mindfulness in the abstinence pursuit through two case studies of two people who are clinically followed up. The paper estimates afterwards what factors are responsible for the behavior change.

Eventually, it discusses the opportunities for psychomotricity to use mindfulness.